



HAL
open science

Analyse du parcours de soins des patients suicidants du CHU C. Nicolle de Rouen

Arnaud Payen-Logli

► **To cite this version:**

Arnaud Payen-Logli. Analyse du parcours de soins des patients suicidants du CHU C. Nicolle de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01315796

HAL Id: dumas-01315796

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01315796>

Submitted on 13 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

2016

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par
PAYEN-LOGLI Arnaud
Né le 07/08/1988 à Bastia

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/04/2016

**Analyse du parcours de soins des patients
suicidants aux SAU du CHU C. Nicolle de
Rouen**

PRESIDENT DE JURY : Pr GUILLIN Olivier

DIRECTEUR DE THESE : Dr FOULDRIN Gaël

MEMBRES DU JURY : Pr GERARDIN Priscille
Pr JOLY Luc-Marie

U.F.R. de Médecine et de Pharmacie de Rouen

Année Universitaire 2015 – 2016

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSEESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusqu'au 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et Informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, Economie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de Communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et Gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique – Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et Cytologie pathologiques

Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie

Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maité NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI -TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme **Yveline SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie-Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

*HB - Hôpital de **BOIS GUILLAUME***

CB - Centre Henri Becquerel

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du **Rouvray***

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen ROUEN*

Par délibération en date du « 3 mars 1967, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Gaël FOULDRIN

Mes premières pensées vont à mon Directeur de thèse, qui, malgré sa fonction de Chef de pôle de psychiatrie, et sa fonction d' élu, a su trouver le temps de m'orienter vers le sujet choisi et de m'accompagner tout au long de mon travail.

A Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail. Je vous remercie pour l'enseignement de psychiatrie adulte dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon internat.

A Madame le Professeur Priscille GERARDIN

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Un remerciement pour votre accueil au sein de votre service qui m'a aussi permis d'apprécier la pédopsychiatrie.

A Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Qui me fait l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Un grand merci à ma famille :

A ma future femme Alexandra qui a été d'un soutien précieux tant en terme affectif que de partage des connaissances informatiques ☺.

A mes parents : mon père pour ses conseils, l'éducation que j'ai reçue (ses facilités pour l'orthographe dont je n'ai visiblement pas hérité) ; ma mère pour sa présence et son amour inconditionnel.

*« Un père et une mère sont nos premiers amis, ils sont les mortels à qui nous devons le plus. »
- Silvio Pellico.*

A l'ensemble de ma famille : Dume ma marraine, mes oncles et tantes, cousins cousines qui se sont toujours montrés présents à mes côtés.

A Lydian et nos 15 ans d'amitiés (et oui déjà) et qui trouve sa place dans ma vie familiale.

A mes amis proches et nouvelles amitiés naissantes issues d'un « pays ami ».

A l'équipe de psychiatrie de l'unité Colonna pour leur accueil et leur sympathie.

Table des matières

U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 – 2016	2
REMERCIEMENTS	14
TABLE DES MATIERES	15
INTRODUCTION	17
PREMIERE PARTIE : ETUDES ET DEFINITIONS SUR LE SUICIDE.....	17
1. DEFINITION	17
1.1. LE SUICIDE.....	17
1.2. LA TENTATIVE DE SUICIDE.....	17
1.3. SUICIDAIRE, SUICIDANT, SUICIDE	17
1.4. FACTEURS DE RISQUE	18
1.4.1. Facteurs de risque primaires	18
1.4.2. Facteurs de risque secondaires	19
1.4.3. Facteurs de risque tertiaires	19
2. HISTOIRE ET SUICIDE.....	21
2.1. AU FIL DES SIECLES.....	21
2.2. PERSONNALITES	21
2.3. HISTOIRE RECENTE DE LA PREVENTION DU SUICIDE	22
3. ÉPIDEMIOLOGIE	24
3.1. DONNEES OMS	24
3.2. LE SUICIDE EN EUROPE.....	28
3.3. LE SUICIDE EN FRANCE	30
3.3.1. Aujourd'hui	30
3.3.2. Evolution depuis 1975	30
3.3.3. Différences hommes / femmes	31
3.3.4. Sous-estimation des chiffres.....	37
3.3.5. Disparités régionales	38
3.4. LA REGION HAUTE NORMANDIE.....	40
3.5. POLITIQUE DE PREVENTION DU SUICIDE	43
3.5.1. Généralités	43
3.5.2. Situation régionale.....	44
DEUXIEME PARTIE : ETUDE	47
1. PROBLEMATIQUE.....	47
2. POPULATION RECRUTEE.....	47
2.1. CRITERES D'INCLUSION	47
2.2. CRITERES D'EXCLUSION.....	48
2.3. DONNEES RECUEILLIES.....	48
3. HYPOTHESES.....	49
3.1. HYPOTHESE PRINCIPALE.....	49
3.2. HYPOTHESE SECONDAIRE TESTEE	49
4. METHODES STATISTIQUES UTILISEES.....	49
4.1. TEST EXACT DE FISHER.....	49
4.2. TEST DE STUDENT ET TEST T DE WELCH	49
5. PRESENTATION DES RESULTATS	50
5.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	50

