



UNIVERSITÉ DE LILLE  
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG  
Année : 2023 - 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE  
MENTION : PSYCHIATRIE - SANTÉ MENTALE

**COORDINATION DU PARCOURS DE SANTÉ DANS LA CRISE SUICIDAIRE  
ENTRE LES STRUCTURES DE PSYCHIATRIE ET LES INFIRMIERS  
LIBÉRAUX**

**ÉTAT DES LIEUX AU SEIN DE LA FLANDRES LITTORAL - SECTEUR 59G01,  
G02, G03 ET G04**

Présenté et soutenu publiquement le Lundi 1<sup>er</sup> Juillet 2024 à Lille (Département facultaire de  
médecine Henri WAREMBOURG)

Par Dimitri INGELAERE

---

**Jury :**

Président du jury : Monsieur le Professeur WIEL Éric

Enseignant infirmier : Madame KOZLOWSKI Véronique

Directeur de mémoire : Madame ACOULON Gwladys

Département facultaire de médecine Henri Warembourg  
Avenue Eugène Avinée  
59120 LOOS

## **Sommaire**

Remerciements

Listes des Abréviations

Introduction générale.....	1
Introduction et cadre théorique.....	3
1. Cadre contextuel.....	3
2. Cadre conceptuel .....	12
3. Hypothèse et problématique.....	18
Méthode.....	20
Résultats et Analyses.....	26
1. Analyses univariées.....	26
2. Analyses sémantiques des réponses ouvertes courtes .....	32
3. Analyses corrélatives.....	35
Discussion .....	38
Conclusion.....	48

Références

Table des figures, graphiques et tableaux

Table des matières

Annexe ..... A

## **Remerciements**

Je tiens à remercier le Professeur PUISIEUX et l'ensemble de l'équipe pédagogique qui ont permis la création du Diplôme d'Etat de Pratique Avancée Infirmière au sein de l'UFR3S de Lille.

Je remercie Madame BOURGEOIS, Madame De OLIVEIRA ainsi que le Professeur THOMAS pour leurs engagements dans la mention Psychiatrie Santé Mentale.

Je remercie Madame GODEFFROY, pour sa bienveillance au secrétariat pédagogique, ses paroles rassurantes et motivantes.

Je tiens à remercier particulièrement Madame ACOULON Gwladys, ma directrice de mémoire pour sa bienveillance et l'ensemble de ses conseils tout au long de notre cursus, et plus particulièrement dans l'accompagnement de ce travail de recherche en tant que directrice de mémoire. Ses accompagnements m'ont permis la réalisation d'un travail de qualité et ont su affirmer en moi mon attrait pour la recherche scientifique, et notamment en sciences infirmières.

Je remercie aussi la CAM de la F2RSM pour leurs conseils méthodologiques et le questionnement qu'ils ont su susciter en moi, me permettant de présenter ce travail de recherche.

Je remercie l'ensemble de l'équipe médicale du pôle 59G01/G03 et en particulier les Docteurs NUNS, DEFFENSE et MAUTRET pour leurs encouragements et leurs soutiens depuis ma première candidature à la faculté en 2020, ainsi qu'aux Docteurs PARE et LACOMBE pour l'encadrement de proximité durant le stage de deuxième année.

Mes remerciements seraient incomplets si je ne cite pas et ne présentent pas mes collègues du Centre Médico-Psychologiques « l'Arlequin » qui m'ont accompagnée depuis mon arrivée dans le service et à chacun de mes retours entre deux sessions de formations.

Je remercie aussi la Direction de l'EPSM des Flandres de m'avoir permis d'accéder à la formation et de pouvoir la réaliser dans des conditions sereines, propices aux études et à la réalisation de mes objectifs.

Une formation telle que celle-ci ne pourrait se faire sans des camarades de promotions fantastiques, notamment ceux de la mention psychiatrie santé mentale avec qui nous avons partagé cette année riche en peur et en joie.

Je remercie du fond du cœur mes camarades dunkerquoises, Cathy, Charlotte et Alexia, mais aussi Bellantine, dunkerquoise de cœur, pour leurs conseils, leurs soutiens, leurs moments de légèreté, mais aussi pour ces innombrables cafés et thés amenant la réflexion sur nos pratiques et nos projets, y compris lors de nos voyages en TERGV.

Durant deux années, mes plus proches ami(e)s ont toujours su être présents, redonner de la confiance lors des moments les plus durs. Leurs paroles m'ont permis de rester confiant et leurs soutiens de me concentrer sur ces deux années universitaires.

Mais cette formation, je l'ai aussi partagée avec ma conjointe, Constance, qui a accepté de mettre entre parenthèses 2 années et de repousser des projets. Parce que cette formation, c'est aussi celle qui marquera ma demande en mariage. Sa patience, ses encouragements ont été le moteur de ces deux années, mais aussi des années précédentes où je n'ai pu obtenir l'accès à la formation.

*Pour toi, maman.*

## **Liste des abréviations**

AFPS : American Foundation for Suicid Prevention

ARS : Agence Régionale de Santé

CARDO : Centre d'Accueil, de Régulation et D'Orientation

CAM : Cellule d'Aide Méthodologique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPS : Centre de Prévention du Suicide

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

DPC : Développement Professionnel Continu

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes et Evaluations des Statistiques

DSP : Dispositif de Soins Psychiatrie

ERIC : Equipe Rapide d'Intervention et de Crise

ESPIC : Établissement Sanitaire Privé d'Intérêt Collectif

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

IDE / IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat, exerçant en milieu Libéral

IS : Idées Suicidaires

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MAD : Maintien à Domicile

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale (mention de la formation IPA)

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TS : Tentative de Suicide

UNPS : Union Nationale de Prévention du Suicide

## **Introduction générale**

« *Le suicide signe le rétrécissement du possible plus qu'une liberté véritable* ». C'est par ces mots que le professeur de philosophie Guillaume Von Der Weid (1)<https://www.zotero.org/google-docs/?kIMFtY> ouvre son propos dans la revue Santé Mentale consacré à la réitération suicidaire. Cause principale de mortalité en psychiatrie, le suicide se définit (2) comme « *un acte délibéré et avéré d'une volonté de mort* ».

On dénombre en France un décès par suicide pour vingt personnes qui réaliseront une tentative. Selon le ministère de la Santé et de la Prévention (3), le risque suicidaire se retrouve accru jusqu'à 75% dans les six mois suivant un premier geste, avec un risque de suicide abouti multiplié par quatre en cas de réitération.

Diplômé en 2015, j'exerce comme infirmier au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale des Flandres (EPSM) depuis la sortie de mes études. Mon parcours a commencé comme infirmier de nuit, dans une unité d'admission fermée, avant d'être muté brièvement dans une maison thérapeutique de réhabilitation psycho-sociale. Encore jeune dans la profession et m'intéressant à la crise en psychiatrie, j'ai rejoint l'unité fermée du littoral dunkerquois où j'ai en parallèle pu faire mes armes en remplaçant des collègues au sein du service des urgences de l'hôpital mitoyen, avant d'intégrer l'équipe. C'est durant cette période que j'ai découvert le diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) et émis le souhait d'intégrer la formation et de devenir IPA, avant de quitter l'équipe des urgences pour celle des consultations en Centre Médico-Psychologique / Dispositif de Soins Psychiatriques à la Maison d'Arrêt.

A cette même époque, le Docteur NUNS, notre médecin cheffe de pôle et référente des urgences, nous a questionnés sur les prémices d'un parcours de soins dans la crise suicidaire, en proposant des interventions post-crisis. Les objectifs proposés étaient de sécuriser un retour à domicile, dans l'attente de débiter le suivi sur les Centre Médico-Psychologiques des secteurs, de préparer une hospitalisation ou de l'éviter. Et cela ne devait pas juste se faire avec une équipe dédiée, mais avec l'ensemble des partenaires possibles sur le territoire, les aidants, mais surtout les patients. L'IPA, par ses compétences, possède un rôle dans ce parcours de soins.

Cette projection vient s'inscrire dans une volonté de prévention du suicide et de sa réitération. Le baromètre santé publié en 2019 par la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale Haut de France (4) retrouve un peu moins de quinze milles séjours hors établissements psychiatriques, sur un motif de tentative de suicide, où le littoral Dunkerquois recense un taux standardisé de séjour en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) dans le haut du tableau. Ces chiffres se confirment par le rapport annuel de l'équipe de psychiatrie des urgences de Dunkerque (5). Elle recense 1834 patients évalués pour l'année 2022, dont plus de la moitié concerne un patient en crise (intoxication médicamenteuse, geste auto-agressif, raptus anxieux, trouble de l'adaptation, etc.).

Des dispositifs de suivi de crise ou post crise existent déjà, ou se mettent en place en France. Nombre d'entre eux s'articulent auprès des équipes de psychiatrie publique, du médecin traitant, du psychiatre libéral, ou des acteurs du champ social.

L'inclusion des infirmiers libéraux dans ces dispositifs n'est jamais clairement citée. Pourtant, les chiffres de la démographie des professionnels de santé émis par la Direction de la Recherche, des Etudes et Evaluations des Statistiques (DREES) (6) dénombrent 123 357 infirmiers en exercice libéral (Janvier 2021), contre 100 417 médecins en exercice libéral, dont 56 738 pour la médecine générale (Janvier 2023).

Entre mon projet d'IPA, le projet d'implantation dans le pôle de psychiatrie dans lequel j'exerce, et la formation, l'interrogation est survenue. Comment peut-on potentialiser et sécuriser le parcours de soins dans la crise suicidaire avec ces professionnels ? Mon sujet de mémoire s'éclaircissait et j'ai choisi de travailler sur cette thématique.

Pour réaliser ce travail de recherche, j'exposerai dans un premier temps le cadre théorique sur le contexte et les concepts, permettant de dégager une hypothèse principale avec son objectif principal, mais aussi une hypothèse et un objectif secondaire. Dans un second temps, je présenterai la méthodologie de recherche, ses résultats et son analyse. La discussion permettra de confronter les résultats de la recherche avec son cadre théorique, avant d'amener une conclusion et une ouverture.

Afin de simplifier l'écriture du mémoire, il a été fait le choix de n'apporter aucune connotation de genre dans les propos utilisés tout au long de l'exercice. Le genre grammatical utilisé est variable et comprend l'ensemble des genres pouvant y être associés.

## Introduction et cadre théorique

Afin de pouvoir potentialiser et de sécuriser le parcours de soins dans le cadre de la crise suicidaire, il est nécessaire de reprendre les bases contextuelles de la crise suicidaire. Puis, le regard se tournera vers les différents dispositifs existants, en France, à l'international. Un focus sera réalisé sur des dispositifs plus locaux, mais aussi sur la place des infirmiers, y compris libéraux, dans ce parcours de soins.

Enfin, je présenterai un cadre conceptuel issu du cadre contextuel, afin d'aborder et définir des notions théoriques importantes dans la prise en soins dans le parcours de santé de la crise suicidaire.

Les hypothèses et les objectifs seront alors exposés avant d'être soumis à la recherche.

### 1. Cadre contextuel

#### 1.1. Le suicide, enjeu de santé publique

Préoccupation de santé publique au niveau mondial (7), la mort par suicide est étudiée depuis de nombreuses années aux travers différentes recherches. Les scientifiques tentent de définir les facteurs de risque, génétique, sociologique, environnemental ... afin de mettre en place des stratégies d'évaluation, de prévention du passage à l'acte ou de la récurrence.

Une revue de littérature de Louis FAVRIL, Rongqin YU, John R. GEDDES et Seena FAZEL, publié dans *The Lancet Public Health* en novembre 2023 (8), cherche à identifier les facteurs de risques individuels de mortalité par suicide dans la population générale. Ils mettent en évidence la pluri factorialité dans le risque suicidaire, avec une attention plus particulière dans les comorbidités psychiatriques, notamment les troubles psychotiques et de l'humeur. Repris par l'Observatoire National du Suicide dans sa veille stratégique de novembre 2023, la richesse de l'actualité documentaire nous montre l'intérêt porté sur le suicide, dont l'intérêt sur le sujet s'est accentué par le mal être de la population et notamment des jeunes avec la pandémie mondiale de la COVID 19.

On retrouve cette préoccupation internationale dans les publications de l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers de Santé Mentale (AQIISM) qui propose des outils référencés aidant à détecter des personnes à risque de passage à l'acte, que cela soit en milieu hospitalier ou en milieu socio-médical (9,10). Mise à jour régulièrement, l'association propose des grilles d'évaluation telles que le RUD (Risque-Urgences-Dangerosité) qui permet d'évaluer le risque suicidaire (11), et qui sont utilisées quotidiennement par les équipes de soins lorsqu'ils s'occupent de ces patients.

Santé Publique France, au travers son bulletin épidémiologique hebdomadaire de Février 2019 (12), publie plusieurs articles sur l'évaluation du suicide. Parmi eux, nous avons le baromètre santé 2017, les hospitalisations et leurs évolutions, ou encore l'enquête « Escapad » sur les substances psychoactives et les IS / TS chez les adolescents. Ils apportent aussi un regard sur l'analyse des certificats de décès, sur des données issues d'institut médico-légaux ou encore sur des actions de préventions existantes. Ces chiffres sont repris par le dispositif national de prévention du suicide, le 3114. Ils publient sur leur site internet des chiffres de 2017 (13). Ils diffusent un chiffre corrigé à 9035 suicides aboutis, comprenant une sous-estimation de 10% par rapport aux certificats de décès, et 88 762 hospitalisations dans des établissements MCO liés à une tentative de suicide. Ce dernier chiffre est pourtant incomplet. Selon le baromètre santé de 2017, ces chiffres ne comprendraient pas certaines tentatives de suicide lors d'hospitalisation en service de psychiatrie, ou les suicidants non hospitalisés. Ces deux données élèveraient les tentatives de suicides de 40%. Ainsi, on dénombrerait cette année-là près de 200 000 tentatives de suicides.

Ces chiffres sont aussi cités par l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS) (14) qui met en avant les régions de la Bretagne, des Pays de la Loire, la Normandie et les Hauts de France dans le haut du classement, avec des taux au-dessus de la moyenne en France métropolitaine.

Face à ces chiffres, les politiques de santé publique se sont tournées vers la mise en place ou le renforcement de différents dispositifs, venant compléter le maillage territorial. L'objectif principal est de réduire le nombre de tentatives de suicide ou de réitération, afin de diminuer la mortalité.

## 1.2. Prévention du suicide : regard international

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évoque les répercussions importantes du suicide et de la TS, et le qualifie d'enjeu de santé publique majeur dans nos sociétés. C'est ainsi que de nombreux partenariats se créent grâce à l'International Association for Suicide Prevention (IASP), afin de promouvoir diverses actions, mais aussi apportés des éléments fondés dont l'objectif est de réduire l'incidence du suicide et ses comportements associés (15). Dans le monde, les politiques de santé publique ont toutes pour objectifs de déstigmatiser le suicide, mais aussi de promouvoir sa prévention et sa réitération. Les moyens mis en œuvre pour y arriver varient cependant d'un pays à l'autre.

En Angleterre, par exemple, existent les « Samaritans » et la National Suicide Prevention Alliance (NSPA) (16,17). Il s'agit de volontaires répondant au téléphone à tout moment, afin d'apporter de l'écoute et du soutien. Au Royaume Uni, la coordination repose sur la gouvernance nationale qui inclut ces volontaires « Samaritans ». Leurs objectifs restent la diminution de la stigmatisation, l'entraide, le soutien, la prévention du passage à l'acte et la postvention. Ils participent aussi au recueil de données scientifiques afin de continuer la recherche sur le sujet du suicide.

De l'autre côté de l'Atlantique, le site internet du gouvernement canadien renvoie vers des sites, dont celui de l'Association Canadienne pour la Prévention du Suicide (ACPS) (18,19), qui promeut un Canada sans suicide par la prévention de celui-ci et « *la promotion de la vie* ». Y sont fournis des informations sur les conséquences du suicide et les comportements liés. Cette association plaide pour l'optimisation et l'augmentation des soins proposés. Dans la région de Québec, on retrouve une autre association, spécifique à cette région, l'Association Québécoise de Prévention du Suicide (AQPS) (20). Avec des missions et une vision similaire à l'association précédente, ils ont mis au point une stratégie de prévention numérique en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux canadiens (21)<https://www.zotero.org/google-docs/?PiMYsy>.

Enfin aux États Unis, l'American Foundation of Suicide Prevention (AFSP) (22) promeut au travers ses actions, le soutien envers toutes les communautés et la prise de mesure contre cette cause de décès. Elle participe également à la recherche scientifique et participe activement

à la vie politique du pays pour que le suicide et les comportements suicidaires soient un maximum prévenu. Ils définissent leur mission comme « *sauver des vies et apporter de l'espoir aux personnes touchées par le suicide* ». On retrouve aussi l'American Association of Suicidology (AAS) (23) qui, en plus des missions de promotion santé et de ses positions scientifiques, encourage le développement de la recherche scientifique et de la formation dans le domaine de la suicidologie.

Ces dispositifs, nationaux comme internationaux, sont des exemples de ce qu'il existe. La méthodologie peut différer, le vocabulaire et les objectifs changer en fonction de la politique de santé publique. Mais on retrouve très régulièrement le principe de veille et de soutien, avec par moment des pairs aidants dont l'objectif est de rompre l'isolement. Certains dispositifs autres dispositifs, tels que SOS Amitié ou Befrienders Worldwide (24,25)<https://www.zotero.org/google-docs/?JNaMkw> n'ont pas l'objectif initial de lutter contre le suicide ou de promouvoir un comportement de santé s'en éloignant. Pourtant, ils participent activement à la lutte contre l'isolement et assurent une veille face à la détresse psychique de la population.

### 1.3. Prévention du suicide en France

En France, les politiques de santé publique ont permis la mise en application de dispositifs nationaux de prévention, appelés « de veille ». Ils ont aussi défini des lignes d'actions et ouvert des réflexions afin que des dispositifs plus locaux se créent.

L'importance et la nécessité de la coordination chez les patients souffrant de pathologies mentales est soulignée dans un document de la Haute Autorité de Santé (HAS) (26) publié en septembre 2018. En effet, ces personnes présentent des requêtes sur des comorbidités somatiques. En citant le rapport de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), le guide de la HAS met en avant la présence du médecin généraliste dans le parcours de soins, en parallèle des spécialités psychiatriques. De plus, dans le cadre d'une promotion de la santé en dehors de l'hôpital, le document préconise un suivi conjoint avec les infirmiers libéraux, notamment pour assurer la continuité des soins. Il s'agit du seul moment où ces professionnels de santé sont cités dans le parcours patient. L'ensemble des recommandations se centre sur le

médecin généraliste et ses limites en termes de disponibilités. Il n'existe pas de recommandations, impliquant plus amplement le corps professionnel des infirmiers, alors qu'il s'agit du plus corps comportant le plus grand nombre de professionnels de santé.

Repris par les recommandations et guides émis par la HAS, la littérature scientifique est riche au sujet du phénomène suicidaire. Cette littérature provient de plusieurs organismes intervenant dans la prévention du passage à l'acte suicidaire, ou intervenant dans la veille sanitaire, qui seront présentés ci-dessous.

