

Évaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers

Serge Fanello, B. Gohier, Elsa Parot, M.C. Gerain, C. Casanova, E. Ricalens, J.B. Garre

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2005/2 Vol. 17, PAGES 265 À 280

ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.052.0265

Date de mise en ligne : 01/01/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-265?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Santé publique 2005, volume 17, n° 2, pp. 000-000

Évaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers

Titre anglais

S. Fanello⁽¹⁾, B. Gohier⁽²⁾, E. Parot⁽¹⁾, M.C. Gerain⁽¹⁾, C. Casanova⁽¹⁾, E. Ricalens⁽²⁾, J.B. Garre⁽²⁾

Résumé : La prévention du suicide en France est une priorité de santé publique depuis 1992. Les tentatives de suicide sont, pour la moitié, des récidives et le risque de décès augmente de un pour cent après le premier geste suicidaire. L'hôpital est devenu un lieu de passage incontournable pour les suicidants et des recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été récemment proposées en France (1998). L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de prise en charge des suicidants hospitalisés au CHU d'Angers, évaluée à partir des critères de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et de mettre en valeur le bénéfice d'une unité d'accueil des suicidants mise en place depuis cinq ans dans ce même CHU et qui accueille 42 % des suicidants hospitalisés.

Un questionnaire de 101 items a été proposé, par un enquêteur unique, à 251 suicidants le jour de leur sortie. Pendant une période de six mois (novembre 2002 – mai 2003), ont été inclus des patients âgés de plus de 16 ans et hospitalisés au moins 48 heures après leur passage à l'acte. 155 questionnaires (62 %) ont été remplis. L'entretien se déroulant le jour de la sortie, 96 patients n'ont pas pu être interrogés. Neuf des quatorze critères de l'ANAES ont été respectés à plus de 65 % et trois à moins de 40 %. L'analyse des données par régression logistique montre que l'unité dédiée à la prise en charge des suicidants remplit mieux les exigences des recommandations de l'ANAES pour la prise en charge des tentatives de suicide que ne le fait un service de médecine non spécifique : les passages du psychiatre et de l'infirmière psychiatrique ont été plus fréquents dans l'unité spécialisée ($p < 0,04$), les entretiens avec les proches plus nombreux ($p < 0,01$), la confidentialité des entretiens davantage respectée ($p < 0,001$), l'information apportée par les soignants plus efficace ($p < 0,03$) dans l'unité spécialisée et l'amélioration de la dépression davantage ressentie ($p < 0,007$). En conclusion, ces arguments sont en faveur d'une meilleure qualité de la prise en charge réalisée dans l'unité d'accueil spécialisée pour suicidants par rapport aux services de médecine non spécifiques. Un des axes pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des suicidants au CHU d'Angers pourrait être l'augmentation de la capacité d'accueil de cette unité, actuellement limitée à 6 lits.

(1) Département Universitaire de Santé Publique – CHU Angers, 49933 Angers Cedex 09.

(2) Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale – CHU Angers, 49045 Angers Cedex 01.

Summary: *In France, suicide prevention has been a public health priority since 1992. Half of all suicide attempts are by persons who have already tried to kill themselves, and the risk of death increases by a percentage point after the first attempt or gesture. Today, hospitalisation has become ineluctable after attempted suicide, and good practice guidelines were recently issued in France (1998). The goal of the study was to assess the quality of management of persons hospitalised at Angers UHC after attempting suicide, based in part on the criteria of the national agency for health accreditation and evaluation (ANAES) and in same time, show the utility over the past 5 years of the special unit in this hospital for patients recovering from attempted suicide. The unit receives 42% of such patients. A single investigator asked the 251 patients hospitalised during the 6-month inclusion period to complete a questionnaire of approximately 100 items. To be included, patients had to be older than 16 years and hospitalised for at least 48 hours. 155 questionnaires (62%) had been completed, the 96 others patients could not be asked the day of their exits. Nine of the 14 criteria recommended by ANAES were met in more than 65% of cases, and two in less than 40%. After logistic regression, several significant differences remained between hospitalisation in the special suicide unit and in standard medical units; visits with the psychiatrist and psychiatric nurse occurred more frequently in the specialised unit ($p < 0.04$), interviews with family members were more frequent ($p < 0.01$), the confidentiality of interviews was maintained more often ($p < 0.001$), and the information provided by caregivers was more effective ($p < 0.03$). One consequence of these differences is that the patients in the suicide unit more often perceived an improvement in their depression ($p < 0.04$). These points indicate that hospitalisation in a special suicide unit provides real benefits to patients; the capacity of the unit should be doubled rapidly.*

Mots-clés : tentative de suicide - hôpital - évaluation - prise en charge - prévention.
Key words: suicide attempters - hospital - evaluation

En 1997, le Secrétariat d'État à la Santé a confié à la Direction Générale de la Santé (DGS) la mise en place d'un programme national de prévention du suicide chez les jeunes et les adolescents. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a assuré le soutien méthodologique de ce programme, a préconisé en 1998 des Recommandations pour la prise en charge hospitalière initiale des adolescents suicidants, qui ont été élargies secondairement à tous les âges [1, 12].

Une première enquête d'évaluation, réalisée en 1999 sous la forme d'audits cliniques, a regroupé 41 établissements volontaires et recueilli 898 observations. Les résultats contrastés de cette première évaluation ont mis en évidence la nécessité de mieux préparer la sortie des patients et d'or-

ganiser un suivi post-hospitalier en réseau [5].

Le principe des audits cliniques a été entériné par une circulaire ministérielle du 29 avril 2002 qui précise les actions prioritaires à mener dans le cadre de la stratégie nationale d'action, face au suicide (2000-2005) et propose la réalisation de ce mode d'évaluation auprès des Établissements de Santé volontaires, en vue d'améliorer la prise en charge des personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours. Si l'évaluation de l'application des recommandations progresse, il n'en demeure pas moins que les attitudes thérapeutiques restent variables d'un établissement à l'autre.