5.2.	RESULTATS CONCERNANT LES CODES DIAGNOSTICS.....	51
5.2.1.	Modalités suicidaires.....	51
5.2.2.	Analyse des pathologies psychiatriques présentées par les patients.....	52
5.3.	ANALYSE DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS.....	53
5.3.1.	Analyse des horaires d'arrivées des patients (Tableau n°5).....	53
5.3.2.	Analyse des délais de prise en charge psychiatrique (Tableau n°6).....	53
5.3.3.	Analyse des résultats concernant les délais de sortie après la consultation psychiatrique (Tableau n°7).....	54
5.3.4.	Analyse des résultats concernant les délais d'orientation des patients selon le groupe (Tableau n°8).....	54
6.	DISCUSSION.....	56
TROISIEME PARTIE : CONCLUSION.....		60
BIBLIOGRAPHIE /REFERENCE.....		61
RESUME.....		63
MOTS CLES.....		63

Introduction

Le suicide est une tragédie qui touche plus de 800 000 personnes par an,¹ Ainsi cette problématique de santé publique est à la fois intergénérationnelle, interculturelle mais reste toutefois un sujet sensible, tabou, voire dans certains pays, il est illégal et donc répréhensible comme cela a été parfois le cas à travers les siècles passés au sein des diverses civilisations.

Devant ce comportement autodestructeur que manifestent des sujets atteints ou non d'une pathologie mentale sous-jacente, nous nous sommes intéressés à l'analyse du parcours des suicidants dans le SAU du CHU Charles Nicolle afin d'identifier des points d'amélioration du dispositif de soins.

Première partie : Etudes et Définitions sur le suicide

1. Définition

1.1. Le suicide

Le **suicide** (du latin *suicidium*, des mots *sui* : « soi » et *caedere* « tuer ») est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

La définition d'Emile Durkheim (1897) peut attirer notre attention bien que la conscience et le discernement soient souvent altérés dans les troubles mentaux : « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

1.2. La tentative de suicide

Emile Durkheim définit la tentative de suicide comme « un acte de suicide arrêté avant que la mort en soit résulté ».

1.3. Suicidaire, suicidant, suicidé

Suicidé : Est appelé suicidé un sujet dont le geste a débouché sur son décès.

Le Dr Pommereau, l'un des pionniers de la prévention du suicide chez les jeunes en France et qui a ouvert la première unité hospitalière spécifiquement dédiée aux jeunes suicidaires en 1992, préfère parler de suicide abouti plutôt que de suicide réussi.

Il considère les effets délétères de l'expression « suicide réussi » sur l'entourage et sur le patient survivant lorsque, venant à envisager un geste auquel il a survécu, il voit s'y associer une dimension d'échec en entendant qu'il n'a pas réussi.

¹ World Health Organization, *Prévention du suicide*.

Le suicidant est l'individu survivant à son geste autodestructeur.

Le suicidaire exprime la possibilité d'un risque de passage à l'acte. Cette expression peut être médiatisée par la parole : on parlera alors d'idées suicidaires. Elle peut également s'extérioriser par un comportement : on parlera alors de conduites suicidaires.

1.4. Facteurs de risque

1.4.1. *Facteurs de risque primaires*

- Antécédents personnels de suicide : c'est le premier facteur de risque avec un taux élevé de récurrence de passage à l'acte durant les 3 années suivantes²
- Pathologies psychiatriques associées : Si la psychopathologie est à l'origine d'un grand nombre de suicides, elle n'en est pas pour autant la cause unique.
 - Les troubles mentaux provoquent un état de vulnérabilité du sujet qui joue un rôle critique dans beaucoup de passages à l'acte.
S'il ne faut pas associer d'emblée suicide et état dépressif majeur, on retrouve néanmoins une symptomatologie dépressive dans 60% des cas de passage à l'acte³ sans oublier l'alcoolodépendance⁴ qui est, incontestablement, un trouble psychiatrique qui accroît le risque de comportement suicidaire. La dépendance à l'alcool pourrait être responsable de 25% des suicides.⁵
 - La schizophrénie représente un risque élevé de passage à l'acte suicidaire.
Le taux de tentatives de suicide chez les patients psychotiques est évalué entre 10 et 50%. Un risque 28 fois plus élevé de décès par suicide avec un rapport de 239/100 000 selon une étude récente de septembre 2014.⁶ Le risque de décès par suicide serait de 15% sur la vie entière⁷.
 - Les troubles du comportement alimentaire, en particulier l'anorexie mentale restrictive, présentent aussi un facteur de risque non négligeable en matière de risque de passage à l'acte suicidaire.
Selon une étude récente reprenant l'anamnèse de patients souffrant de cette pathologie, 11,8% auraient un antécédent de passage à l'acte suicidaire et 43,3% auraient déjà eu des idées suicidaires.⁸ Dans cette étude, des

² Fridell, Öjehagen, et Träskman-Bendz, « A 5-year follow-up study of suicide attempts. »

³ W. Pitchot, c. Paquay, M. Anseau, « Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques. »

⁴ « Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 - INPES. »

⁵ W. Pitchot, c. Paquay, M. Anseau, « Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques. »

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Portzky, van Heeringen, et Vervaeke, « Attempted Suicide in Patients With Eating Disorders. »

comorbidités psychiatriques ont été retrouvées : dépression, insécurité sociale.