Parmi les dispositifs les plus anciens, il y a l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS) (27) créée en 1996 et qui organise et promeut la recherche et la prévention du suicide autour de la journée nationale de prévention du suicide. L'UNPS regroupe l'ensemble des acteurs du domaine. Parmi eux, le Centre de Prévention du Suicide de Paris (CPS) (28) qui a créé en 1998 le site [info-suicide.org](http://info-suicide.org) (29). Le CPS de Paris est issu de l'association de recherche et rencontre fondé en 1958 qui lutte contre l'isolement et prévient le suicide lié à celui-ci.

En parallèle des activités de l'UNPS, le ministère de la Santé a créé en 2018, et a renouvelé en 2023, l'Observatoire National du Suicide (ONS), sous la direction de la DRESS (30). L'ONS assure la diffusion de données probantes telles que des données statistiques et épidémiologiques ou encore des éléments stratégiques à destination des professionnels chargés de prévenir le risque suicidaire sur le territoire national. Reprenant les publications des différents travaux de recherche, cette veille stratégique permet un approfondissement dans la connaissance du phénomène suicidaire, en fonction de la population, du contexte sanitaire, social, etc.

En complément des dispositifs cités précédemment, une veille téléphonique demeure au travers différents numéros.

Le plus récent d'entre eux est le 3114, le numéro national de prévention du suicide qui a été ouvert le 1<sup>er</sup> Octobre 2021(31). Déployé depuis le CHU de Lille sur décision du ministre des Solidarités et de la Santé, ce projet a pour objectif de s'inscrire dans les écosystèmes locaux afin de participer au maillage de la prévention du suicide. Le dispositif comprend des centres téléphoniques ouverts en journée ou pouvant assurer une garde 24H/24 et 7J/7 pouvant répondre à la détresse suicidaire et appuyer des acteurs locaux. En étroite collaboration avec le SAMU-15 et le dispositif Vigilans, le 3114 est conçu comme un service apportant une réponse aux

appelant. Dans leur rapport d'activité 2021, soit l'année de leur ouverture, ils ont répondu à près de 26 000 appels, dont 10 à 15% ont nécessité l'envoi de secours.

Autre numéro, Vigilans (32) est un dispositif de veille déployé dans les Hauts de France en 2015 avant de devenir un dispositif avec une envergure nationale. Son objectif est de prévenir la réitération suicidaire et de réduire la mortalité en cas de passage à l'acte en entretenant un lien par téléphone ou voie postale, après que le patient ait été inclus dans le dispositif par un service de soins. Ils assurent une permanence d'écoute téléphonique en semaine, en parallèle du 3114 ou des services d'urgences. Le Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités précise que l'évaluation Santé Publique France de 2023 montre une réduction de près de 40% de la réitération, en comparaison avec un groupe non inclus dans le dispositif (33).

Plus localement, il existe de nombreuses initiatives parmi lesquelles le CPS de Paris, dispositif historique qui aujourd'hui accueille un public de plus de 16 ans traversant une crise, qu'elle soit suicidaire ou psychique (34). Nous retrouvons aussi le dispositif « ERIC » créé en 1994 dans les Yvelines (35). Ce dispositif propose une alternative à l'hospitalisation auprès des patients en crise. Intervenant à domicile après une évaluation téléphonique, l'équipe peut se positionner aussi en post hospitalisation.

Parmi les dispositifs les plus récents, nous pouvons citer le dispositif Nightline à destination des étudiants qui s'inspire du modèle des lignes d'écoute anglo-saxonnes (36). Inséré dans plusieurs grandes villes, leurs actions de prévention, d'informations ou d'orientation permettent l'accompagnement des étudiants en souffrance psychique.

Parmi les nombreux dispositifs existants, l'équipe de « RESTART » du CHU de Montpellier (37) est l'équipe la plus récente. Elle propose un suivi pour les patients suicidaires ou suicidants sortant des urgences, avec la mise en relation sur les dispositifs sectoriels ou de veille comme ceux cités précédemment sur le niveau national.

#### 1.4. Prévention du suicide : particularité du littoral dunkerquois

Le diagnostic territorial partagé en santé mentale de la métropole lilloise et de la Flandres (38) recense l'ensemble des dispositifs existants dans le domaine et a permis la

création du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France (39). Les documents mettent en avant les difficultés dans la prise en soin des patients en souffrance psychique, menant à un recours aux urgences. La question de la prise en charge du suicide n'est évoquée qu'au travers du dispositif Vigilans.

Dans les fiches actions du PTSM proposées pour le territoire Flandres, nous retrouvons de nombreuses actions autour du handicap psychique, de la pédopsychiatrie, des aidants de personnes ayant un trouble psychiatrique plus ou moins lourds. Il n'y a pas d'orientation spécifique vers la prise en charge du suicide.

Le PTSM a permis la mise en place des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), dont celui du Dunkerquois qui est porté conjointement par l'EPSM des Flandres et la Communauté Urbaine de Dunkerque. L'objectif du CLSM est de recenser les besoins de la population, les offres de soins, d'améliorer la collaboration entre les différents partenaires pour favoriser l'accès aux soins psychiatriques (40).

Le littoral dunkerquois possède actuellement 3 dispositifs distincts pouvant réaliser l'accueil, l'évaluation et l'orientation du patient en crise.

Le territoire la Flandres littoral, où s'est déroulée cette étude, se divise en 4 secteurs de psychiatrie, le 59G01, le 59G02, le 59G03 ainsi que le 59G04 (Annexe 1). Parmi les dispositifs existants (41,42), sept Centres Médico-Psychologique sectorisés (Dunkerque Centre et Dunkerque Rosendaël pour les secteurs 59G01-G03, Dunkerque et l'antenne de Bergues pour le 59G02, Grande Synthe, Gravelines et l'antenne de Watten pour le 59G04) sont insérés dans la cité, et sont ouverts du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30. En plus d'assurer les consultations de suivis, les soins et les activités à médiation thérapeutique, les équipes infirmières assurent une permanence d'accueil pour les patients se présentant spontanément. En dehors des horaires d'ouverture, les personnes en mal être possèdent deux autres possibilités d'accueil : les urgences psychiatriques et le Centre d'Accueil, de Régulation et D'Orientation (CARDO).

L'équipe de liaison des urgences psychiatriques a été créée à l'aube des années 2000. Elle intervient directement au sein des urgences de l'hôpital général de Dunkerque. Composée d'infirmiers pouvant faire appel à un psychiatre de permanence qui n'est pas présent, elle évalue

et oriente sur demande des urgentistes l'ensemble des patients présentant une souffrance et ou un trouble psychique qui nécessiterait la mise en place d'un suivi. L'équipe est présente 7 jours sur 7, avec une amplitude horaire de 7h à 22h. En fonction du jour et de l'heure, l'équipe interpelle le psychiatre de permanence ou d'astreinte pour confirmer la nécessité d'hospitalisation. Elle transfère le patient vers l'unité du secteur concerné, ou vers l'unité intersectorielle, le CARDO, qui accueille le patient, dans l'attente de son intégration dans l'unité du secteur. On ne retrouve pas de lit d'hospitalisation pour cette équipe.

Le CARDO est une unité qui fonctionne aux horaires de fermeture des CMP et des bureaux administratifs des unités d'admissions sectorielles. Ouvert en 2017 sur le site de Cappelle la Grande, le service accueille les patients en provenance des urgences ou de leur domicile. Avec un interne de garde présent sur place, l'équipe réalise l'évaluation et l'orientation du patient. Cette structure possède 6 lits d'hospitalisation, coordonne la liaison avec les autres unités, les autres hôpitaux et assure une permanence téléphonique. Le CARDO a aussi en charge la régulation des admissions. Le CARDO est l'établissement principal qui ressort dans la recherche internet d'un établissement d'urgence psychiatrique sur le littoral dunkerquois.

#### 1.5. Les infirmiers libéraux, sentinelle de la prévention du suicide ?

Comme nous avons pu le voir précédemment, la littérature scientifique s'intéresse peu au rôle des infirmiers libéraux dans la prévention et la prise en soin des personnes suicidaires. Il n'existe aucune étude au sujet du rôle de ces professionnels. Ils sont même très peu cités, voire non cités, dans les recommandations de bonnes pratiques ou dans la gestion des crises suicidaires, le repérage et la prévention du passage à l'acte. Ils sont pourtant le corps professionnel le plus important en nombre, et ils interviennent directement chez le patient.

Une étude qualitative néerlandaise sur la prévention du suicide et les soins primaires met en avant l'importance du repérage des signes que les patients peuvent présenter ou verbaliser (43). Bien que cette étude porte sur le lien entre le médecin généraliste et les équipes de santé mentale, elle décrit que la plainte du patient s'exprime avant tout au travers d'une plainte physique avant qu'elle ne soit exprimée sur le plan psychique. L'équipe de recherche a

donc développé des outils pour aider à repérer les signes qui peuvent alerter sur un mal être et un comportement suicidaire.

Les infirmiers ont un rôle clé dans le repérage de ces signes. C'est ce que nous apporte une revue de littérature de 2021 publiée dans le *Journal of Advanced Nursing*, sur les perspectives infirmières auprès des personnes suicidaires (44). Les auteurs montrent que les soins des infirmiers permettent de rompre l'isolement des patients. Ils expliquent aussi que les IDE possèdent les compétences distinguant la communication verbale et non verbale des patients qui peut être dissociée lors d'une crise suicidaire. Les axes de soins évoqués sont le lien entretenu avec le patient par la relation thérapeutique qui permettent de repérer plus facilement le risque de suicide, une surveillance des patients pour la prévention suicidaire et des actions mises en place au regard d'un passage à l'acte.

Pourtant, comme précisé précédemment, les infirmiers libéraux sont très peu cités dans les recommandations de bonne pratique. Il n'y a pas de documentation dédiée à cette prise en soins à domicile. Les recherches documentaires préparatoires sur l'implication des infirmiers libéraux et le rôle potentiel qu'ils peuvent avoir n'ont pas donné de texte de référence ou de recommandations spécifiques à leur corps de métier.

Dans leur Développement Professionnel Continu (DPC), les infirmiers ont la possibilité d'acquérir des connaissances et formations complémentaires grâce à des formations délivrées par différents organismes. En 2023, l'agence DPC (45) propose pour les IDEL, avec pour mot clé « suicide », 20 formations proposées par divers organismes, où je retrouve le repérage et l'évaluation du risque suicidaire en population générale ou particulière comme les enfants, les adolescents ou les personnes âgées. Cependant en modifiant les critères de recherche avec l'année 2024 ou 2025 sur le site, aucune formation n'est proposée.

Les IDEL ont donc la possibilité d'acquérir des compétences et connaissances complémentaires pour la prise en soins de leurs patients à domicile, en plus de la délivrance d'informations au sein de leurs territoires d'exercice.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), dans le Titre XVI sur les soins infirmiers (46), décrit dans son article 10 la possibilité pour les infirmiers de réaliser une surveillance à domicile, chez les patients présentant un trouble psychiatrique. Ils ont aussi la possibilité de réaliser la surveillance et l'observation d'un patient lors de la mise en place ou la

modification d'une thérapeutique, avec un maximum de 15 jours pour ce dernier point. L'infirmier libéral peut également accompagner le patient dans la prise médicamenteuse, notamment lorsque la stratégie thérapeutique peut être remise en cause. Il n'est pas indiqué que l'IDEL puisse réaliser une surveillance simple à domicile d'un patient en crise suicidaire, sans thérapeutique associée.

## 2. Cadre conceptuel

Le regard sur le cadre contextuel permet de dégager des concepts, dont certains sont issus des sciences infirmières. Ces concepts, que l'on peut retrouver dans les dispositifs cités précédemment, permettent l'apport réflexif sur l'implantation de la pratique avancée et la collaboration avec les infirmiers libéraux. Ils permettent d'explorer les attentes face à ce qui se dégage du rôle propre de ces professionnels.

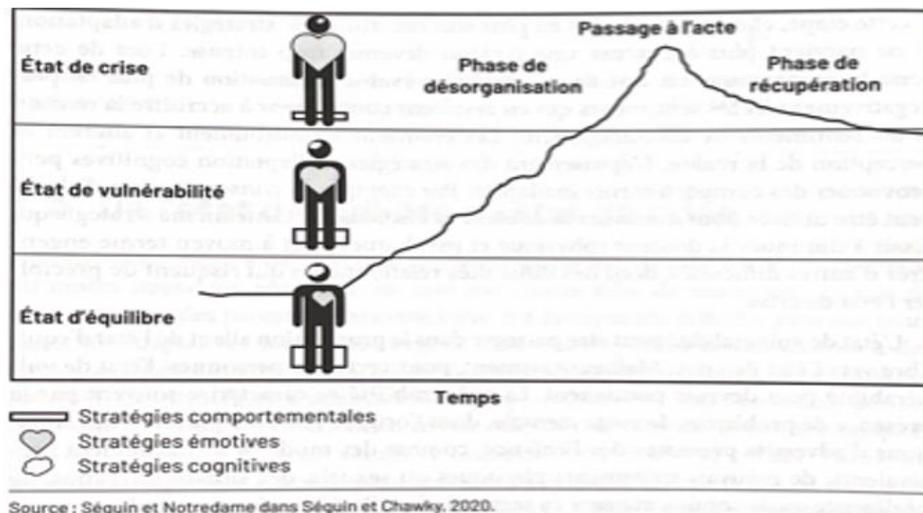
### 2.1. La crise

En sciences infirmières, Olivier BORRAZ (47) définit la crise comme « *un moment de rupture imprévisible et spectaculaire* », similaire au coup de tonnerre dans un ciel bleu. S'appuyant sur les travaux de plusieurs auteurs, il exprime dans son article le caractère désordonné de la crise, aussi soudain qu'impressionnant. La crise vient perturber un équilibre qui est recherché dans n'importe quelle situation. Cette perturbation se caractérise par son aspect « *complexe, urgent et dynamique* ». Il faut donc pouvoir apporter une ou des réponses rapides, modulables et adaptables, et qui prennent en compte l'ensemble du phénomène, dans sa complexité.

Monique FORMARIER (48) reprend René KAES dans sa définition de la crise comme étant « *un changement soudain, une rupture, dans la vie, le comportement d'une personne, moments aigus, cruciaux, difficiles, décisifs de l'existence* », avec une temporalité propre à chaque situation.

Ces deux définitions montrent la notion d'un moment unique, imprévisible car soudain, se constatant par une différence entre avant et après la crise, une rupture avec l'état antérieur. Le stress qui en est issu doit permettre l'adaptation pour « *la période de transition* » qu'ils définissent comme le second niveau de crise. Cette période doit permettre à l'individu d'acquérir l'expérience de la crise afin de l'assimiler positivement, ou négativement. La modification du vécu de la personne possède de nombreuses caractéristiques. Le concept de crise possède ainsi de nombreux attributs et répercussions, tant dans le domaine social que sanitaire.

Dans la crise, la personne tend vers une vulnérabilité, pouvant être passagère au moment de la crise, mais qui peut se pérenniser chez certaines personnes présentant une vulnérabilité psychiatrique. Dans le cadre d'un risque suicidaire, la désorganisation provoquée par la crise engendre un risque de passage à l'acte lorsque la vulnérabilité devient trop importante. Monique SEGUIN reprend le schéma suivant (Figure 1), en collaboration avec Charles-Edouard NOTREDAME (49) :



*Figure 1* : "Evolution des stratégies d'adaptation selon les différents états d'une personne", Source SEGUIN et NOTREDAME (49)

Ils montrent l'évolution d'un état d'équilibre vers l'état de crise, avec l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation (comportementale, émotionnelle et cognitive) en fonction des phases, et donc où et comment le professionnel doit amener son accompagnement. L'escalade vers le passage à l'acte laisse un débordement émotionnel dans un épuisement cognitif pouvant altérer la perception de la réalité et des solutions.

Leur schéma distingue trois phases dans la crise :

- La désorganisation marquée par une dérégulation complète et où le soignant doit amener son ultime recours avant le passage à l'acte qui se traduit par l'évacuation de la tension et la souffrance.
- Le passage à l'acte suicidaire
- La récupération, où la détresse reste omniprésente, à la frontière entre un état de vulnérabilité et un retour en crise. Ils décrivent que c'est dans cette phase que l'intervention du professionnel devient primordiale afin d'éviter une nouvelle flambée vers une étape de crise et un risque de passage à l'acte.

Leur schéma montre en abscisse une courbe de temps sans pour autant que chaque étape ne soit associée à une durée précise ou estimée. La crise ne peut donc pas se définir sur un temps donné, sur une période définie. Cela permet d'expliquer à la fois le raptus, que l'on peut définir par un accès rapide, imprévisible à l'état de crise, tout comme une crise plus lente, dont l'évolution est prévisible dans son imprévisibilité. Cette absence de temporalité possible à anticiper est donc à relier à la personne en crise elle-même, à son vécu et son expérience, à la situation qu'elle vit ou encore à la disponibilité des solutions.

L'appréhension des conséquences d'une situation de crise doit permettre d'anticiper un effet boule de neige. Dans les soins, l'impact positif ou négatif engendre les options à mettre en place, afin de répondre aux besoins des patients et d'apporter une nouvelle stabilité. L'attitude des soignants doit montrer de l'empathie, base du soin, mais aussi conseils et prévention. La prévention de la crise, tout comme sa gestion, doit passer par un accompagnement du patient et une disponibilité. Elle ne doit pas venir substituer la perturbation mais restaurer l'équilibre sans faire abstraction de la souffrance du patient.

## 2.2. Accompagnement

Anne-Marie MOTTAZ (50)<https://www.zotero.org/google-docs/?Kn58Xu> reprend dans sa publication les termes de Patrick VERSPIEREN où il décrit l'accompagnement comme « *marcher à ses côtés, en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* ». Le regard porté de cet angle implique la présence d'un accompagnateur et d'un accompagné. Le

premier aidant le second à atteindre son objectif par l'apport de sa présence souvent sécuritaire, ses connaissances, ses compétences ou ses conseils. L'accompagnateur est ainsi toujours au second plan, laissant l'accompagné avancer et le guider.

Elle décrit ce concept comme venant remplacer la notion de prise en charge ou de prise en soins, y associant « *l'empathie, l'authenticité et le non-jugement* ».

La limite de l'accompagnement est la dépendance. Clément BONNET (51) insiste sur cette limite lorsqu'il met en avant la notion de temporalité dans cet accompagnement, « *ce qui permet de bien différencier de l'assistance, de son interminable dépendance* ».

L'accompagnement est donc un cheminement parallèle, où l'objectif se veut commun, mais définit par la personne en demande de cet accompagnement. Cette vision de l'accompagnement montre le paradoxe où l'accompagnateur doit s'adapter à la personne accompagnée qui est et reste maître de son cheminement. Mais l'accompagnement ne peut être indéfini, au risque de provoquer une dépendance. L'objectif commun doit alors aussi être temporel, et donc en perpétuelle réévaluation.

