

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1662

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Anaïs FICINI

le 17 octobre 2024

**VECU ET BESOINS DE L'ENTOURAGE PENDANT LA CRISE SUICIDAIRE ET
CREATION D'UN DOCUMENT ECRIT D'INFORMATION POUR ETAYER
L'ENTOURAGE LORS DU RETOUR A DOMICILE APRES UN PASSAGE AUX
URGENCES : UNE ANALYSE THEMATIQUE REFLEXIVE**

Directrices de thèse : Professeur Juliette SALLES et Docteur Adeline CLENET

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Madame le Professeur Juliette SALLES	Assesseur
Madame le Docteur Virginie ROUCH	Assesseur
Monsieur le Docteur Jacques HAMARD	Assesseur
Madame le Docteur Adeline CLENET	Suppléant

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURARIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	
M. BOUNES Vincent	Epidémiologie, Santé publique
Mme BOURNET Barbara	Médecine d'urgence
Mme CASPER Charlotte	Gastro-entérologie
M. CAVAGNAC Etienne	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CORRE Jill	Radiologie
Mme DALENC Florence	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Anatomie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Oto-rhino-laryngologie
M. FAGUER Stanislas	Pédiatrie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Addictologie
M. GUERBY Paul	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine d'urgence
M. LAIREZ Olivier	Médecine et santé au travail
M. LEANDRI Roger	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Cardiologie
Mme MARTINEZ Alejandra	Anatomie
M. MARX Mathieu	Gynécologie
M. MEYER Nicolas	Oto-rhino-laryngologie
Mme MOKRANE Fatima	Dermatologie
Mme MONTASTIER Emilie	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Nutrition
M. PIAU Antoine	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Médecine interne
M. PUGNET Grégory	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Médecine interne
M. RENAUDINEAU Yves	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. REVET Alexis	Immunologie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Pédo-psychiatrie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Urologie
M. SAVALL Frédéric	Rhumatologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Médecine légale
M. TACK Ivan	Réanimation
Mme VAYSSE Charlotte	Physiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Cancérologie
M. YRONDI Antoine	Endocrinologie
M. YSEBAERT Loïc	Psychiatrie
	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leïla
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE Francois-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Aqnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS, président du jury, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. L'intérêt que vous portez à notre formation et le dialogue que vous entretenez avec les internes contribuent à rendre l'internat de psychiatrie toulousain agréable et de qualité. Mes semestres en Guyane et en Nouvelle-Calédonie n'auraient pas été possibles sans la confiance que vous m'avez accordée. Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ces projets.

Madame le Professeur Juliette SALLES, directrice de thèse et membre du jury, je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. J'ai eu la chance de commencer l'internat à tes côtés aux urgences et de recevoir tes conseils aguerris. Ton accompagnement tout au long de ce travail de thèse, et ce malgré la distance, m'a été précieux. Je tiens à t'adresser mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Adeline CLENET, directrice de thèse et membre du jury, je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. J'ai également eu l'honneur de commencer mon internat avec toi aux urgences. Ton expérience et ta présence bienveillante lors des groupes m'ont permis de m'essayer à cet exercice exigeant. Je tiens à te témoigner ma gratitude.

Madame le Docteur Virginie ROUCH, membre du jury, ta présence dans mon jury de thèse est un réel privilège. J'ai été ravie d'apprendre auprès de toi. La richesse de ton enseignement continue à nourrir mes réflexions et à éclairer ma pratique. Je tiens à t'exprimer mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jacques HAMARD, membre du jury, tu me fais l'honneur d'être présent dans mon jury de thèse. La disponibilité et la constance dont tu fais preuve ainsi que tes compétences pédagogiques sont précieuses. Je tiens à t'exprimer ma reconnaissance.

A ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de thèse,

Monsieur le Docteur Benjamin NACCACHE, je te remercie pour ton accompagnement d'une grande qualité tout au long de ce travail de thèse. Ta présence m'a permis d'avancer avec confiance à travers ce terrain inconnu qu'était la recherche qualitative.

Madame ARVIEU, présidente de l'association UNAFAM 31, je vous remercie pour cette collaboration qui s'est effectuée avec fluidité et confiance. Votre soutien dans ce projet a été indispensable à sa réalisation.

Aux participants des groupes de discussion, je ne vous remercierai jamais assez d'avoir accepté de venir partager autour de vos expériences, aussi engageant que cela ait pu être. J'ai été sensible à la confiance que vous nous avez accordée et à l'authenticité de vos témoignages. Je tiens à vous témoigner de mon profond respect.

A toutes les équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai travaillé,

A mes amis toulousains, nantais, vendéens et d'ailleurs,

A ma famille,

1	INTRODUCTION	19
1.1	Définitions	19
1.2	Épidémiologie	19
1.3	Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la crise suicidaire	20
1.4	Enjeux de l'étude	21
1.5	Objectifs de l'étude	22
2	MATERIEL ET METHODE	23
2.1	Échantillonnage	23
2.2	Recueil des données	23
2.3	Analyse des données	24
2.4	Aspect réglementaire et confidentialité des données	24
3	RESULTATS.....	26
3.1	Description de la population	26
3.2	Axe 1 : aidant comme partenaire légitime des soignants dans la prise en charge du patient aux urgences psychiatriques	27
3.2.1	Thème 1.1 : Entre demande d'inclusion et vécu d'exclusion de l'aidant dans la prise en charge du patient.....	27
3.2.2	Thème 1.2 : Légitimité de l'aidant à prendre part à la prise en charge du patient	28
3.2.3	Thème 1.3 : Aidant : seconde victime d'un accès aux soins psychiatriques laborieux pour le patient.....	29
3.3	Axe 2 : détresse de l'aidant face aux idées et conduites suicidaires du patient	31
3.3.1	Thème 2.1 : Compréhension de la crise suicidaire par l'aidant.....	31
3.3.2	Thème 2.2 : Repérer la demande d'aide de l'aidant lorsqu'il sollicite les urgences psychiatriques pour un patient présentant des idées et des conduites suicidaires	32

3.3.3	Thème 2.3 : La réaction émotionnelle de l'aidant face aux idées et aux conduites suicidaires du patient.....	33
3.4	Axe 3 : Création d'un réseau de soutien pour l'aidant afin de pouvoir soutenir le patient	35
3.4.1	Thème 3.1 : Place centrale du soutien apporté par les soignants.....	35
3.4.2	Thème 3.2 : Soutien apporté par l'entourage de l'aidant et importance de lutter contre le secret	35
3.4.3	Thème 3.3 : Soutien apporté par les associations au long cours	37
3.5	Axe 4 : charte du document écrit d'information pour l'aidant	40
3.5.1	Thème 4.1 : Contenu du document écrit d'information.....	40
3.5.2	Thème 4.2 : Caractéristiques techniques du document écrit d'information	40
3.5.3	Thème 4.3 : Limites du document écrit d'information et précautions à prendre lors de sa délivrance.....	41
4	DISCUSSION.....	42
4.1	Population d'étude	42
4.2	Compréhension de la crise suicidaire et vécu émotionnel de l'entourage...	43
4.3	La consultation aux urgences : une situation attachement pertinente	43
4.4	La légitimité et les compétences de l'entourage dans la crise suicidaire	44
4.5	Confrontation aux documents déjà existants	45
4.6	Limites de l'étude	46
4.7	Forces de l'étude	47
4.8	Perspectives de l'étude.....	48
5	CONCLUSION	49
6	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
7	ANNEXES	54
7.1	Annexe 1 : Notice d'information participants	54
7.2	Annexe 2 : Fiche signalétique du traitement des données	60

7.3	Annexe 3 : Première version du guide d'entretien semi-structuré	68
8	SERMENT D'HIPPOCRATE	69

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1 : Arbre thématique de l'axe 1 « aidant comme partenaire légitime des soignants dans la prise en charge du patient aux urgences psychiatriques » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes	30
Figure 2 : Arbre thématique de l'axe 2 « détresse de l'aidant face aux idées et conduites suicidaires du patient » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes .	34
Figure 3 : Arbre thématique de l'axe 3 « Création d'un réseau de soutien pour l'aidant afin de pouvoir soutenir le patient » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes	38
Figure 4 : Diagramme de Venn illustrant l'axe 3 : « Création d'un réseau de soutien pour l'aidant afin de pouvoir soutenir le patient » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes. Modélisation du réseau de soutien de l'aidant pouvant être proposé dans le document écrit d'information.	39
Figure 5 : Arbre thématique de l'axe 4 « charte du document écrit d'information pour l'aidant » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes	41

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

SA : Système d'attachement

SAL : Système d'Alarme

SC : Système du *caregiving*

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

DSM-5 : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux 5^{ème} édition

SSATP : Spectre de la Schizophrénie et Autres Troubles Psychotiques

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TUS : Trouble d'Utilisation d'une Substance

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

CMP : Centre Médico-Psychologique

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

SAF : Système Affiliatif

NAMI : Alliance Nationale sur la Maladie Mentale ou *National Alliance on Mental Illness*

CASP : Association Canadienne de Prévention du Suicide ou *Canadian Association For Suicide Prevention*

1 INTRODUCTION

1.1 Définitions

Le processus suicidaire est une catégorie hétérogène incluant les idées suicidaires, les tentatives de suicide, et le suicide(1). Les idées suicidaires sont littéralement le fait de penser à mourir. Elles se distinguent des conduites suicidaires qui représentent la mise en acte du processus suicidaire : comportements préparatoires au passage à l'acte et tentative de suicide (2). Selon Silverman, la tentative de suicide est « un comportement auto-infligé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale, et pour lequel il existe une preuve (explicite ou implicite) de l'intention de mourir » (3). Enfin, le suicide est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'action de se donner délibérément la mort » (4). Selon M.Seguin la crise suicidaire est définie par « une perte de repères et une restriction des stratégies comportementales et cognitives » qui correspond à l'évolution de l'état d'équilibre vers l'état de vulnérabilité puis vers l'état de crise. Le processus de l'état de crise se compose d'une phase aiguë ou de désorganisation caractérisée par un envahissement émotionnel négatif, des stratégies comportementales de plus en plus inadaptées et une majoration de la tension interne. Cette phase est limitée dans le temps. Elle est parfois succédée par la phase de passage à l'acte. Ce dernier permet de baisser la tension interne et peut prendre la forme d'une tentative de suicide. Le passage à l'acte est évitable en cas d'utilisation de stratégies permettant la désescalade de la crise. Après un passage à l'acte, est observée une phase de récupération. Elle est caractérisée par le relâchement de la tension interne qui diffère du retour à l'équilibre et durant laquelle le risque de passage à l'acte suicidaire reste présent. Il existe trois types de crises : psychopathologique, psychosociale et psychotraumatique ayant des trajectoires différentes (5). La crise suicidaire est donc une crise psychique dont le principal risque est le suicide(6). Néanmoins la sortie de l'état de crise est possible à tout moment si la personne reçoit une aide appropriée(7).

1.2 Épidémiologie

A l'échelle mondiale, la mortalité par suicide est une préoccupation majeure et fait partie du plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS (8). En France, la prévention du suicide est également un enjeu de santé publique avec notamment la création de l'observatoire national du suicide en 2013, la mise en place du dispositif

VigilanS en 2015 et le lancement du numéro national de prévention du suicide (3114) en 2021 (9–11). Le dispositif VigilanS a montré son efficacité sur le risque de réitération suicidaire et est désormais effectif dans 99 départements français (12).

En France, en 2021, le taux de décès par suicide était de 13,3 sur 100000 habitants ce qui restait supérieur à la moyenne européenne de 10,2 (13). Ce taux équivaut à environ 8951 décès par an (14). Bien que sous-déclarées, les tentatives de suicide sont encore plus fréquentes et sont estimées à 200000 par an (15) (16). Enfin, les données les plus récentes estiment à 4,2% la prévalence annuelle des idées suicidaires chez les 18-85 ans (17). Les dernières données épidémiologiques disponibles retrouvent une augmentation du recours aux urgences pour idées et gestes suicidaires suggérant l'ampleur du phénomène (17). Ils représentent près d'un tiers des consultations aux urgences (18). Les idées et les conduites suicidaires sont donc fréquentes en pratique clinique.

1.3 Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la crise suicidaire

D'après les recommandations françaises de la Haute autorité de santé (HAS) et européennes, l'entourage occupe une place centrale dans la prise en charge des patients en crise suicidaire. Il doit être inclus dans l'évaluation, les soins et l'orientation du patient (6,19). On retiendra par l'entourage d'une personne majeure aussi bien « quelqu'un de plus ou moins proche du patient agréé par lui » d'après N.Coulon, qu'un proche aidant qui se définit par une personne qui apporte « régulièrement une aide à un proche en raison de son état de santé, de son âge ou d'une situation de handicap » (20,21). Selon l'enquête Vie quotidienne et santé de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière non professionnelle à un proche. Elle consiste en une aide dans les actes de la vie quotidienne, un soutien moral ou une aide financière (22). En cas de retour à domicile, il est particulièrement recommandé de rencontrer l'entourage afin de lui délivrer des informations telles que le projet de soins, la sécurisation du domicile ou bien encore le plan de sécurité (19).

1.4 Enjeux de l'étude

Cependant, il est nécessaire de ne pas omettre ce que l'HAS nous rappelle : l'entourage est une population qui peut présenter des facteurs de vulnérabilité (6). En effet, il est reconnu que l'entourage joue un rôle protecteur contre le suicide. Néanmoins, il semblerait que cette protection disparaisse si l'entourage se désinvestit (23). De plus, une revue de la littérature retrouve, en réaction aux idées et conduites suicidaires de leur proche, des émotions négatives comme la honte, la culpabilité et l'impuissance. La peur du jugement et la honte pouvant représenter un frein à la demande d'aide. Elle met également en évidence leur isolement et l'appréhension qu'une tentative de suicide survienne (24). Par ailleurs, une étude suggère de profiter que les aidants soient en contact des services de soins pour leur proposer du soutien (25). Enfin, une étude s'intéressant au vécu expérientiel de l'entourage aux urgences retrouve qu'un document écrit d'information aurait été utile pour communiquer des informations utiles à la sortie (26).