- Certaines personnalités pathologiques peuvent être considérées comme des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire, notamment la personnalité borderline qui est le trouble de personnalité le plus fréquemment associé au suicide. Un des critères diagnostiques et répertoriés dans le DSM-IV de la personnalité limite est d'ailleurs le comportement suicidaire et sa répétition. La personnalité antisociale seule est également rencontrée dans les conduites suicidaires. Dans la psychopathie, la tentative de suicide a souvent un caractère plus violent.
- Antécédents de suicide ou de tentatives dans la famille
- Expression d'une intention suicidaire

1.4.2. Facteurs de risque secondaires

- Isolement socioprofessionnel :
La fréquence des comportements suicidaires est plus élevée chez les sujets sans emploi. La perte d'emploi peut parfois être considérée comme un facteur précipitant.
Plusieurs études ont fait état de liens entre l'évolution des taux de suicide et de ceux du chômage.
Cependant, les relations entre chômage et suicide apparaissent complexes, en effet, certains pays d'Europe comme l'Espagne où le nombre de chômeurs est particulièrement élevé ont un taux de suicide étonnamment bas comparé à la moyenne européenne.
- Isolement affectif :
Veufs, divorcés, célibataires...
- Évènements de vie négatifs :
Des évènements de vie particuliers négatifs (séparation, deuil, problèmes judiciaires ou financiers...) sont retrouvés chez 65% des patients dans les trois mois précédant le suicide, et chez 42% des patients, dans la dernière semaine⁹. L'implication des évènements de vie dans les comportements suicidaires est plus grande chez les patients souffrant d'état dépressif.

1.4.3. Facteurs de risque tertiaires

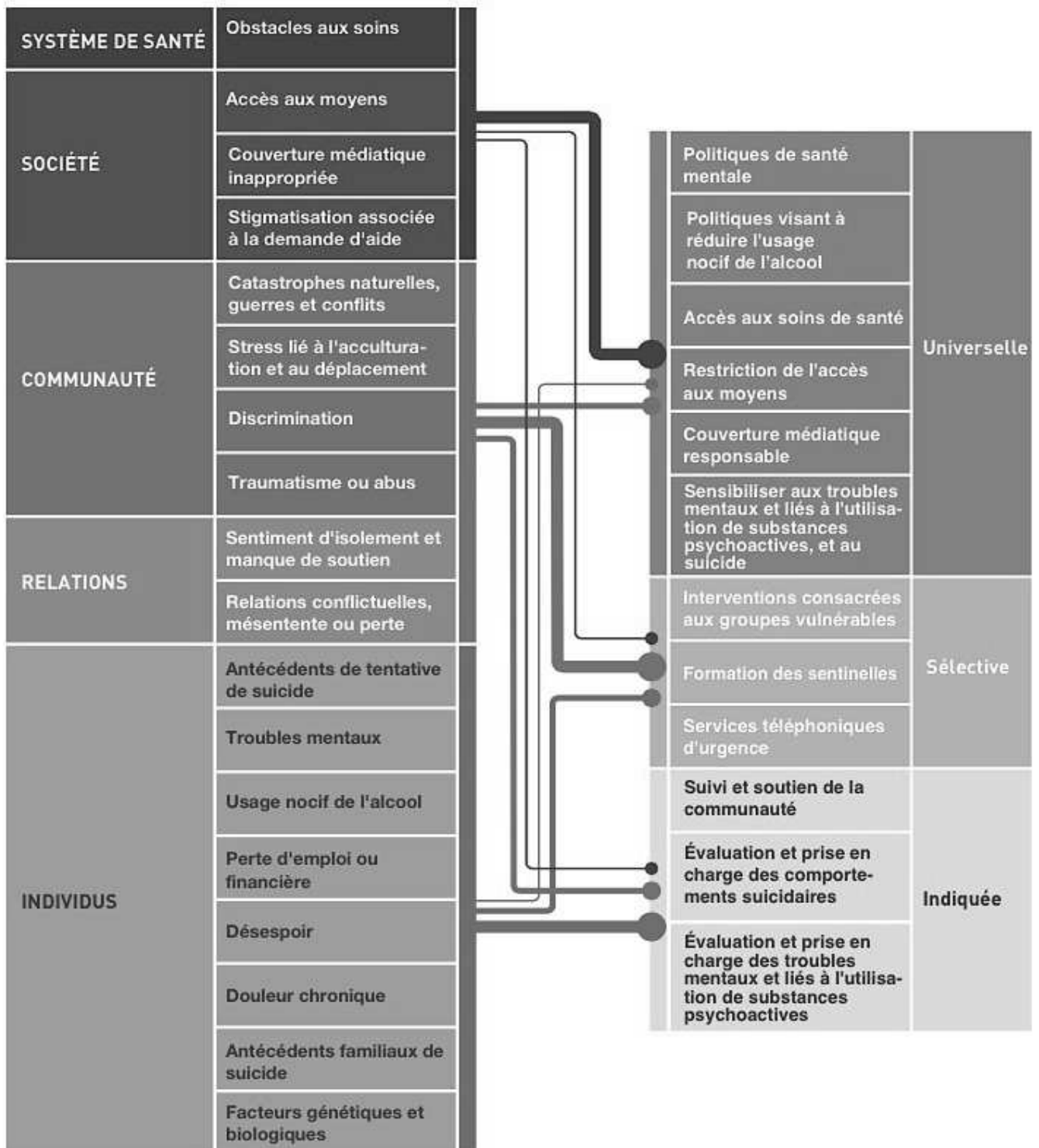
Ces facteurs correspondent à des éléments épidémiologiques qui ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur que lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs de risque :