Les modalités d'hospitalisation ont déjà fait l'objet de recherches : une étude sur la prise en charge des suici-

dants au CHU de Pau montre que, même de courte durée, l'hospitalisation a un effet protecteur sur le risque de récurrence, alors que le retour direct au domicile semble constituer un facteur de risque [8]. Une étude similaire, réalisée au CHU de Besançon auprès de jeunes suicidants de 15 à 25 ans, montre des résultats voisins [3].

L'organisation de la sortie de l'hôpital est pareillement analysée : une étude, menée au CHU de Brest en 1999 auprès de jeunes suicidants de 15 à 34 ans, compare le taux de récurrences à un an au sein de deux cohortes de patients : l'une faisant l'objet d'une prise en charge traditionnelle et l'autre bénéficiant d'une prise en charge post-hospitalière organisée (cinq rendez-vous fixés dans le mois avec le même thérapeute). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux populations [9].

Forts de ces diverses actions, certains hôpitaux français, parmi lesquels ceux de Bordeaux et de Clermont-Ferrand, ont adopté une prise en charge spécifique. Ainsi le CHU de Bordeaux s'est doté en 1992 d'une unité d'hospitalisation de court séjour (10-15 jours) de 15 lits, accueillant les patients suicidants de 12 à 25 ans. Leur prise en charge s'effectue en trois phases : une phase de séparation de leur environnement, puis une phase d'entretiens individuels et de rassemblements des patients, et enfin une phase de reprise de dialogue entre le patient et son entourage. Les résultats sont satisfaisants : deux tiers des patients s'investissent dans une prise en charge spécialisée, le taux de récurrences est deux fois moins important avec des récurrences d'une gravité somatique moindre et le risque de décès par suicide devient deux à quatre fois plus faible [21]. De même, une unité PASS-AJE (Prévention Accueil de la Souffrance Spécifique de l'Adulte Jeu-

ne) a été créée en 1998 au CHU de Clermont-Ferrand. Elle accueille des adultes de 18 à 30 ans indemnes de troubles mentaux et le séjour se déroule comme à Bordeaux en trois étapes [6].

Le Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU d'Angers comprend depuis 1998 une unité spécifique d'accueil des suicidants adultes qui fonctionne au sein d'un service de médecine interne. Un psychiatre, un interne en psychiatrie et une infirmière spécialisée assurent l'accueil, l'évaluation et la prise en charge des suicidants dans cette unité médico-psychiatrique de six lits. Une unité de psychiatrie de liaison, constituée de psychiatres, d'un interne en psychiatrie et d'une infirmière spécialisée, assure par ailleurs l'évaluation et l'orientation des suicidants qui, après leur passage aux Urgences ou en Réanimation, n'ont pu être admis dans l'unité spécifique et se trouvent hospitalisés dans les différents services de médecine du CHU [19].

Ce travail a pour objectif principal d'évaluer la prise en charge hospitalière des suicidants selon les critères de l'ANAES et conformément à la circulaire du 29 avril 2002. L'objectif secondaire de cette étude est de comparer la prise en charge des suicidants organisée dans une unité spécialisée à celle qui se trouve réalisée dans un service de médecine non spécifique.

Population & méthode

Cette enquête épidémiologique descriptive, transversale et prospective a été réalisée auprès de patients suicidants hospitalisés au CHU d'Angers. Ces patients étaient hospitalisés soit dans l'unité des suicidants, soit dans des services de Médecine. Aucun critère de sélection n'était appli-

qué pour déterminer l'un ou l'autre lieu d'hospitalisation, un patient était accueilli dans un lit de médecine lorsque l'unité d'accueil des suicidants n'avait plus de place disponible. Néanmoins certains patients étaient orientés d'emblée vers l'hôpital psychiatrique parce qu'ils y étaient connus ou bien lorsqu'une hospitalisation sous contrainte était nécessaire.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être âgé de 16 ans ou plus ;
- avoir été hospitalisé au minimum 48 heures ;
- avoir signé le consentement de participation à l'étude.

Le nombre de sujets nécessaires à la réalisation de cette étude était de 150 patients pour un risque alpha à 5 % et un écart-type maximal de 6 %. La période d'inclusion a été de 7 mois (décembre 2002 à juin 2003). Le mode de tentative de suicide retenu était l'intoxication volontaire par les médicaments (90 % des situations).

Les critères d'évaluation étaient regroupés dans un auto-questionnaire, divisé en cinq rubriques :

- *L'identité du patient* : 11 items renseignant sur la situation socioprofessionnelle et les antécédents psychiatriques et médicaux du patient.
- *La prise en charge durant le séjour* : 18 items renseignant sur le parcours d'hospitalisation et le mode de prise en charge psychiatrique, médical, paramédical et social (10 critères de l'ANAES).
- *Le projet de sortie* : 10 items renseignant sur l'évaluation, l'organisation et les modalités de sortie de l'hôpital (4 critères de l'ANAES).
- *L'appréciation de l'hospitalisation par le patient* : 22 items renseignant sur les impressions du patient sur le

service, son appréciation des différents soignants, ses rapports avec les autres patients, son avis sur le nombre d'intervenants et son évaluation des bénéfices de l'hospitalisation.

- Enfin, *un questionnaire de satisfaction*, proposé à tous les patients hospitalisés au CHU d'Angers : 40 items évaluant la satisfaction des patients hospitalisés à propos de leur prise en charge, de leur accueil, de leur information et leur confort (aux fins de comparaison avec la population générale hospitalière).

Ce questionnaire a été proposé aux 250 suicidants hospitalisés dans la période d'inclusion. Il a été rempli par un enquêteur unique au cours d'un entretien le jour de la sortie. Les données ont été saisies sur le logiciel EPI INFO version 6 pour l'analyse univariée et sur le logiciel SPSS version 9 pour l'analyse multivariée. Les tests utilisés ont été le test du chi-deux pour les variables qualitatives et l'analyse des variances pour les variables quantitatives.

Une analyse en sous-populations a permis d'évaluer l'éventuel bénéfice d'une unité de suicidologie autonome.