Ces enjeux résonnent avec la théorie de l'attachement fondée au 20^{ème} siècle par Bowlby. En observant la dyade mère-enfant, il a identifié deux systèmes comportementaux d'autoprotection chez l'humain qui sont le système d'attachement (SA) et le système d'alarme (SAL). Ils sont tous deux déclenchés par la peur, notamment en situation de danger, et contribuent à la survie de l'individu en entraînant le figement, l'évitement, l'attaque et le rapprochement d'une figure protectrice ou figure d'attachement pour le SA (27). La réciproque du SA est le système comportemental du *caregiving* (SC) qui s'active chez le donneur de soins ou *caregiver*. Sa fonction première est d'assurer la protection, la proximité et le réconfort d'un individu en situation de détresse ou d'alarme. Il agit comme havre de sécurité en prodiguant protection et réconfort et comme base de sécurité en favorisant l'exploration de l'enfant (28). Bowlby montrera que le SA n'est pas le propre de l'enfance mais fait intrinsèquement partie de la nature humaine et est actif « du berceau jusqu'à la tombe » (27,29). Fonctionnant le plus souvent en synergie, il peut y avoir compétition si le SA et/ou le SAL du *caregiver* sont trop activés, éteignant ainsi le *caregiving*. Ainsi, pour donner un soin adapté au patient, l'entourage doit se sentir suffisamment apaisé. L'environnement et dans notre cas celui des urgences, peut intervenir positivement ou négativement sur sa capacité à offrir un *caregiving* de qualité (27).

1.5 Objectifs de l'étude

Dans un objectif d'amélioration de nos pratiques, nous avons souhaité améliorer le lien entre les soignants et l'entourage aux urgences. Pour se faire, nous avons pensé à élaborer un document écrit d'information à destination de l'entourage. Ce dernier lui serait remis lors d'un entretien dédié avant la sortie du patient des urgences. L'objectif étant de lui délivrer les informations appropriées concernant le patient et d'identifier ses besoins propres en vue du retour domicile. Ceci afin de lui apporter un soutien adapté.

A notre connaissance, deux documents de ce type existent en Amérique du Nord, aux Etats-Unis et Canada, mais aucun ne semble avoir déjà été créé en France (30,31). Nous avons également interrogé le réseau Vigilans qui nous a signalé ne pas avoir connaissance de l'existence d'un tel document.

Afin de répondre à ce qui semble être un besoin, nous avons suivi la méthodologie proposée par la HAS qui recommande de faire participer la population cible à l'identification de ses besoins et de ses attentes (32). Cela rejoint l'avis de la commission de psychiatrie du *Lancet* qui recommande l'inclusion dans la recherche pour le suicide des personnes ayant une expérience personnelle dans ce domaine (33). Afin de répondre aux attentes de l'entourage quant au contenu du document écrit d'information, nous avons choisi de mener une recherche qualitative. La méthode utilisée est celle de l'analyse thématique réflexive à partir d'entretiens type *focus group* ou groupes de discussion. L'objectif de cette recherche était de recueillir le vécu de l'entourage en cas d'idées et de conduites suicidaires afin que le contenu du document écrit d'information réponde à leurs besoins lors du retour à domicile.

2 MATERIEL ET METHODE

L'étude a été menée de décembre 2023 à juillet 2024 sur le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse.

2.1 Échantillonnage

La population a été sélectionnée à partir de son expérience d'aidant auprès d'un proche ayant eu des idées ou des conduites suicidaires. Le proche pouvant être en vie ou bien décédé. Les participants ont été recrutés sur le mode d'échantillonnage dirigé via l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) de la Haute-Garonne. La présentation de l'étude et les dates des entretiens ont été diffusées par l'association. Les personnes volontaires se sont manifestées d'elles-mêmes à l'investigateur.

2.2 Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés, collectifs, présents, enregistrés (audio) et retranscrits textuellement. Les entretiens ont été conduits par Anaïs Ficini (AF) (modérateur) et Adeline Clenet (AC) (observateur). La méthode des *focus group* a été utilisée. Chaque *focus group* comptait entre 4 et 8 participants, chaque participant ne pouvait participer qu'une fois.

Le guide d'entretien semi-structuré a été écrit par AF et validé par trois auteurs (AC, Juliette Salles (JS) et Benjamin Naccache (BN)). Le recueil et l'analyse des données ont été faits de façon simultanée permettant l'ajustement des questions d'un entretien à l'autre en fonction des sujets émergents. La version finale du guide d'entretien est retranscrite dans le *Tableau 1*. La version initiale est disponible en *Annexe 3*. Les investigateurs ont veillé à adopter une posture réflexive tout au long du processus de recueil et d'analyse des résultats.

Nous avons choisi d'arrêter le recueil des données dès lors que l'ajout d'un entretien supplémentaire ne modifiait pas la carte thématique. Trois entretiens ont été nécessaires à identifier les thèmes principaux et un 4^{ème} a permis de les approfondir sans les modifier. La durée moyenne d'un entretien était de 1h56. Après analyse des données, une séance de retransmission des résultats a été menée par AF, AC et BN auprès de 10 volontaires ayant participé aux entretiens. Au moins un représentant de chaque *focus group* était présent. Cela a permis de valider les thèmes principaux et

de nuancer certains résultats. L'analyse des données a été triangulée par AF, AC, JS et BN.

Tableau 1 : Guide d'entretien semi-structuré. Le guide a été distribué aux participants.

Questions	Points recherchés
Comment définiriez-vous une crise suicidaire ?	Connaissances Vulgarisation
Quelle est votre expérience de la crise suicidaire en tant que proche ?	Expérience de la crise suicidaire
Quels sont vos difficultés et besoins durant une crise suicidaire ?	Difficultés rencontrées par les proches Besoins
Que devrait contenir un document pratique pour vous aider au domicile ?	Contenu Attentes
Quelles seraient vos hésitations et craintes concernant un tel document ?	Acceptabilité Limites Conditions Engagement

2.3 Analyse des données

La méthode de l'analyse thématique réflexive a été utilisée, notamment celle développée par Braun et Clarke (34). Ce procédé de recherche, désormais largement utilisé, consiste à faire émerger, analyser et retranscrire des thèmes issus des données recueillies lors des entretiens (35). Cette approche rigoureuse permet de répondre à une hypothèse de recherche en donnant la parole aux participants. Leurs expériences sont recueillies et approfondies de sorte que le sens soit conservé. Les données sont tout d'abord décrites, analysées puis les idées sous-jacentes identifiées et analysées. Cela permet de théoriser et mieux comprendre des phénomènes complexes.

Les entretiens ont été codés par AF via le logiciel NVIVO 14 (14.23.0).

Notre étude a été réalisée et rédigée selon la charte COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) qui assure la qualité des études qualitatives (36).

2.4 Aspect réglementaire et confidentialité des données

Conformément à la loi française, cette étude n'impliquait pas de recherche menée sur les personnes humaines selon la Loi dit Jardé et ne relevait donc pas de l'avis d'un

Comité de Protection des Personnes (CPP). Elle a été réalisée dans le respect des normes de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Elle a été enregistrée auprès du CHU de Toulouse (n° d'enregistrement : RnIPH 2023-125) et a fait l'objet d'un engagement conformité à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL (n° CNIL : 2206723 v 0). La fiche signalétique de l'étude est disponible en *Annexe 2*.

Une notice d'information a été remise à chaque participant et tous les participants ont donné leur consentement éclairé par oral. Ce document est disponible en *Annexe 1*.

Les enregistrements audios ont été supprimés après retranscription. Les données ont été anonymisées afin d'en garantir la confidentialité.

3 RESULTATS

3.1 Description de la population

Selon le *Tableau 2*, 24 personnes ont participé à l'étude dont 71 % (n=17) étaient des femmes. Les participants étaient principalement des membres de la famille d'une personne concernée par un trouble psychiatrique. Chaque participant pouvait avoir plusieurs proches concernés par la question des idées et des conduites suicidaires. Le proche ayant le lien de parenté le plus proche a été sélectionné. Si plusieurs proches avaient un lien de parenté équivalent, le proche dont le participant a abordé le plus la situation a été sélectionné. Selon la 5^{ème} édition du manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-5), les diagnostics déclarés étaient : trouble de l'humeur, Spectre de la Schizophrénie et Autres Troubles Psychotiques (SSATP), trouble anxieux, trouble de la personnalité et Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). On retrouvait également des comorbidités telles que : Trouble d'Utilisation d'une Substance (TUS) et Trouble des Conduites Alimentaires (TCA).

Tableau 2 : Données des participants : sexe, lien de parenté avec le proche aidé le plus proche, trouble psychiatrique du proche aidé le plus proche.

Variables	Valeurs (n=)
Nombre de participants	24
Sexe	
Féminin	17
Masculin	7
Lien avec le proche aidé	
Père ou mère	20
Enfant	1
Frère ou sœur	1
Beau-frère ou belle-sœur	1
Ami	1
Trouble psychiatrique du proche aidé (DSM-5)	23
Trouble de l'humeur	7
Trouble anxieux	2
SSATP	4
Trouble de la personnalité	9
TSPT	1

3.2 Axe 1 : aidant comme partenaire légitime des soignants dans la prise en charge du patient aux urgences psychiatriques

3.2.1 Thème 1.1 : Entre demande d'inclusion et vécu d'exclusion de l'aidant dans la prise en charge du patient

D'après la *Figure 1*, la totalité des aidants demande à être inclus dans la prise en charge du patient ayant des idées ou des conduites suicidaires. Paradoxalement, la majorité témoigne de difficultés à ne serait-ce que communiquer avec les soignants. Cette communication semble particulièrement attendue dans le contexte de la crise suicidaire où l'inquiétude de l'aidant est souvent décrite comme étant à son paroxysme et le besoin d'être en lien avec les soignants fondamental. En effet, la majorité des aidants ayant accompagné le proche aidé aux urgences psychiatriques ont un vécu de solitude voire de délaissement par les soignants. D'autant plus qu'ils sont dans un environnement inconnu, dont ils ne connaissent pas l'organisation et où l'attente est souvent décrite comme longue. Malgré leurs sollicitations, ce sentiment de négligence est souvent engendré par un défaut de communication. Ceux qui ne sont pas présents, demandent à être informés de la présence aux urgences du proche aidé.

D'après les dires des participants, on retrouve deux principales hypothèses à ce défaut de communication.

La première étant la confidentialité imposée par le secret médical. Loin d'être perçu comme un droit du patient et un devoir du soignant, il est présenté par certains aidants comme un frein contre-productif aux échanges. La présence ou l'absence de sollicitation des proches par les soignants semble directement liée à l'âge du patient. En effet, on retrouve que l'avis des proches de mineurs est systématiquement recherché, ce qui n'est pas le cas des proches de majeurs. Par exemple, un aidant rapporte un changement significatif après la majorité du proche aidé : moins de disponibilité médicale, moins d'écoute, moins de prise en considération de son avis. En revanche, la mise sous mesure de protection juridique du patient semble contredire cette tendance et le témoignage d'une aidante devenue tutrice explique que ce statut lui permet désormais de faire co-équipe avec les soignants.

La deuxième explication à ce défaut de communication concerne le manque de disponibilité soignante sous-tendue par un manque d'effectifs. Aux urgences, les entrevues aidants-soignants sont souvent inexistantes et quand elles sont possibles courtes et expéditives. Malgré ces freins, de rares aidants montrent que des entretiens aidant-patient-soignant sont possibles dans le respect du secret médical. Ces

échanges, même courts, sont décrits comme utiles. En effet, les aidants considèrent pouvoir transmettre des informations pertinentes et contribuer à optimiser la prise en charge.

En ce qui concerne l'orientation vers une prise en charge ambulatoire des idées et des conduites suicidaires, les aidants souhaitent être concertés en amont de la sortie. Ils ont besoin d'informations pour comprendre la situation et d'une conduite à tenir suffisamment étayante et rassurante pour eux. Pour répondre à ce besoin, un entretien (présentiel ou téléphonique) et un compte rendu de la prise en charge sont attendus. Cependant, plus de la moitié des aidants rapportent ne pas avoir été concertés avant le retour à domicile de leur proche. Dans le cas où cela a été fait, ils considèrent que leur avis n'a pas été suffisamment pris en compte et manifestent de l'incompréhension.

Joana : « On attend comme ça pendant de longues minutes, et moi, le désespoir [...] qui va s'occuper d'elle [...] vient le psychiatre il me pose deux ou trois questions et elle est embarquée et j'aimerais la voir. Quelques heures plus tard, quand on sort, pas de compte rendu rien. On rentre à la maison. On est dans l'incompréhension. Qu'est-ce-que je vais faire maintenant qu'est-ce qu'il va se passer demain ? »

3.2.2 Thème 1.2 : Légitimité de l'aidant à prendre part à la prise en charge du patient

Cette mise à distance de l'aidant semble paradoxale face à l'implication de l'aidant dans la prise en charge et dans le quotidien du patient. Selon le vécu des aidants, leur vigilance et leur proximité avec le proche aidé leur confèrent une connaissance fine de la symptomatologie. Les participants rapportent avoir des informations pertinentes à transmettre aux soignants afin d'optimiser la prise en charge. De plus, un bon nombre d'aidants se disent pallier au manque d'autonomie du patient que ce soit sur le plan de la santé, de l'éducation, du travail, des finances mais aussi administratif et social. Par exemple, il n'est pas rare que l'aidant héberge le patient ou bien qu'il le mobilise activement pour aller vers les soins. Ce manque d'autonomie est souvent perçu comme un fardeau par l'aidant qui se retrouve à devoir porter assistance tout en étant acculé par les démarches. Les conséquences peuvent être sévères et mener à l'épuisement voire à la marginalisation de l'aidant. Enfin, ils se décrivent comme étant en première ligne pour soutenir et lutter contre l'exclusion du proche aidé. Pour eux, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation sont des freins au

rétablissement. D'après les participants, l'expérience et le soutien du patient, font de l'aidant un partenaire légitime des soignants.

Claire : « J'appelle le SAMU. Ils arrivent, les ambulanciers arrivent, c'était à l'étage il dormait [...] Bien sûr on ne m'a pas demandé mon avis, on m'a pas parlé. Ils ont pris sa tension, son rythme cardiaque, tout allait bien. Mon fils a parlé au médecin au téléphone, il a donné le change [...] Je savais moi, d'expérience, que mon fils allait donner le change »

3.2.3 Thème 1.3 : Aidant : seconde victime d'un accès aux soins psychiatriques laborieux pour le patient

La difficulté à accéder aux soins psychiatriques est une problématique commune au patient et à l'aidant. Sauf exception, l'accès aux soins se fait avec le consentement du patient.