- Le sexe (masculin)
- Age (augmente avec l'âge)
- Statut socioprofessionnel

⁹ W. Pitchot, c. Paquay, M. Anseau, « Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques. »

Figure n°1 : Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



2. Histoire et suicide

2.1. Au fil des siècles

Pendant longtemps, l'idéologie chrétienne, portée par l'affirmation du caractère sacré de la vie, a compromis le meurtre de soi-même dans les méandres d'une condamnation éthique irrévocable que l'habileté intellectuelle de certains penseurs de la Renaissance et du siècle des Lumières a eu du mal à combattre et à infléchir.

Pourtant, au-devant de critiques de plus en plus prégnantes et qui remettaient en cause les techniques corporelles punitives, la cause se fait entendre et met un terme à la vision monolithique la concernant.

Première voie de désacralisation de l'acte, le Code pénal napoléonien promulgue la dépénalisation de l'acte suicidaire en 1810.

Pour autant, et dans la droite lignée des mesures d'internement qui font disparaître la folie dans un monde neutre et uniforme d'exclusion dans le silence des asiles, les autorités morales et politiques s'emploient avec vigueur à refouler le suicide parmi la masse des interdits implicites et contre nature, instaurant par là même les conditions idéales à la perpétuation et au renforcement de ce tabou socialement et historiquement constitué.

Un tournant symbolique radical dans la façon de percevoir le suicide est néanmoins franchi et signe l'entrée de ce mal, en partie débarrassé de sa positivité mystique, dans le domaine de la science médicale et psychiatrique. C'est l'ère de l'intériorisation de la culpabilisation individuelle et sociale du suicide, qui, s'il n'est plus condamné, ne se libère pas pour autant de la réprobation morale qui lui est associée.

Mais le XIX^e siècle marque également l'ouverture d'une ère de l'enthousiasme statistique qui va contribuer à offrir un tout autre éclairage, social cette fois-ci, au phénomène suicidaire.

En proie à la diminution des interdits, à l'affaiblissement des positions chrétiennes sur le sujet et à l'ouverture des frontières disciplinaires le concernant, le suicide a fini par acquérir une plus grande visibilité au sein de l'espace public : visibilité qui trouve son point de consécration au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale.¹⁰

2.2. Personnalités

A travers l'histoire de l'Homme, le suicide est largement représenté comme en témoignent ces quelques personnalités historiques/célébrités des différents siècles :

- Socrate (- 469 av JC) par empoisonnement ;
- Brutus fils adoptif et assassin de César (- 83 av JC) par sectionnement ;
- Judas Iscariote selon le Nouveau Testament par pendaison ;
- Sénèque (65) par phlébotomie sur ordre de Néron ;

¹⁰ Jougla et al., « Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. »

- Néron (68) par exsanguination ;
- Van Gogh (1890) par arme à feu ;
- Roger Salengro (1936) par asphyxie au gaz ;
- Virginia Woolf (1941) par noyade ;
- Famille Goebbels (1945) suicide altruiste ;
- Kurt Cobain (1994) par arme à feu ;
- Nino Ferrer (1998) par arme à feu.

2.3. Histoire récente de la prévention du suicide

C'est dès le début des années 1970 que la thématique du suicide est mise en avant sous la tutelle de Robert Boulin, alors Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Instituant une commission, le Ministre entend faire le point sur ce fléau refoulé de la conscience collective en vue de combler « *le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide* » et d'organiser « *une éventuelle prévention* ».

Point de départ à la sensibilisation gouvernementale, le suicide des adolescents est le premier signe d'étonnement des pouvoirs publics qui voient, à travers l'importance de leur incidence suicidaire, l'expression paroxystique d'un manque de communication et d'écoute. Les connaissances sont encore trop incertaines et lacunaires pour espérer une quelconque mobilisation d'ordre politique.

Si cette activité symbolique a déjà commencé, l'étude de la section de la rationalisation des choix budgétaires parachève le processus en montrant qu'une politique de prévention du suicide est, au-delà des avantages attendus sur le plan humain, économiquement rentable pour la collectivité (1971). Le phénomène suicidaire (suicide et tentative) se traduit par des coûts pour la collectivité : coûts constitués principalement par des charges financières directes et par des pertes de production.

Légitimé à travers l'importance du préjudice économique engendré pour la collectivité, le rôle de l'État est clairement exposé, la nécessité de prévenir le suicide ne semble plus à démontrer, mais à organiser.

Prévention jusqu'alors faite par des initiatives privées, l'action initiée par le révérend Chad Varah est pionnière en ce domaine en lançant l'aventure de la téléphonie sociale.