Résultats

Sur les 251 patients suicidants répondant aux critères d'inclusion, 155 ont pu être interrogés (62 %, aucun refus) : 106 (68 %) dans l'unité de suicidologie et 49 (32 %) dans les différents services de Médecine. Il y avait 116 femmes (75 %) et 39 hommes.

La moyenne d'âge était de 34 ± 15 ans pour les hommes et 38 ± 17 ans pour les femmes. 42 % des patients avaient entre 35 et 54 ans, avec des âges extrêmes de 16 à 89 ans. 39 % vivaient seuls (48 % des hommes contre 35 % des femmes) et

32 % étaient mariés. La catégorie professionnelle la plus représentée dans les deux sexes était celle des employés (35 %), suivie des patients sans activité professionnelle (25 %).

Caractéristiques médico-psychiatriques

La population des suicidants se caractérisait par une fréquence importante de troubles associés psychiatriques et somatiques.

Les hommes étaient 46 % à présenter une pathologie organique (dont 25 % de pathologies liées à l'alcool), tandis que les femmes étaient 32 % à souffrir d'une pathologie organique, d'origine essentiellement endocrinienne (dysthyroïdie, diabète) ou présentaient des pathologies liées à des troubles du comportement alimentaire.

Près d'un patient sur deux (49 %) présentait des antécédents psychiatriques, dont 40 % de syndrome dépressif. De plus, 44 % avaient un suivi psychiatrique antérieur, 60 % avaient

déjà été hospitalisés en psychiatrie et 49 % avaient déjà fait une tentative de suicide (une en moyenne). Il est important de noter que 51 % de ces patients (n = 35) avaient fait au moins une tentative de suicide non suivie d'hospitalisation (pas de différence significative selon le sexe).

La crise suicidaire était associée à une morbidité psychiatrique actuelle dans la majorité des cas : un état dépressif pour 67 % et un état anxieux pour 30 % d'entre eux.

Comparaison des deux échantillons

Le tableau I compare les données socio-démographiques et médicales des deux échantillons. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux échantillons en ce qui concerne les données socio-démographiques.

En revanche, leurs antécédents psychiatriques étaient différents : les patients hospitalisés dans l'unité spécialisée avaient moins souvent que les autres un suivi psychiatrique (38 % *versus* 55 %, p = 0,04). L'heure de

Tableau I : Comparaison des données socio-démographiques et médicales des patients admis dans les différents services

Données socio-démographiques et médicales	Unité spécialisée (N = 106)		Autres services (N = 49)		p
Femmes	78	74 %	37	75 %	NS
Âge moyen	35,5	+/- 15	39,9	+/- 17	NS
Vit seul(e)	36	34 %	24	49 %	NS
Employé(e)	37	35 %	17	35 %	NS
Sans profession	24	23 %	14	28 %	
Étudiant(e)	19	18 %	4	8 %	
Cadre supérieur(e)	12	11 %	4	8 %	
Pathologie organique	38	36 %	17	35 %	NS
Suivi psychiatrique	40	38 %	27	55 %	0,04
Moyenne d'hospitalisations en psychiatrie	0,75	+/- 1,48	1	+/- 1,51	NS
Primosuicidants	52	49 %	27	55 %	NS
Nombre moyen de tentatives	1,1	+/- 1,6	1,2	+/- 2,3	NS
Admission pendant la nuit	29	27 %	20	41 %	0,03

l'admission était aussi différente : moins d'un tiers des patients hospitalisés dans l'unité spécialisée étaient admis dans la nuit (70 % des admissions avaient lieu dans l'après-midi), alors que deux patients sur cinq étaient admis dans la nuit dans les services de médecine (27 % *versus* 41 %, $p = 0,03$).

Critères de qualité de la prise en charge des suicidants établis par l'ANAES

Quatorze des quinze critères de l'ANAES ont été repris dans cette étude (le quinzième nécessitait de revoir les patients après l'hospitalisation).

Le tableau II présente les résultats au CHU d'Angers comparés à ceux de l'enquête nationale. Le tableau III compare le respect des critères de l'ANAES entre les deux entités, seuls les critères pour lesquels la différence observée était statistiquement significative ont été relevés ci-dessous.

Les patients avaient tous eu une prise en charge initiale dans un ser-

vice d'urgence (ANAES, critère 1), ils provenaient pour 13 % directement du service d'accueil des urgences, et 87% du service de réanimation médicale où ils avaient tous bénéficié d'un examen somatique initial (ANAES, critère 2).

Concernant la prise en charge médicale, ils étaient 89 % à avoir bénéficié d'un entretien psychiatrique dans les 24 heures (ANAES, critère 3) : 94 % pour l'unité de suicidologie, contre 78 % en Médecine ($p = 0,0018$). Les entretiens psychiatriques s'étaient déroulés dans un lieu permettant la confidentialité pour 97 % (ANAES, critère 4) : 99 % dans l'unité de suicidants et 91 % dans les services de médecine ($p = 0,03$). Ils étaient 88 % à avoir bénéficié d'au moins une deuxième visite du psychiatre (ANAES, critère 5) : 92 % dans l'unité spécialisée contre 78 % dans les services de médecine, $p = 0,008$. Ces entretiens étaient réalisés par le même psychiatre pour 67% des suicidants (ANAES, critère 6).