### 2.3. Adhésion et alliance thérapeutique

Souvent employées de manière concomitante, ces termes sont pourtant bien différents. Là où l'adhésion thérapeutique va chercher à faire adopter et participer le patient à un comportement favorable à sa santé (Christophe DEBOUT (52)), l'alliance thérapeutique va quant à elle se concentrer sur les méthodes à employer pour influencer sur les croyances et la volonté du patient à adopter le comportement favorable à sa santé (Marie-Claude MATEO (53)). C'est ce qui est repris par Antoine BIOY et Maximilien BACHELART (54) lorsqu'ils décrivent l'alliance thérapeutique comme « *un jeu subtil d'adéquation entre un praticien et son patient* ».

Fanny MARTEAU-CHASSERIAU s'intéresse aux composantes de l'alliances thérapeutiques, en effectuant une revue de littérature (55). Elle définit deux types de relation dans l'alliance thérapeutique : l'affectif et le collaboratif. D'un côté le soignant adopte une

attitude empathique, authentique, bienveillante comme le décrivent Henry DUNCAN ou Carl ROGERS, avec l'instauration de la relation de confiance. De l'autre, le soignant adopte une attitude de répondant, où la relation d'échange se base sur des négociations, de l'investigation, et où chaque partie doit prendre en considération les volontés de l'autre.

Par l'utilisation des modèles de croyances des comportements de santé, le soignant va ainsi créer une alliance thérapeutique afin de favoriser l'adhésion des patients.

#### 2.4. Solitude

Hélène PEYNET (56) définit la solitude comme ayant plusieurs plans, notamment psychologique et sociologique. Sur le plan psychologique, elle reprend plusieurs auteurs comme Françoise DOLTO, Donald WINNICOTT ou encore Mélanie KLEIN pour exprimer l'expérience de la solitude comme un apprentissage dès l'enfance dans une visée d'autonomie. La solitude doit « *permettre de faire face plus facilement aux événements douloureux et à la frustration* ». Or cette vision implique qu'il n'y a pas eu de carence à des périodes clés du développement. Sur le plan sociologique, elle vient décrire la solitude comme un ressenti lié aux conditions de vie. La solitude est donc avant tout un état émotionnel au-delà d'une réalité observable. Elle conclut son propos en citant un concept voisin qu'est l'isolement, comme étant la « *privation* » de la relation à autrui.

Dominique AGOSTINI, lui, s'attarde plus particulièrement sur les psychanalystes Donald WINNICOTT et Mélanie KLEIN au travers leurs travaux respectifs (57). Ces deux points de vue mettent en avant la complexité de la solitude. Le premier la décrit comme bénéfique, alors que la seconde comme subie. La question du besoin de solitude se pose alors. En effet, l'expérience induite par le concept doit permettre de trouver une résilience. L'introspection de la solitude ne doit pourtant pas faire basculer le patient vers la souffrance que le concept induit. La solitude est donc un état d'équilibre, entre le sentiment qu'elle induit et l'isolement qu'elle produit. Dans le respect de ses besoins, l'Homme nécessite ainsi des relations sociales, mais aussi l'isolement pour accepter sa souffrance.

## 2.5. Soutien social et relation d'aide

Le soutien social est régulièrement associé aux sciences infirmières. Il a pour vocation de venir apporter un bénéfice à la personne au travers plusieurs disciplines. Maud-Christine CHOUNARD (58) met en avant les sciences infirmières et la profession infirmière dans ce concept grâce à « *l'accessibilité au réseau de soutien social particulier des personnes dont elles prennent soin* ».

Le soutien social se retrouve au sein de la relation d'aide, qui se définit comme un concept proche de celui de l'accompagnement ou de la philosophie anglaise du « Care ». Françoise MOLIERE (59) cite quant à elle Carl ROGERS, l'un des précurseurs dans l'étude de la relation d'aide pour apporter une notion psychologique dans l'accompagnement « *pour les personnes en situation de détresse morale* ».

Cette relation d'aide se base sur d'autres concepts fondamentaux dans la pratique infirmière : l'empathie, l'écoute active, le non-jugement et la congruence.

L'optimisation du parcours de soins dans la crise suicidaire doit donc prendre en considération ces professionnels paramédicaux. Ils peuvent avoir un rôle central dans l'accompagnement à domicile des patients en crise suicidaire, tant dans un objectif de sentinelle que dans la prévention du passage à l'acte, de la réitération ou encore de la postvention.

L'absence de documentation ou de publication de guides de référence spécifiques au corps des infirmiers et infirmières libéraux ne permet pas de comparaison. Cependant, l'existence d'équipes de soins issues de la psychiatrie et exerçant dans le domaine de la crise depuis plusieurs années, ont permis la publication d'articles scientifiques sur lesquelles il est possible de s'appuyer lors de la création de nouveaux dispositifs.

### 3. Hypothèse et problématique

La coordination du parcours de soins dans la crise suicidaire entre les équipes de psychiatrie du secteur et les professionnels infirmiers libéraux du même territoire est primordiale afin d'apporter une sécurité dans l'offre de soins. Cependant, avant de porter une réflexion sur la mise en œuvre de la coordination, et en l'absence de cadre de référence documenté, il est nécessaire de connaître le positionnement des professionnels libéraux infirmiers du territoire de santé face au suicide et aux dispositifs existants sur ce même territoire.

L'hypothèse principale de cette étude est la mauvaise identification du réseau de soins de psychiatrie existant par les infirmiers et infirmières libéraux. Cette mauvaise identification serait dû à une méconnaissance des dispositifs sur le territoire d'étude en ce qui concerne la prise en soin du patient en crise suicidaire à domicile, et notamment la connaissance des dispositifs de soins non programmés, de prévention, d'urgences ou de crise psychiatrique.

L'objectif principal est d'interroger les professionnels sur leurs connaissances de l'existence de ces dispositifs, leurs utilisations et l'état de la collaboration actuelle dans le parcours de soins du patient suivi en psychiatrie, notamment dans la crise suicidaire.

Les hypothèses secondaires de l'étude sont :

- Les infirmiers et infirmières libéraux possèderaient les capacités à prendre en soin à domicile le patient en crise suicidaire,
- Il existerait lien entre l'expérience des professionnels et l'utilisation de ces dispositifs et des ressources actuelles,
- Les infirmiers et infirmières libéraux auraient des attentes envers la psychiatrie publique sur la prise en soins des patients en crise suicidaire au regard de l'implantation prochaine d'un infirmier en pratique avancée et d'une équipe mobile.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de :

- Identifier les possibilités de prises en soins à domicile de patient en crise suicidaire

- Explorer la présence d'un lien entre l'expérience professionnelle, la patientèle des soignants, et l'utilisation des dispositifs locaux dans la crise ou le soin non programmé,
- Définir les attentes des infirmiers libéraux du territoire au vue de la création d'une équipe mobile de psychiatrie dédié et de l'implantation d'un Infirmier en Pratique Avancée mention Psychiatrie Santé Mentale.

## **Méthode**

Cette étude quantitative exploratoire, prospective, monocentrique a débuté par une recension de la littérature et des dispositifs existants. L'ensemble de sa conception a été monitoré par la Cellule d'Aide Méthodologique (CAM) de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mental et Psychiatrie des Hauts de France (F2RSM psy), de la création du questionnaire au traitement statistique des données recueillies.

Cette étude relève de la méthodologie de référence MR-004 garantissant la sécurité du traitement des données à caractère personnel dans le but d'effectuer une recherche d'intérêt public n'impliquant pas la personne humaine (RNIMP) (60). Ce type d'étude ne nécessite pas d'enregistrement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

### 1. Conception de l'étude

Le questionnaire se décline en quatre parties et débute après un texte de présentation sur l'objet de l'étude et les objectifs de recherche. Il est disponible en Annexe 2.

La première partie vise à caractériser la population étudiée. La seconde porte plus spécifiquement sur la prise en soin du suicide au sein de leur patientèle. La troisième recherche si les infirmiers et infirmières libéraux ont connaissances des dispositifs actuels existant sur le territoire étudié. Enfin la quatrième et dernière partie permet d'avoir des argumentations courtes sur les possibilités de prise en soin à domicile et les attentes de ces professionnels.

L'objectif principal est d'interroger les professionnels sur leurs connaissances de ces dispositifs. C'est dans la troisième partie du questionnaire qui porte sur les dispositifs existant actuellement dans le parcours de soins du suicide que les IDEL sont questionnés sur leurs connaissances des structures locales.

Le critère de jugement principal est le nombre de réponses positives aux questions 3-1°, sur la connaissance CMP des secteurs de soins, la question 3-3° sur la connaissance de l'existence d'une équipe de psychiatrie au sein des urgences du CH de Dunkerque et la question 3-4° sur la connaissance du CARDO dont l'acronyme n'est pas détaillé afin de ne pas orienter la réponse.

Afin de répondre à l'hypothèse secondaire sur la capacité des infirmiers libéraux à prendre en soins les patients en crise suicidaire à domicile, plusieurs questions au travers du questionnaire permettent d'apporter des critères de jugement. Les différentes questions permettent d'affiner et expliciter le critère de jugement :

- Une réponse positive la question 2-1° permet de savoir si le professionnel a déjà rencontré des personnes avec des IDS, il accède de ce fait à la question 2-2° sur un choix multiple de solutions. Une troisième question (2-3°) lui permet de nommer sous 250 caractères les dispositifs de prévention s'il a déjà dû les interpeller.
- Une réponse positive à la question 2-4° permet de connaître si les soignants ont déjà pris en soins des patients dans le cadre d'une tentative de suicide et la question et 2-5° de savoir si un service de psychiatrie était inclus dans le parcours de soins. La question 3-2° permet de connaître la fréquence des échanges entre les IDEL et les CMP.
- La question 2-6° permet de savoir si les professionnels osent demander à leurs patients la présence d'idée de suicide.
- Les questions 4-4°, 4-6° et 4-8° demandent aux professionnels s'ils sont en capacité de réaliser une surveillance à domicile, une délivrance de traitement ou les 2 chez les patients en crise suicidaire. Des questions intermédiaires leurs permettent d'argumenter sous 250 caractères afin d'obtenir plus d'informations.

L'hypothèse secondaire concernant la présence d'un lien entre l'expérience des professionnels et l'utilisation des dispositifs est étudié dans la première partie du questionnaire (questions 1-1° à 1-8°). Elle permet de recueillir des données visant à caractériser la population étudiée (sex-ratio, âge, expériences professionnelles antérieures, exercice en libérale, ancienneté en tant qu'IDEL, estimation du nombre de patients accompagnés quotidiennement et type de lieu d'exercice, rural, urbain ou mixte).

Le critère de jugement secondaire est l'identification d'une tendance entre l'expérience professionnelle et l'utilisation des dispositifs de soin, en corrélant les réponses obtenues avec celles obtenues dans les autres parties.

Enfin, afin de répondre à l'hypothèse sur les attentes des infirmiers et infirmières libéraux envers la psychiatrie publique au regard de l'implantation d'un IPA, le questionnaire comprend deux questions à réponses ouvertes et courtes.

Le critère de jugement est défini par l'expression des attentes au vu de l'implantation de l'IPA au sein d'une équipe mobile d'intervention et de crise :

- Une réponse positive à la question 4-1° permet de savoir s'ils connaissent le métier d'IPA puis la question 4-2° permet un choix multiple sur leurs attentes envers celui-ci.
- La dernière question, 4-10 et 4-11° permet d'interroger les professionnels sur l'intérêt de la création d'une équipe mobile dans le parcours de soins et d'argumenter leur réponse.

Le diagramme de Gantt suivant permet de suivre l'évolution temporelle de la création du questionnaire et des dates limites dans le travail :

### Diagramme de Gantt - Mémoire recherche IEPA - Méthodologie questionnaire

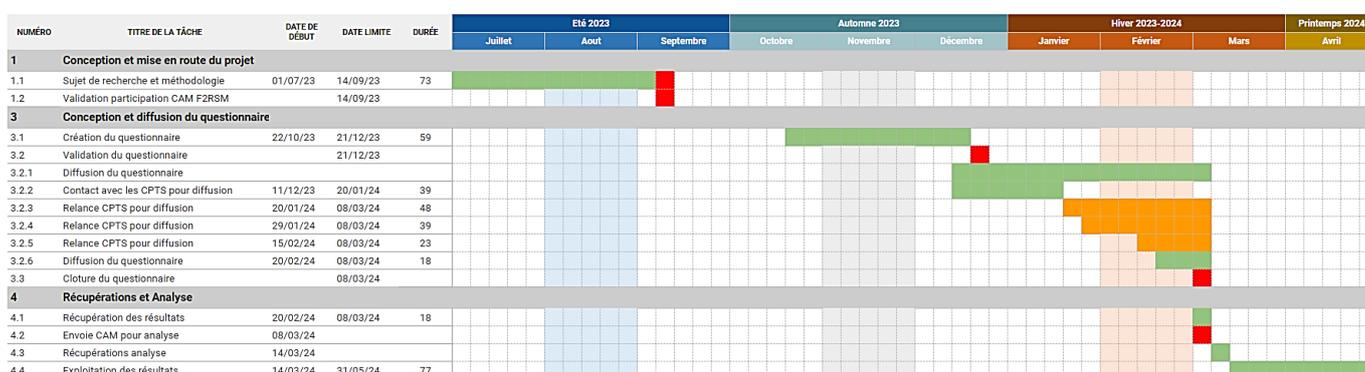


Figure 2 : Diagramme de Gantt - Méthodologie temporelle de la création et l'exploitation du questionnaire de recherche (en orange, période de non-diffusion des questionnaires)

Le questionnaire a été réalisé avec le logiciel en ligne Framiform©. En fonction des réponses données dans les choix multiples prédéfinis, l'arborescence a permis de passer des questions qui ne concerner pas l'interviewé par rapport aux réponses précédentes.

Le questionnaire a été testé avant sa diffusion auprès d'une IDEL, dont les réponses ont pu être incluses dans l'étude.

La durée estimée du questionnaire est de 10 minutes maximum.

## 2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont l'exercice infirmier en libéral exclusif. Les professionnels devront avoir un exercice de soins sur le territoire d'étude concerné (Flandres Littoral). Les professionnels inclus peuvent être l'infirmier ou l'infirmière titulaire de son cabinet, son ou ses associés ainsi que les remplaçants au sein du cabinet. Il n'y a pas d'obligation d'adhérer à une CPTS pour participer à l'étude.

Le critère de non-inclusion est l'exercice infirmier mixte, c'est-à-dire possédant à la fois une activité libérale mais aussi une activité dans une structure hospitalière, associative, privée ... en complément.

Les critères d'exclusion sont l'exercice infirmier en structure hospitalière. Les professionnels libéraux n'ayant aucun exercice dans le territoire étudié sont exclus de l'étude, celle-ci reprenant les spécificités sectorielles des structures psychiatriques.

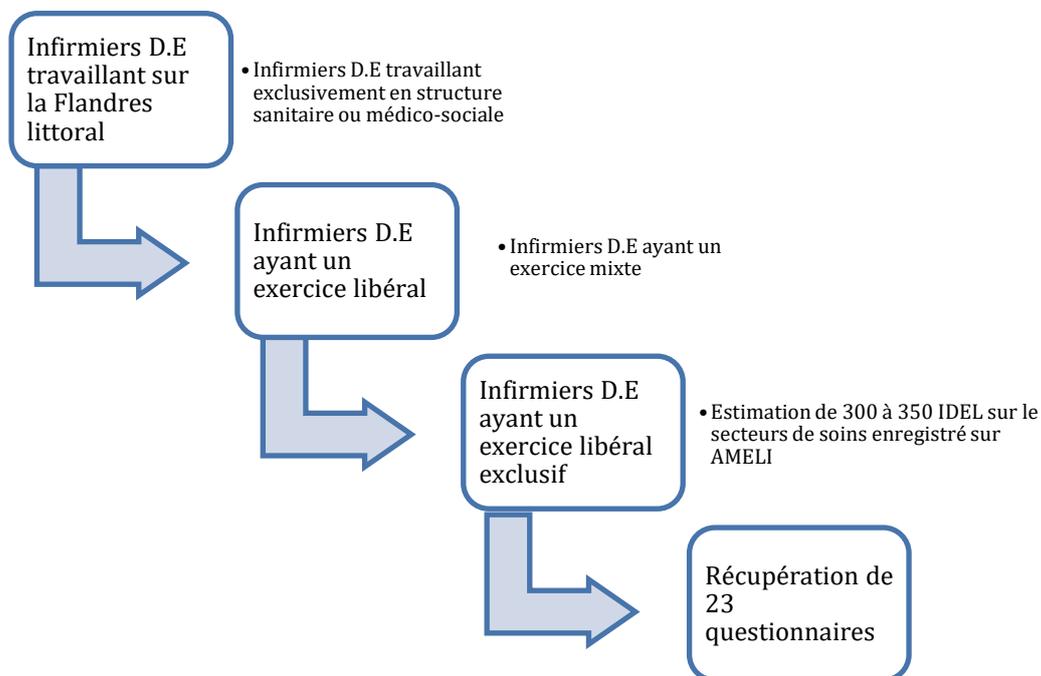


Figure 3 : Diagramme de flux d'inclusion

### 3. Diffusion des questionnaires

Le questionnaire à choix multiples prédéfinis et à réponses ouvertes courtes a été diffusé auprès des Communautés des Professionnels du Territoire de Santé (CPTS) Littoral en Nord et Bourbourg-Bergues-Hondschoote, afin qu'il soit transmis auprès des professionnels de santé libéraux infirmiers du territoire. Les professionnels ont été avisés par les CPTS de la diffusion du questionnaire par messagerie électronique.

Pour les professionnels n'adhérant pas à l'une ou l'autre CPTS, j'ai recherché à recenser les infirmiers libéraux exerçant dans le secteur de soin afin de les contacter. Une première recherche a donné une approximation à 350 IDEL dans le secteur.

Dans un premier temps, il avait été choisi de ne pas inclure ces professionnels n'adhérant pas aux CPTS afin de respecter les délais du travail. Cependant, face aux difficultés rencontrées, j'ai revu les critères d'inclusion permettant la diffusion auprès de ces IDEL grâce à un forum.