Faisant école dans l'Europe entière, à quelques variantes près, l'initiative fait une apparition discrète en France à la fin des années 1950 sous la forme de centres d'accueil comme « **Recherche et Rencontre** » (1958) ou de centres d'écoute comme « **SOS Amitié** » (1961). Malgré des ressources financières limitées et une certaine réticence à leur création, notamment dans les milieux conservateurs, ces deux structures, et celles qui suivront trouvent assez rapidement leur place au sein du paysage associatif français.

Très rapidement, une prise de conscience internationale de la nécessité d'agir émerge et transforme le suicide en un enjeu social à défendre au niveau des plus hautes sphères. L'un des événements marquants dans l'officialisation progressive de la thématique est la reconnaissance publique du problème par l'OMS, qui publie en 1969 (puis en 1975) un document consacré à la prévention du suicide dans le monde.

Faute de mobilisation effective et d'un répertoire d'actions insuffisamment opérationnelles par rapport à la mesure de l'enjeu, le problème du suicide se voit ainsi relégué au rang des possibles avortés de l'agenda gouvernemental : « *On connaît l'anecdote : un mort c'est un drame, cinq morts c'est un évènement, cent morts c'est une statistique* ». A travers ces propos, André Haim témoigne finalement d'une situation qui n'a guère évolué depuis les années 1960, faisant craindre pour beaucoup l'acceptation implicite de la mortalité suicidaire par les pouvoirs publics.

Véritable bombe médiatique, la publication de Claude Guillon et Yves Le Bonniec en 1982 : « *Suicide, mode d'emploi : « histoire, technique, actualité » engage au sein de l'espace public une polémique sans précédent.*

Professionnels et associatifs engagés sont consternés devant cette tentative qui vise à obtenir l'approbation sociale et l'institutionnalisation du suicide comme acte de liberté. La mobilisation est intense et un véritable travail de lobbying commence pour tâcher de combler le vide juridique d'une telle provocation à la mort.

L'évènement donne lieu à la création de l'Association de défense contre l'incitation au suicide (ADIS) qui, en lien avec les professionnels concernés, cherche à faire voter une loi. Après maintes discussions, une proposition est adoptée en faveur d'une interdiction à la provocation. L'arrêté permet le retrait légal du livre en décembre 1987 (loi 87-1133).

Considéré par beaucoup comme la pierre de touche de l'institutionnalisation du suicide en enjeu de santé publique, le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992 sous l'égide du Professeur Michel Debout proclame que le suicide est la « *seule grande question de société qui n'ait jamais été abordée jusque-là par le Conseil économique et social* ».

Prise de conscience accentuée par la mort par suicide de l'ancien Premier Ministre de l'époque, Pierre Bérégovoy (1993), le rapport fait l'objet d'une large diffusion dans la presse professionnelle et la presse nationale généraliste qui signe l'entrée définitive du suicide au sein de l'espace public. Et ainsi la thématique du suicide est reconnue comme une priorité nationale de santé par de nombreux experts en 1994.

Confortée par le choix de plusieurs régions dans leurs programmations de priorités de santé (dispositif des conférences et programmes régionaux de santé), la prévention du suicide apparaît même comme l'une des dix priorités nationales de santé publique lors de la première conférence nationale de santé (1996). Une initiative qui consacre en outre l'engagement et l'intérêt de tous ceux pour qui le suicide n'est ni une fatalité ni une affaire personnelle et qui sont regroupés au sein de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

Le phénomène acquiert désormais une visibilité politique suffisante, il revêt le statut de «grande cause nationale» qui change progressivement sa nature sociale et son enjeu politique et attire une dynamique d'énergie et d'initiative institutionnelle.

Les programmes régionaux de santé (PRS), qui, à travers leurs originalités et spécificités, impulsent une réflexion, des pratiques et des savoir-faire innovants.

C'est entre autre grâce à ces prises de positions régionales que quelques mois plus tard, Bernard Kouchner proposa l'élaboration d'une réflexion nationale pour impulser et améliorer la prévention du suicide en France. La légitimité de la cause est désormais renforcée par cette impulsion politique décisive, qui entraîne la mise en place d'un programme national de prévention et d'une stratégie nationale d'action face au suicide (2000-2005).¹¹