Tableau II : Résultats comparatifs des critères de l'ANAES

Critères	Enquête Nationale (N = ?)	Étude CHU (N = 155)	p
1) Prise en charge initiale dans un service d'urgences	89,4 %	100 %	NS
2) Examen somatique initial réalisé aux urgences	94,5 %	100 %	NS
3) Premier entretien psychiatrique dans les 24 heures	69,9 %	89 %	NS
4) Confidentialité de l'entretien	74,6 %	97 %	NS
5) Au moins une deuxième visite du psychiatre		88 %	
6) Entretiens pratiqués par le même psychiatre	27,3 %	67 %	10^{-7}
7) Échelle structurée évaluant le risque de récurrence	13,2 %	0 %	10^{-8}
8) Au moins un entretien des proches par le psychiatre		48,7 %	
9) Évaluation par une assistante sociale	17,6 %	16 %	NS
10) L'hospitalisation dans un service approprié		100 %	
11) Contacts préalables à la sortie effectués		75,5 %	
12) Coordination des décisions par un professionnel référent	82 %	100 %	NS
13) Rendez-vous en consultation spécialisée pris avant la sortie		51,3 %	
14) Remise des coordonnées de structures joignables 24h/24h	37,6 %	30 %	NS

Tableau III : Résultats comparatifs des critères de l'ANAES

Critères	Unité spécialisée (N = 106)	Autres services (N = 49)	p
1) Prise en charge initiale dans un service d'urgences	100 %	100 %	NS
2) Examen somatique initial réalisé aux urgences	100 %	100 %	NS
3) Premier entretien psychiatrique dans les 24 heures	94 %	78 %	0,002
4) Confidentialité de l'entretien	99 %	91 %	0,03
5) Au moins une deuxième visite du psychiatre	92 %	78 %	0,008
6) Entretiens pratiqués par le même psychiatre	66 %	71 %	NS
7) Échelle structurée évaluant le risque de récurrence suicidaire	0 %	0 %	NS
8) Au moins un entretien des proches par le psychiatre	58 %	27 %	0,0003
9) Évaluation par une assistante sociale	17 %	14 %	NS
10) L'hospitalisation dans un service approprié	100 %	100 %	NS
11) Contacts préalables à la sortie effectués	77 %	71 %	NS
12) Coordination des décisions par un professionnel référent	100 %	100 %	NS
13) Rendez-vous en consultation spécialisée pris avant la sortie	55 %	43 %	NS
14) Remise des coordonnées de structures joignables 24h/24h	35 %	20 %	NS

Contrairement aux recommandations de l'ANAES (ANAES, critère 7), aucune échelle d'évaluation du risque de récurrence suicidaire n'était utilisée, cependant les psychiatres connaissent cet instrument et s'en inspirent pour mener leurs entretiens.

La famille avait été reçue (ANAES, critère 8) dans 48,7 % des cas : 58,5 % dans l'unité de suicidants, contre 27 % en médecine ($p = 0,0003$).

Dans les deux unités, 16 % des suicidants avaient vu une assistante sociale (ANAES, critère 9), pour des difficultés de logement ou des problèmes de surendettement.

Pour l'hospitalisation, ils avaient tous été orientés vers un service approprié (ANAES, critère 10). Un référent extérieur avait été contacté, afin de coordonner la sortie (ANAES, critère 11) pour trois quarts des patients et dans tous les services, un profes-

sionnel référent (médecin du service, psychiatre ou infirmière de psychiatrie) coordonnait les soins (ANAES, critère 12).

Les rendez-vous prévus après la sortie figurent dans le tableau IV. C'est ainsi que 51 % des suicidants avaient quitté l'hôpital vers leur domicile avec un rendez-vous fixé en consultation spécialisée (ANAES, critère 13). Les patients n'ayant pas de suivi psychiatrique antérieur avaient un rendez-vous fixé avec un psychiatre pour 44 % d'entre eux : 54 % dans l'unité spécialisée et 14 % dans les services de médecine ($p < 0,0008$).

Les coordonnées de structures joignables 24 heures sur 24 avaient été fournies à 30 % des patients (ANAES, critère 14).

Dans l'analyse globale des résultats, neuf des quatorze critères de l'ANAES

Tableau IV : Tableau comparatif des modalités de sortie selon l'entité d'hospitalisation

Modalités	Unité spécialisée (N = 106)		(N = 49)		p
RV avec un psychiatre	58	55 %	21	43 %	NS
RV avec un médecin généraliste	11	10,6 %	10	20,4 %	NS
Transfert	20	20 %	10	20,4 %	NS
Aucun	17	16 %	8	16 %	NS
Patients sans suivi psychiatrique antérieur	Unité spécialisée (N = 65)		Autres services (n = 22)		p
RV avec un psychiatre	35	54 %	3	13,6 %	0,0008
RV avec un médecin généraliste	9	14 %	6	27 %	NS

ont été respectés à plus de 65 % et trois à moins de 40 %.

Autres éléments de la prise en charge

Prise en charge initiale

42,5 % ne présentaient pas de signes de gravité somatique, 46 % avaient reçu du charbon activé et 12 % avaient nécessité une intubation, parfois durant plusieurs jours (sans différence significative selon le sexe, l'âge ou la destination des patients).

Les primo-suicidants (79) étaient moins souvent intubés (2,5 %) que les suicidants récidivants (21 %) et la différence était statistiquement significative ($p = 0,0003$).

Sept patients dont 6 femmes ont été revus durant l'enquête en raison d'une récidive.

Le séjour hospitalier

44,5 % des patients avaient une chambre seule (84 % des hommes contre 31 % des femmes, $p = 0,0003$). La chambre de trois lits au sein de l'Unité des suicidants était exclusivement occupée par des femmes. Elles se disaient satisfaites de cette situa-

tion puisque étant hospitalisées pour le même motif, elles formaient des petits groupes de parole. Les hommes, eux, manifestaient plus souvent un désir de se « fondre dans la masse » et ne souhaitaient pas se rapprocher d'autres patients suicidants.

Le nombre d'entretiens psychiatriques était de $3,2 \pm 2$ en moyenne. 70 % des patients avaient rencontré l'infirmière psychiatrique : 97 % dans l'unité des suicidants contre 12 % en médecine ($p = 10^{-6}$).

La prescription d'examen complémentaires était peu importante, demandée le plus souvent par le médecin du service et comparable dans les deux unités.

Comme le montre le tableau V, le nombre de patients recevant trois traitements était significativement plus élevé dans l'unité de suicidologie (16 % versus 3 %, $p = 0,02$). Dans les deux unités, il existait une différence significative ($p = 0,02$) entre les hommes et les femmes : Ces dernières se voyaient prescrire plus souvent un anxiolytique de type benzodiazépinique (26 % contre 16 %, $p = 0,02$), alors que les hommes bénéficiaient plutôt d'un neuroleptique (10,7 % contre 1,7 %, $p = 0,02$).