Le premier frein rapporté est donc son non-consentement. Les aidants attribuent le refus de soins à plusieurs causes. Il peut être lié aux symptômes d'un trouble psychiatrique, à l'absence de demande d'aide, au déni des troubles, au découragement, à l'impression de ne pas être légitime, à l'auto-stigmatisation ou encore au manque de confiance envers les soignants. Aux urgences, dans le contexte des idées et des conduites suicidaires, l'opposition aux soins du patient et l'absence de critère à le contraindre sont source d'incompréhension, de colère et de détresse pour l'aidant. Cela est également la cause de conflits entre les aidants et les patients ou les aidants et les soignants.

Le deuxième frein est le vécu d'un manque de coordination entre les urgences et les soins ambulatoires. En effet, si ce n'est pas expliqué à l'aidant, il considère qu'aucun lien n'est fait et se saisit de la mission d'informer lui-même les référents ambulatoires. D'après les participants, cela majore le fardeau de l'aidant. Pour faciliter les échanges, un compte rendu est demandé. Si rien n'est délivré à l'aidant, il a le sentiment d'une prise en charge inaboutie et cela renforce son incompréhension, son impuissance et son sentiment de solitude. Certains pensent qu'un compte rendu leur permettrait d'accéder plus rapidement à une prise en charge spécialisée. L'orientation proposée deviendrait alors porteuse d'espoir dans un contexte où l'accès aux soins est fastidieux.

Le troisième frein concerne l'insuffisance quantitative et qualitative de l'offre de soins. Inquiets et insatisfaits, les aidants sont souvent amenés à démarcher eux-mêmes des structures médicales, médico-sociales, sociales et associatives afin de mettre en place ou de renforcer par leurs propres moyens la prise en charge. La majorité ont un vécu d'épuisement. En réaction, certains aidants abdiquent et s'autoexcluent du parcours de soins du patient.

Plusieurs aidants font la comparaison avec les soins non psychiatriques où ils disent être sollicités et intégrés naturellement dans les prises en charges.

Claire : « Les allers-retours aux urgences ça a été une perte de temps totale [...] à la fin de l'entretien toujours le même constat : « votre fils est cohérent [...] nous n'avons aucune bonne raison de le garder [...] en France personne ne travaille sur le déni »

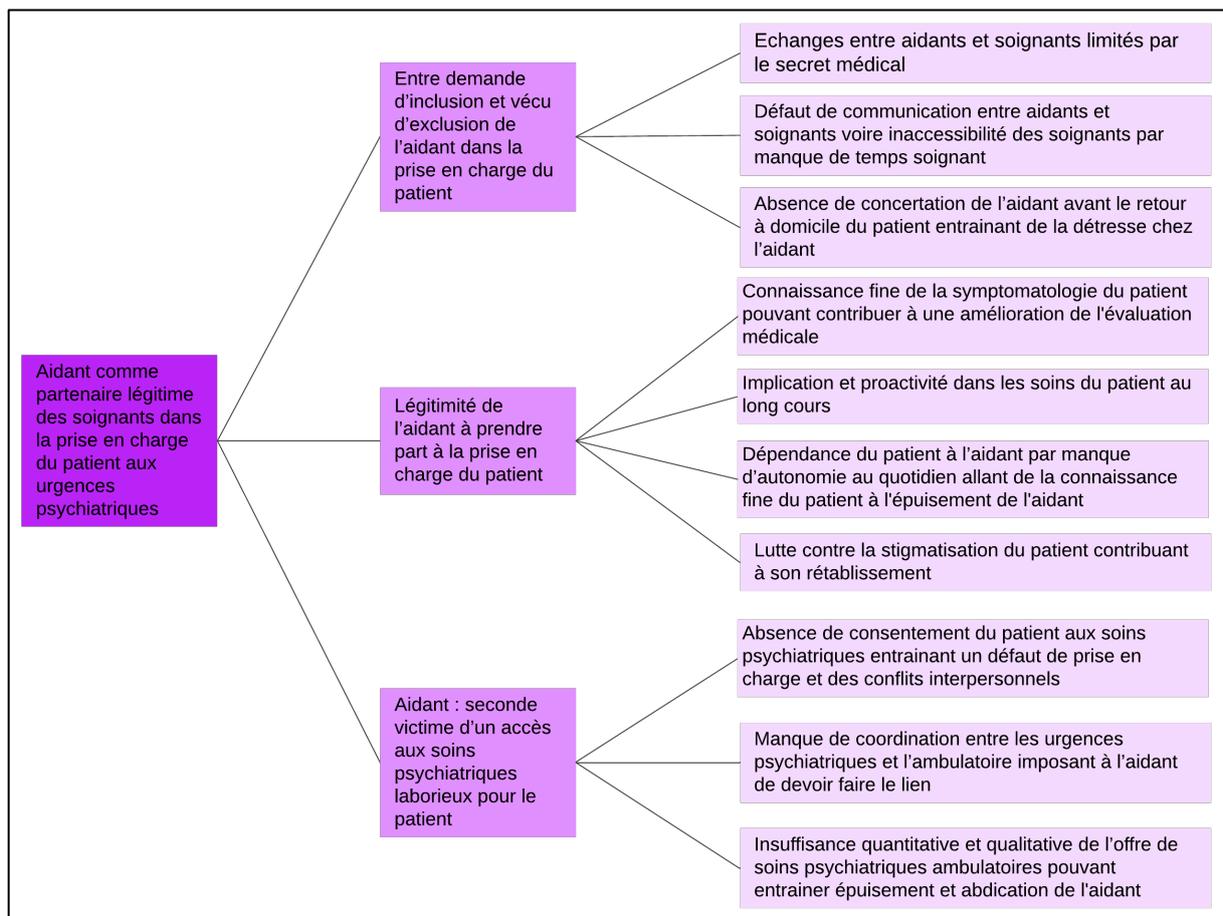


Figure 1 : Arbre thématique de l'axe 1 « aidant comme partenaire légitime des soignants dans la prise en charge du patient aux urgences psychiatriques » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes

3.3 Axe 2 : détresse de l'aidant face aux idées et conduites suicidaires du patient

3.3.1 Thème 2.1 : Compréhension de la crise suicidaire par l'aidant

D'après la *Figure 2*, les idées et les conduites suicidaires sont systématiquement vécues comme un drame par les participants. Les aidants rapportent un sentiment d'horreur, de sidération, de panique, de malaise et d'effroi. Les participants définissent la crise suicidaire comme une focalisation sur le négatif, une réduction de la capacité à accéder aux ressources positives et l'absence de facteur protecteur. La souffrance du patient est insupportable et le suicide devient alors la seule réponse au désespoir. Ils insistent sur le fait qu'il n'y a pas toujours de réelle envie de mourir. Pour la plupart, les aidants qualifient la tentative de suicide comme d'imprévisible. Elle met en acte et rend visible une souffrance qui ne l'est pas toujours. Cela renforce leur sentiment d'impuissance et leur hypervigilance à prévenir une tentative de suicide.

En revanche, certains ont su repérer des signes avant-coureurs tels que : des changements de comportement (ex : repli, isolement, irritabilité, arrêt de l'alimentation), l'expression d'idées suicidaires, la préparation d'un passage à l'acte (ex : achat d'une corde, stockage de médicaments) ou l'écriture d'une lettre d'adieu. De rares témoignages optimistes se distinguent en présentant la crise suicidaire comme féconde et limitée dans le temps. D'après les aidants, la souffrance deviendrait pour le patient l'occasion de rentrer en contact avec les soins psychiques, de demander de l'aide, de rencontrer un soignant à son écoute et de se livrer. Cette évaluation serait pour l'aidant l'occasion de mieux comprendre le proche aidé et d'adopter de nouvelles stratégies. Cela lui permettrait également d'accéder à des soins spécialisés.

Joyce : « C'est un rétrécissement des investissements autres et avec une focalisation sur ces idées et sur tous les vécus négatifs il n'y a plus accès à des ressources plus positives »

Sophie : « Et c'est un moment clef où la personne elle va au plus mal et peut-être qu'elle est à même de se livrer [...] c'est un moment clef qu'il ne faut pas sous-estimer. Pour moi ce moment-là il a pris un tournant »

3.3.2 Thème 2.2 : Repérer la demande d'aide de l'aidant lorsqu'il sollicite les urgences psychiatriques pour un patient présentant des idées et des conduites suicidaires

Les aidants considèrent les urgences psychiatriques comme le premier lieu de recours en cas d'idées et de conduites suicidaires. La consultation se fait systématiquement en cas d'inquiétude. Elle peut être sous-tendue par : la présence d'un danger imminent (menaces de passage à l'acte, après un passage à l'acte), d'un critère de gravité ou en cas d'impression d'être démuni face à la souffrance du proche aidé. En pratique, les aidants se rendent directement aux urgences, sollicitent les numéros d'urgence (ex : Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), police) ou les lignes spécialisées (ex : 3114, centre antipoison). Hors situations d'urgence, certains aidants déclarent solliciter les urgences faute d'interlocuteur ambulatoire disponible (ex : psychiatre, médecin généraliste). Toutefois, un témoignage se distingue en présentant les urgences comme faisant partie du plan de sécurité du patient. C'est dans ce cas présent une stratégie réfléchie pour gérer les émotions négatives et les idées suicidaires.

Malgré les recours variés aux dispositifs d'urgence, les attentes des aidants se rejoignent. En effet, leur priorité semble l'apaisement et la mise en sécurité du proche aidé. La demande, passant parfois sous silence, est d'être suppléé dans leur impuissance.

Enfin, ils rapportent ne pas être systématiquement en demande d'une hospitalisation mais sont favorables à des soins ambulatoires à condition qu'ils les jugent adaptés (ex : consultations rapprochées en libéral ou en Centre Médico-Psychologique (CMP), dispositifs de crise). Par exemple, les participants suggèrent la mise en place d'équipes mobiles de crise se rendant à domicile permettant un accès aux soins plus large et au plus près des problématiques rencontrées par le patient et son entourage.

Clara : « Ça n'allait plus depuis un moment, là il venait de me dire que là il ne voulait plus se nourrir [...] on ne va pas tous les jours, toutes les heures se demander comment ça va dégénérer encore plus. Donc voilà, j'ai dit « allez vas-y » parce que je procrastinais depuis un moment »

3.3.3 *Thème 2.3 : La réaction émotionnelle de l'aidant face aux idées et aux conduites suicidaires du patient*

Accompagner un proche qui présente des idées ou des conduites suicidaires est une épreuve pour l'aidant car il est avant tout sensible à sa détresse.

De plus, la majorité des aidants cherchent une cause aux troubles psychiques et certains vont jusqu'à ressentir de la culpabilité en s'en jugeant responsables dans leur origine, perpétuation et aggravation. Ainsi, les aidants vont rapidement se reprocher de ne pas avoir perçu les signes avant-coureurs de la tentative de suicide ou de ne pas avoir été suffisamment disponibles.

Dans les moments où le patient présente des idées ou des conduites suicidaires ils surveillent le proche aidé par crainte d'un passage à l'acte suicidaire ou d'une réitération. Les aidants se décrivent en hypervigilance. Ils rapportent une surveillance permanente du proche aidé, une grande difficulté à le laisser seul et à lui faire confiance. D'après les aidants, cela peut les empêcher de quitter le domicile (ex : travail, courses). Certains sont sidérés et décrivent une altération de leur propre fonctionnement au quotidien (ex : préparation des repas).

Enfin, ils sont souvent les confidents des patients et recueillent souffrance et idées suicidaires. La majorité est en difficulté pour y répondre mais peine aussi à les questionner par peur d'en provoquer. Nonobstant, les aidants ayant bénéficié de programmes de psychoéducation se sentent davantage capables d'aborder le sujet du suicide. D'après une participante, en parler c'est montrer au proche aidé qu'elle est capable de recevoir sa souffrance et de l'aider.

Joana : « Ça nous amène à nous contrôler davantage [...] à vivre avec la peur de mort imminente, du risque de la mort derrière la porte. C'est ça qui est terrible dans la maladie psychiatrique, surtout avec ceux qui ont déjà essayé de se suicider et le risque de récidiver »