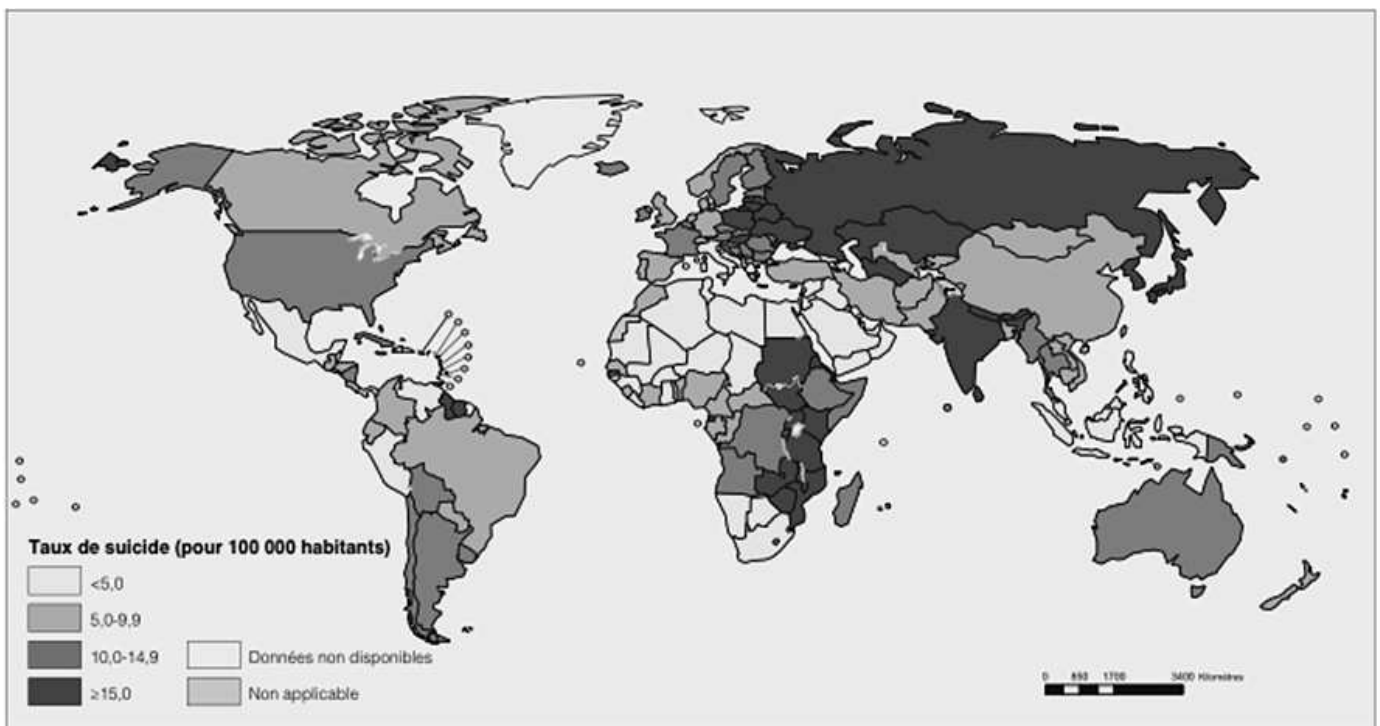
¹¹ Ibid.

3. Épidémiologie

3.1. Données OMS

Toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Il touche toutefois particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale. On estime à 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants : chez les hommes et 8 chez les femmes ¹²

Carte n°1 : Taux de suicide standardisé selon l'âge, pour 100 000 habitants, hommes et femmes (2012)



Les estimations sanitaires mondiales (Global Health Estimates) de l'OMS constituent la principale source de données de ce chapitre ; elles se fondent largement sur la base de données de l'OMS à savoir un registre mondial d'état civil et des causes de décès créé à partir de données fournies par les États membres.

Une réserve concernant ces données est toutefois émise par l'OMS car sur 172 de ces membres, seuls 60 disposaient de données d'états-civils de bonne qualité.

¹² World Health Organization, *Prévention du suicide*.

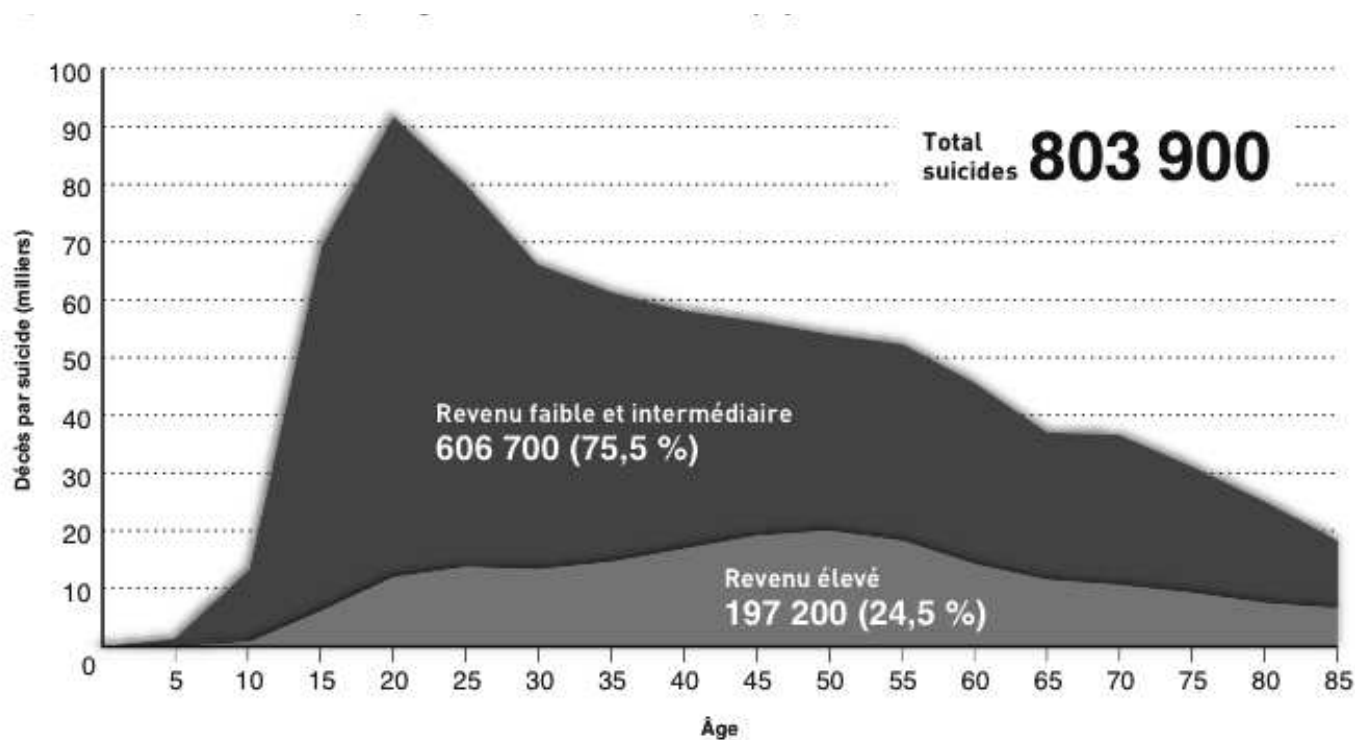
Tableau n° 1 : Estimation du nombre de suicides et du taux de suicide par région et dans le monde (2012)