Tableau V : Tableau comparatif des modalités thérapeutiques dans les deux entités

Modalités thérapeutiques	Unité spécialisée (N = 106)		Autres services (N = 49)		p
	N	%	N	%	
Antidépresseurs (AD)	49	46	21	43	NS
AD intraveineux	1	1	0	0	NS
Anxiolytiques (AX)	59	57	19	39	NS
AX intraveineux	6	5,6	6	12	NS
Hypnotiques	14	13,2	7	14	NS
Neuroleptiques	10	9,4	4	8	NS
Un traitement	31	30	17	36	NS
Deux traitements	32	31	17	36	NS
Trois traitements	18	16	1	3	0,02
Aucun	25	23	12	25	NS

Appréciation subjective

Plus de 91 % des patients étaient satisfaits de leur séjour et 90 % trouvaient que leur intimité avait été préservée, quelle que soit l'unité d'hospitalisation.

Les appréciations des patients sur leur prise en charge médicale étaient globalement satisfaisantes quel que soit le service ; en effet 85 % des patients se sentaient à leur place dans leur unité d'hospitalisation, soutenus et respectés. Ils étaient 88 % à avoir été satisfaits des relations et de l'attention accordée par le personnel soignant. 80 % étaient satisfaits des informations données sur leur traitement et ils étaient aussi nombreux à avoir eu le sentiment que l'hospitalisation était utile et avait contribué à l'amélioration de leur situation. Pour un patient sur deux, quelle que soit l'unité, l'hospitalisation avait joué un rôle positif dans les relations avec leurs proches.

Ils étaient 89 % dans l'unité des suicidants à avoir ressenti une amélioration de leur humeur contre 71 % en médecine ($p = 0,007$). Cette différence se retrouve également dans la prise en

charge de la douleur morale : 93 % des patients étaient satisfaits dans l'unité des suicidants contre 77 % en médecine ($p = 0,005$).

De plus, 32 % des patients hospitalisés en médecine avaient été importunés par le déroulement des soins nocturnes, contre 13 % dans l'unité des suicidants ($p = 0,03$).

Les femmes étaient 14 % à s'être senties jugées en Médecine contre 4 % dans l'unité des suicidants ($p = 0,005$).

Le séjour a été globalement bien apprécié par 65 % des patients même si 20 % d'entre eux le trouvaient trop long et 15 % trop court !

Sortie

Les durées de séjour entre les deux unités n'étaient pas statistiquement différentes : $6 \pm 3,7$ jours dans l'unité de suicidants, contre $5,2 \pm 3,3$ jours en médecine.

80 % devaient rentrer à leur domicile ou dans leur famille, 20 % allaient être transférés en milieu spécialisé ou en convalescence, 65 % sortaient avec une ordonnance et 27 % avec un

arrêt de travail, sans différence significative entre les deux unités.

Les primo-suicidants

Ces patients représentaient 51 % des suicidants (52 dans l'unité de suicidants et 27 dans les services de médecine). Ces derniers se distinguaient des suicidants récidivants par des taux moins élevés d'antécédents psychiatriques (37 % contre 76 %), de dépression (23 % contre 55 %), d'hospitalisation antérieure en psychiatrie (13 % contre 65 %). Ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

La gravité organique de l'ingestion médicamenteuse était moindre et les primo-suicidants nécessitaient moins souvent une intubation (2,5 % contre 21 %, $p < 0,05$) ; ils prenaient moins souvent rendez-vous chez un spécialiste (43 % contre 59 %, $p = 0,05$) au profit du médecin traitant.

Leur prise en charge hospitalière et leur ressenti de l'hospitalisation ne différaient cependant pas. Enfin 60 %

des patients rencontrés par l'assistante sociale étaient des primo-suicidants.

Comparaison des deux modalités de prise en charge

Les différences entre les deux entités sont résumées dans le tableau VI.

Notons qu'une différence significative existait entre les deux unités concernant cinq critères de l'ANAES au profit de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants. Il s'agissait de :

- l'entretien avec le psychiatre dans les 24 heures suivant l'hospitalisation ;
- la confidentialité des entretiens ;
- le nombre de visites du psychiatre ;
- la prise en charge de la famille ;
- la prise de rendez-vous de sortie (pour les patients sans suivi antérieur).

Une régression logistique a été effectuée sur les critères significativement différents ($p < 0,05$) entre les deux entités. C'est ainsi qu'après ajustement les différences persis-

Tableau VI : Principales différences significatives dans les appréciations des suicidants concernant l'hospitalisation, selon les deux entités

Critères	Réponse	Unité spécialisée (N = 106)	Autres services (N = 49)	p
Chambre seule	oui	50 %	32 %	0,003
Gêne par le bruit de la nuit	oui	13 %	32 %	0,03
Relations avec les autres patients (femmes)	satisfaits	87 %	57 %	0,002
Entretien psychiatrique dans les 24 heures*	oui	94 %	78 %	0,002
Confidentialité des entretiens*	oui	99 %	91 %	0,03
Nombre de visites du psychiatre*	moyenne	3,6 ± 2	2,3 ± 1	0,06
Visite de l'infirmier(e) psychiatrique	oui	97 %	12 %	10 ⁻⁶
Famille reçue*	oui	58 %	27 %	3,10 ⁻⁴
Prise en charge de la douleur morale	satisfaits	93 %	77 %	0,005
Troisième classe de traitements	oui	16 %	3 %	0,02
Amélioration de la dépression	oui	89 %	71 %	0,007
Se sentir jugées (femmes)	oui	4 %	14 %	0,05
RV avec un spécialiste* (sans suivi psy antérieur)	oui	54 %	13,6	8,10 ⁻⁴

* Critères ANAES.

tantes mettaient en évidence une prise en charge moins active dans les services de médecine comparée au service de suicidologie :

- une présence paramédicale psychiatrique moindre et donc un moindre étayage de la part de l'infirmière psychiatrique ($p < 0,04$) ;
- une information sur l'état de santé plus réduite de la part des soignants ($p < 0,03$) ;
- un accueil des familles plus réduit ($p = 0,01$) ;
- une confidentialité des entretiens moins respectée ($p < 0,003$)
- une moindre amélioration des idées dépressives ($p < 0,04$) ;
- un nombre de visites du psychiatre inférieur ($p = 0,0001$).