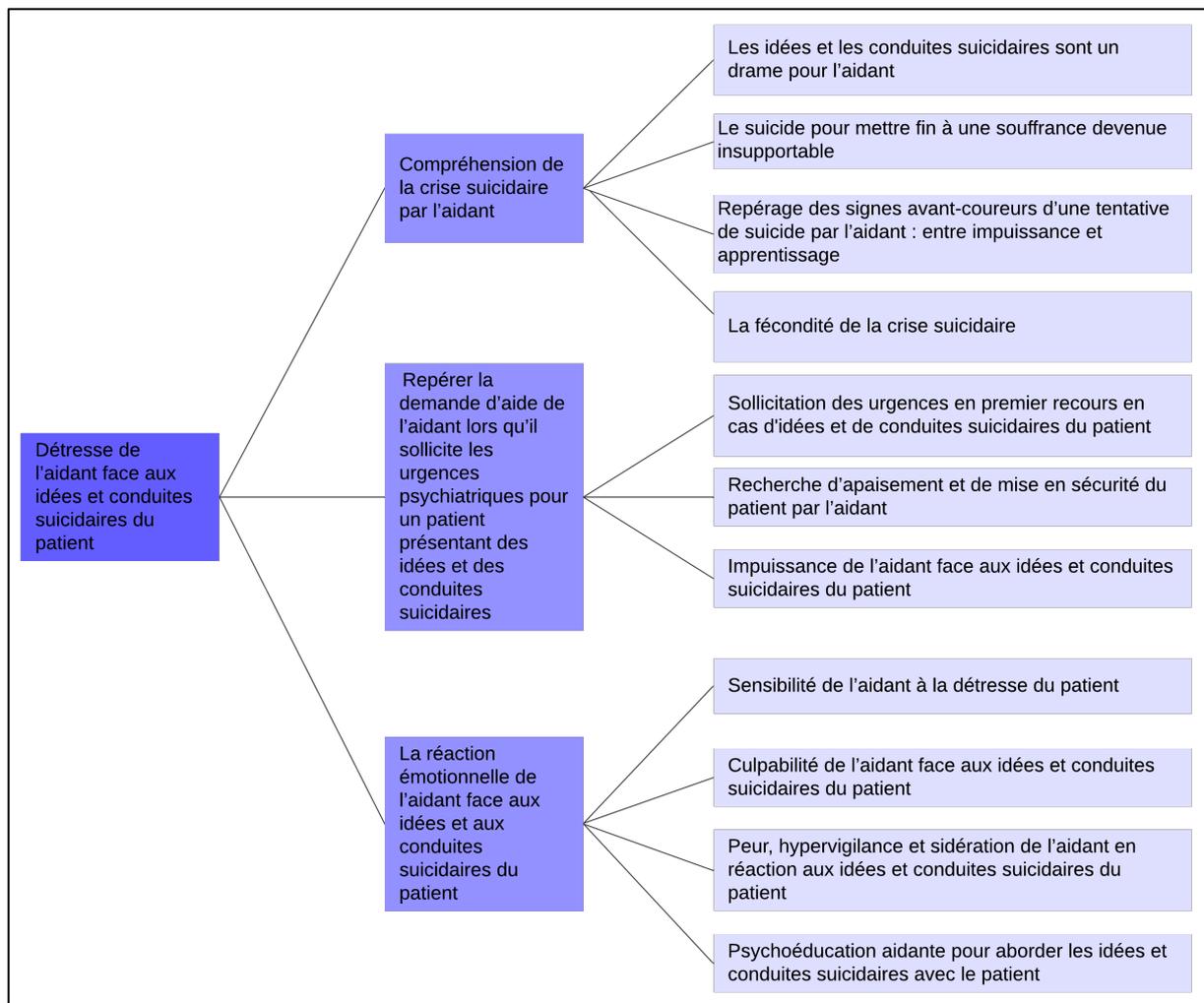


Figure 2 : Arbre thématique de l'axe 2 « détresse de l'aidant face aux idées et conduites suicidaires du patient » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes

3.4 Axe 3 : Création d'un réseau de soutien pour l'aidant afin de pouvoir soutenir le patient

3.4.1 Thème 3.1 : Place centrale du soutien apporté par les soignants

D'après la *Figure 3*, aux urgences, en cas d'idées ou de conduites suicidaires, les aidants demandent à être rencontrés par les soignants (ex : psychiatre, infirmier). Ils souhaitent avant tout être informés des soins prodigués, de leur déroulement mais aussi être écoutés, rassurés et déculpabilisés. Cette considération à leur égard est centrale et teinte positivement ou négativement leur expérience. La création d'une relation de confiance avec les soignants contribue à ce que la prise en charge soit satisfaisante et étayante pour l'aidant.

Au long cours, certains aidants conseillent d'avoir un suivi psychologique. A l'instar de la métaphore du masque à oxygène, les aidants doivent répondre à leurs propres besoins avant de pouvoir soutenir le patient. Des participants rapportent qu'un soutien personnel leur a permis notamment d'accepter les changements de fonctionnement chez le proche aidé. D'après eux, cela s'apparente à un deuil du fonctionnement antérieur de la personne.

De plus, les programmes de psychoéducation (ex : formation aux premiers secours en santé mentale) sont une réelle plus-value pour mieux aborder le proche aidé.

Enfin, les aidants demandent à être suppléés. Par exemple, dans les actes de la vie quotidienne (ex : aide-ménagère, auxiliaires de vie) et ponctuellement lors de séjours de rupture et/ou de répit. D'après les participants, cela semble contribuer à la durabilité de l'aide apportée.

Inès : « Le côté travail sur soi par rapport au deuil qui est en train de se passer, de la personne que l'on a en face et qui est en train de changer [...] parler du processus qui se passe pour les personnes de la famille, de l'entourage, de ce qui est en train de se vivre. »

3.4.2 Thème 3.2 : Soutien apporté par l'entourage de l'aidant et importance de lutter contre le secret

Si le patient présente des idées ou des conduites suicidaires, tous les participants insistent sur la nécessité de briser leur isolement social aussi bien en aigu

qu'au long cours. Leur entourage est principalement de nature familiale et amicale. Néanmoins, ils disent également solliciter voisins et collègues. Les aidants préconisent de construire ce réseau en dehors des moments d'acutisation. Il doit être sélectionné avec minutie et entretenu régulièrement afin d'être mobilisable rapidement durant les crises notamment, là où le soutien se veut plus intensif. Cela implique donc de communiquer autour des problématiques suicidaires du patient. Le secret doit être levé autant que possible. Ce dernier peut être entretenu par le patient lui-même mais aussi par l'aidant en lien avec la culpabilité, la honte, la peur d'être incompris, stigmatisé ou la peur de la contagion suicidaire. Lorsque le proche aidé présente des idées ou des comportements suicidaires ce réseau est sollicité en priorité. Tout d'abord, les participants rapportent avoir besoin d'être suppléés dans la surveillance et le soutien du proche suicidaire au domicile. De plus, le stress peut altérer le fonctionnement de l'aidant. Un tiers doit alors intervenir pour le soulager dans certaines tâches de la vie quotidienne (ex : courses, préparation des repas). Les participants préconisent d'être au moins deux pour s'occuper d'une personne suicidaire à domicile. En cas de crise suicidaire, il est donc indispensable de savoir passer le relais. Par exemple, certains ont pu confier le proche aidé à un membre de la famille pendant plusieurs jours. Ils ont également pu être sollicités eux-mêmes comme réseau (ex : consultations aux urgences, signer une demande d'hospitalisation sans consentement, participer aux entretiens familiaux).

Nonobstant, certains aidants déclarent ne pas avoir pu compter sur leur entourage et décrivent une réaction de rejet. Ils ont dû reconstruire un réseau non stigmatisant et prêt à les soutenir dans leur rôle d'aidant.

Dans ce contexte, les participants préconisent que les soignants des urgences encouragent les accompagnants de patients suicidaires à ne pas s'isoler. L'impact serait décrit comme positif puisque les aidants rassurés se disent rassurants et à même de créer un environnement favorable au rétablissement du proche aidé. D'autant plus que certains participants voient un bénéfice à présenter la famille et les amis du patient comme une ressource essentielle et compétente dans la résolution de la crise suicidaire.

Julie : « Tous ces gens sont au courant qu'il a des difficultés [...] Le réseau et avoir quelqu'un, la famille, des amis, vraiment ne pas rester seul et dire « est-ce-que tu

pourrais tenir compagnie ou pas ? » voilà, organiser peut-être pendant quelque temps, pour déjà lutter contre cette souffrance et ce sentiment de vide. »

Noé : « Y'a des problèmes qui peuvent être causés par la famille, ça peut être génétique même, et puis il y'a des problèmes qui peuvent être résolus par la famille. Ça ne marche pas que dans un sens. On hérite pas que des problèmes on peut hériter aussi d'aide »

3.4.3 Thème 3.3 : Soutien apporté par les associations au long cours

Au long cours, les participants témoignent de l'aide essentielle apportée par les associations. Tout d'abord, adhérer à une association leur permet de se sentir moins seuls. Les groupes de parole entre pairs sont vecteurs d'échanges. Ils parlent de leur quotidien, se confrontent aux récits des autres, s'y reconnaissent, se rassurent, se déculpabilisent et se soutiennent. Les fratries peuvent également être reçues. De plus, les associations regorgent d'informations et de conseils permettant aux aidants de mieux comprendre le monde bien souvent opaque de la psychiatrie. Ils peuvent également y suivre des programmes de psychoéducation. Par ailleurs, certaines associations proposent des rencontres aidant-soigné-soignant sur un mode d'échange horizontal, particulièrement appréciées des aidants. Les aidants se tournent également vers les associations pour que leur proche bénéficie d'un accompagnement supplémentaire. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont souvent cités pour leurs activités ancrées dans le quotidien. De plus, certaines associations spécialisées dans un trouble peuvent être amenées à faire transition le temps qu'un suivi se mette en place ou bien conseiller sur les soins à débiter ou à poursuivre. De façon plus rare sans être anecdotique, des aidants deviennent bénévoles pour aider à leur tour et transmettre leur expérience.

Marie : « Ce qu'on a le plus besoin pour aider notre proche perdu dans cette société, c'est l'accompagnement que l'on peut avoir nous. Nous renforcer, nous donner des outils »

Julie : « UNAFAM nous aide et nous accompagne. Il nous permet de parler, de vider notre stress, de nous rassurer [...] ça m'a rééquilibrée »

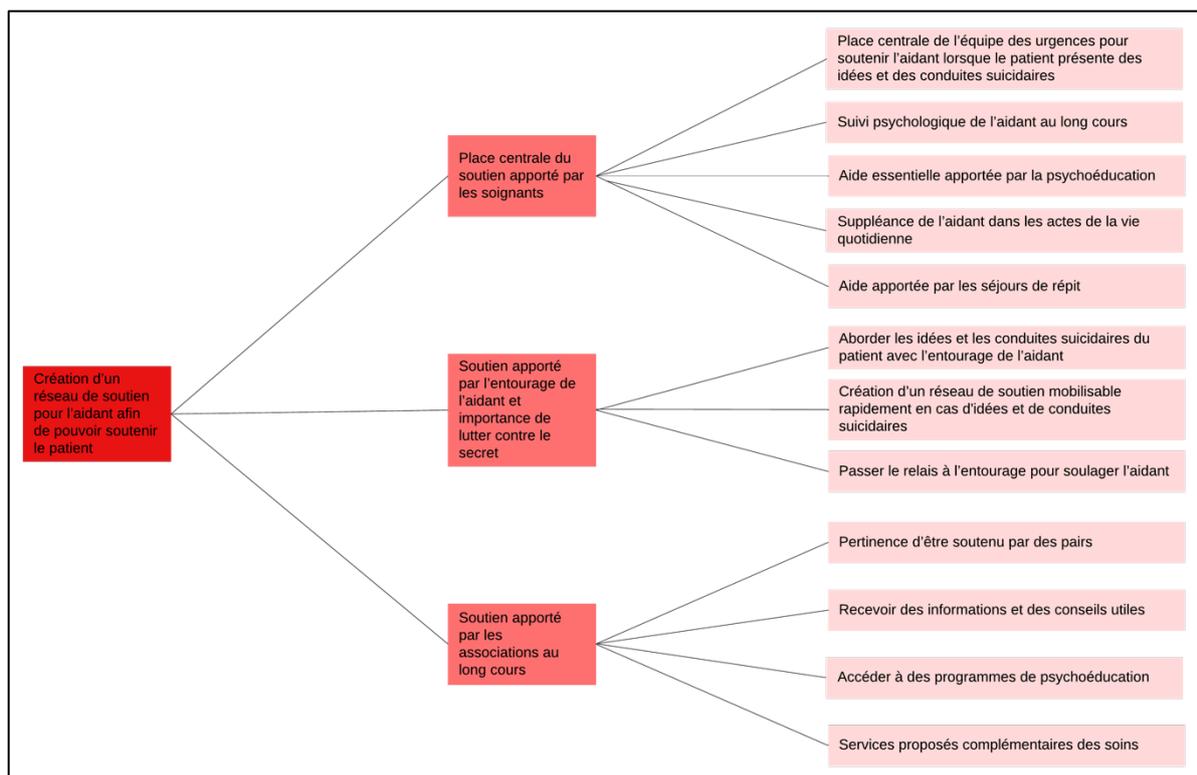


Figure 3 : Arbre thématique de l'axe 3 « Création d'un réseau de soutien pour l'aidant afin de pouvoir soutenir le patient » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes

La Figure 4 illustre sous la forme d'un diagramme de Venn le réseau de soutien de l'aidant tel qu'il pourrait lui être présenté dans le document écrit d'information. Cette représentation prend son origine dans le témoignage d'une aidante qui a parlé de « mondes » des aidants, des soignants et des patients qui ne se rencontrent pas. De par l'entrecroisement de ces différentes sphères, nous proposons d'une part comment l'aidant peut être en lien avec le « monde » des soignants. D'autre part, nous présentons les interrelations entre les différents niveaux d'aide proposés par les participants mobilisables par les aidants.

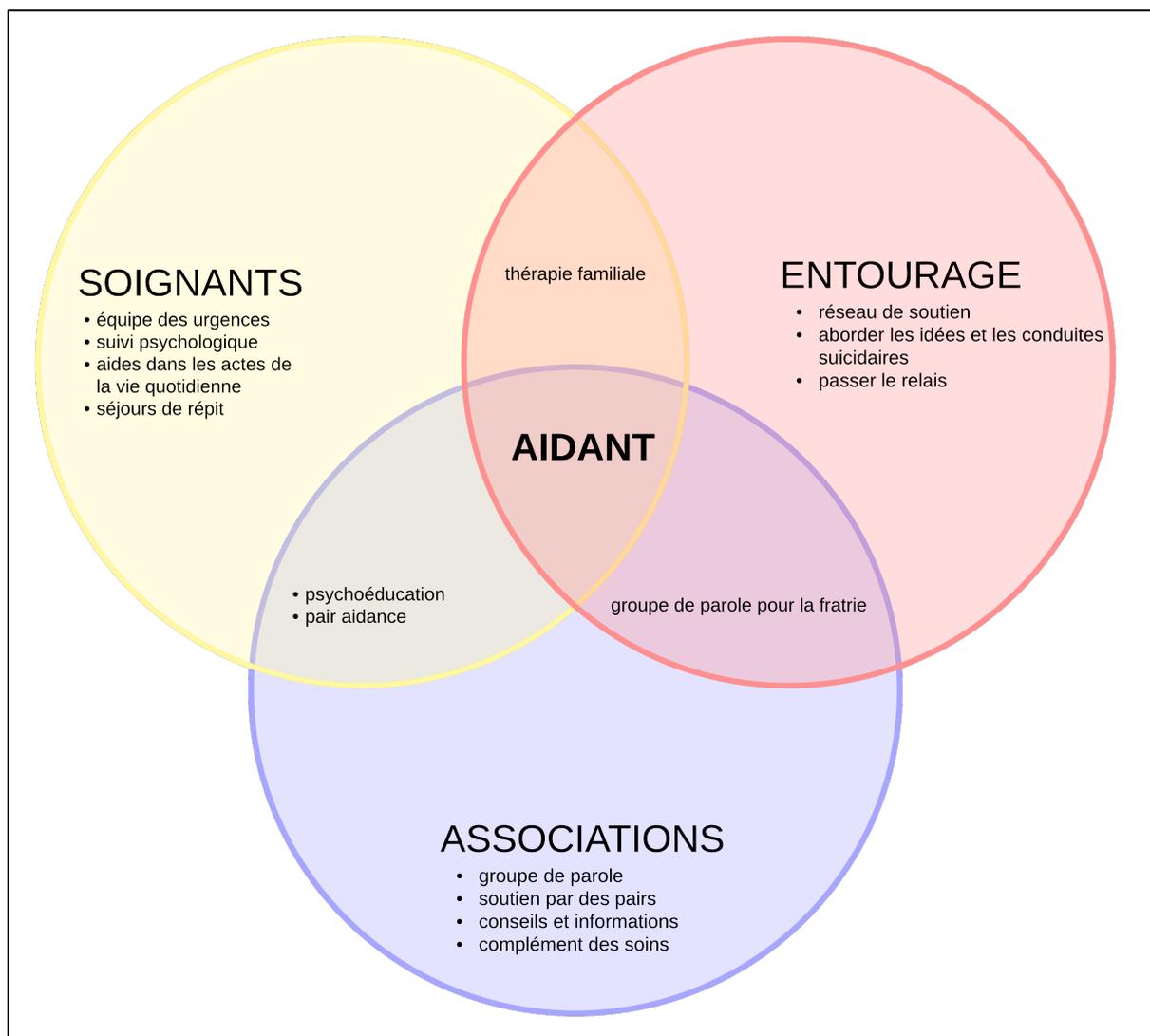


Figure 4 : Diagramme de Venn illustrant l'axe 3 : « Création d'un réseau de soutien pour l'aidant afin de pouvoir soutenir le patient » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes. Modélisation du réseau de soutien de l'aidant pouvant être proposé dans le document écrit d'information.