Région	% de la population mondiale	Nombre de suicides en 2012 (milliers)	% du nombre de suicides dans le monde	Taux de suicide standardisés selon l'âge* (pour 100 000), 2012			Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2012
				Tous	Femmes	Hommes	
Monde**	100,0 %	804	100,0 %	11,4	8,0	15,0	1,9
Tous les États membres à revenu élevé	17,9 %	192	23,9 %	12,7	5,7	19,9	3,5
Tous les États membres à revenu faible et intermédiaire (PRFI)	81,7 %	607	75,5 %	11,2	8,7	13,7	1,6
PRFI en Afrique	12,6 %	61	7,6 %	10,0	5,8	14,4	2,5
PRFI dans les Amériques	8,2 %	35	4,3 %	6,1	2,7	9,8	3,6
PRFI en Méditerranée orientale	8,0 %	30	3,7 %	6,4	5,2	7,5	1,4
PRFI en Europe	3,8 %	35	4,3 %	12,0	4,9	20,0	4,1
PRFI en Asie du Sud-Est	25,9 %	314	39,1 %	17,7	13,9	21,6	1,6
PRFI dans le Pacifique occidental	23,1 %	131	16,3 %	7,5	7,9	7,2	0,9

Le taux de suicide standardisés selon l'âge est légèrement supérieur dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) (12,7 et 11,2 pour 100 000 habitants respectivement). Cependant, étant donné que les PRFI concentrent la plus grande partie de la population mondiale, ils enregistrent 75,5 % de tous les suicides.

Parmi les PRFI des six régions OMS, le taux de suicide standardisé selon l'âge varie du simple au triple, passant d'un taux faible de 6,1 pour 100 000 dans la région des Amériques à un taux élevé de 17,7 pour 100 000 dans la région de l'Asie du Sud-Est.

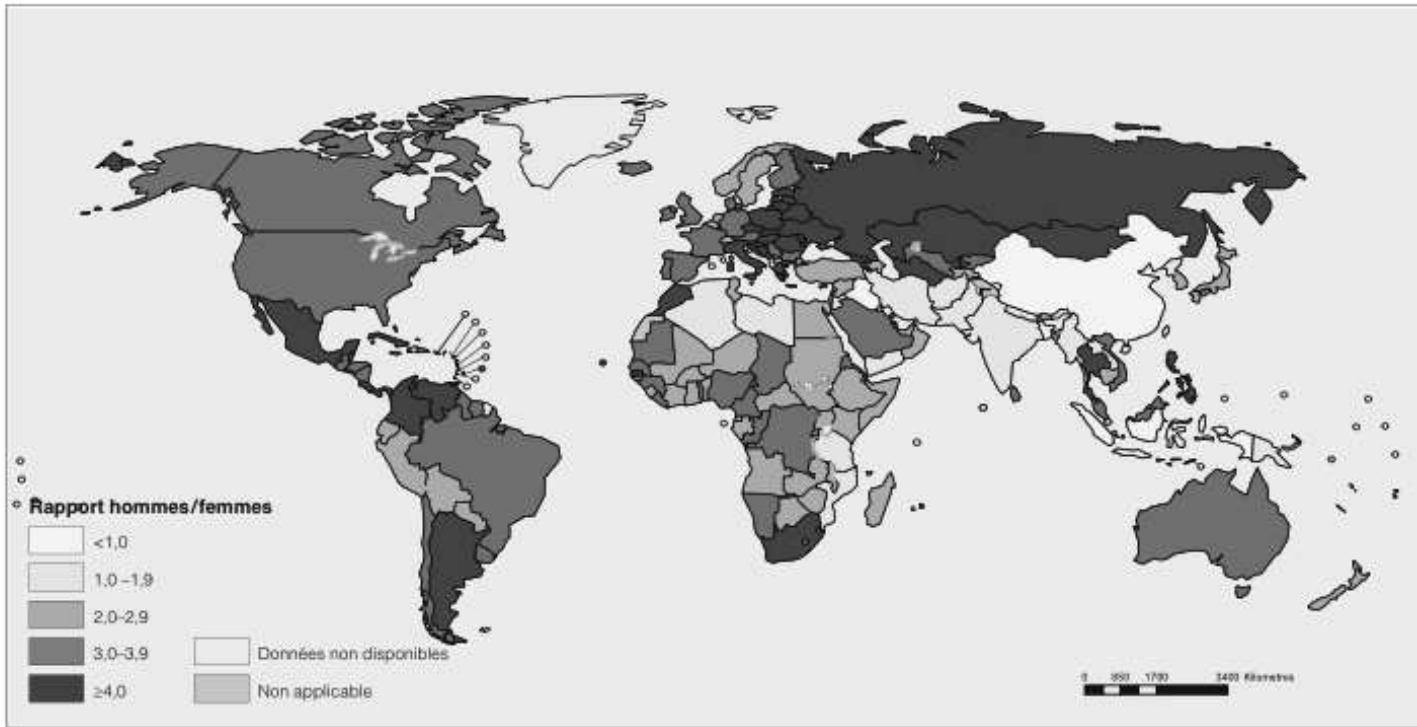
Figure n°2 : Suicides mondiaux par âge et niveau de revenu des pays (2012)