Discussion

Cette étude présente un biais de recrutement dans la mesure où deux populations n'ont pas été évaluées : d'une part celle des patients orientés vers le centre hospitalier spécialisé, notamment en raison d'une hospitalisation sous contrainte, et d'autre part celle des patients qui sont restés hospitalisés moins de 48 heures. Il faut ajouter à cette dernière population celle des patients sortis contre avis médical et celle des patients issus du milieu carcéral qui n'ont pas été hospitalisés.

Nous avons constaté une surreprésentation féminine (65 %) de la population suicidante admise au CHU. Ces chiffres concordent avec ceux de la littérature [4] ; il en est de même des tranches d'âge dont la plus représentée est celle des 16-54 ans, qui regroupe les deux tiers des patients. Les difficultés relationnelles et professionnelles ont fréquemment été évoquées lors des entretiens, avec le retentisse-

ment familial qui en découle : 39 % des patients vivent seuls, dont 41 % sont divorcés. Les patients mariés représentaient la catégorie la plus importante (32,5 %), ce que nous avons retrouvé dans la littérature (37 %). En revanche, les patients divorcés étaient 20% dans notre cohorte contrairement à une autre étude [14] où ils ne représentaient que 8% des suicidants.

Caractéristiques médico-psychiatriques

En ce qui concerne les antécédents des patients, les résultats obtenus ne diffèrent pas de ceux de la littérature [14] : La moitié des patients ont des antécédents psychiatriques dont 40 % de dépression et la moitié d'entre eux ont déjà fait au moins un geste suicidaire et pour la moitié de ces patients aucune hospitalisation n'a suivi ce geste ! Ce taux est nettement supérieur à ceux de la littérature qui rapporte 20 à 30 % des patients suicidants dans cette situation [17]. En effet ces patients ne parlent pas très facilement de cet acte antérieur et mettent surtout en valeur l'absence de gravité somatique et donc l'inutilité de l'hospitalisation voire même de l'appel du médecin.

Comparaison des deux échantillons

Il y a un biais de sélection entre les deux échantillons dans la mesure où la répartition des patients dans les deux entités n'est pas faite par tirage au sort. Il était éthiquement difficile de faire un tirage au sort pour déterminer le lieu d'admission, d'autant plus que lors de la prise en charge initiale le consentement éclairé ne pouvait être recueilli auprès de ces patients en situation de souffrance extrême, souvent somnolents voire inconscients.

L'unité spécialisée était donc le lieu d'admission préférentiel, l'admission se faisant dans les services de méde-

cine quand les 6 lits de l'unité spécialisée étaient pris. C'est pourquoi, les patients hospitalisés dans l'après-midi sont le plus souvent admis dans l'unité spécialisée alors que les suicidants admis dans la nuit sont en grande majorité orientés vers les services de médecine. Une autre différence significative concerne le suivi psychiatrique puisque les patients ayant un suivi psychiatrique sont le plus souvent ceux orientés vers les services de médecine. On peut se demander si ces éléments témoignent de deux populations de suicidants différentes. Si oui, ces différences ont-elles une influence sur les critères étudiés ?

En dehors de ces deux critères, il n'existe pas de différence statistique entre les deux échantillons qui sont donc comparables.

Les critères de l'ANAES

Bien que tous les suicidants aient bénéficié d'un entretien psychiatrique au sein même du service de réanimation, peu d'entre eux s'en souviennent en raison de leur état neuropsychologique à l'admission (ces lacunes mnésiques sont attribuées aux qualités amnésiantes des benzodiazépines qui sont très souvent ingérées par les suicidants). En revanche, les patients hospitalisés dans l'unité spécialisée ont bénéficié plus rapidement d'un second entretien avec le psychiatre et le nombre global de ces entretiens y a été plus important : cette dernière dispose en effet d'une équipe pluridisciplinaire sur place ; la confidentialité des entretiens y est également plus aisée, en raison d'un espace prévu à cet effet, même si parfois la présence de plusieurs soignants (infirmière, psychiatre) a pu entraîner chez certains une attitude défensive. La grande mobilité du psychiatre de liaison rend parfois difficile la rencontre avec les familles.

Si la majorité des critères de l'ANAES sont respectés, il reste cependant des points à améliorer.

On remarque en effet la similitude (par rapport à l'audit clinique réalisé auprès de 41 établissements en 1999) des points les plus faibles (taux de réponses positives inférieurs à 40 %) de la prise en charge des suicidants, qu'il s'agisse de l'utilisation d'une échelle structurée sur le risque de récurrence, les coordonnées de sortie et la visite d'un travailleur social (ce dernier critère semble cependant peu réalisable car de nombreux suicidants ne ressentent pas la nécessité d'une telle visite).

Ce sont essentiellement les primo-suicidants (60 %) qui bénéficient, durant leur séjour, d'une visite de l'assistante sociale : ces chiffres sont similaires à ceux constatés par l'enquête ANAES (16 % *versus* 17,6 %). En revanche ces taux sont nettement supérieurs à ceux (4,7 %) relevés dans une autre étude [11], mais cette dernière a été réalisée dans les services d'urgences, où la durée moyenne de séjour était de 1,8 jours. Ceci plaide en faveur de la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire permanente au sein d'une unité spécialisée, ce d'autant plus que les problèmes sociaux allégués par les suicidants concernent le logement et les situations de surendettement dont on connaît l'importance pour les récurrences. Il en est de même pour l'accueil des familles qui est deux fois plus fréquent dans l'unité spécialisée.