3.5 Axe 4 : charte du document écrit d'information pour l'aidant

3.5.1 Thème 4.1 : Contenu du document écrit d'information

D'après la *Figure 4*, en cas d'idées et de conduites suicidaires, les participants demandent à être reconnus comme aidants et à être considérés comme des interlocuteurs légitimes. De plus, ils sont en demande de conseils de sécurisation du domicile (ex : retirer les médicaments, les objets à risque), de surveillance (ex : signes avant-coureurs d'un passage à l'acte, critères pour appeler les urgences), de communication autour des idées et des conduites suicidaires (ex : les questions à poser, ce qu'il est préconisé de dire ou au contraire de ne pas dire). Par ailleurs, ils veulent des contacts à solliciter en cas de difficulté au domicile (ex : urgences, 3114). En outre, afin de mieux comprendre et accompagner le proche aidé, ils souhaitent des ressources à consulter (ex : sites internet, applications, livres). Enfin, ils souhaitent des contacts associatifs pouvant les soutenir dans l'accompagnement de leur proche au long cours.

France : « j'ai suivi la formation des premiers secours en santé mentale. [...] j'avais un peu cette idée [...] de ne pas parler du suicide à quelqu'un de fragile, tu te dis « ça va lui donner des idées, on n'en parle pas ». Et bah non [...] D'en parler, « est-ce-que tu y as pensé ? et comment tu ferais ? » ».

3.5.2 Thème 4.2 : Caractéristiques techniques du document écrit d'information

Tout d'abord, le document doit contenir une partie générale sur le processus suicidaire pouvant être détaillée. Ensuite, il doit avoir une partie personnalisable à remplir avec l'aidant et le patient. Elle pourrait par exemple reprendre des signes de mal-être propres au patient, une partie du plan de sécurité et les rendez-vous programmés aux urgences. De plus, la conduite à tenir en cas d'urgence doit être courte afin d'être rapidement applicable. Enfin les acronymes doivent être développés (ex : centre médico-psychologique pour CMP).

Clara : « J'avais une petite liste des numéros indispensables sur le frigo [...] il se trouve que ça a été très pertinent parce que je l'ai vue tout de suite »

3.5.3 Thème 4.3 : Limites du document écrit d'information et précautions à prendre lors de sa délivrance

Les participants considèrent le document comme utile et innovant. Ils mettent en avant deux limites à cet outil.

La première est la crainte que le document remplace un entretien avec les soignants ou qu'il ne soit pas donné directement à l'aidant. En effet les aidants insistent pour être reçus aux urgences. Le document doit idéalement être lu et repris avec eux.

La deuxième limite énoncée est la crainte que le document soit impersonnel empêchant l'aidant de s'y retrouver. L'élaboration de ce document avec les aidants et la partie personnalisée sembleraient pouvoir atténuer cela.

Marc : « Rajouter quelques conseils pour l'entourage par exemple vous parlez de la famille est-ce que le psychiatre lui qui reçoit l'entourage peut se dire « tient y'a telle tendance tel truc » et bon enfin que ça soit vraiment interactif et plus personnalisé »

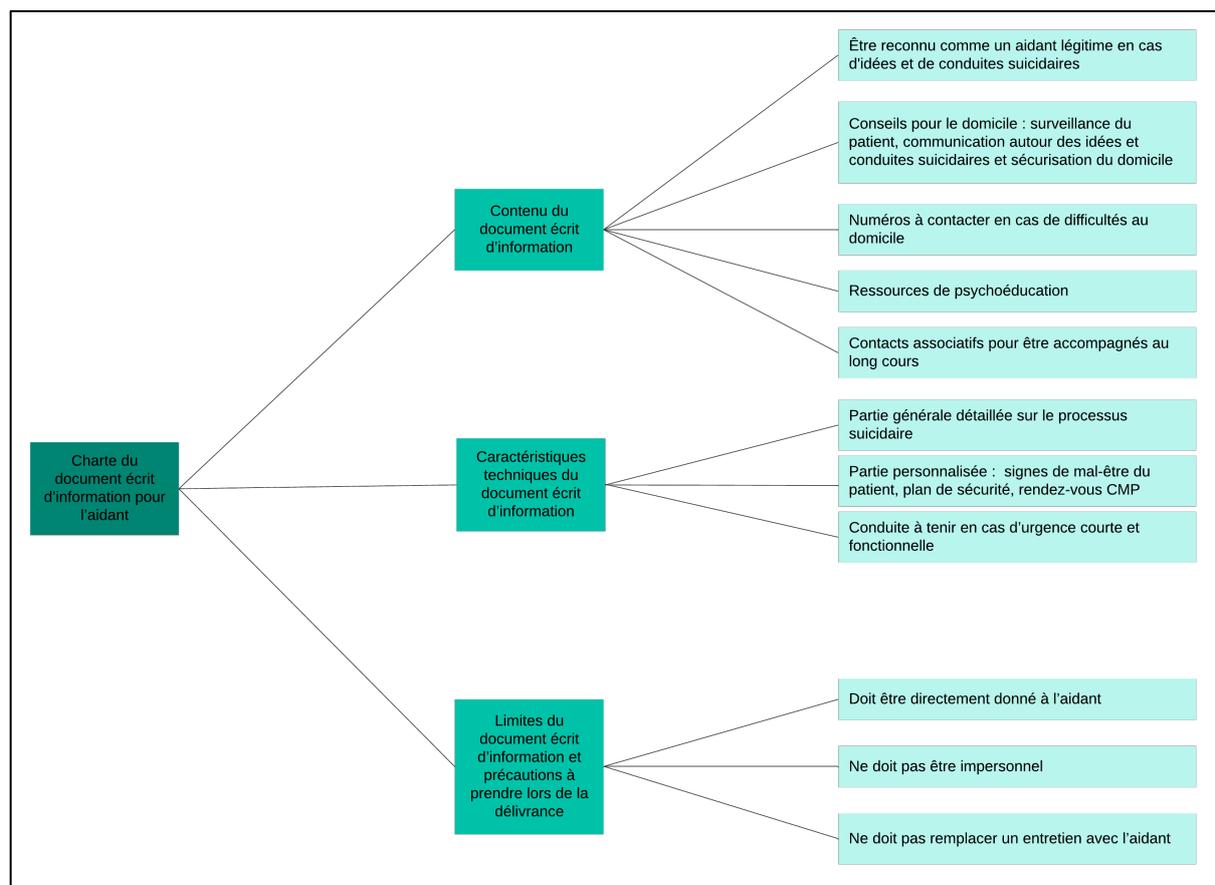


Figure 5 : Arbre thématique de l'axe 4 « charte du document écrit d'information pour l'aidant » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes

4 DISCUSSION

L'objectif de notre étude était de recueillir le vécu et les besoins de l'entourage durant la crise suicidaire puis de créer un document écrit d'information pour le retour à domicile. A notre connaissance, cette démarche est innovante puisqu'elle interroge directement le contenu d'un outil qui serait unique en France. L'étude a permis de dégager quatre axes thématiques proposant une modélisation de l'expérience des aidants accompagnant un patient en crise suicidaire : aidant partenaire légitime des soignants, détresse de l'aidant durant la crise suicidaire, réseau de soutien mobilisable par l'aidant (soignants, entourage, associations) et charte du document écrit d'information. Bien que nous souhaitions présenter le document dans les résultats, l'étude nous a permis d'en élaborer sa teneur et ses caractéristiques techniques qui permettront sa création prochaine de manière plus éclairée.

4.1 Population d'étude

Pour ce qui est des *focus groups*, les participants ont été recrutés via l'association UNAFAM. On comptait 71% des femmes (n=17). Bien que l'enquête de la DRESS retrouvait une majorité de femmes (56%) parmi les aidants auto-déclarés en 2021 ; les femmes étaient sur-représentées dans notre population (22). Néanmoins, ce taux est cohérent avec la population des adhérents de l'UNAFAM 31 qui compte 73% de femmes. En ce qui concerne la relation entretenue avec le proche aidé, elle était principalement de nature familiale avec 83% de parents (n=20). Seulement une personne a déclaré être une amie.

Néanmoins, bien que, d'après une revue systématique de la littérature sur 19 études qualitatives, les études s'intéressent généralement à la famille et particulièrement aux parents (37) ; il paraîtrait utile de rappeler ici que l'entourage ne se restreint pas qu'à la famille. Il peut s'agir d'amis, de colocataires, de collègues, comme le soulignent Pacaut-Troncin et Polo ou bien Coulon dans leurs pratiques de la crise suicidaire (21,38). Pour ce dernier, l'exigence est placée sur l'engagement de l'entourage à accompagner et héberger le patient et non sur la nature familiale de la relation interpersonnelle. Selon la théorie de l'attachement, l'individu peut créer des liens affectifs avec ses pairs, et ce en dehors de ses relations d'attachement. Ces relations s'inscrivent dans le système affiliatif (SAF). On parle de figures affiliatives.

Elles sont source d'entraide et de réconfort. Le patient majeur peut donc tout à fait privilégier cet entourage (27).

4.2 Compréhension de la crise suicidaire et vécu émotionnel de l'entourage

Pour ce qui est de la compréhension de la crise suicidaire par l'entourage dans notre étude, elle se base sur la notion de souffrance. Les participants soulignent qu'il n'y a pas toujours de réelle intention de mourir. Cela est cohérent avec le Baromètre santé de 2021 qui retrouve que 53% des personnes ayant fait une tentative de suicide n'avaient pas réellement envie de mourir même s'il faut interpréter ces résultats avec précaution (39). Les participants de notre étude semblaient avoir de bonnes connaissances de la crise suicidaire. Nous faisons l'hypothèse que leur proactivité, leur proximité avec l'association UNAFAM et leurs expériences personnelles aient pu leur permettre d'acquérir ces connaissances. Probablement qu'une personne confrontée pour la première fois à une crise suicidaire serait moins informée.

En ce qui concerne le vécu émotionnel des aidants lors de la crise suicidaire, nous avons principalement retrouvé de la détresse et une altération de leur fonctionnement. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude de la portée de 22 articles qui retrouve une sensation de choc, de l'anxiété, de l'hypervigilance, de la culpabilité, des troubles du sommeil et de l'appétit chez les parents d'adolescents. La peur d'un passage à l'acte est prégnante (40). La revue systématique de Marshall et al, parle de « bouleversement émotionnel ». Les participants de notre étude semblent partager des émotions similaires à celles retrouvées dans d'autres études.

4.3 La consultation aux urgences : une situation attachement pertinente

Dans ce contexte de stress pour l'entourage, un de nos objectifs était donc d'identifier ses besoins durant la crise suicidaire. En tant que soignant, il n'est pas toujours évident de répondre aux sollicitations de l'entourage. C'est là que la théorie de l'attachement développée par Bowlby nous éclaire à nouveau.

Tout d'abord, la consultation aux urgences peut être considérée comme une situation attachement pertinente pour l'aidant. En effet, l'aidant est souvent anxieux, dans un lieu pas ou peu connu et demande de l'aide aux soignants. Ce contexte de stress et de danger active son SA et son SAL. De plus, son rôle d'aidant sensible à la souffrance et cherchant à mettre en sécurité son proche le met en situation de

caregiver. Son SC dont l'objectif est de donner des soins, est donc également activé. Or, si le *caregiving* est source de satisfaction et de soulagement quand l'aidant peut protéger son proche, il peut également se muer en colère et anxiété quand il ne peut le faire (27). Cette lecture attachement informée pourrait déjà permettre aux soignants de mieux comprendre les comportements de détresse et parfois difficiles de l'entourage. Ainsi, ils pourraient lui communiquer des informations générales sur l'organisation des urgences, lui donner approximativement l'ordre de passage du patient, lui montrer où acheter une collation, les sanitaires, afin de le mettre dans des conditions plus favorables à l'attente.

De plus, comme il existe un antagonisme entre ces systèmes : si le SA et/ou le SAL de l'aidant est trop activé, son SC peut s'éteindre, il est donc important de se préoccuper des SA et SAL de l'aidant dès les urgences (27).