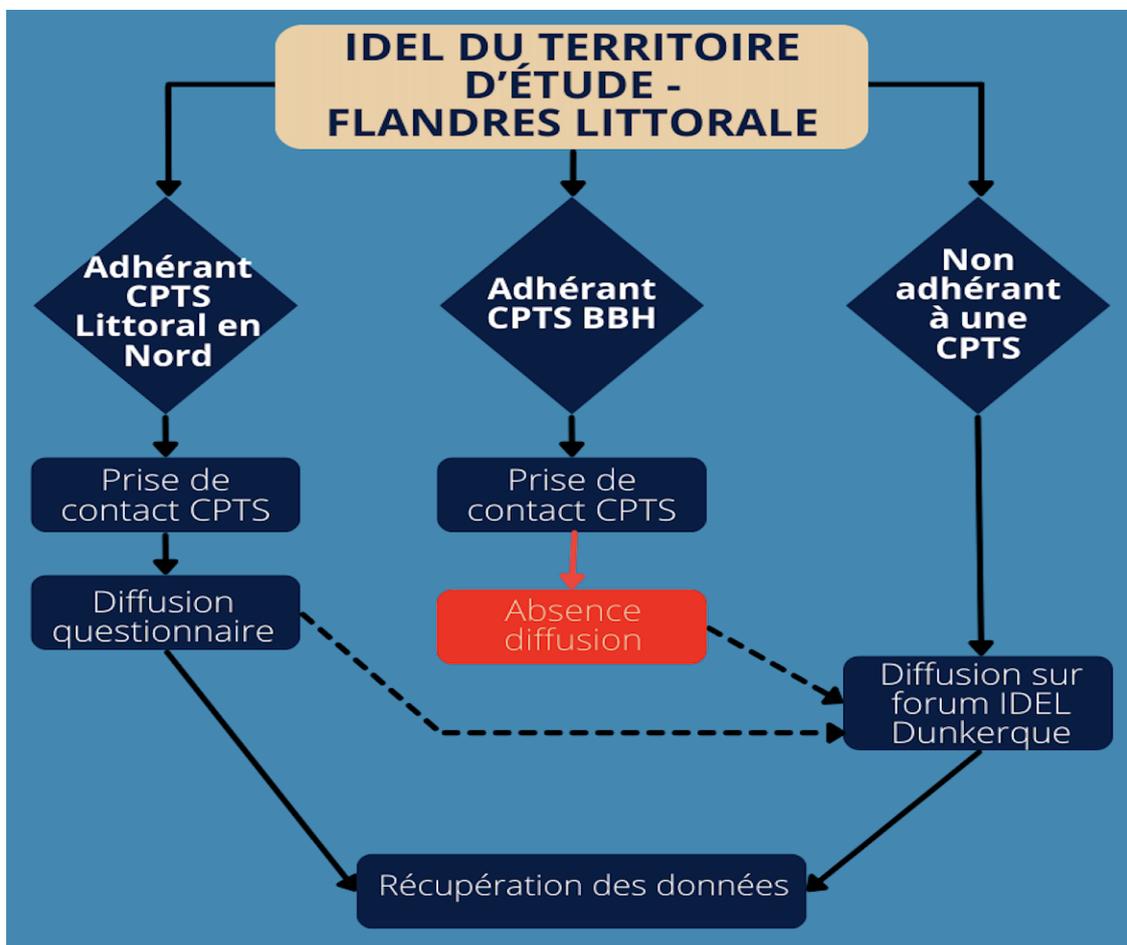


Figure 4 : Logigramme de diffusion des questionnaires

L'accès à ce forum ne peut se faire que sur justification de l'exercice libéral infirmier dans le dunkerquois. Cela a permis de donner une visibilité au questionnaire.

La visibilité est estimée à près de 250 personnes.

#### 4. Recueil des données

Une réponse positive de diffusion a été donnée par la première CPTS, après 3 relances. Celui-ci a été transmis auprès des infirmiers libéraux adhérents dès le 20 février 2024.

Des difficultés sont apparues dans la diffusion des questionnaires auprès de la seconde CPTS qui n'a pas donné suite à la demande de transmissions du questionnaire, et ce malgré plusieurs relances par voie électronique ou téléphonique entre décembre 2023 et février 2024.

Il n'y a donc pas eu de retour ni de diffusion par l'une des CPTS. Les résultats proviennent uniquement des IDEL adhérent à la première CPTS, et des IDEL présents sur le forum, adhérent ou non à la communauté de professionnels.

Afin d'effectuer l'analyse statistique des résultats et pour respecter les délais, la clôture du questionnaire a été faite le 8 mars à 8h30. Les résultats, anonymes, ont été envoyés à la CAM de la F2RSM afin de monitorer l'analyse des données.

## **Résultats et Analyses**

Les résultats ont été extraits via la plateforme de diffusion du questionnaire Framiform© par tableau sous un fichier Excel©. En raison du faible nombre de répondants, seules des analyses descriptives univariées ont été réalisées avec le logiciel R version 4.3.2 afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives (moyennes et écart-types), et l'ensemble des variables qualitatives (d'effectifs et de pourcentages).

Pour rappel, les répondants sont des infirmiers en exercice libéral uniquement, exerçant sur le territoire d'étude s'étendant sur les 4 secteurs psychiatriques de la Flandres littorale.

Il n'y a pas eu de retour ni de diffusion par la CPTS Bourbourg - Bergues - Hondschoote. Les résultats proviennent uniquement des IDEL adhérant à la CPTS Littoral en Nord, et des IDEL présents sur le forum, adhérant ou non à la communauté de professionnels.

A la date butoir, ont été récupérées que 23 réponses au questionnaire, pour une visibilité estimée au total à 250 IDEL, après une période de diffusion de 15 jours, soit un taux de réponse de 9,2%.

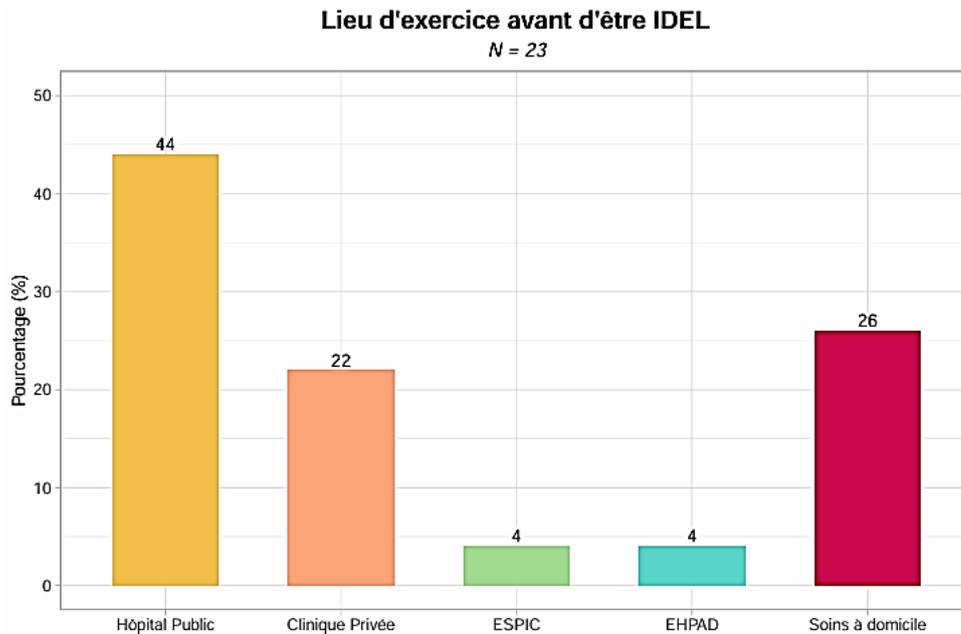
L'extraction des données issu du logiciel Framiform© sont consultable sur le NextCloud de l'Université de Lille sous un format de fichier Excel© à l'adresse suivante :

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/f/269140107>

### 1. Analyses univariées

#### 1.1. Données socio-démographiques et parcours professionnel

20 femmes (87%) et 3 hommes (13%) ont répondu au questionnaire, pour un âge moyen de 36,2 ans. L'infirmière la plus jeune ayant répondu à 27 ans, la plus ancienne 54 ans. Le diplôme le plus ancien est de 1990, alors que le plus récent est de 2020. La moyenne des répondants concernant leur année de diplôme est 2010. La répartition des lieux d'exercice avant de devenir libéral donne le graphique suivant :

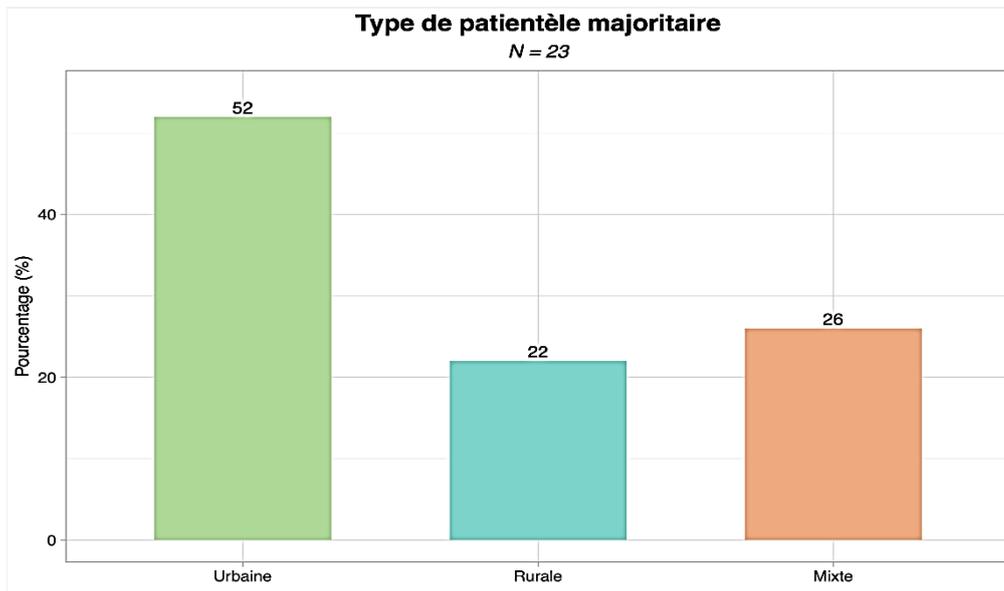


*Graphique 1 : Question 1-4-1° Avant d'avoir un exercice libéral, où exerciez-vous ?*

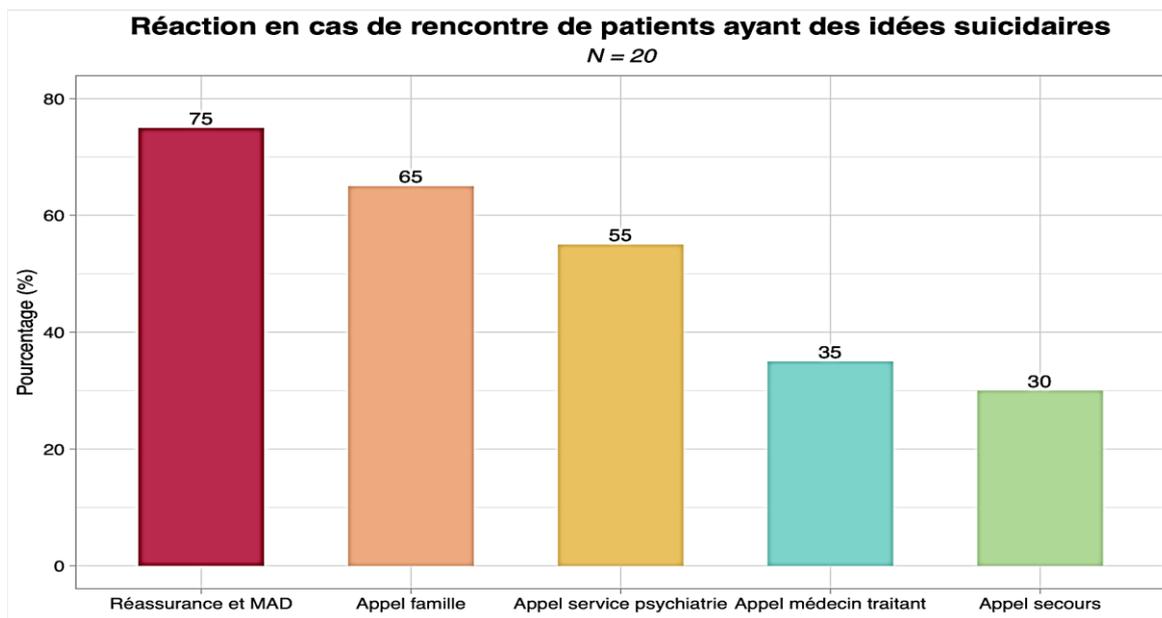
Parmi les 23 répondants, 2 IDEL (8,7%) ont travaillé au sein d'un service de psychiatrie, 1 (4,3%) a exercé en service de soins intensifs / réanimation, et 1 en médecine conventionnelle. 4 IDEL (17,4%) ont une expérience en service de chirurgie. 1 IDEL n'a pas répondu à la question sur le service d'exercice, ayant déjà répondu « soins à domicile » au lieu d'exercice.

## 1.2. Données sur la patientèle et la prise en soins du suicide

Les 23 IDEL interrogés prennent en soins en moyenne 42 patients par jour, avec un minimum de 25 patients pour une IDEL et un maximum de 65 patients, avec la répartition géographique suivante :



*Graphique 3 : Question 1-8° : Vous décririez votre patientèle comme plutôt*

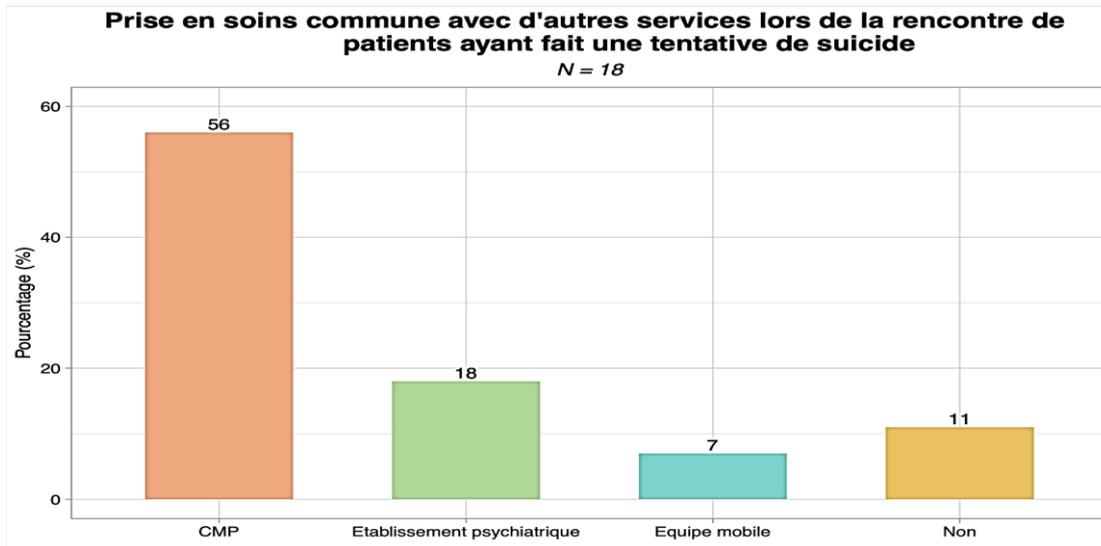


*Graphique 2 : Question 2-2° : Si [vous avez déjà rencontré des patients avec des idées de suicide], comment avez-vous réagi ? (Plusieurs réponses possibles)*

Au sein de leur patientèle, 20 IDEL (87%) ont déjà rencontré des patients présentant des idées suicidaires lors de leurs prises en soins à domicile. Aucune n'interpelle les dispositifs existants dans ces situations. Cependant, l'un des répondant a précisé, en commentaire à la question suivante, qu'il connaissait Vigilans.

18 (78,3%) répondants affirment avoir déjà pris en soins à domicile des personnes ayant réalisé une TS en connaissant cet antécédent. 5 (21,7%) ont répondu non à cette question. Les

personnes ayant répondu positivement ont été invitées à répondre à la question sur la présence d'un service comme partenaire de la prise en soins :



*Graphique 4 : Question 2-5° : Si [à votre connaissance vous avez déjà pris en soins des patients ayant réalisé une tentative de suicide], y-avait-il une prise en soins commune avec d'autres services ? (Réponses ouverte - 250 caractères)*

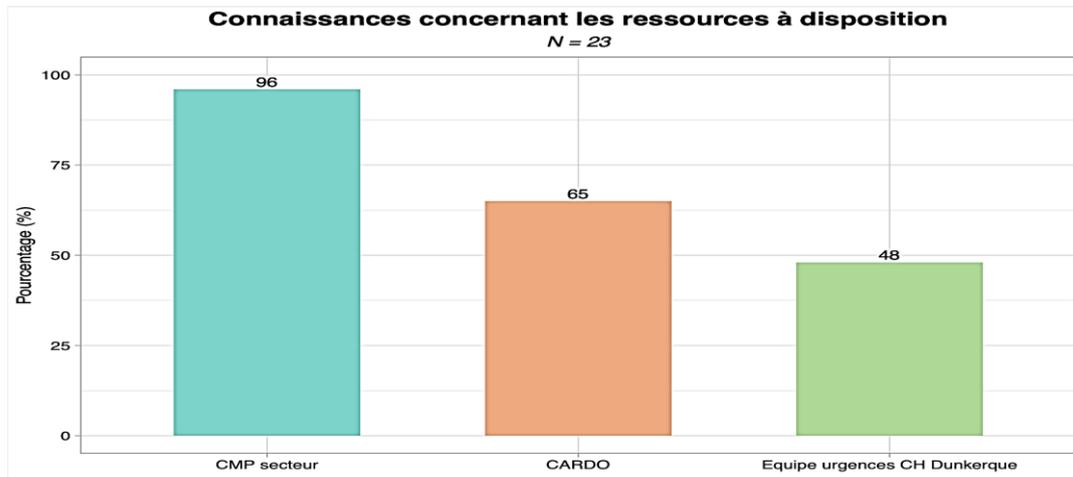
3 IDEL ont répondu « oui » à la prise en soins d'un patient ayant réalisé une TS mais n'ont pas répondu à la question du service associé.

La fréquence de l'évaluation de la présence d'IS figure dans le tableau ci-dessous :

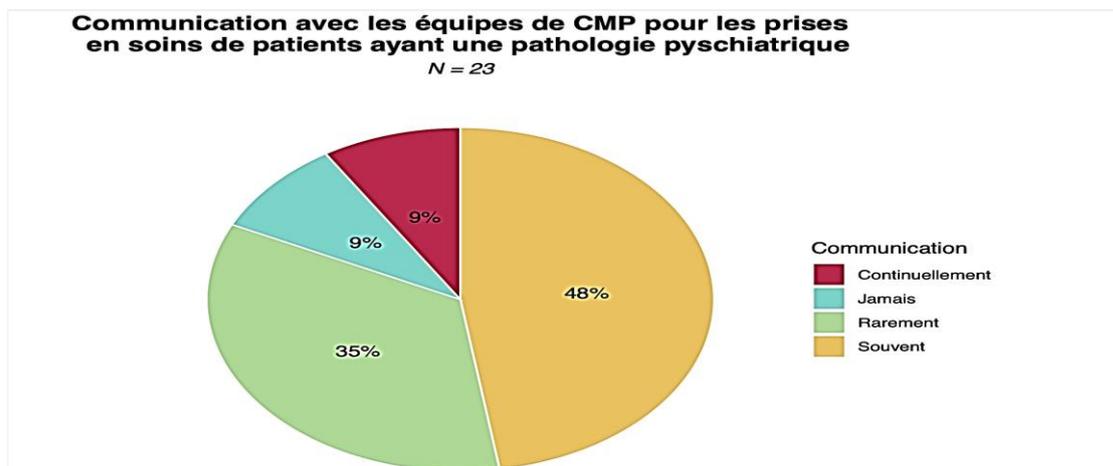
<b>Tableau 1 : Fréquence d'interrogation sur la présence d'idées suicidaires chez les patients en mal-être, n (%)</b>	
Systematiquement	2 (8,7%)
Souvent	7 (30,4%)
Rarement	12 (52,2%)
Jamais	2 (8,7%)

### 1.3. Données sur les ressources locales

22 (95,7%) des 23 IDEL connaissent les CMP de leurs secteurs de soins. Cependant, les réponses sur la communication avec ces services montrent la collaboration entre les IDEL et les CMP pour la prise en soins des patients ayant une pathologie psychiatrique. Seule une infirmière exerçant en milieu rural ne connaît pas le ou les CMP de son secteur de soins.