De plus, si pour les patients de l'unité d'accueil spécialisée les rendez-vous sont pris par l'équipe soignante, ceux de médecine sont les plus souvent amenés à prendre eux-mêmes leurs rendez-vous et privilégient alors le médecin traitant, bien qu'ils soient conscients que leur état nécessiterait un suivi spécifique. Ceci pourrait être préjudiciable aux suicidants qui ne

bénéficient pas d'un suivi antérieur par un spécialiste.

Une différence cependant est notée : les patients ont bénéficié d'entretiens réalisés par le même psychiatre dans une proportion de 67 % contre 27 % dans l'audit national [16].

En revanche le dernier critère portant sur la vérification par le référent de l'assiduité du suivi n'a pas été étudié dans notre étude, centrée sur la prise en charge durant l'hospitalisation.

Autres éléments de la prise en charge

Prise en charge initiale

Nous pouvons remarquer la proportion plus importante des patients intubés parmi les suicidants récidivistes ; cela tend à montrer la gravité croissante des récidives comme le suggèrent de nombreux travaux [2, 10]. Il est en effet établi que la récurrence constitue un facteur de risque de mort ; par ailleurs, le risque d'une récurrence rapide est directement lié au nombre de tentatives de suicide déjà effectuées par le patient [10, 15].

Malgré la grande fréquence d'intoxications de faible gravité somatique (88 %), l'hospitalisation est très souvent proposée, d'une part par le médecin traitant (premier intervenant pour une tentative sur trois), qui décide de l'hospitalisation pour trois patients sur quatre [11] et d'autre part par les services d'urgences et de réanimation dans lesquels 96 % des suicidants se voient proposer de rester à l'hôpital, contre 80 % de la littérature [7, 18].

Le séjour hospitalier

Les femmes s'accommodent plus facilement de chambres à plusieurs qui leur permettent d'échanger, pour peu que leurs voisines présentent les

mêmes motifs d'hospitalisation ! Cela permet une rupture de l'isolement affectif et une reprise du dialogue, souvent inexistant dans leur entourage. Les hommes, en revanche, moins enclins aux échanges, se satisfont pleinement de l'isolement que procure une chambre seule.

Les suicidants hospitalisés en médecine se sont sentis plus isolés, malgré les efforts d'une équipe soignante qui n'a pas toujours la formation et la disponibilité et malgré la présence d'une équipe psychiatrique de liaison (infirmière, psychiatre) qui ne peut pas toujours intervenir dans l'immédiat ou de façon systématique et répétée.

Appréciation subjective

Ces dispositions expliquent en partie les différences d'appréciations des patients entre les deux modes d'hospitalisation, en particulier le sentiment d'une meilleure prise en charge de la douleur morale et l'amélioration de la dépression. Les profils thérapeutiques sont par ailleurs superposables dans les deux unités.

L'appréciation globale est très satisfaisante et répond à une attente importante pour la majorité des patients qui est de rompre leur isolement.

Tous les patients interrogés sont satisfaits d'avoir été pris en charge à l'hôpital général car il s'agit pour eux d'un lieu neutre et ils auraient plus difficilement accepté l'orientation vers le centre hospitalier spécialisé.

Sortie

La durée moyenne des séjours est de 5 jours, quelle que soit l'unité et reste supérieure à celle de la littérature qui est en moyenne de deux jours [20]. Cependant, il s'agit la plupart du temps d'hospitalisations dans des unités de court séjour dépendant du service des urgences.

Cette durée de séjour semble convenir aux suicidants car ils ne sont qu'un sur cinq à trouver le séjour trop long ! La plupart d'entre eux sont favorables à cette période de coupure avec le monde extérieur, les premiers jours leur permettant de voir s'estomper les effets des produits de l'intoxication (motif souvent évoqué lors des entretiens).

La majorité des patients sont rentrés à leur domicile ou dans leur famille ; la gravité somatique du geste n'étant pas corrélée au mode de sortie.

Quelle que soit l'unité, un tiers seulement des suicidants a reçu les coordonnées des structures joignables à toute heure : ceci n'est corrélé ni avec l'état de santé du patient, ni avec le statut de primo-suicidant.

Les primo-suicidants

Les primo-suicidants représentent la moitié de la cohorte. Nous avons vu que leur comportement à l'intérieur de l'hôpital, leur prise en charge et leur ressenti ne diffèrent pas de ceux des suicidants récidivants.

Les motivations de leur tentative sont pour deux tiers des cas un état dépressif et pour un tiers un état anxieux avec impulsivité du geste. Il resterait à évaluer, pour ces patients, le bénéfice de l'hospitalisation systématique, même en l'absence de gravité somatique, dans le risque de récurrence puisque les homologues récidivistes ont, pour moitié d'entre eux, réalisé un geste sans hospitalisation, ce qui est un facteur de risque connu !

Comparaison des deux modalités d'hospitalisation

Sept patients de la cohorte ont bénéficié d'une hospitalisation dans les deux types d'unités : ils sont convaincus du bénéfice de l'unité spécialisée.

Les différences significatives entre les deux catégories de services, au profit de l'unité des suicidants, concernent, entre autres, cinq critères de l'ANAES : l'entretien avec un psychiatre dans les 24 heures suivant l'admission ; la confidentialité de cet entretien ; le nombre de ces entretiens ; la prise en charge de la famille par le psychiatre ou l'infirmière psychiatrique et enfin la prise de rendez-vous pour la sortie.

Par ailleurs, d'autres critères sont favorables à l'unité des suicidants : la présence et les passages réguliers des soignants psychiatriques, en particulier de l'infirmier(e), le sentiment d'être « jugé » qui a été plus ressenti dans l'unité de médecine. Les patients étaient conscients que leur motif d'hospitalisation n'était pas prioritaire pour des équipes de médecine à la charge de travail importante et l'équipe mobile de psychiatrie ne pouvait assurer une présence continue.

Telles sont les différences qui montrent le bénéfice d'une équipe psychiatrique sur place, dont la disponibilité ne dépend pas du nombre de patients (celui-ci étant fixe) contrairement à une équipe psychiatrique de liaison pour laquelle la demande de soins peut être variable, car elle ne porte pas exclusivement sur les patients suicidants.