Dans notre étude, les aidants nous donnent des moyens de le faire. Premièrement, les participants de notre étude demandent à être informés sur la crise suicidaire, écoutés et soutenus. Ils accordent une place centrale à l'aide apportée par les soignants des urgences. Cela nous permet de nous positionner en *caregiver* de l'aidant. D'après la littérature, nos résultats sont compatibles avec la revue de littérature de Marshall qui retrouve l'importance de considérer la souffrance de l'aidant et de valider ses émotions (37). D'ailleurs, une étude parue dans *The journal of mental health* associe la prise en charge de l'entourage à celle du patient. Elle considère que des soins psychiques adaptés incluent la reconnaissance, la prévention et le traitement des problématiques créées chez l'entourage (41).

Enfin, bien que nous ne puissions pas prétendre à faire havre et base de sécurité pour l'entourage, nous pourrions par ces éléments (reconnaissance, communication, information, empathie, sensibilité, soutien) diminuer l'activation de son SA et son SAL. Qui plus est, nous pouvons amener les aidants à solliciter leurs figures d'attachement et affiliatives qui permettront alors de jouer ce rôle à l'extérieur au profit de leur *caregiving* (27,42).

4.4 La légitimité et les compétences de l'entourage dans la crise suicidaire

Tout d'abord, la demande d'aide de l'entourage représente une réelle compétence dans la crise suicidaire. Bien que les aidants aient rapportés se sentir impuissants et venir aux urgences en dernier recours, nous pouvons déjà souligner avec eux cette capacité à demander de l'aide. La revue systématique de Marshall

retrouve que les aidants demandent de l'aide quand ils n'ont plus le choix et apprécient les soins basés sur la compétence de l'entourage. Les aidants souhaitent être des partenaires plus que des informateurs (37). Dans le même sens, les recommandations européennes sur la prise en charge de la crise suicidaire, recommandent l'inclusion de l'entourage tout au long du processus et la délivrance d'informations nécessaires à la sortie et à la suite des soins ambulatoires dans les limites du secret médical (19). Ainsi, le partage d'informations consenties par le patient et la communication d'informations générales sur la crise suicidaire sont possibles. Nous pouvons faire l'hypothèse que le secret médical ne serait alors plus vu comme un frein puisque l'entourage aurait les informations nécessaires à la compréhension de la situation pour s'occuper de son proche à domicile.

De plus, l'approche systémique de G.Ausloos de la crise suicidaire est inspirante (43). Partant du postulat « un système ne peut se poser que des problèmes qu'il est capable de résoudre », il a donné une place centrale aux familles. Aux urgences, il a proposé de prendre du temps pour elles et de les recevoir systématiquement en entretien. De là, il propose un modèle permettant aux familles de sortir de la faute et de la culpabilité en favorisant leurs compétences et leur information. Cette approche semble tout à fait envisageable tant les participants ont montré un engagement et une proactivité dans les soins de leur proche. Ainsi, au-delà de sa légitimité, nous pouvons aussi reconnaître et mobiliser les compétences de l'entourage.

Ces éléments semblent laisser naturellement place à l'entretien et au document écrit d'information que nous souhaitons créer. Ses deux critères : relationnel et informatif, semblent être réunis dans l'objectif de notre étude.

4.5 Confrontation aux documents déjà existants

A notre connaissance, il existe deux guides d'information à destination de l'entourage durant la crise suicidaire : le guide de Alliance nationale sur la maladie mentale (*National Alliance on Mental Illness* : NAMI) et le guide de l'association canadienne de prévention du suicide (*Canadian Association For Suicide Prevention* : CASP) (30,31). Les deux documents encouragent l'entourage à transmettre des informations aux urgentistes. Ainsi, ils donnent une légitimité à la parole du proche et appellent à sa proactivité. Ils reprennent l'importance de délivrer des informations générales sur le processus suicidaire et proposent des ressources de

psychoéducation et associatives pour l'entourage. Tout cela est cohérent avec notre étude. Néanmoins, ces derniers se focalisent essentiellement sur la tentative de suicide et semblent être délivrés durant l'attente de l'entourage aux urgences. Notre document serait différent puisqu'il concernerait les idées et les conduites suicidaires ciblant alors un entourage plus large et serait donné à la sortie des urgences. De plus, on ne retrouve pas de partie personnalisable à compléter avec les soignants autre que le plan de sécurité pour le CASP, ni de mémo sur la conduite à tenir en cas d'urgence, ce qui est fortement demandé par les participants de notre étude. Enfin, nous ne savons pas le contexte de délivrance qui, dans notre étude, est indissociable du document. En revanche, les éléments de similitudes et de différences sont difficilement analysables car nous n'avons pas accès à la méthodologie d'élaboration de ces documents, ni à leur contexte de délivrance. Cependant, il est très intéressant de voir ce qui a déjà été fait ailleurs.

Ainsi, après avoir pris le temps de rencontrer l'entourage et identifié ses difficultés au domicile, nous devrions être en mesure de créer un guide qui soit au plus proche de ses besoins.

4.6 Limites de l'étude

Premièrement, on retrouve comme limite méthodologique l'expérience naissante en recherche qualitative de l'investigateur. Pour y remédier, la grille de qualité COREQ a été utilisée pour guider le travail, la triangulation des données a été faite pour augmenter la validité interne de l'étude et un séminaire de recherche qualitative au sein du CHU de Toulouse a été complété (36).

Secondairement, nous identifions un biais de recrutement à plusieurs niveaux. En effet, la population d'étude concerne surtout l'entourage familial. De plus, les participants ont témoigné d'une situation d'aidant liée à leur implication au long cours auprès de leur proche en lien avec le trouble psychiatrique. Cela nous a donc amené à parler « d'aidants » dans notre propos. Le recrutement auprès de l'UNAFAM semble avoir favorisé ce profil. Par ailleurs, la majorité des aidants avaient vécu plusieurs des crises suicidaires de leur proche. Cela n'a pas permis de recueillir le vécu de l'entourage vivant pour la première fois une crise suicidaire. En ce qui concerne leur désir de faire co-équipe avec les soignants, leur investissement et leurs valeurs familiales ont pu orienter leur demande. Enfin, les participants ont un profil particulier puisqu'ils ont montré leur capacité à demander de l'aide. Nous faisons l'hypothèse que

certaines membres de l'entourage n'en demandent pas, empêchant ainsi le contact avec les soignants. Pour une prochaine étude, il pourrait être intéressant d'élargir la population d'étude en recrutant au sein même des urgences.

Troisièmement, le nombre de *focus groups* pour arriver à la saturation des données était relativement faible. Pour rappel, elle a été obtenue au 3^{ème} *focus group* et le 4^{ème} n'a pas permis de mettre en évidence de nouveaux thèmes. Cependant, un nombre plus important de participants aurait certainement permis d'approfondir les thèmes existants et probablement d'en faire émerger de nouveaux. La méthode boule de neige aurait potentiellement permis le recrutement d'une population plus variée.

Quatrièmement, nous nous sommes confrontés à des difficultés sémantiques. La notion de crise suicidaire a été utilisée dans le guide d'entretien. Après analyse, il aurait pu être judicieux de différencier chaque terme avec les participants : processus suicidaire, idées suicidaires, conduites suicidaires, tentative de suicide et crise suicidaire.

Cinquièmement, des caractéristiques sociodémographiques plus larges comme l'âge des participants et du proche aidé, leur statut professionnel, le statut de l'aidant auraient pu être demandées afin de mieux caractériser notre population.

4.7 Forces de l'étude

Premièrement, la principale force de notre étude est qu'elle donne la parole à l'entourage, explore directement son vécu expérientiel, ses suggestions quant au contenu du document écrit d'information et défini une charte pour le créer. A notre connaissance il n'existe pas de tel document en France et cela pourrait améliorer nos pratiques.

Secondairement, cette approche privilégie la relation humaine qui semble manquer considérablement à travers les témoignages. En proposant des *focus groups*, nous faisons l'hypothèse que cela a pu contribuer à l'amélioration de la communication avec les usagers, au-delà de l'étude.

Troisièmement, rencontrer des aidants de notre région permet d'avoir un retour sur les problématiques locales et d'avoir un retour sur notre pratique. D'autant plus que leur implication et leur détermination à aider leur proche leur ont permis d'acquérir une expérience approfondie du terrain.

Quatrièmement, notre intérêt pour le soutien des aidants est un sujet d'actualité et vient en cohérence avec la stratégie nationale « agir pour les aidants ». Parmi ses

objectifs on retrouve le repérage des personnes en situation d'aide, les aider à se reconnaître comme tel et briser leur isolement (44,45).

4.8 Perspectives de l'étude

Premièrement, nous souhaitons créer le document écrit d'information en accord avec les attentes et les besoins de l'entourage.

Deuxièmement, ce document écrit d'information pourrait être évalué en pratique clinique afin d'en identifier ses conditions de délivrance, sa pertinence, son utilité et les points à améliorer.

Troisièmement, l'amélioration de la collaboration avec l'entourage aux urgences permettrait d'en faire bénéficier l'entourage, les patients mais aussi les soignants en leur apportant un guide pratique.

Quatrièmement, le développement d'un programme d'information et de soutien pour l'entourage confronté aux idées et conduites suicidaires de leur proche pourrait être réfléchi.

5 CONCLUSION

Cette étude, axée sur l'élaboration d'un document écrit d'information basé sur le vécu, les besoins et les attentes de l'entourage en cas d'idées et de conduites suicidaires, a permis d'identifier quatre axes thématiques clés : la légitimité de l'entourage en tant que partenaire, la détresse ressentie par celui-ci, le réseau de soutien mobilisable et la charte du document.

Les recommandations visant à inclure l'entourage dans la prise en charge de la crise suicidaire et les initiatives politiques incitant à agir pour les aidants placent notre étude au cœur de l'actualité. Ainsi, nous proposons un dispositif novateur visant à répondre à un besoin concret dans le soutien des aidants.

Vu le président
du jury - le 19/04/24

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue du Grand-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 402 507 7 - N° RPPS : 10002909538

À Toulouse, le 26/09/2024

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hawton K, éditeur. The international handbook of suicide and attempted suicide. paperback ed. Chichester Weinheim: Wiley; 2002. 755 p.
2. Haute autorité de santé. recommandations de bonne pratique 2021 : Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge.
3. Silverman MM. The Language of Suicidology. Suicide Life Threat Behav. oct 2006;36(5):519-32.
4. World Health Organization : Preventing suicide A global imperative 2014. [Internet]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
5. Intervention en situation de crise. Montréal: Chenelière Éducation; 2021.
6. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000. [Internet]. 2000. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/lacrise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge.
7. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
8. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030.pdf.
9. Circulaire N°DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45209>
10. Le dispositif de recontact Vigilans 5.2.24.
11. Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide.
12. Plancke L, Amariei A, Danel T, Debien C, Duhem S, Notredame CE, et al. Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (Vigilans). Arch Suicide Res. 3 juill 2021;25(3):570-81.
13. Eurostat : décès dus au suicide, par sexe. [Internet]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=fr>
14. CépiDc - Inserm : Grandes causes de décès en 2021 et tendances récentes.
15. Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, Du Roscoat E, Leon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. Psychol Med.

mars 2022;52(4):707-14.

16. observatoire national suicide 2016_mel_220216.pdf.

17. Léon C. Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among 18–85-year-olds in france: results from the 2021 health barometer survey.

18. Barratt H, Rojas-García A, Clarke K, Moore A, Whittington C, Stockton S, et al. Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. Abe T, éditeur. PLOS ONE. 27 avr 2016;11(4):e0154449.

19. Lengvenyte A, Giner L, Jardon V, Olié E, Perez V, Saiz P, et al. Assessment and management of individuals consulting for a suicidal crisis: A European Delphi method-based consensus guidelines. Span J Psychiatry Ment Health. déc 2023;S2950285323001138.

20. Les proches aidants : une population hétérogène. [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD110.pdf>

21. Coulon N de. La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Nouvelle édition revue et augmentée. Lausanne: Antipodes; 2021.

22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Blavet T. 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021. Etudes et Résultats 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/93-millions-de-personnes-declarent-apporter-une-aide-reguliere-un>

23. Brian L. Mishara, Janie Houle. Le rôle des proches dans la prévention du suicide. Perspectives Psy 2008/4 (Vol 47) 2008/4 (Vol 47). Éditions EDP Sciences. :pages 343 à 349.

24. Simes D, Shochet I, Murray K, Sands IG. A Systematic Review of Qualitative Research of the Experiences of Young People and their Caregivers Affected by Suicidality and Self-harm: Implications for Family-Based Treatment. Adolesc Res Rev. juin 2022;7(2):211-33.

25. Maple M, Wayland S, Sanford RL, Bhullar N. Predictors of Caregiver Burden Among Carers of Suicide Attempt Survivors. Crisis. janv 2023;44(1):41-8.

26. Cerel J, Currier GW, Conwell Y. Consumer and Family Experiences in the Emergency Department Following a Suicide Attempt: J Psychiatr Pract. nov 2006;12(6):341-7.

27. Guedeney N, Guedeney A, Tereno S. L'attachement, approche théorique. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2021. (Les âges de la vie).

28. Marvin R, Cooper G, Hoffman K, Powell B. The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attach Hum Dev.* mai 2002;4(1):107-24.
29. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 3. Basic Books; 1969.
30. CASP_After-Suicide-Attempt_Guide-for-Family-Friends_2013.09.17.pdf [Internet]. Disponible sur: https://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2021/08/CASP_After-Suicide-Attempt_Guide-for-Family-Friends_2013.09.17.pdf
31. NAMI : After an Attempt A Guide for Taking Care of Your Family Member after Treatment in the Emergency Department.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/AfterAnAttemptFamilies.pdf>
32. HAS juin 2008 : Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé.
33. Holmes EA, Ghaderi A, Harmer CJ, Ramchandani PG, Cuijpers P, Morrison AP, et al. The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry.* mars 2018;5(3):237-86.
34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* janv 2006;3(2):77-101.
35. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health.* 8 août 2019;11(4):589-97.
36. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
37. Marshall P, Sansom K, Jagfeld G, Jones S, Lobban F. Caring for a friend or family member who has experienced suicidal behaviour: A systematic review and qualitative synthesis. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* juin 2023;96(2):426-47.
38. Michèle PACAUT-TRONCIN, Patrick POLO. Suicide : travailler avec l'entourage. Dossier : prévenir la réitération suicidaire. 2021;(256):60-5.
39. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes / Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France.
40. Rheinberger D, Shand F, McGillivray L, McCallum S, Boydell K. Parents of Adolescents Who Experience Suicidal Phenomena-A Scoping Review of Their Experience. *Int J Environ Res Public Health.* 26 juin 2023;20(13):6227.
41. McLaughlin C, McGowan I, O'Neill S, Kernohan G. The burden of living with and

caring for a suicidal family member. *J Ment Health*. oct 2014;23(5):236-40.