*Graphique 5 : Question 3-1°, 3-3° et 3-4 : Connaissez-vous le CMP/SAU Psychiatrique/ CARDO ? (Réponses positives)*

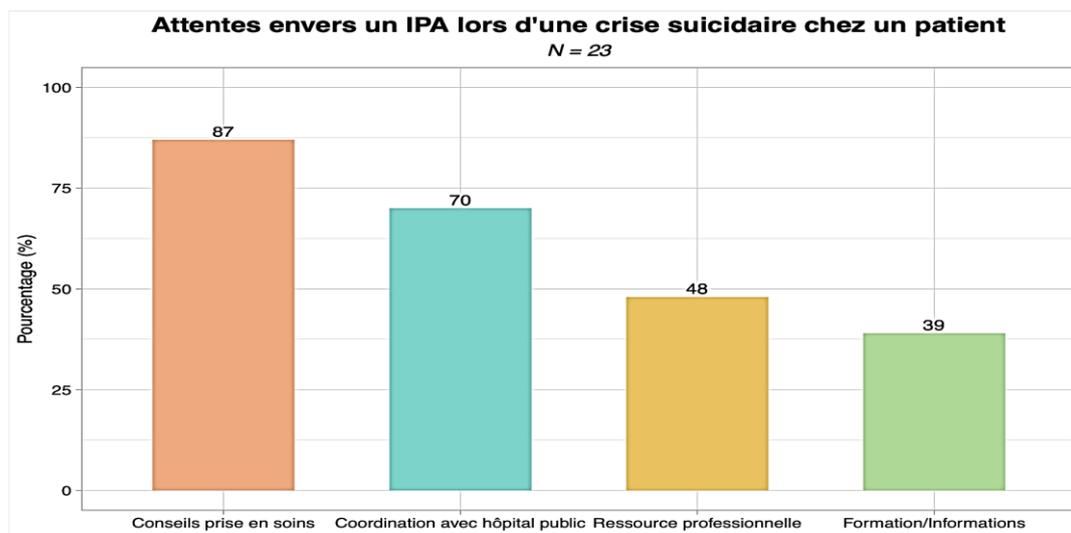


*Graphique 6 : Question 3-2° : Communiquez-vous avec les équipes de CMP pour les prises en soins de patient ayant une pathologie psychiatrique ?*

15 IDEL (65%) connaissent le CARDO, la structure d'accueil d'urgence située à Cappelle la Grande, et moins de la moitié (11 IDEL (47,8%)) savent qu'il existe une équipe de liaison psychiatrique au sein des urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque.

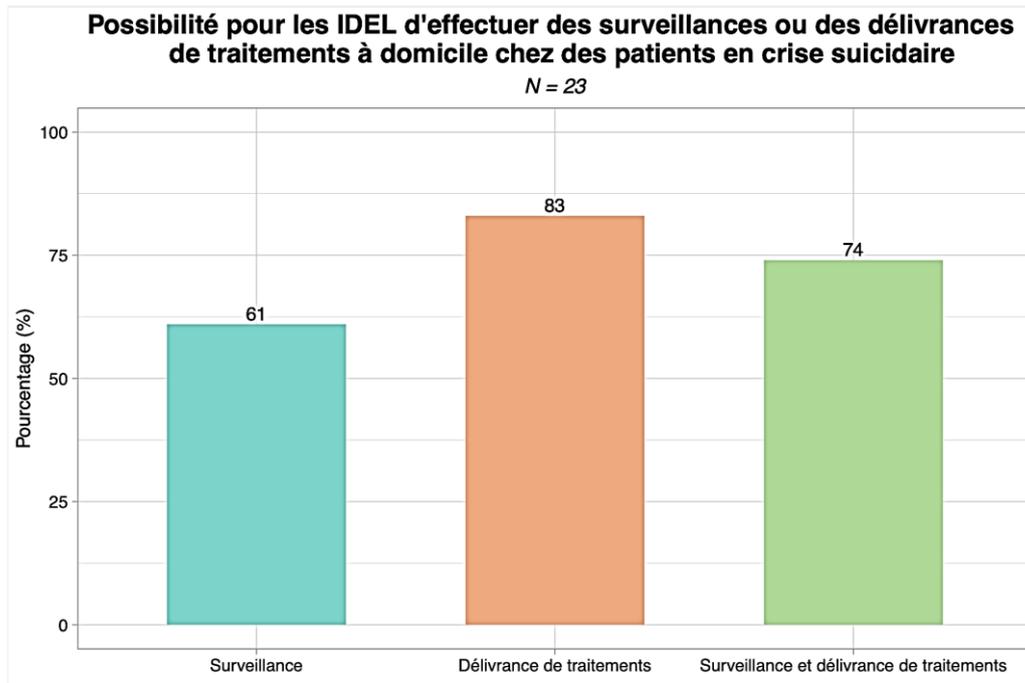
#### 1.4. Données sur les actions de soins et les projets d'implantation

21 (91,3%) IDEL sur les 23 répondants déclaraient connaître le métier d'IPA. Au travers des réponses prédéfinies, j'ai questionné les IDEL sur leurs attentes auprès d'un IPA dans le parcours de soins d'un patient en crise suicidaire.



*Graphique 7 : Question 4-2° : Selon vous, dans la crise suicidaire, quelles seraient vos attentes envers un IPA ? (Plusieurs réponses possibles)*

Associées à chaque fois à une question à réponse ouverte et courte, j'ai demandé aux IDEL s'ils pensaient avoir la capacité d'effectuer une surveillance simple, la délivrance thérapeutique simple ou les deux associées, au cours de la prise en soins d'un patient en crise suicidaire à domicile. Les résultats sont présentés dans le graphique suivant :



*Graphique 8 : Question 4-4°, 4-6° et 4-8° : Pensez-vous que les IDEL puissent effectuer des surveillances / délivrance de traitement / délivrance et la surveillance à domicile de patient en crise suicidaire ? (Réponses positives)*

La dernière question portait sur le projet de création d'une équipe mobile d'intervention et de crise. Les IDEL interrogés pensent pour 20 d'entre eux (87 %) qu'elle possède une utilité dans le projet de prise en soins à domicile.

## 2. Analyses sémantiques des réponses ouvertes courtes

Dans la partie sur les actions de soins et le projet d'implantation, il était proposé aux infirmiers libéraux de compléter leurs réponses par un texte de 250 caractères maximum pour les quatre dernières questions.

### 2.1. Surveillance à domicile de la crise suicidaire

La question 4-4° et 4-5° demandait la possibilité pour les IDEL de prendre en soins la surveillance à domicile d'un patient en crise suicidaire. Les huit infirmiers répondant « oui » à la question mettent en avant leur connaissance du patient pour effectuer cette surveillance. 3 d'entre eux expriment aussi la possibilité d'effectuer cette surveillance grâce aux visites

quotidiennes qu'ils effectuent, ainsi que leurs compétences dans le domaine de la surveillance à domicile.

9 IDEL ayant répondu « non » à la question mettent principalement en avant l'aspect chronophage de l'acte et le manque de temps au sein de leurs tournées. 2 d'entre eux mettent aussi en avant l'acte hors nomenclature de ce soin. 2 autres évoquent aussi la compétence et la connaissance dans le domaine pour 2 professionnels.

Dans les réponses ouvertes recueillies, deux réponses sont ambivalentes concernant la réalisation d'une surveillance suicidaire à domicile, mettant en avant les limites d'une surveillance et le risque à ne pas négliger de passage à l'acte suicidaire en dehors du passage de l'infirmier libéral.

Malgré la réponse positive à cette question, 14 d'entre eux (61%) mettent ainsi en évidence le temps nécessaire qu'ils n'ont pas pour effectuer ce soin, du fait de leurs charges de travail et la disponibilité professionnelle, alors qu'ils possèdent la connaissance et l'alliance avec le patient.

## 2.2. Délivrance des traitements à domicile dans la crise suicidaire

La question 4-6° et 4-7° porté sur la possibilité pour les IDEL de délivrer un traitement à domicile pour un patient en crise suicidaire. Les réponses ouvertes, avec une notation positive, sont nombreuses et mettent en avant la possibilité d'effectuer la délivrance et d'effectuer une surveillance de la prise correctement pour 6 réponses, et où les infirmières apportent aussi 3 fois la notion d'effectuer une veille et l'alerte en cas de problème, tout comme la confiance qui existent entre eux et les patients dans 4 réponses. De la même manière, les réponses données rappellent qu'il s'agit du rôle propre de l'infirmier. Le travail en réseau est mis en avant dans 4 réponses.

Parmi les argumentaires négatifs, certains évoquent la difficulté de réaliser le soin en cas de refus de la personne. 2 réponses soulèvent à nouveau la question du temps auprès du patient pour effectuer le soin à domicile, et une réponse décline même la difficulté à rester auprès du patient en cas de volonté de verbalisation de celui-ci.

3 réponses semblent ambivalentes. Elles centrent principalement leurs contenus sur l'objectif du traitement à domicile et l'environnement pouvant entrer en jeu dans la crise.

Avec des réponses positives dans 19 cas (83%), les infirmières libérales rappellent que la délivrance du traitement à domicile fait partie du rôle propre de leur métier. L'axe principal des personnes défavorables dans le cadre des crises suicidaires sont la gestion de l'apparition d'un problème à domicile.

### 2.3. Surveillance et délivrance à domicile des traitements dans la crise suicidaire

La troisième recherche de réponse ouverte (question 4-8° et 4-9°) permet d'affiner la possibilité du soin, en combinant la délivrance du traitement à domicile, mais aussi une surveillance du patient dans la crise suicidaire.

Des argumentations positives sont proposées. Parmi elles, 10 réponses reprennent principalement le rôle propre de l'infirmier. La notion de compétences dans l'acte réalisé est abordée dans 5 réponses et le travail en réseau dans 4 cas.

5 argumentations négatives se concentrent à nouveau sur le temps alloué au patient pour réaliser l'acte, mais aussi sur la compétence dans 4 réponses. 2 réponses isolées dans les argumentations abordent la faible cotation de l'acte mais aussi la notion de responsabilité.

Avec 17 réponses positives (74%), cette question met en avant le rôle propre des infirmiers par la délivrance et la surveillance des traitements à domicile, y compris dans la crise suicidaire. Un bémol est à nouveau retrouvé, comme les questions précédentes, avec la formation et la compétence des IDEL intervenant à domicile.

### 2.4. Amélioration de la prise en soin à domicile par la création d'une équipe mobile

Dans le cadre du projet d'implantation de l'IPA, il est prévu qu'il intègre une équipe mobile de liaison à domicile. La question 4-10° et 4-11° avait pour objectif de questionner sur les attentes des professionnels libéraux sur l'aide que pourrait leur apporter une équipe spécifique.

20 réponses positives (87%) argumentent par 12 fois l'apport d'un appui dans la prise en soin à domicile et par 10 fois la présence de la compétence dans l'accompagnement des patients en crises. 5 répondants précisent aussi que l'équipe peut prendre et possède le temps nécessaire dans ces prises en soin, mais aussi dans la réduction des risques de passage à l'acte.

Les 3 réponses négatives (13%) se rejoignent dans une argumentation autour de la relation de soins, mettant en avant l'absence de confiance du patient ou encore sur la nécessité d'une hospitalisation et non d'une équipe en cas de problème suicidaire majeur avec le patient. Un complément de réponse met aussi en avant la nécessité de renforcer les liens existants avec ce qui existe, et non de créer une nouvelle équipe.

Les réponses ouvertes sur l'équipe mobile de liaison de crise permettent de marquer la nécessité d'apporter un appui et des professionnels ayant une compétence spécifique pour les professionnels libéraux. Bien que nuancée par les craintes précédentes sur leurs difficultés, seule une réponse met en avant la pluridisciplinarité du soin.

### 3. Analyses corrélatives

L'analyse corrélative permet d'analyser les réponses des IDEL en fonction des possibles similarités avec d'autres IDEL interrogés et leurs parcours. Il est compliqué d'effectuer ici une analyse corrélative complète en raison du faible effectif de répondants. Cependant, porter un premier regard à ce sujet peut permettre d'élaborer des pistes de réflexion.

Aucun lien n'est retrouvé entre l'expérience en psychiatrie et le questionnement sur la présence d'idée de suicide chez le patient. Les réponses données par les deux professionnels ayant une expérience dans ces services sont différentes. L'expérience en psychiatrie ne semble pas donner de prédisposition particulière à rechercher la présence d'idées suicidaires. De plus, il n'y a pas de spécificité non plus à cette expérience concernant le travail avec les CMP de secteur ou sur les autres domaines interrogés. Les infirmiers libéraux interrogés ayant répondu positivement à ces questions ne possèdent pas de similarités dans leurs expériences. La recherche d'idées suicidaires chez les patients suivis à domicile, ou encore le travail avec les CMP de secteurs ne sont pas dépendant de l'expérience du soignant.

1 infirmière ne connaît pas le ou les CMP de son secteur de soin. Les caractéristiques la concernant ne permettent pas de dégager une caractéristique spécifique. Elle décrit aussi ne pas connaître l'existence des urgences psychiatriques, mais a répondu positivement sur la connaissance de l'unité sur le site de Cappelle la grande, le CARDO.

L'expérience professionnelle, les lieux d'exercice précédent, l'année du diplôme, le type de patientèle ou d'autres éléments liés à la population interrogée ne sont pas, dans cet

échantillon, des éléments pouvant influencer significativement sur la connaissance des structures d'urgence que sont les urgences psychiatriques ou le CARDO.

De même, il n'apparaît pas ici de corrélation entre le type d'établissement dans lequel les IDEL ont exercé antérieurement à leur activité libérale et leur degré de connaissance des structures d'urgences psychiatrique ou le CARDO.

Les deux IDEL les plus expérimentés ainsi que l'un des infirmiers ayant une expérience en psychiatrie ne recherchent pas d'aide ou de conseil par un IPA Psychiatrie Santé Mentale contrairement aux autres répondants. Cependant, leurs réponses ouvertes n'apportent pas la notion de compétence, positivement ou négativement dans les réponses, mais abordent les limites du soin à domicile.

Lorsqu'ils sont confrontés à un patient verbalisant des vellétés suicidaires, les soignants contactant les CMP de secteurs n'ont pas de point commun au sein de leur parcours ou du type de patientèle. Les réponses émanant des infirmiers ayant travaillé en psychiatrie ne se rejoignent pas dans leur totalité. Bien qu'ils contactent les CMP de secteurs ou qu'ils contactent une structure hospitalière de psychiatrie, un seul déclare avoir déjà contacté le médecin traitant ou la famille, rejoignant d'autres réponses. Il n'y a pas d'éléments communs retrouvés à une réponse particulière.

Aucune réponse des infirmiers ayant rencontré des patients avec des vellétés suicidaires ne s'oriente vers l'appel ou la démarche auprès d'un dispositif de prévention existant. Cependant, un IDEL ayant une expérience en psychiatrie précise à la question spécifique sur ces dispositifs qu'il connaît le dispositif Vigilans, n'a pas eu à y faire appel.

En regardant les données de la population d'IDEL interrogées et les réponses ouvertes, il n'y a pas de lien entre les réponses des IDEL exprimant des difficultés de temps auprès des patients et le nombre moyen de patients accompagnés chaque jour. Cette difficulté est exprimée tant par des professionnels avec une tournée proche de la moyenne, que par des professionnels ayant plus ou moins de patients. Les réponses sur les connaissances et la relation thérapeutique du patient sont amenées par des professionnels ayant une expérience différente, tant en type d'expérience professionnelle qu'en ancienneté. Les réponses apportées sur les aspects de compétences ne proviennent pas de l'expérience en psychiatrie spécifiquement.

Les limites de la prise en soins, sur le risque de passage à l'acte ou le refus de soin, sont évoqués par des IDEL, qu'ils aient ou non une expérience en service de psychiatrie. La remise

en cause des traitements dans la crise sur l'une des réponses est donnée par une infirmière ayant une expérience en chirurgie.

Les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en crise suicidaire, acquises ou non, ne sont pas spécifiques à une expérience d'IDEL, ni spécifiques dans la demande d'apport formatif. La responsabilité est uniquement abordée par une infirmière avec une expérience en soins à domicile.

La dernière réponse ouverte a permis l'expression par un IDEL ayant une expérience de psychiatrie de la nécessité d'hospitaliser le patient en crise si ses compétences sont dépassées, alors qu'une IDEL provenant de soins intensifs ou de chirurgie met en avant le risque d'un trop grand nombre d'intervenants et la problématique de la relation de confiance.

L'analyse des résultats permet de retrouver une diversité dans les réponses apportées par les IDEL, sans identifier de spécificité dans les expériences passées, y compris psychiatriques, ou dans la population d'infirmier interrogée.

La problématique de disponibilité est mise en avant malgré l'alliance et les compétences des IDEL pour repérer les comportements suicidaires ou les prémices d'une crise. L'ambivalence sur ces compétences et connaissances et d'ailleurs retrouvée dans la réponse sur la responsabilité, et rejoint les attentes de ces professionnels envers l'implantation d'une IPA, notamment dans le conseil et l'aide pour optimiser les prises en soin à domicile, décliné aussi par la ressource professionnelle, ainsi que par la coordination avec l'établissement public de référence.

L'attente n'est pas spécifiquement centrée sur l'apport ou la délivrance d'informations ou de formation, même si cela est retrouvé dans les réponses ouvertes de ces professionnels. L'appui sur le réseau professionnel et la « *pluridisciplinarité* » décrite dans une réponse est un élément essentiel dans le besoin des IDEL.

## Discussion

Ce travail amène une réflexion sur le rôle des IDEL dans la prise en soin à domicile des patients en crise suicidaire. L'objectif principal de cette étude exploratoire est d'interroger les professionnels sur leurs connaissances de l'existence des dispositifs de soins non programmés sur le territoire de la Flandres littoral. L'identification par les professionnels libéraux des structures hospitalières est un élément essentiel dans le lien ville - hôpital, dont la relation est l'une des clés de la fluidification des parcours de santé.

### 1. Réflexion autour de l'hypothèse principale : la connaissance du réseau de soin

A l'exception d'une infirmière, les professionnels interrogés sont en capacité de prendre contact avec le CMP de leur secteur de soin. Bien que la communication soit variable d'un professionnel à l'autre, il existe donc un lien entre les structures ambulatoires psychiatriques et les soins infirmiers à domicile. Mais la confirmation ici de la première hypothèse de recherche ne serait pourtant pas complète. En effet, comme exposé dans le cadre théorique introductif, il existe sur le littoral deux structures de soins non programmés avec lesquelles les professionnels peuvent échanger ou orienter leurs patients.