Conclusion

L'accueil du suicidant n'a pas toujours été associée à un accompagnement psychiatrique ; la prise en charge a beaucoup évolué et conduit aujourd'hui à proposer une hospitalisation à tout suicidant.

Les patients admis dans les hôpitaux pour tentative de suicide sont globalement satisfaits de leur prise en charge. Pour la majorité, cette cou-

pure et ce temps de repos sont nécessaires afin de prendre du recul et de ne plus se retrouver seuls face aux problèmes devenus envahissants. L'hôpital général peut constituer une première réponse à cette attente pour peu que soit organisée cette prise en charge.

Notre étude démontre que la majorité des critères de l'ANAES sont respectés avec des taux de réponses positives supérieurs à 65 % pour neuf critères et inférieurs à 40 % pour seulement trois critères sur les quatorze étudiés. Elle démontre également qu'une pratique conforme aux recommandations de l'ANAES nécessite une structure spécialisée dédiée à la prise en charge des suicidants et qui suppose des moyens humains mais aussi un lieu différencié.

Une telle différenciation autoriserait le développement d'une authentique psychiatrie de liaison qui pourrait se consacrer à l'étude des interfaces

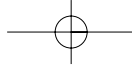
entre médecine et psychiatrie et qui ne serait plus centrée sur l'évaluation et la prise en charge de tentatives de suicide hospitalisées, souvent en fonction de la disponibilité des lits, dans des services de médecine peu ou pas congruents.

Au terme de cette étude, notre sentiment plaiderait en faveur d'une unité spécialisée rassemblant sur un site unique les compétences multidisciplinaires requises. Une telle unité paraît conforme aux souhaits des patients d'être écoutés et non jugés. Elle semble en mesure de favoriser les confidences tout en respectant l'intimité. Elle permet également la prise en charge de l'environnement familial et social, l'objectif étant de redonner à chaque patient une légitimité à sa vie.

Elle constitue enfin un excellent lieu de formation pour les futurs médecins généralistes aussi bien pour la gestion de la crise suicidaire que pour une initiation à la psychopathologie clinique.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, 1998 : 44 p. [URL : [http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/\(ID\)/86574EC801911C63C125670C00540E31/](http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/(ID)/86574EC801911C63C125670C00540E31/)] [Consulté le 03/02/2005].
2. Badeyan G, Papayre C, Mouquet MC, Tellier S, Diagos S, Ellenberg E. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage. DREES. *Études et résultats* 2001 ; (109) : 108 p.
3. Boisson C, François P, Jeunet L, Jonkisz Y, Bonaventure G. La TS et après ? Mise en place d'un réseau d'accompagnement pour le jeune suicidant de 15 à 25 ans. *Pratiques en Santé Mentale* 1998 ; 2 : 23-5.
4. Choquet M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. In : Fédération française de psychiatrie. Consensus des 19-20 octobre 2000 : 181-201.
5. Circulaire n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000 - 2005) : actions prioritaires pour 2001.
6. Courty E, et al. Unité « PASS-AJE ». *Ann Med Pscychol* 2003 ; 161 : 452-7.
7. Danet F, Elchardus JM. Répétition et accueil des tentatives de suicide en service d'urgence : du déni de la mort à la dynamique de soins. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1998 ; 15 : 45-7.
8. Della T, Weiss P, Lowy C. Étude sur la prévention des récurrences de tentatives de suicide en fonction du type de la prise en charge. *Rev Fr Psychiatr* 1999 ; 24 : 183-4.
9. Dubois L, Walter M, Bleton L. Évaluation comparative et prospective d'un protocole de prise en charge spécifique des jeunes suicidants. *Ann Med Psychol* 1999 ; 157 : 557-60.
10. Eudier F, Macqueron G, Badiche A. Réflexions et impertinences à propos d'études épidémiologiques sur les récurrences suicidaires. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1998 ; 15 : 26-8.



16

S. FANELLO, B. GOHIER, E. PAROT, M.C. GERAIN,
C. CASANOVA, E. RICALENS, J.B. GARRE

11. Fanello S, Paul P, Delbos V, *et al.* Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé Publique* 2002 ; 14 : 263-73.
12. Fédération française de psychiatrie, ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, 19-20 Octobre 2000. [URL : [http://www.anaes.fr/anaes/presse.nsf/\(ID\)/3927CC967D3CDB79C1256E2200506962?opendocument](http://www.anaes.fr/anaes/presse.nsf/(ID)/3927CC967D3CDB79C1256E2200506962?opendocument)] [Consulté le 03/02/2005].
13. Fédération nationale des observatoires régionaux de Santé (FNORS). Évaluation de 8 actions de prévention du suicide. Paris : FNORS : 54 p.
14. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. Les suicides. Chapitre 8.5. In : La santé observée dans les régions de France. Mise à jour n° 1 2000.
15. Garré JB. Les récurrences suicidaires : Réflexions sur un programme possible de prévention et de recommandations. *Rev Fr Psychiatr* 1998 ; 15 : 17-21.
16. Glikman J, Rovet R, Dosquet P, *et al.* Améliorer la prise en charge des suicidants : des recommandations à l'évaluation des pratiques. Actes du premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Québec, Janvier 2001.
17. Guillaume R, Giot MP, Wilnotte J. Un programme de prise en charge intensive des suicidants par une équipe sociale. *Psychol Med* 1988 ; 20 : 427-9.
18. Hocini F. Patients suicidants aux urgences de l'hôpital général. *Nerv* 2001 ; 14 : 5.
19. Lemoine A, Pettenati H, d'Espinasse D, Fatine J, Moineau A, Garré JB. 1995-1997 : Deux années d'activité d'une équipe infirmière psychiatrique aux urgences du CHU d'Angers : Quel vécu ? *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1999 ; 24 : 219-21.
20. Martineau N. Accueil et soins du suicidant dans un SAU : Les étapes d'une restauration. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1999 ; 24 : 122-4.
21. Pommereaux X. La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unité spécifique de court séjour. *Nerv* 2001 ; 14 : 27-31.