42. Guedeney N, Guedeney A, Tereno S. *L'attachement, approche clinique et thérapeutique*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2021. (Les âges de la vie).

43. Ausloos G. *La compétence des familles: temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Agne: Editions Erès; 1995. 173 p. (Relations).

44. Ministère des solidarités et des familles. *Agir pour les aidants. 2e stratégie de mobilisation et de soutien pour les aidants 2023-2027*. Dossier de presse, vendredi 6 octobre 2023. Paris: Ministère des solidarités et des familles; 2023. [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Dossier-de-presse-strategie-des-aidants-2023-2027-accessible.pdf>

45. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. *Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 : bilan de la mise en œuvre des mesures*. Paris: Ministère du travail, de la santé et des solidarités; 2023 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Bilan-Strategie-Agir-pour-les-aidants-2020-2023_0.pdf

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Notice d'information participants

Recherche “entourage et crise suicidaire”

Notice d’information à destination des participants aux focus group

Titre de la recherche : élaboration d’un document écrit d’information, donné aux urgences, lors d’un entretien dédié, à destination de l’entourage lors du retour à domicile de leur proche consultant pour des comportements suicidaires.

Acronyme : DIF

Personne qualifiée pour délivrer l’information : Docteur J.Salles (psychiatre MCU-PH), Docteur A.Clenet (psychiatre PH) et A.Ficini (interne de psychiatrie).

Etablissement responsable du traitement des données : CHU de Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguerie
TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9

Madame, Monsieur,

Nous organisons une recherche afin d’améliorer le soutien proposé à l’entourage des usagers de la psychiatrie présentant des comportements suicidaires (ex : idées suicidaires, tentative de suicide) et pour qui un retour à domicile est indiqué après un passage aux urgences. En effet, les comportements suicidaires sont le premier motif de consultation aux urgences psychiatriques. En France, le nombre de tentatives de suicide est estimé à 200 000 par an et dans 70% des cas un retour à domicile est indiqué à la sortie des urgences. L’entourage est alors sollicité pour soutenir leur proche au domicile. Les données de littérature rapportent à quel point l’entourage peut se sentir démuné dans une telle situation.

Nous souhaitons vous solliciter afin d’élaborer un document écrit d’information qui viendrait compléter et étayer les informations délivrées lors du passage aux urgences. Nous souhaitons construire ce document avec le public concerné. Pour ce faire, nous vous proposons de participer à des focus groups (groupes de discussion). Ce travail est donc basé sur l’exploitation des données obtenues au cours du focus group auquel vous allez participer.

Nous vous présentons ici les modalités de déroulement des focus groups afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause.

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LA RECHERCHE

Le but de la recherche : élaboration d’un document écrit d’information, donné aux urgences, à destination de l’entourage lors du retour à domicile de leur proche consultant pour des comportements suicidaires et pour qui une prise en charge ambulatoire est indiquée.

Méthodologie : étude qualitative utilisant la méthode des focus group. La séance sera enregistrée (audio) conformément au droit à la voix. Durant le focus group, nous vous demanderons ce qui vous semblerait pertinent de faire figurer sur le document écrit d’information à élaborer. Cette réflexion se basera sur votre expérience de proche. Il vous sera demandé de ne pas utiliser de données identifiantes (ex : nom, prénom, date de naissance) ou sensibles (ex : données de santé) pendant l’enregistrement. Le contenu de la discussion sera retranscrit de façon anonymisée sur un logiciel puis détruit.

Durée : Les focus group ou groupes de travail auront lieu de décembre 2023 à juillet 2024. Chaque focus group sera constitué de 6 à 8 personnes majeures, volontaires et durera entre 1h et 1h30.

Contraintes : Venir au groupe (1 déplacement – durée 1h à 1h30)

Bénéfice : Votre participation permettra de développer un outil utile et un retour vous sera fait une fois la recherche terminée. Le document écrit d'information viendra renforcer la prise en charge ambulatoire comme outil pratique pour aider les familles à trouver des ressources sur lesquelles s'appuyer durant cette période. Elle permettra également de les aider à mieux répondre aux besoins de leur proche une fois ce dernier sorti de l'hôpital.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Si vous refusez de participer, il vous suffit d'en informer le médecin dont les coordonnées se trouvent en bas de ce document. Cela n'aura aucune conséquence.

Vous pouvez si vous le désirez interrompre votre participation à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et toutes les données collectées avant anonymisation, c'est à dire avant retranscription, seront supprimées. Après retranscription, il ne sera plus possible de vous relier à vos données.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le responsable du traitement des données auront accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

PARTIE 2 : INFORMATIONS SUR VOS DROITS ET SUR LA GESTION DE VOS DONNEES RECUEILLIES

Les données qui seront traitées dans le cadre de cette recherche seront issues du contenu de ce qui sera discuté lors des focus groups.

Le traitement des données dans le cadre de cette étude est conforme à la méthodologie de référence MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle le CHU de Toulouse a signé un engagement de conformité.

Conformément à la réglementation française et européenne, les données de l'étude seront conservées au maximum 2 ans après la dernière publication ou jusqu'à la signature du rapport final, puis archivées conformément à la réglementation en vigueur.

Comment vos données personnelles* seront-elles traitées dans le cadre de la recherche ?

Si vous acceptez de participer à la recherche, vos données personnelles, y compris vos données de santé, feront l'objet d'un traitement* par le promoteur, en qualité de responsable du traitement de ces données.

Quelle est la base juridique et la finalité du traitement de vos données personnelles ?

Le traitement de vos données personnelles est nécessaire à la réalisation de la recherche et est fondé sur la mission d'intérêt public dont est investi le CHU de Toulouse.

Ce traitement est autorisé car il est nécessaire à des fins de recherche scientifique. Le responsable de traitement doit mettre en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir vos droits et libertés, notamment le seul recueil de données strictement nécessaires à la recherche.

Comment la confidentialité de vos données sera-t-elle assurée ?

Vos données personnelles seront traitées de manière confidentielle, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Liberté », et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD*).

Qui aura accès à vos données dans le cadre de la recherche ?

Les informations concernant votre identité (nom, prénom, sexe, adresse mail, numéro de téléphone) ne seront connues que par l'équipe de recherche. Ces personnes sont soumises au secret professionnel.

Vos données seront accessibles aux personnes suivantes : le responsable du traitement des données et les personnes agissant pour son compte, Dr Salles, Dr Clenet et Anaïs Ficini.

Ces personnes, soumises au secret professionnel, auront accès à vos données dans le cadre de leur fonction et en conformité avec la réglementation.

Quels sont vos droits relatifs à vos données personnelles ?

Vous avez le droit d'accéder à vos données, par l'intermédiaire de l'investigateur, et demander à ce qu'elles soient rectifiées ou complétées.

Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données.

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous pourrez à tout moment vous opposer au traitement de vos données aux fins de réalisation de la recherche. Dans ce cas, aucune information supplémentaire vous concernant ne sera collectée.

Vous pourrez exercer vos droits relatifs à vos données jusqu'à l'étape d'anonymisation de vos données qui aura lieu lors de la retranscription des échanges.

Vous pouvez cependant exercer votre droit à l'effacement de vos données mais celles-ci pourront ne pas être effacées si cela rendait impossible ou compromettrait gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous ne pouvez pas vous opposer à l'utilisation de vos données lorsque celui-ci est fondé sur les obligations légales du responsable du traitement des données visant à assurer la qualité et la sécurité de la recherche, ni demander leur effacement lorsqu'elles sont utilisées à cette fin. Ceci concerne notamment les effets indésirables des produits.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Comment exercer vos droits ?

Vous pouvez exercer vos droits à tout moment et sans avoir à vous justifier.

Le responsable du traitement n'ayant pas accès à votre identité, il est recommandé de vous adresser, dans un premier temps, à l'investigateur, aux coordonnées disponibles dans la présente note.

Vous pouvez en outre, si vous le souhaitez, exercer vos droits auprès du délégué à la protection des données du promoteur (dpo@chu-toulouse.fr) qui gèrera cette demande en coordination avec le médecin et les professionnels impliqués dans l'étude. Dans ce cas, votre identité (prénom, nom) sera rendue accessible au délégué à la protection des données du promoteur.

Dans l'hypothèse où vous ne parvenez pas à exercer vos droits, vous disposez également du droit de déposer une réclamation concernant le traitement de vos données personnelles auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui est l'autorité de contrôle compétente en France en matière de protection des données (sur le site <https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne>).

Vos données codées pourront-elles être réutilisées ?

Vous pouvez accepter ou refuser le principe de l'utilisation de vos données codées lors de recherches ultérieures, conduites exclusivement à des fins scientifiques. Cette/ces recherche(s) ultérieure(s) devra(ont) soit faire l'objet d'une autorisation de la CNIL, soit être conforme à un référentiel établi par la CNIL si elle(s) entre(nt) dans le cadre d'une procédure simplifiée du fait de ses/leurs caractéristiques (MR 004)

Dans ce dernier cas, vous ne serez pas obligatoirement informé(e) individuellement du/ des nouveau(x) traitement(s) de vos données personnelles.

Vous pouvez obtenir des informations sur l'ensemble des traitements de données en cours au CHU de Toulouse, en consultant le site internet du CHU de Toulouse à l'adresse suivante : <https://www.chu-toulouse.fr/-recherche-et-essais-cliniques-> qui détaillera notamment, pour chaque projet concerné, l'identité du responsable de traitement et les finalités poursuivies justifiant la réutilisation de vos données.

Grâce à cette information, vous pourrez choisir d'exercer vos droits d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition ou d'effacement de vos données.

L'affichage des projets sur la page du site internet vaut information pour cette réutilisation de données et dès lors, il n'est pas prévu de vous adresser une lettre individuelle d'information complémentaire pour chaque projet de recherche.

Toute l'équipe vous remercie et se tient à votre disposition pour répondre à vos questions.

Votre non opposition ne décharge en rien le responsable de la recherche de ses responsabilités à votre égard.

Votre médecin interne A.FICINI, adresse mail : ficini.a@chu-toulouse.fr) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

Recherche prospective

Investigateur OU Personne qualifiée pour délivrer l'information :	
NOM :	
Prénom :	
Atteste avoir donné l'information et remis la présente notice au patient le / /
Atteste que le patient ne s'oppose au traitement de ses données personnelles codées dans le cadre de cette recherche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Atteste que le patient ne s'oppose au traitement de ses données personnelles codées et/ou de ses échantillons biologiques pour d'autres recherches liées à la santé ou à la médecine, exclusivement à des fins scientifiques.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Vos contacts

Responsable de traitement	A.Ficini (interne de psychiatrie)
Responsable de la mise en œuvre (personne à l'initiative de la recherche)	Docteur J.Salles (MCU-PH) Docteur A.Clenet (PH)
Investigateur du lieu de recherche	Docteur J.Salles (MCU-PH) Docteur A.Clenet (PH)
Délégué à la protection des données du CHU de Toulouse	dpo@chu-toulouse.fr
CNIL- Commission nationale de l'Informatique et des libertés	https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne 01 53 73 22 22

PARTIE 3 : GLOSSAIRE

Responsable de la mise en œuvre	Personne physique chargée de surveiller et de diriger la recherche sur un lieu de recherche.
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données
Données personnelles	Donnée se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Les données de santé sont des données à caractère personnel particulières car sensibles.
Données codées Ou pseudonymisées	Le codage ou la pseudonymisation consiste à remplacer les données directement identifiantes (nom, prénom, etc.) d'un jeu de données par des données indirectement identifiantes (alias, numéro, etc.).
Méthodologie de référence (MR)	Procédure simplifiée d'accès aux données de santé.
Traitement des données	Un traitement de données personnelles est une opération, ou ensemble d'opérations, portant sur des données personnelles, quel que soit le procédé utilisé (collecte, enregistrement, organisation, conservation, adaptation, modification, extraction, consultation, utilisation, communication par transmission ou diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, rapprochement).
Entrepôt de données de santé	Les entrepôts de données de santé sont des bases de données destinées à être utilisées notamment à des fins de recherches, d'études ou d'évaluations dans le domaine de la santé. La mise en place d'un EDS est réglementé par la CNIL.