Le service des urgences psychiatriques n'est pas connu de tous les infirmiers libéraux. Intégrée comme équipe de liaison directement au sein des urgences somatiques du Centre Hospitalier de Dunkerque, cette unité est moins identifiée comme ressource en comparaison avec l'unité cappelloise d'accueil et d'orientation, pourtant plus récente. L'une des explications possibles est la communication de l'EPSM des Flandres autour des dispositifs d'accueil d'urgences. Le CARDO est référencé en premier lieu lors d'une recherche internet. Sa création sur le littoral a entraîné une communication importante auprès du réseau de soin, mais aussi du grand public.

Une autre hypothèse pouvant expliquer cette différence est la géolocalisation des structures. L'équipe des urgences psychiatriques est intégrée au sein de l'hôpital général, contrairement au site cappellois qui retrouve uniquement des unités d'hospitalisation psychiatrique.

La combinaison de ces deux hypothèses peut permettre d'expliquer la connaissance des structures par les professionnels libéraux infirmiers, et plus largement par la population.

La validation de l'objectif principal dépendrait donc plus de la communication réalisée autour de ces unités. C'est ce que nous retrouvons au travers de l'analyse des résultats où il n'y a pas d'éléments significatifs dans l'expérience passée des professionnels ayant répondu à l'étude, ni dans leurs éléments démographiques ou encore lorsque nous apportons un regard populationnel.

La communication autour des différentes unités et dispositifs de prévention et de veille doit être poursuivie afin d'orienter au mieux le patient en crise suicidaire ne pouvant plus rester à domicile. Cette communication semble tant être sur les missions des structures, que sur la communication pluridisciplinaire dans les prises en soin communes. En effet, le CMP est la structure historique de prise en soin implantée directement dans la cité. Son ancienneté lui a permis d'être connue par les professionnels. Le CMP est l'interface du réseau ville – hôpital. Le CARDO est certes moins connu, mais un travail de communication et suite à son implantation, et une implantation sur un site de psychiatrie, lui permet d'être mieux identifiée que les urgences psychiatriques pourtant plus anciennes.

Non implanté sur le territoire, mais réalisant la veille téléphonique, les dispositifs de prévention (3114, Vigilans) ne sont pas mentionnés lors de l'étude.

L'objectif d'interroger les professionnels sur leurs connaissances des dispositifs psychiatriques de soins non programmés existant sur le territoire de la Flandres littoral est atteint.

L'hypothèse principale est vérifiée. Les infirmiers et infirmières libéraux du territoire étudié ont une bonne identification du réseau de soins de psychiatrie et ont une connaissance correcte des dispositifs de soins psychiatriques non programmés. Ils ont cependant une connaissance approximative des dispositifs d'urgences ou de crise et n'ont pas de connaissance autour des dispositifs de préventions et de veille.

## 2. Réflexion autour de l'hypothèse secondaire : le soin à domicile

Les réponses aux questions ouvertes montrent que la compétence est un élément essentiel pour les infirmiers et infirmières libéraux dans la prise en soin des patients en crise suicidaire à domicile. Bien que la notion de compétence soit plus diffuse dans l'article de ELZINGA (43) sur le repérage des signes des patients suicidaires, la compétence liée aux repérages du risque et le rôle de l'infirmier est principalement retrouvé dans l'article de CLUA-GARCIA (44). Or,

les infirmiers interrogés accentuent à plusieurs reprises ce concept, de manière positive, tout comme de manière négative.

Là encore, l'analyse des résultats n'a pas permis de mettre en avant des spécificités liées au profil des répondants. Ces compétences sont pourtant essentielles. La prise en soin du suicide présente des spécificités et une technicité, comparable à celle des autres actes infirmiers. Les infirmiers libéraux décrivent globalement être prêts et en capacité à prendre en soin à domicile les patients en crise. Les réponses mettent plutôt en avant la crainte de ne plus pouvoir réaliser le soin. La difficulté de prendre en soins la personne suicidaire ou suicidante semble inquiéter les soignants n'étant pas à l'aise avec ce domaine de la psychiatrie.

Or le regard démographique concernant les professionnels répondant à l'étude ne donne pas de prédisposition à être à l'aise dans ces prises en soin, y compris avec une expérience en service de psychiatrie. Est-ce le rapport au risque vital imprévisible ou au travail de crise opposé à des soins habituellement chroniques ? Les réponses apportées ne permettent pas d'amener de nouveaux éléments pour délimiter des axes formatifs permettant d'accéder à ces compétences.

Au cours de mes recherches, j'ai pu trouver des formations pour les IDEL sur la prise en soin de la personne suicidaire ou suicidante au sein des formations DPC (45). Cependant, cette question n'a pas été incluse dans le questionnaire diffusé. Une question sur les formations professionnelles aurait probablement pu permettre de distinguer les réponses ouvertes au sujet du sentiment de compétence. Au sein de leurs cursus, les infirmiers préparant le diplôme d'Etat ne possèdent que deux Unités d'Enseignement au sujet de la psychiatrie, l'UE 2.6, concernant la psychopathologie, et les étudiants possèdent l'obligation d'effectuer un minimum de 5 semaines dans le domaine de la santé mentale (61), qui peut comprendre le handicap mental ou encore la neurodégénérescence. C'est ce que déplorent certains syndicats professionnels d'exercice en psychiatrie, surtout depuis la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique début des années 1990. Le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie n'est pas assez abordé dans le cursus de formation. Les jeunes diplômés doivent approfondir leurs connaissances en intégrant les services de soins, et pouvoir bénéficier de formations complémentaires et d'un tutorat professionnel.

L'obligation de formation professionnelle continue dans le décret professionnel infirmier est inscrite dans l'ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé (62). Elle permet aux professionnels de choisir une formation de maintien des compétences, ce qui peut leur donner accès à des compétences spécifiques en psychiatrie. Mais quel axe de formation choisir ? Celle sur la psychopathologie

du suicide ? Celle sur la gestion de l'urgence et la crise à domicile, sans axe spécifique sur la psychiatrie ? Ou celle sur des compétences relationnelles ?

Le développement aujourd'hui des compétences infirmières dans l'urgence, par la mise en place par l'ARS des infirmiers correspondant de SAMU (63) est un élément pouvant orienter les IDEL vers des soins d'urgences ou de crise, et non plus vers des soins uniquement chroniques. Il pourrait être envisagé un format similaire dans le cadre des patients suicidaires ou suicidant à domicile.

La compétence relationnelle est primordiale dans l'accompagnement, et rejoint le premier élément de discussion, la notion de temps, et plus précisément de prendre le temps. Comme exposé précédemment, les avis des infirmiers répondants se partagent entre le manque de temps auprès des patients et l'intérêt d'être le soignant qui identifiera précocement la modification comportementale grâce à la relation thérapeutique privilégiée qu'ils entretiennent avec leurs patients.

Toujours sans liens avec la démographie professionnelle, les concepts infirmiers d'accompagnement (50,51), d'alliance et d'adhésion thérapeutique (52-55), de soutien social (58) et de relation d'aide (59) sont retrouvés dans différentes réponses. Se rassemblant sous le rôle propre de l'infirmier, ces concepts jouent un rôle essentiel dans la relation que les IDEL ont avec leurs patients. Mais là encore, la compétence relationnelle se retrouve mise à l'épreuve du temps que le soignant peut passer auprès du patient dans les soins à domicile, ou au chevet du malade à l'hôpital.

A son domicile, le patient peut rencontrer quotidiennement, voire plusieurs fois par jour, son infirmier libéral - SON infirmier. L'alliance thérapeutique entre eux permet une relation de confiance. L'infirmier se retrouve souvent comme étant celui qui va expliquer la pathologie, les traitements, les soins, ou encore apporter une visite à une personne isolée. Cet accompagnement, au rythme du patient, permet à l'IDEL d'être un partenaire privilégié dans la relation de soin. Il possède donc les capacités à effectuer l'accompagnement, mais encore et toujours sous la réserve du temps soignant disponible.

L'objectif secondaire d'identifier les possibilités de prises en soins à domicile de patients en crise suicidaire est atteint.

L'hypothèse secondaire concernant les infirmiers et infirmières libéraux possédant les capacités à prendre en soins le patient en crise suicidaire à domicile n'est pas vérifiée. Les IDEL se décrivent dans leur ensemble prêt à prendre en soins à domicile un patient en période de

crise. La question de la compétence survient lors de la gestion de l'imprévu. Il ne peut être fait de lien entre la réponse positive à la compétence, et l'exercice antérieur en psychiatrie, ou sur un service spécifique.

Ne pouvant qu'extrapoler au travers des réponses sur les attentes envers un IPA - PSM ou une équipe mobile, je ne peux apporter de conclusion basée sur les faits concernant la capacité actuelle des infirmiers et infirmières libéraux à prendre en soin le patient suicidaire ou suicidant à domicile.

### 3. Réflexion autour de l'hypothèse secondaire : les caractéristiques du professionnel

Le questionnaire permettait d'explorer les attentes de ces professionnels libéraux envers un infirmier de pratique avancée mention psychiatrie santé mentale. Par l'apport d'un choix multiple, les réponses s'orientent vers une recherche d'appui lorsque le soin à domicile se complexifie. Les attentes qu'ils portent envers un IPA PSM reflètent à la fois l'autonomie dans le soin à domicile, mais aussi la nécessité du travail en réseau. Le diagnostic territorial en santé mentale ainsi que les documents de l'ARS Haut de France définissant le PTSM (38,39) nous rappellent l'importance de la construction d'un partenariat collaboratif entre les partenaires de soins, avec notamment l'axe ville - hôpital.

C'est sur cet axe que l'infirmier en pratique avancée, ayant une expertise clinique et de coordination, est attendu par les professionnels infirmiers et infirmières libéraux. Comme évoqué précédemment, l'extrapolation des réponses montre une volonté de ces professionnels à travailler avec ce nouveau métier, par lequel ils rechercheraient le conseil dans la prise en soin à domicile ainsi que la coordination avec les établissements de santé. Cela appuierait leurs possibilités d'amener le soin à domicile dans la gestion de la crise suicidaire. Pourtant les réponses ouvertes tendent à questionner sur la compétence à acquérir ou acquise.

Cette ambivalence rejoint les questionnements des précédents paragraphes. Les infirmiers et infirmières libéraux possèdent des compétences spécifiques les amenant à prendre en soin les patients à domicile. Ils connaissent leurs patients, ont tissé une relation thérapeutique de confiance, permettant l'alliance et l'adhésion aux soins. Or les attentes des IDEL démontrent les limites de ces compétences. Les réponses données sur les attentes envers les IPA ou plus globalement dans les prises en soin de la crise à domicile décrivent des situations où la situation devient complexe et où l'infirmier libéral seul ne peut plus être suffisant.

N'ayant pas initialement recherché le concept de complexité dans le cadre théorique, il semble important de pouvoir mieux définir cette notion avant de poursuivre.

La complexité se retrouve à plusieurs niveaux. Dans le cadre des besoins des infirmiers libéraux pour l'obtention de conseils ou d'appui dans leurs prises en soin, la complexité se retrouve dans le niveau « *méso* » défini par BUSNEL et al (64). Les auteurs de l'article nous expliquent la notion de complexité au travers plusieurs niveaux dont celui-ci. Ils reprennent les interactions entre les différents intervenants dans des situations diverses où un retour à l'hospitalisation « *fait émerger de nouveaux enjeux de santé* ». Les réponses des infirmiers libéraux rejoignent les propos des auteurs notamment dans les limites des prises en soins à domicile et/ou ambulatoires.

Le concept de complexité est défini dans l'article de PAGANI et al (65) paru dans Santé Publique. En citant le philosophe et sociologue français Edgar MORIN, ces auteurs rappellent que la complexité d'une situation réside principalement dans la multiplication des interactions entre les intervenants. Cela implique la connaissance des champs d'intervention de l'autre, de ses possibilités mais aussi de ses limites.

Rejoignant des publications sur la complexité, les répondants attendent de l'IPA PSM et d'une équipe mobile de pouvoir intervenir dans une situation devenant complexe.

Ainsi, les professionnels interrogés répondent par leurs capacités à prendre en soin ces patients à domicile. Leurs limites sont les situations devenant complexes, et qui par définition, devraient entraîner des interactions avec des professionnels pouvant apporter leurs connaissances, leurs compétences.

Cependant, au décours du questionnaire à réponses ouvertes et courtes, des professionnels interrogés ont mis en avant l'absence de nomenclature pour la surveillance à domicile de patient en souffrance psychiatrique. C'est ce qui est retrouvé dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (46). Pour pouvoir justifier de l'acte d'un IDEL dans le cadre d'une crise suicidaire, ce dernier doit pouvoir délivrer une thérapeutique, ce qui permet d'effectuer une surveillance liée à cette thérapeutique, dans le cadre où le patient ne serait pas en capacité d'avoir ses traitements à domicile.

L'objectif secondaire d'explorer la présence d'un lien entre l'expérience professionnelle, la patientèle des soignants et l'utilisation des dispositifs locaux dans la crise ou le soin non programmé est atteint.

L'hypothèses secondaires de la présence d'un lien entre l'expérience professionnels et l'utilisation de ces dispositifs et des ressources actuelles est vérifiée.

#### 4. Réflexion autour de l'hypothèse secondaire : les attentes des IDEL

La dernière partie des hypothèses secondaires concernait la perspective d'implantation d'une équipe mobile, à laquelle serait rattaché l'IPA PSM. Cependant, le questionnaire permettait de définir les interactions actuelles avec les dispositifs de soins existants, qu'ils soient sur le territoire étudié ou assurant une veille téléphonique.

Les réponses obtenues indiquent une non-utilisation des dispositifs de prévention tels que Vigilans ou le 3114. Bien qu'ils aient pu être confrontés à un patient en crise suicidaire, les infirmiers libéraux se tournent préférentiellement vers la famille ou de la réassurance pour un maintien à domicile. Pourtant, ces dispositifs offrent la possibilité aux professionnels de les appeler et d'obtenir des conseils ou du soutien dans la prise en soin du patient en crise suicidaire, comme nous avons pu le voir précédemment.

Les réponses sont elles aussi variables sur la communication avec les CMP. L'expérience passée n'est pas prédisposante à l'utilisation des structures ambulatoires. La création d'une équipe mobile dédiée à la prise en soin à domicile des patients en crise suicidaire nécessiterait donc une amélioration des communications avec les professionnels libéraux, où l'équipe pourrait se trouver à l'interface des structures ambulatoires et de ces professionnels.

Il est donc intéressant de projeter la création de cette équipe comme référente pour les professionnels libéraux. Cette référence est multiple. Elle se retrouve tant sur le plan de la clinique, des soins, que sur la disponibilité. Cette perspective permet d'identifier un interlocuteur. Cependant, il serait optimal de comprendre pourquoi les dispositifs existants ne sont pas non plus utilisés. Est-ce par méconnaissance du réseau de prévention du suicide et de sa récurrence ? Est-ce par la non-identification de ces réseaux ? Ou par la multitude ?

La création d'une équipe dédiée, mais aussi de l'implantation d'un infirmier en pratique avancée mention psychiatrie santé mentale, ne doit pas venir surajouter des intervenants et des interactions dans une situation complexe. L'implantation de professionnels, IPA ou inclus dans une équipe dédiée, doit ainsi permettre une fluidification du parcours de soin et de santé. Au-delà de leurs missions cliniques, ils doivent absolument se situer à l'interface entre les structures

ambulatoires, hospitalières et les professionnels libéraux afin d'orienter, coordonner ou encore conseiller. Mais cette réponse doit aussi intégrer les limites émises par ces professionnels. Il ne s'agit pas de mettre une nouvelle strate au système de soins dans des situations complexes où le patient serait désorienté et ne parviendrait plus à identifier à qui recourir en cas de nécessité.

Le dernier objectif secondaire de l'étude concernant la définition des attentes des IDEL du territoire au vue de la création d'une équipe mobile de psychiatrie dédié et de l'implantation d'un IPA mention PSM est atteint.

L'hypothèse secondaire de la présence d'attentes des IDEL envers l'implantation future d'un IPA-PSM et d'une équipe mobile est vérifiée.

## 5. Forces, biais, limites et perspectives de l'étude

Bien que le sujet du suicide soit étudié par de nombreux organismes telle que l'UNPS ou l'Observatoire Nationale du Suicide (14,30), il n'y a pas de publication concernant spécifiquement les infirmiers et infirmières libéraux. Cette étude exploratoire permet à la fois de regarder la situation actuelle sur le territoire de la Flandres littoral mais aussi d'étudier les attentes et les demandes de ces professionnels envers la psychiatrie publique. La prise en soin des patients suicidaires ou suicidants relève d'une complexité où le réseau de soins possède son importance tant dans le maillage que dans les interactions entre les différents professionnels. La coordination et la collaboration des différents professionnels permettent d'optimiser et sécuriser la prise en soin, là où le patient en crise se retrouve dans une désorganisation de ses émotions et en pleine souffrance (47–49).

La création d'une équipe à laquelle serait implantée un IPA PSM semble répondre aux attentes et à la demande des professionnels libéraux. Le projet de création et d'implantation sur ce domaine de santé publique est une opportunité. L'étude menée permet une meilleure orientation des champs d'intervention. Cependant, il sera nécessaire d'adapter ces champs en fonction de l'actualité dans le domaine du suicide, mais aussi dans le territoire de santé grâce au diagnostic territorial en santé mentale de l'ARS cité précédemment. Cela rentre aussi dans le modèle référencé de BRYANT-LUKOSIUS et Di CENSO (68) permettant de pérenniser l'implantation de l'IPA pour continuer de répondre aux besoins de santé du territoire.

Il existe certains biais au sein de l'étude :

- De sélection : les IDEL n'ayant pas répondu au questionnaire, malgré la visibilité, sont-ils soucieux des questions concernant la psychiatrie ? En effet, la diffusion tardive des questionnaires, ou l'absence de diffusion, m'ont obligé à recentrer la diffusion sur le forum privée. Ce biais de sélection se retrouve aussi dans le faible taux de réponses obtenues.
- D'information : le choix de diffusion du questionnaire par l'outil informatique devait permettre une diffusion simple, mais aussi écologique par la non-production de questionnaire papier. La population ayant répondu semble plutôt jeune et l'accès à l'informatique est aujourd'hui indispensable pour les professionnels libéraux. Ils possèdent une adresse électronique avec laquelle ils travaillent auprès de la sécurité sociale ou des organismes spécifiques dans leur profession. L'appui recherché en passant par les CPTS devait permettre de lever la méfiance sur la réception du mail contenant le lien d'accès au questionnaire. Il devait permettre aussi d'avoir l'appui des collectivités professionnelles dans cette étude concernant directement le lien ville hôpital, promu par les politiques de santé comme nous avons pu le voir précédemment.
- De désirabilité : les IDEL ayant répondu au questionnaire ont-ils en parallèle effectuer des recherches, et ceux voulant donner les réponses les plus justes ? Cela pourrait venir fausser les résultats obtenus.
- De recrutement : Il concerne la disponibilité des professionnels sur la période de diffusion qui s'est étalée sur la période des vacances scolaires d'hiver de la zone B (67). Or, l'âge moyen des infirmiers interrogés donnent la possibilité qu'ils aient des enfants en âge scolaire, et donc qu'ils aient pu ne pas être présents durant cette période. Les vacances d'un IDEL entraînent implicitement un remplacement par un autre collègue IDEL durant cette période, et donc moins de disponibilité globale. Ce biais rejoint la notion du temps retrouvée dans de nombreux articles. Les recommandations de la HAS (26) ainsi que les politiques de santé actuelles (66) mettent l'accent sur la libération du temps au profit des patients, alors que les files actives ne cessent de croître. C'est dans ce contexte que les infirmiers en pratique avancée interviennent notamment.