7.2 Annexe 2 : Fiche signalétique du traitement des données

FICHE SIGNALITIQUE DU TRAITEMENT DE DONNEES

INTITULE DE LA RECHERCHE	Élaboration d'un document écrit d'information, donné aux urgences lors d'un entretien dédié, à destination de l'entourage lors du retour à domicile de leur proche consultant pour des comportements suicidaires.
ACRONYME DE LA RECHERCHE	<i>DIF</i>
ORGANISME RESPONSABLE DE TRAITEMENT**	<i>CHU de Toulouse</i>
RESPONSABLE DE TRAITEMENT	Nom, Prénom : LEFEBVRE Jean-François
	Fonction : Directeur général
	E-mail : drci.toulouse@chu-toulouse.fr
RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE	Nom, Prénom : Docteur J.SALLES Docteur A.CLENET
	Fonction : Docteur J.SALLES MCU-PH Docteur A.CLENET PH
	E-mail : salles.j@chu-toulouse.fr clenet.a@chu-toulouse.fr
NOM DE LA PERSONNE QUI REALISE LA RECHERCHE (Interne, master, DESS, DESC..)	Nom, Prénom : FICINI Anaïs
	Fonction : Interne de psychiatrie
	E-mail : Ficini.a@chu-toulouse.fr
CONTEXTE DE LA DEMANDE (CHOIX MULTIPLES POSSIBLES)	<input checked="" type="checkbox"/> Thèse ou mémoire : oui <input type="checkbox"/> Recherche hors thèse ou mémoire <input type="checkbox"/> Collaboration avec un organisme extérieur au CHU (<i>INSERM, CNRS, INRA, IRT, industriel, structure institutionnelle....</i>) <input type="checkbox"/> Projet collaboratif encours de montage (AAP : ANR/RHU/Europe...) <input type="checkbox"/> Financement prévu
INFORMATION DU PRODUCTEUR DE LA DONNEES	<input checked="" type="checkbox"/> Information du/des Chef(s) de(s) Service(s) dont émanent les Données

	<input checked="" type="checkbox"/> Attestation sur l'Honneur de la non opposition dudit/desdits Chefs de services (voir formulaire en annexe 2)
INFORMATION DES PERSONNES CONCERNEES PAR L'ETUDE	<input type="checkbox"/> Information générale : livret d'accueil et/ou affichage et /ou flyers et/ou information pied de page dans CR de consultation <input checked="" type="checkbox"/> Information individuelle : envoi ou remise en main propre de la notice d'information spécifique à la recherche : oui
TYPE DE TRANSFERT	<input checked="" type="checkbox"/> Transfert des données en interne au CHU <input type="checkbox"/> Transfert des données hors CHU <input type="checkbox"/> Données brutes <input type="checkbox"/> Données codifiées <input type="checkbox"/> Données agrégées et/ou rapport
Types de données (choix multiples possibles)	<input type="checkbox"/> Données rétrospectives <input checked="" type="checkbox"/> Données prospectives : oui <input type="checkbox"/> Réutilisation d'échantillons biologiques préalablement collectés
Sources de données utilisées (choix multiples possibles)	<input type="checkbox"/> Données issues uniquement de votre service <input type="checkbox"/> Données issues de plusieurs services de soin du CHU de Toulouse <input type="checkbox"/> Enquête / Cohorte / Registre incluant des données du SNDS <input type="checkbox"/> Enquête / Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS <input type="checkbox"/> PMSI national : <input type="checkbox"/> MCO <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Psy <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Fichier ANO <input type="checkbox"/> FichComp <input type="checkbox"/> MED <input checked="" type="checkbox"/> Autres données : Préciser : focus group (groupes de discussion)
MR utilisée	<input checked="" type="checkbox"/> MR-004 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Faisabilité opérationnelle (le cas échéant)	<input type="checkbox"/> Faisabilité technique (solliciter DSIO ou DIM si nécessaire)
--	---

SYNOPSIS DE LA RECHERCHE

JUSTIFICATION / CONTEXTE	<p>Nous souhaitons améliorer le soutien proposé à l'entourage des usagers des urgences psychiatriques présentant des comportements suicidaires (ex : idées suicidaires, tentative de suicide) et pour qui un retour à domicile est indiqué.</p> <p>En effet, les comportements suicidaires sont le premier motif de consultation aux urgences psychiatriques. En France, le nombre de tentatives de suicide est estimé à 200 000 par an et dans 70% des cas un retour à domicile est indiqué à la sortie des urgences. L'entourage est alors sollicité pour soutenir leur proche au domicile. Les données de littérature rapportent à quel point l'entourage peut se sentir démuné dans une telle situation.</p> <p>Dans ce contexte, le service des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse cherche à améliorer le lien avec l'entourage en brisant l'isolement et en soutenant ses connaissances et ses compétences lors du retour à domicile de leur proche.</p> <p>A travers ce travail de thèse, nous souhaitons élaborer un document écrit d'information qui sera remis aux urgences à l'entourage lors d'un entretien dédié. Pour écrire ce document, nous souhaitons avoir l'avis de l'entourage. Nous souhaitons le recueillir via des focus groups.</p> <p>Ce travail est fait en partenariat avec l'UNAFAM.</p>
OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES	Objectif principal : création d'un document écrit d'information à destination de l'entourage via des focus groups.
CRITERES D'INCLUSION	Avoir un proche qui est ou qui a été usager des soins ; psychiatriques Accepter de participer au focus group.
CRITERES DE NON INCLUSION	Ne pas avoir de proche qui a ou qui a été un usager des soins psychiatriques Avoir un trouble psychique et/ou cognitif et/ou physique décompensé contraindiquant la participation au focus group.
TRAITEMENTS/STRATEGIES/PROCEDURES DE LA RECHERCHE	<p>Recueil de l'expérience et des suggestions de l'entourage lors de focus groups afin de créer le document écrit d'information.</p> <p>Les focus auront lieu au CHU de Toulouse dans une salle dédiée</p> <p>Un questionnaire recueillant : le sexe du participant, son lien affectif avec le proche et la pathologie psychiatrique du proche</p> <p>L'entretien sera mené à l'aide d'un entretien semi-structuré</p> <p>Animation des focus groups sera faite par Anaïs FICINI (modérateur) et Adeline CLENET (observateur)</p> <p>Chaque focus groups sera composé de 6 à 8 volontaires, majeurs et durera entre 1h et 1h30.</p> <p>Le nombre de focus groups dépendra de l'arrivée à saturation des données avec un nombre de focus groups estimé entre 3 et 6</p>

	<p>Enregistrements audios des séances de focus group qui seront retranscrits textuellement afin de permettre l'analyse des données.</p> <p>Consigne de ne pas donner de données identifiantes et/ou sensibles.</p> <p>Anonymisation des données le cas échéant.</p> <p>Destruction des enregistrements après transcription.</p> <p>Synthèse et élaboration d'un document écrit d'information.</p>
CRITERES DE JUGEMENT	Thèmes principaux générés par l'analyse thématique à partir des données en tenant compte de la question de recherche
TAILLE D'ETUDE	18 à 42 personnes
NOMBRE PREVU DE CENTRES	<input checked="" type="checkbox"/> Monocentrique CHU Toulouse : oui <input type="checkbox"/> Multicentrique <i>Compléter la liste en annexe 1</i>
DUREE TOTALE DE LA RECHERCHE	Focus groups faits entre octobre 2023 et juillet 2024.
CALENDRIER DE L'ETUDE ET PLANNING PREVISIONNEL DE COMMUNICATION DES RESULTATS	<p><i>Traitement de données</i> : à partir d'octobre 2023 (le traitement se fait tout au long du recueil des données)</p> <p><i>Publication et/ou rapport/thèse</i> : soutenance avant fin octobre 2024</p> <p><i>Durée d'archivage des données après valorisation</i> : 2 ans</p>
ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	<p>Les données collectées au cours des focus groups feront l'objet d'une analyse thématique à l'aide du logiciel NVivo. L'analyse thématique est constituée de plusieurs opérations permettant de transposer progressivement des corpus de données en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé :</p> <p>Tout d'abord, les différents entretiens seront enregistrés sur un dictaphone afin de pouvoir ensuite les retranscrire sous la forme de verbatims. Ensuite chaque transcription sera lue plusieurs fois sans amorcer de codage afin de se familiariser avec le corpus de données.</p> <p>Puis, après s'être focalisé sur les objectifs de la recherche, la transcription subira un codage continu, sans aucun regroupement thématique. Un code est un commentaire descriptif, proches du sens explicite ou décrivant le sens du discours, de ce qui apparaît intéressant à l'analyste au regard de la question de recherche.</p> <p>Une liste de thèmes est ensuite générée à partir du réexamen et regroupement des codes selon leur point de convergence, d'opposition, de récurrence ou de jonction. Le travail d'analyse réalisé par Anaïs FICINI fera l'objet de supervision lors de réunions de groupe qui permettront à la fois d'enrichir l'analyse et de servir de processus de contrôle qualité.</p>

	Le réexamen et l'analyse des thèmes ainsi générés permettra enfin la constitution d'un panorama où se matérialisent les différentes grandes tendances du phénomène sous la forme d'un schéma appelé arbre thématique.
RETOMBÉES ATTENDUES	<p>En pratique clinique, le document écrit d'information ainsi élaboré sera distribué à l'entourage des usagers consultant aux urgences psychiatriques, qui ont des comportements suicidaires et pour qui un retour à domicile avec une prise en charge ambulatoire est indiquée. Le document écrit d'information viendra renforcer la prise en charge ambulatoire comme outil pratique pour aider les familles à répondre aux besoins de leur proche une fois ce dernier sorti de l'hôpital.</p> <p>Comme il aura été coconstruit avec les proches, le contenu de ce document écrit d'information se voudra être compréhensible et adapté aux besoins de l'entourage.</p> <p>Distribution du document Thèse d'exercice de psychiatrie d'Anaïs Ficini</p>
JUSTIFICATION DU CARACTERE D'INTERET PUBLIC DE L'ETUDE	<i>Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui. De plus, au titre de l'article 9 du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.</i>

ANNEXE 1 : LISTE DES CENTRES PARTICIPANTS ET DES MEDECINS REFERENTS PAR CENTRE

NUMERO DE CENTRE	NOM DU CENTRE	NOM, PRENOM DU MEDECIN REFERENT	SERVICE	ADRESSE MAIL
01				
02				
03				
04				
05				

ANNEXE 2 : MODELE D'ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Prénom : Anaïs

NOM : Ficini

Fonctions : interne

Service : service d'addictologie Hôpital Marchant

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) **Anaïs FICINI** avoir dument informé les le ou les chefs de services suivants :

- Docteur SALLES Juliette
- Docteur CLENET Adeline

De mon intention d'utiliser des données émanant de son/leur service(s) dans le cadre d'une étude intitulée :

- DIF

J'atteste par la présente que le (les) chef(s) de services informé(s) ne se sont en aucun cas opposés à l'utilisation des données de son/leur service(s).

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Toulouse, le 4/11/2023

Signature

Anaïs FICINI

7.3 Annexe 3 : Première version du guide d'entretien semi-structuré

Guide d'entretien semi-structuré thèse

Nous souhaitons construire avec vous un document écrit d'information. Il serait destiné à l'entourage d'une personne en crise suicidaire. Ce document serait distribué à l'entourage avant la sortie des urgences psychiatriques. En effet, bien souvent, l'entourage est sollicité et nous savons que prendre soin d'une personne en crise suicidaire à domicile est une épreuve. Nous voulons améliorer notre pratique et proposer lors de l'entretien famille un document qui contiendrait des informations utiles pour le retour à domicile. Pour en élaborer un contenu qui soit le plus adapté nous souhaitons vous concerter en groupe.

Il s'agit d'un groupe de discussion qui permettra de recueillir votre opinion et vos réactions quant au sujet d'étude. Et en cela il est important que chacun puisse exprimer son opinion car le but est de recueillir un éventail d'idées divergentes et non pas d'obtenir un consensus.

Cet entretien sera enregistré afin de pouvoir analyser de manière précise son contenu. Toutes les informations de la session resteront confidentielles. Les noms des participants ou ceux des autres individus / organisations mentionnés seront anonymisés dans toutes les publications et rapports. Seul le personnel associé à la recherche aura accès à la bande et elle sera détruite après transcription. Pour que la retranscription puisse se faire correctement il vous sera demandé de parler l'un après l'autre et de respecter les interventions de chacun.

Questions	Points recherchés
Question 1 : Quel est votre expérience comme aidant dans le parcours de soin psychiatrique de votre proche ?	Expérience générale
Question 2 : Comment définiriez-vous une crise suicidaire ?	Connaissances Vulgarisation
Relance question 2 : Pourriez-vous nous en dire plus sur votre expérience comme accompagnant d'une crise suicidaire ?	Expérience de la crise suicidaire
Question 3 : Quelles sont les difficultés et obstacles rencontrés pendant ces crises ?	Difficultés rencontrées par les familles
Relance question 3 : Quels seraient vos besoins durant ces moments de crise ?	Besoins Attentes
Question 4 : Que contiendrait le document écrit d'information ?	Contenu Attentes
Relance question 4 : Quelles seraient les craintes ou hésitations pour un document comme celui-ci ?	Engagement Acceptabilité Conditions

8 SERMENT D'HIPPOCRATE

Version du conseil national de l'Ordre des médecins revue en 2012

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

**VECU ET BESOINS DE L'ENTOURAGE PENDANT LA CRISE SUICIDAIRE ET
CREATION D'UN DOCUMENT ECRIT D'INFORMATION POUR ETAYER
L'ENTOURAGE LORS DU RETOUR A DOMICILE APRES UN PASSAGE AUX
URGENCES : UNE ANALYSE THEMATIQUE REFLEXIVE**

RESUME EN FRANÇAIS :

Introduction : En France, il a été observé une augmentation du recours aux urgences pour idées et conduites suicidaires. L'inclusion de l'entourage dans la prise en charge de la crise suicidaire pour son rôle protecteur, notamment lors du retour à domicile est recommandée. Cependant, l'entourage est une population qui peut présenter des facteurs de vulnérabilité, des signes de souffrance et d'isolement méritant une attention et une vigilance particulière. Dans ce contexte, nous avons fait l'hypothèse qu'un document écrit d'information pourrait être utile afin de le soutenir et le guider de manière étayante lors du retour à domicile.

Objectif : l'objectif de cette recherche est de recueillir le vécu de l'entourage en cas d'idées et de conduites suicidaires et de définir le contenu d'un document écrit d'information répondant à ses besoins lors du retour à domicile après un passage aux urgences.

Matériel et méthode : nous avons mené une étude qualitative de type analyse thématique réflexive au sein du CHU de Toulouse. Les participants ont été recrutés via l'association UNAFAM 31. Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-dirigés type *focus group*.

Résultats : quatre groupes de discussion ont été menés pour un total de 24 participants dont 71% de femmes. La majorité était des membres de la famille. Quatre axes thématiques ont été identifiés : la légitimité de l'entourage en tant que partenaire, la détresse de l'entourage, le réseau de soutien mobilisable et la charte du document.

Conclusion : Notre étude permet d'envisager la rédaction d'un livret à destination de l'entourage en prenant en compte ses besoins. Ce livret s'inscrit dans les recommandations visant à inclure l'entourage dans la prise en charge de la crise suicidaire et entre en cohérence avec les initiatives politiques incitant à agir pour les aidants. Par cela, notre étude s'inscrit au cœur de l'actualité. Ainsi, nous proposons un dispositif novateur visant à répondre à un besoin concret dans le soutien des aidants.

TITRE EN ANGLAIS : Experience and needs of family and friends during the suicidal crisis and creation of a written document to support the caregivers when returning home after emergency department: a reflective thematic analysis

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Psychiatrie

MOTS-CLÉS : crise suicidaire, idées suicidaires, conduites suicidaires, entourage, urgences, document écrit d'information, analyse thématique réflexive, focus groupes,

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrices de thèse : Professeur Juliette SALLES et Docteur Adeline CLENET