Les limites rencontrées dans l'étude doivent donner un réajustement afin de pouvoir compléter ce qui a manqué au moment de la réalisation de l'étude.

Une des limites de cette étude actuelle réside en la faible participation des professionnels libéraux infirmiers. Les réponses obtenues ne permettent pas de pousser les analyses des données. Les problèmes rencontrés lors de la diffusion du questionnaire doivent permettre une remise en question de la méthodologie de diffusion. Une rencontre avec les représentants des CPTS pourrait être envisagée à l'avenir afin de retravailler la diffusion des questionnaires et affiner les objectifs de l'étude.

Une seconde limite de cette étude provient de l'absence de questionnement sur la formation professionnelle, notamment sur les formations des libéraux avec le DPC.

Une meilleure méthodologie de diffusion peut permettre d'obtenir un plus grand nombre de répondant et de mieux cibler les objectifs, attentes et demandes dans le domaine de la prise en soin du patient en crise suicidaire à domicile en partenariat avec les infirmiers et infirmières libéraux.

Le travail de recherche mené dans le cadre des études d'infirmier en pratique avancée ne doit pas s'arrêter à un simple devoir de formation. Les perspectives sont multiples.

Cette recherche pourrait par la suite voir une adaptation à l'échelle de l'établissement, du Groupement Hospitalier de Territoire, d'une région.

La connaissance des dispositifs et des possibilités d'intervention des différents professionnels intervenant dans ces situations doit permettre d'adapter le parcours de soin vers un parcours de santé. La définition d'un schéma de coordination permet ainsi l'adaptation à d'autre territoire et de devenir une référence dans ces prises en soins complexes.

## **Conclusion**

La crise suicidaire n'est pas un moment unique, spécifique, défini dans le temps. Depuis la fin des années 1950, différents établissements ou organismes ont créé des dispositifs chargés de la prévention, de la réduction du risque de passage à l'acte ou encore de sa récurrence. Dans sa forme actuelle, la prise en soin des patients en crise suicidaire relève d'une situation de soin complexe. Elle nécessite la collaboration des professionnels entre eux, pour le patient. Cette collaboration ne peut être désordonnée, comme le serait le patient en crise. La coordination des intervenants doit permettre la fluidification et la sécurisation du parcours de soin, spécifique à cette prise en soin.

C'est dans cette optique qu'a germé la volonté de créer une équipe mobile dédiée à la crise suicidaire, et d'y implanter un infirmier en pratique avancée. La réalisation d'une étude sur l'état actuel de la prise en soin du suicide sur le territoire de la Flandres littoral, délimité par les secteurs 59G01, G02, G03 et G04 a permis d'obtenir des éléments d'informations sur les besoins actuelles et les possibilités de coordonner les interventions avec les infirmiers et infirmières libéraux du territoire.

Malgré un échantillon faible, cette étude exploratoire a permis de définir des champs d'interventions souhaités. Reprenant les difficultés et la complexité de ses situations, les professionnels ayant répondu à l'étude mettent en avant le besoin d'obtenir de l'aide, du conseil lorsqu'ils se retrouvent en dehors de leurs compétences, ou lorsqu'ils sont moins disponibles pour leurs patients, qui nécessitent un temps de présence afin de rompre leur sentiment de solitude. Leurs connaissances des patients leur permettent de repérer les signes précurseurs. Les résultats montrent aussi l'absence de lien avec l'expérience passée des infirmiers et infirmières libéraux. La demande relèverait ainsi d'un consensus, plutôt que de situations isolées.

La création d'une équipe mobile permettrait ainsi de répondre à un besoin de santé, face à une augmentation des crises suicidaires, avec ou sans passage à l'acte. Cependant, il est nécessaire de développer la communication autour des structures et dispositifs existants. L'apport d'une unité fonctionnelle dans ces prises en soin ne doit pas se rajouter à ce qui existe, mais bien venir compléter l'offre de soin afin de la fluidifier et la sécuriser. C'est dans ce contexte qu'intervient l'implantation de l'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie santé mentale. Se positionnant comme référent grâce à son référentiel de compétences, il possède les capacités à répondre à la demande des professionnels libéraux qui prendraient en soin les patients en crise suicidaire à domicile.

La réflexion autour de la gestion de la crise à domicile, avec la participation des infirmiers et infirmières libéraux, a permis la première émergence des champs d'interventions de professionnels dédiés, comprenant l'IPA PSM. Et c'est dans la logique du modèle PEPPA et de la construction des réseaux de santé qu'une nouvelle étude pourra venir compléter la recherche actuelle afin d'obtenir un modèle de soin spécifique à la prise en soin des patients en crise suicidaire à domicile.

## Références

1. Von Der Weid G. Seul Dieu peut se suicider. Mars 2021. 256 :10.
2. LEAUNE E. Petit Lexique des notions entourant la crise suicidaire. Mars 2021. (256):35.
3. DGS\_Céline.M, DGS\_Céline.M. ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 29 août 2023]. Le dispositif de recontact Vigilans. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>
4. COTON, PLANCKE, AMARIEI, THEVE, LANGER, DANIEL. Tentatives de suicide et suicides dans les Hauts de France, évolutions récentes. Octobre 2019. (19).
5. Equipe de liaison Psychiatrique Adulte des Urgences du CH Dunkerque. Rapport d'activité des urgences psychiatriques. EPSM des Flandres - pôle 59G01/59G03 ; 2022.
6. DREES. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. 2023 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
7. NAGHAVI M, Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 6 février 2019 ; 364:194.
8. Veille stratégique de l'Observatoire National du Suicide | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [Cité 10 décembre 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/veille-strategique-de-lobservatoire-national-du-suicide>
9. LEBEL G, SAINTE MARIE R. Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire. Juillet 2018 ;
10. HAMEL M, LANE J, ARCHAMBAULT J. Prévention du suicide, Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Santé Mentale ; 2010.
11. Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Santé Mentale. Détection des personnes à risques suicidaire [Internet]. Disponible sur : <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/>
12. CHAN-CHEE C, du ROSCOËT E. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Santé Publique Fr. 5 février 2019 ; Bulletin épidémiologique Hebdomadaire(3-4):p35 à 86.
13. Données chiffrées sur le suicide en France - 3114 [Internet]. [Cité 10 décembre 2023]. Disponible sur : <https://3114.fr/quelques-notions-sur-le-suicide/donnees-chiffrees-sur-le-suicide-en-france/>
14. UNPS. unps. [Cité 12 mars 2024]. En France. Disponible sur : [https://www.unps.fr/en-france-\\_r\\_13.html](https://www.unps.fr/en-france-_r_13.html)

15. IASP. Who we are [Internet]. IASP. [Cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.iasp.info/about/>
16. Samaritans. Samaritans. [Cité 12 mars 2024]. Samaritans - Here to listen. Disponible sur : <https://www.samaritans.org/>
17. NSPA UK. NSPA. [Cité 12 mars 2024]. Preventing suicide together. Disponible sur : <https://nspa.org.uk/>
18. Canada A de la santé publique du. Prévenir le suicide : Quand et comment obtenir de l'aide [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/signes-precurseurs.html>
19. CASP. Canadian Association For Suicide Prevention. [Cité 12 mars 2024]. About Us. Disponible sur : <https://suicideprevention.ca/about-us/>
20. AQPS. À propos de nous - AQPS [Internet]. 2022 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://aqps.info/a-propos-de-nous/>
21. AQSP, MSSS. A propos de Suicide.ca [Internet]. [Cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://suicide.ca/fr/a-propos>
22. American Foundation for Suicide Prevention. American Foundation for Suicide Prevention. [Cité 12 mars 2024]. About AFSP. Disponible sur : <https://afsp.org/about-afsp/>
23. AAS. American Association of Suicidology. [Cité 12 mars 2024]. American Association of Suicidology. Disponible sur : <https://suicidology.org/>
24. Fondation SOS Amitié. Nous connaître [Internet]. France. [Cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.sos-amitie.com/nous-connaître/>
25. VEGA. About Befrienders Worldwide | Befrienders Worldwide Support [Internet]. 2019 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://befrienders.org/about-befrienders-worldwide/>
26. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. 2018 sept p. 8 à 10. Disponible sur : [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr)
27. UNPS. unps. 2024 [cité 23 février 2024]. Notre Histoire. Disponible sur : [https://www.unps.fr/notre-histoire-\\_r\\_6.html](https://www.unps.fr/notre-histoire-_r_6.html)
28. CPS Paris. Historique – CPS PARIS [Internet]. 2024 [cité 23 février 2024]. Disponible sur : <https://cpsparis.fr/index.php/a-propos-de/historique-2/>
29. info suicide.org. Qui sommes-nous ? – Info suicide.org [Internet]. 2024 [cité 23 février 2024]. Disponible sur : <https://www.info suicide.org/qui-sommes-nous/>
30. DRESS. Observatoire national du suicide | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2023 [cité 10 décembre 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide>

31. 3114. Rapport d'activité 2021 [Internet]. Report N° : 20220621\_RapportActivite2021. Disponible sur : [www.3114.fr](http://www.3114.fr)
32. DEBIEN C, VIEUX M. Vigilans, un dispositif de veille. Mars 2021;(256):42 à 46.
33. Duhem S, Berrouiguet S, Debien C, Ducrocq F, Demarty AL, Messiah A, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open*. Octobre 2018 ;8(10): e022762.
34. CPS Paris. Présentation – CPS PARIS [Internet]. [Cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://cpsparis.fr/index.php/a-propos-de/>
35. Zeltner L. ERIC, chronique d'une équipe mobile d'urgence et de crise. *Prat En Santé Ment*. 2021 ;67e année (3):6-14.
36. NARMANLI E. Dossier presse Nightline France. 2024.
37. CHU Montpellier. Communiqué de presse - RESTART. 2022.
38. PLANCKE L, CADOU MN, AMARIEL A. Diagnostic territorial partagé en santé mentale de Métropole - Flandres [Internet]. 2018 juin [cité 20 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/34348/download?inline>
39. ARS Haut de France. Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) [Internet]. 2022 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-0>
40. GHT Psychiatrie Nord Pas de Calais. Conseil Local de Santé Mentale de Dunkerque (CLSM) | GHT de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais [Internet]. [Cité 13 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.epsm-fl.fr/conseil-local-de-sante-mentale-de-dunkerque-clsm>
41. GHT Psychiatrie Nord Pas de Calais. Urgences EPSM des Flandres | GHT de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais [Internet]. [Cité 13 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.epsm-fl.fr/urgences-epsm-des-flandres>
42. GHT Psychiatrie Nord Pas de Calais. Carte du GHT de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais et de ses partenaires | GHT de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais [Internet]. [Cité 13 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ghtpsy-npdc.fr/carte>
43. Elzinga E, de Kruif AJTCM, de Beurs DP, Beekman ATF, Franx G, Gilissen R. Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *PloS One*. 2020;15(11): e0242540.
44. Clua-García R, Casanova-Garrigós G, Moreno-Poyato AR. Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *J Adv Nurs*. Juillet 2021 ;77(7):2995-3007.
45. Agence DPC. Rechercher une action de DPC | Agence DPC [Internet]. [Cité 13 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>
46. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Titre XVI - Soins Infirmier. In : Nomenclature générale des actes professionnels et liste des produits et prestations remboursables [Internet].

2024 [cité 13 mars 2024]. p. 159 à 187. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-lpp>

47. BORRAZ O. Qu'est-ce qu'une crise ? | Sciences Po CSO - Centre de sociologie des organisations [Internet]. 2020 [cité 23 février 2024]. Disponible sur : <https://www.sciencespo.fr/cso/fr/content/qu-est-ce-qu-une-crise.html>
48. FORMARIER M. Crise (situation de). 2012. :138 à 140.
49. Le concept de crise, présentation d'une typologie. In : Intervention en situation de crise, 3ème édition. CHENELIERE EDUCATION. 2021. p. 6 à 10.
50. MOTTAZ AM. Accompagnement. 2012. :42 à 43.
51. BONNET C. Les horizons de l'accompagnement. In : L'accompagnement en santé mentale. ERES. 2021. p. 21 à 38. (TRAMES).
52. DEBOUT C. Adhésion thérapeutique. 2012. :50 à 53.
53. MATEO MC. Alliance thérapeutique. 2012. :64 à 66.
54. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy.* 2010 ;49(4):317-26.
55. Marteau-Chasserieau F. L'alliance thérapeutique : vers un nouveau paradigme des facteurs communs en psychothérapie. *Perspect Psy.* 2023 ;62(2) :147-56.
56. PEYNET H. Solitude. 2012. :278 à 281.
57. Agostini D. Les concepts de « capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein). *Adolescence.* 2005 ; T. 23 1(1) :67-78.
58. CHOUINARD MC. Soutien social. 2012. :285 à 288.
59. MOLIERE F. Aide (Relation d'). 2012. :61 à 64.
60. CNIL. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé [Internet]. [Cité 27 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/declaration/methodologie-de-referance-04-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le-domaine-de-la-sante>
61. La Formation en IFSI | Fédération Nationale des Étudiant·e·s en Sciences Infirmières - FNEFI [Internet]. [Cité 8 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.fnesi.org/la-formation-en-ifsfi>
62. Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.
63. Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).

64. Busnel C, Ludwig C, Da Rocha Rodrigues MG. La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Rech Soins Infirm.* 2020 ;140(1):7-16.
65. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique.* 2017 ;29(1):31-9.
66. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 8 mai 2024]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
67. Quel est le calendrier des vacances scolaires 2023-2024, 2024-2025, 2025-2026 ? [Internet]. [Cité 8 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31952>
68. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Santé Publique.* 2015 ; S1(HS) :105-10.
69. CPTS Littoral Nord. CPTS Littoral Nord. 2024 [cité 24 mai 2024]. Le territoire. Disponible sur : <https://www.cpts-littoralnord.fr/le-territoire/>
70. CPTS BBH. Je recherche un médecin traitant et j'habite sur le territoire de la CPTS Bourbourg Bergues Hondshoote. [Cité 24 mai 2024]. Carte territoire CPTS BBH. Disponible sur : <https://www.cpts-bbh.fr/missions/1>

## **Table des figures, graphiques et tableaux**

### Figures :

<u>Figure 1</u> : Evolution des stratégies d'adaptation selon les différents états d'une personne, source SEGUIN et NOTREDAME (49)	p. 13
<u>Figure 2</u> : Diagramme de Gantt - Méthodologie temporelle de la création et l'exploitation du questionnaire de recherche	p. 22
<u>Figure 3</u> : Diagramme de flux d'inclusion	p. 23
<u>Figure 4</u> : Logigramme de diffusion des questionnaires	p. 24

### Graphiques :

<u>Graphique 1</u> : Question 1-4-1 ° Avant d'avoir un exercice libéral, où exerciez-vous ?	p.27
<u>Graphique 2</u> : Question 1-8° Vous décririez votre patientèle comme plutôt	p.28
<u>Graphique 3</u> : Question 2-2° Si [vous avez déjà rencontré des patients avec des idées de suicide], comment avez-vous réagi ? (Plusieurs réponses possibles)	p.28
<u>Graphique 4</u> : Question 2-5° Si [à votre connaissance, vous avez déjà pris en soins des patients ayant réalisé une tentative de suicide], y-avait-il une prise en soins commune avec d'autres services ? (Réponse ouverte – 250 caractères)	p.29
<u>Graphique 5</u> : Question 3-1°, 3-3° et 3-4° Connaissez-vous le CMP / SAU psychiatrique / CARDO ? (Réponses positives)	p.30
<u>Graphique 6</u> : Question 3-2° Communiquez-vous avec les équipes de CMP pour les prises en soins de patient ayant une pathologie psychiatrique ?	p. 30
<u>Graphique 7</u> : Question 4-2° Selon vous, dans la crise suicidaire, quelles seraient vos attentes envers un IPA ? (Plusieurs réponses possibles)	p.31
<u>Graphique 8</u> : Question 4-4°, 4-6° et 4-8° Pensez-vous que les IDEL puissent effectuer des surveillances / délivrance traitement / délivrance et surveillance à domicile de patient en crise suicidaire ? (Réponses positives)	p.32

Tableaux :

Tableau 1 : Fréquence d'interrogation sur la présence d'idées de suicide chez les patients en mal-être, n (%)

p. 29

# **Table des matières**

Remerciements

Listes des abréviations

Introduction générale.....	1
Introduction et cadre théorique.....	3
1. Cadre contextuel.....	3
1.1. Le suicide, enjeu de santé publique.....	3
1.2. Prévention du suicide : regard international.....	5
1.3. Prévention du suicide en France.....	6
1.4. Prévention du suicide : particularité du littoral dunkerquois .....	8
1.5. Les infirmiers libéraux, sentinelle de la prévention du suicide ?.....	10
2. Cadre conceptuel.....	12
2.1. La crise .....	12
2.2. Accompagnement.....	14
2.3. Adhésion et alliance thérapeutique .....	15
2.4. Solitude.....	16
2.5. Soutien social et relation d'aide .....	17
3. Hypothèse et problématique.....	18
Méthode.....	20
1. Conception de l'étude.....	20
2. Critères d'inclusion .....	23
3. Diffusion des questionnaires .....	24
4. Recueil des données .....	25
Résultats et Analyses.....	26
1. Analyses univariées.....	26
1.1. Données socio-démographiques et parcours professionnel .....	26
1.2. Données sur la patientèle et la prise en soins du suicide.....	27
1.3. Données sur les ressources locales.....	30
1.4. Données sur les actions de soins et les projets d'implantation .....	31
2. Analyses sémantiques des réponses ouvertes courtes .....	32
2.1. Surveillance à domicile de la crise suicidaire .....	32
2.2. Délivrance des traitements à domicile dans la crise suicidaire .....	33
2.3. Surveillance et délivrance à domicile des traitements dans la crise suicidaire ....	34
2.4. Amélioration de la prise en soin à domicile par la création d'une équipe mobile	34
3. Analyses corrélatives.....	35

Discussion .....	38
1. Réflexion autour de l’hypothèse principale : la connaissance du réseau de soin.....	38
2. Réflexion autour de l’hypothèse secondaire : le soin à domicile.....	39
3. Réflexion autour de l’hypothèse secondaire : les caractéristiques du professionnel ...	42
4. Réflexion autour de l’hypothèse secondaire : les attentes des IDEL .....	44
5. Forces, biais, limites et perspectives de l’étude .....	45
Conclusion.....	48

Références

Table des figures, graphiques et tableaux

Table des matières

Annexe .....	A
<b>Annexe 1</b> : Sectorisation psychiatrique du GHT psychiatrie Nord-Pas de Calais.....	A
<b>Annexe 2</b> : Cartographie des CPTS Littoral en Nord et BBH.....	B
<b>Annexe 3</b> : Questionnaire diffusé auprès des CPTS pour les IDEL via Framiform© .....	C
<b>Annexe 4</b> : Tableau descriptif des données issu de la CAM de la F2RSM .....	G

# Annexe

## Annexe 1 : Sectorisation psychiatrique du GHT psychiatrie Nord-Pas de Calais

### Psychiatrie générale

#### EPSM Lille-Métropole

- 59G07 Armentières
- 59G09/G10 Seclin - Cyscoing
- 59G16/G17 Tourcoing
- 59G18 Halluin  
Quesnoy-sur-Deûle
- 59G19/G20 Lomme - Lambersart
- 59G21 Lille - Hellemmes  
Mons-en-Baroeul

#### EPSM de l'agglomération lilloise

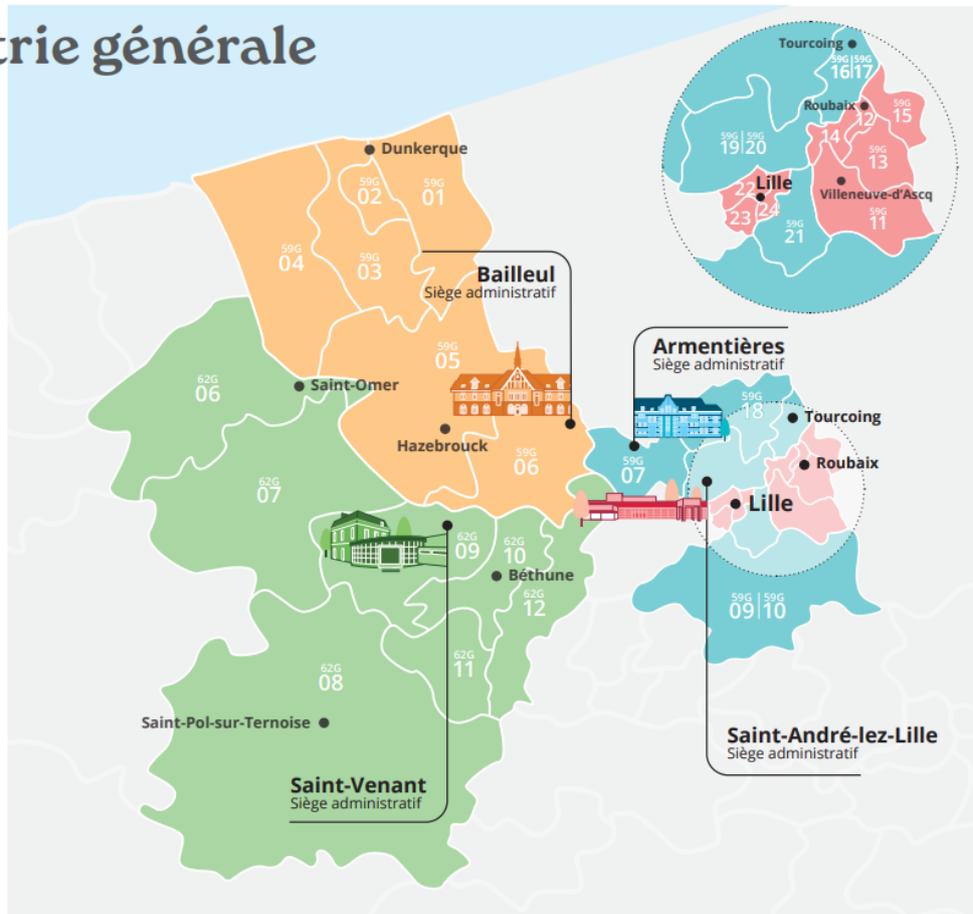
- 59G12 Roubaix Centre
- 59G13 Roubaix Est - Hem - Lannoy
- 59G14 Roubaix Ouest - Croix  
Wasquehal
- 59G15 Wattrelos - Leers
- 59G11 Villeneuve-d'Ascq
- 59G22 Lille Nord
- 59G23 Lille Sud
- 59G24 Lille Est

#### EPSM des Flandres

- 59G01 Rosendaël - Hondschoote
- 59G02 Bergues - Coudekerque  
Cappelle-la-Grande
- 59G03 Dunkerque  
St Pol sur Mer  
Wormhout
- 59G04 Gravelines -  
Grande-Synthe
- 59G05 Cassel - Hazebrouck  
Steenvorde
- 59G06 Bailleul - Merville  
Estaires

#### EPSM Val de Lys-Artois

- 62G06 Saint-Omer
- 62G07 Aire-sur-la-Lys
- 62G08 Ternois
- 62G09 Lillers
- 62G10 Béthune
- 62G11 Bruay-la-Buissière
- 62G12 Noeux-les-Mines



Cartographie issue du GHT Psychiatrie (42)



### Annexe 3 : Questionnaire diffusé auprès des CPTS pour les IDEL via Framiform©

« Madame, Monsieur, Infirmières et Infirmiers de la Flandres Littoral,

Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je réalise un état des lieux sur les dispositifs et les prises en soins dans le parcours de santé « crise suicidaire ».

En partenariat avec la Commission d'Aide Méthodologique de la Fédération Régional de Recherche en Santé Mentale (F2RSM), je recherche à connaître si vous, infirmiers et infirmières libéraux du secteur de la Flandres littoral, avez déjà pu être confrontés dans vos exercices à des patients en crise suicidaire et comment vous avez réagi.

Enfin j'apporte un questionnement sur l'utilisation de ces dispositifs ainsi que vos attentes au vu de ma future implantation à l'EPSM des Flandres pour le parcours de santé et la coordination de la crise suicidaire.

L'ensemble des données collectées sont anonymes. La durée du questionnaire est estimée entre 5 et 10 minutes maximum.

Merci pour vos réponses et l'intérêt porté à mon mémoire de recherche

Dimitri INGELAERE

Infirmier, Etudiant en Pratique Avancée

Mention Psychiatrie & Santé Mentale

UFR3S - Université de Lille »

#### Informations générales :

1-1° Vous êtes :

Hommes    Femme    Non genré

1-2° Quel âge avez-vous :

[Âge en année]

1-3° En quelle année avez-vous eu votre diplôme :

[Année du diplôme]

1-4-1° Avant d'avoir un exercice libéral, où exerciez-vous ?

Hôpital Publique    Etablissement de Santé Privée à Intérêt Collectif  
 Clinique Privée    Soins à Domicile    EHPAD Privée

1-5° Dans quel service ?

Médecine conventionnelle    Chirurgie    Soins intensifs / Réanimation

Urgences  Psychiatrie  Obstétrique  Autres

1-6° Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'IDEL :

[Nombre d'année]

1-7° En moyenne, combien de patients avez-vous chaque jour :

[Estimation nbre de patient/j]

1-8° Vous décririez votre patientèle comme plutôt :

Urbaine  Rurale  Mixte

Prise en charge du suicide :

Au sein de votre patientèle,

2-1° avez-vous déjà rencontré des patients présentant des idées de suicides :

Oui  Non

2-2° Si, oui : Comment avez-vous réagi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Appel des secours (SAMU-Pompiers)  Appel auprès d'un service de psychiatrie  
 Appel auprès des dispositifs de prévention existant  
 Appel au médecin traitant  Appel auprès de la famille  
 Réassurance et maintien à domicile  Rien

2-3° Si vous avez contacté des dispositifs de prévention, dites lesquels ?

[Nom des dispositifs - 250 caractères]

2-4° A votre connaissance, avez-vous déjà pris en soins des patients ayant réalisé une tentative de suicide :

Oui  Non

2-5° Si oui : y avait-il une prise en soins commune avec d'autres services ? (Lesquels)

[Nom des dispositifs - 250 caractères]

2-6° Face à des patients en mal être, demandez - vous s'ils ont des idées suicidaires ?

Systématiquement  Souvent  Rarement  Jamais

Dispositif du parcours de soins du suicide :

3-1° Connaissez-vous les Centre Médico-Psychologiques (CMP) de votre secteur de soins ?

Oui  Non

3-2° Communiquez-vous avec les équipes de CMP pour les prises en soins de patient ayant une pathologie psychiatrique ?

Continuellement  Souvent  Rarement  Jamais

3-2° Saviez-vous qu'il y a une équipe de psychiatrie présente 7j/7 de 7h à 21h au sein des urgences du CH de Dunkerque ?

Oui  Non

3-3° Connaissez-vous le CARDO à Cappelle la Grande ?

Oui  Non

Implantation d'un IPA PSM :

4-1° Connaissez-vous le métier d'IPA ?

Oui  Non

4-2° Selon vous, dans la crise suicidaire, quelles seraient vos attentes envers un IPA ? (Plusieurs réponses possibles)

Ressource professionnel  Apport de formation / Délivrance d'information

Coordination avec la psychiatrie publique (EPSM des Flandres)

Aide et conseil dans la prise en soins  Autres

4-3° Si autres, précisez

[Autres attentes - 250 caractères]

4-4° Pensez-vous que les IDEL puissent effectuer des surveillances à domicile de patient en crise suicidaire ?

Oui  Non

4-5° Pourquoi ?

[Argumentation - 250 caractères]

4-6° Pensez-vous que les IDEL puissent réaliser la délivrance de traitement à domicile de patient en crise suicidaire ?

Oui  Non

4-7° Pourquoi ?

[Argumentation - 250 caractères]

4-8° Vous sentez vous prêt à réaliser la délivrance et la surveillance d'un patient en crise suicidaire à domicile ?

Oui  Non

4-9° Pourquoi

[Argumentation - 250 caractères]

4-10° Pensez-vous que la création d'une équipe mobile d'intervention et de crise dans la prise en soins du suicide puisse améliorer la prise en soins de vos patients en crise suicidaire ?

Oui  Non

4-11° Pourquoi ?

[Argumentation - 250 caractères]

**Annexe 4 : Tableau descriptif des données issu de la CAM de la F2RSM**

<b>Caractéristiques des IDEL</b>	
<b>N = 23</b>	
<b>Données sociodémographiques</b>	
<b>Sexe, n (%)</b>	
Homme	3 (13.0%)
Femme	20 (87.0%)
<b>Age, moy (sd)</b> <i>Min = 27.0 ; Max = 54.0 ; Médiane = 32.0</i>	
	36.2 (7.65)
<b>Parcours professionnel</b>	
<b>Année de diplôme, moy (sd)</b> <i>Min = 1990 ; Max = 2020 ; Médiane = 2010</i>	
	2010 (7.19)
<b>Lieu d'exercice avant d'exercer comme IDEL, n(%)</b>	
Hôpital Public	10 (43.5%)
Clinique Privée	5 (21.7%)
ESPIC	1 (4.3%)

	EHPAD	1 (4.3%)
	Soins à domicile	6 (26.1%)
<b>Service avant d'exercer comme IDEL, n(%)</b>		
	Psychiatrie	2 (8.7%)
	Médecine conventionnelle	1 (4.3%)
	Soins Intensifs / Réanimation	1 (4.3%)
	Chirurgie	4 (17.4%)
	Autre	14 (60.9%)
	NA	1 (4.3%)
<b>Nombre d'années d'exercice en tant qu'IDEL, moy (sd)</b>		7.00 (6.25)
<i>Min = 2.0 ; Max = 23.0 ; Médiane = 4.0</i>		
<b>Patientèle actuelle</b>		
<b>Nombre de patients vus par jour, moy (sd)</b>		42.0 (11.6)
<i>Min = 25.0 ; Max = 65.0 ; Médiane = 40.0</i>		
<b>Type de patientèle majoritaire, n(%)</b>		
	Urbaine	12 (52.2%)
	Rurale	5 (21.7%)

	Mixte	6 (26.1%)
<b>Rencontre de patients ayant des idées suicidaires, n(%)</b>		
	Oui	20 (87.0%)
	Non	3 (13.0%)
<b>Réactions en cas de rencontre de patients ayant des idées suicidaires, n(%)</b>		
		N = 20
	Appel des secours (SAMU - Pompiers)	6 (30.0%)
	Appel auprès d'un service de psychiatrie	11 (55.0%)
	Appel auprès d'un dispositif de prévention existant	0 (0.0%)
	Appel d'un membre de la famille	13 (65.0%)
	Appel du médecin traitant	7 (35.0%)
	Réassurance et maintien à domicile	15 (75.0%)
<b>Rencontre de patients ayant fait une tentative de suicide, n(%)</b>		
	Oui	18 (78.3%)
	Non	5 (21.7%)
<b>Prise en soins commune avec d'autres services en cas de rencontre de patients ayant fait une TS, n(%)</b>		
	CMP	10 (55.6%)

	Etablissement psychiatrique	3 (17.7%)
	Equipe mobile	1 (6.6%)
	Non	2 (11.1%)
	NA	4 (22.2%)
<b>Interroge la présence d'idées suicidaires chez les patients en mal-être, n(%)</b>		
	Systématiquement	2 (8.7%)
	Souvent	7 (30.4%)
	Rarement	12 (52.2%)
	Jamais	2 (8.7%)
<b>Connaissances concernant les structures "ressources" pour la prise en soins de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique</b>		
<b>Connaissance des CMP de leurs secteurs de soin, n(%)</b>		
	Oui	22 (95.7%)
	Non	1 (4.3%)
<b>Communication avec les équipes de CMP pour les prises en soins de patients ayant une pathologie psychiatrique, n(%)</b>		
	Continuellement	2 (8.7%)
	Souvent	11 (47.8%)

	Rarement	8 (34.8%)
	Jamais	2 (8.7%)
<b>Connaissance de l'équipe de psychiatrie au sein des urgences du CH de Dunkerque, n(%)</b>		
	Oui	11 (47.8%)
	Non	12 (52.2%)
<b>Connaissance du CARDO à Cappelle la Grande, n(%)</b>		
	Oui	15 (65.2%)
	Non	8 (34.8%)
<b>Place des IPA / IDEL dans la gestion des patients en crise suicidaire à domicile</b>		
<b>Connaissance du métier d'IPA, n(%)</b>		
	Oui	21 (91.3%)
	Non	2 (8.7%)
<b>Attentes envers un IPA lors d'une crise suicidaire chez un patient, n(%)</b>		
	Ressource professionnelle	11 (47.8%)
	Apport de formation / Délivrance d'informations	9 (39.1%)
	Coordination avec la psychiatrie publique (EPSM des Flandres)	16 (69.6%)

Aide et conseils dans la prise en soins	20 (87.0%)
Autre	0 (0.0%)
<b>Possibilité pour les IDEL d'effectuer des surveillances à domicile de patients en crise suicidaire, n(%)</b>	
Oui	14 (60.9%)
Non	9 (39.1%)
<b>Possibilité pour les IDEL des délivrances de traitements à domicile de patients en crise suicidaire, n(%)</b>	
Oui	19 (82.6%)
Non	4 (17.4%)
<b>Possibilité pour les IDEL de réaliser la délivrance de traitements et la surveillance à domicile de patients en crise suicidaire, n(%)</b>	
Oui	17 (73.9%)
Non	6 (26.1%)
<b>Utilité de la création d'une équipe mobile d'intervention et de crise dans la prise en soins du suicide, n(%)</b>	
Oui	20 (87.0%)
Non	3 (13.0%)

**Auteur** : INGELAERE Dimitri

**Date de soutenance** : 1<sup>er</sup> Juillet 2024

**Titre** : Coordination du parcours de santé dans la crise suicidaire entre les structures de psychiatrie et les infirmiers libéraux, état des lieux au sein de la Flandres littoral - secteur 59G01, G02, G03 et G04

**Mots clés** : Suicide ; Crise ; Infirmiers libéraux ; Psychiatrie ; Infirmier en Pratique Avancée (IPA) ; Parcours de santé

**Introduction** : Enjeu de santé publique, la prise en soin du suicide a vu l'émergence de différents dispositifs, de prévention du passage à l'acte ou de la récidive. Les recommandations actuelles ne décrivent pas la contribution possible des infirmiers libéraux dans la prise en soin à domicile. L'objectif de l'étude est de définir la connaissance actuelle du réseau de soin par ces professionnels, et de définir les besoins et attentes des professionnels infirmiers libéraux du territoire.

**Méthode** : Une étude exploratoire prospective monocentrique a été menée et monitorée par la CAM de la F2RSM. La diffusion de questionnaire à l'attention des IDEL a été faite auprès des 2 CPTS du territoire étudié.

**Résultats** : Le faible taux de répondant ne permet pas d'apporter une analyse complète. Les structures sont principalement connues même si des différences sont mises en évidence. Cependant, il semblerait qu'il n'y ait pas de lien entre les caractéristiques de la population étudiée et la connaissance des structures de psychiatrie actuelles. Les réponses relèvent des compétences et la complexité dans la situation de soin. Les professionnels ont exprimé une recherche d'aide et de conseils lorsqu'ils ne sont plus en mesure de prendre ces patients en soin à domicile.

**Discussion** : Le parcours de soin du patient en crise suicidaire est complexe et entre dans un parcours de santé pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. La communication et l'identification dans le territoire semblent être des éléments importants. Malgré une variabilité dans la communication, les professionnels libéraux positionnent leurs attentes et leurs besoins en adéquation avec leurs réponses sur la situation actuelle. L'implantation d'un IPA PSM permettrait d'apporter les réponses attendues par les IDEL. L'approfondissement de la recherche semble toutefois nécessaire afin d'obtenir plus de réponses et de pérenniser un modèle de soin dans le parcours de santé de la personne en crise suicidaire.

**Directeur de mémoire** : Madame ACOULON GWLADYS

**Author**: INGELAERE Dimitri

**Date of defense**: July 1<sup>st</sup>, 2024

**Title**: Coordination of the health care pathway in suicidal crisis between psychiatric hospital and privacy practice nurse, current situation on the Flandres littoral, sector 59G01, G02, G03 and G04

**Key – words**: Suicide ; Crisis ; Privacy practice nurse ; Psychiatry ; Advance Practice Nurse (APN) ; Care pathway

**Introduction**: As a public health issue, the suicide care has seen the emergence of a different units, to prevent suicide and its recurrence. Current recommendations don't describe the possible contribution of privacy practice nurses to home-based care. The aim of the study is to define the current knowledge of the care network by these professionals, and to define locally the privacy nurse's needs and expectations to care the suicide crisis at home.

**Methods**: A monocentric prospective exploratory study was carried out in partnership with the CAM of the F2RSM. The 2 CPTS have requested to help to diffuse the question nearby the privacy nurses.

**Results**: A low response rate doesn't allow for a thorough analysis. Liberals are familiar with care structures at various levels. However, it would appear that there is no link between the characteristics of the population studies and the current psychiatry unit's knowledge. The answers relate to skills and complexity in this care situation. Professionals expressed a need for help and advice when they aren't longer able to care for patients at home.

**Discussion**: The care pathway for patients in suicidal crisis is complex and belongs to a multi-professional and multi-disciplinary healthcare pathway. Communication and identification within the units are seemed to be important factors. Despite the variability in communication, the expectations and needs of liberal professionals are in line with their responses to the current situation. The establishment of a Psychiatric APN would provide the answers expected by the privacy nurses. However, further research is needed to obtain more answers and to perpetuate a healthcare pathway for people in suicidal crisis.

**Director** : ACOULON Gwladys