En 2012 selon l’OMS, le nombre total de suicides est de 803 900 à l’échelle mondiale, avec on le voit sur la figure 2 ci-dessus une grande disparité en terme d’effectifs de décès par suicide entre les pays aux revenus faibles et intermédiaires d’une part comptant 606 700 suicides (soit 75,5%) et les pays aux revenus élevés qui en comptent 197 200 soit les 24,5% restants.

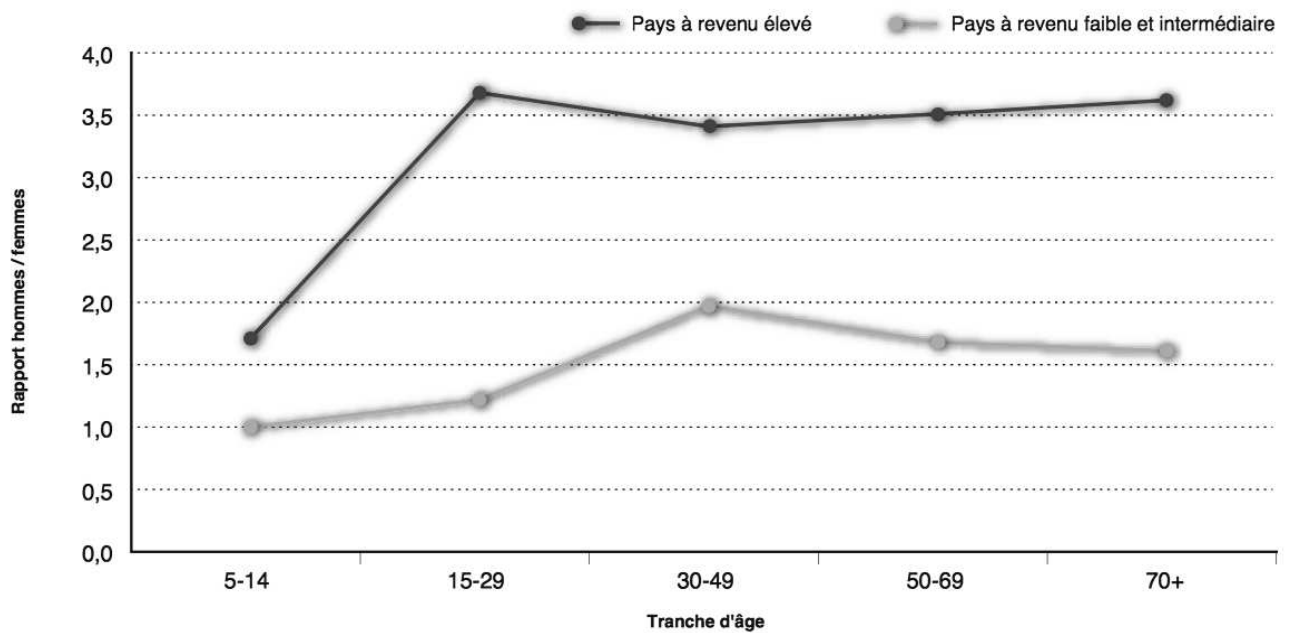
A noter un pic important de décès par suicide sur la tranche d’âge 20-25 ans au sein des pays moins aisés avec plus de 90 000 décès repertoriés en 2012 sur cette tranche d’âge soit 15% des décès totaux par suicide sur l’année 2012 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Carte n°2 : Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge (2012)



Les taux de suicide varient selon le sexe (Carte 2), pendant de nombreuses années, il était généralement admis que dans le monde, le nombre d'hommes décédant par suicide était trois fois supérieur à celui des femmes.

Figure n°3 : Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon le sexe et par tranche d'âge et niveau de revenu des pays (2012)



Ce rapport hommes/femmes élevé est néanmoins un phénomène principalement observé dans les pays à revenu élevé où en 2012, le rapport des taux de suicide standardisés selon l'âge était de 3,5. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le rapport hommes/femmes est de 1,6, soit bien inférieur et montre que le taux de suicide est 57 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Comme le montre la figure n°3, il existe également des différences dans la répartition par sexe et par selon la tranche d'âge.

Les raisons pouvant expliquer les différents taux de suicide entre les hommes et les femmes sont nombreuses :

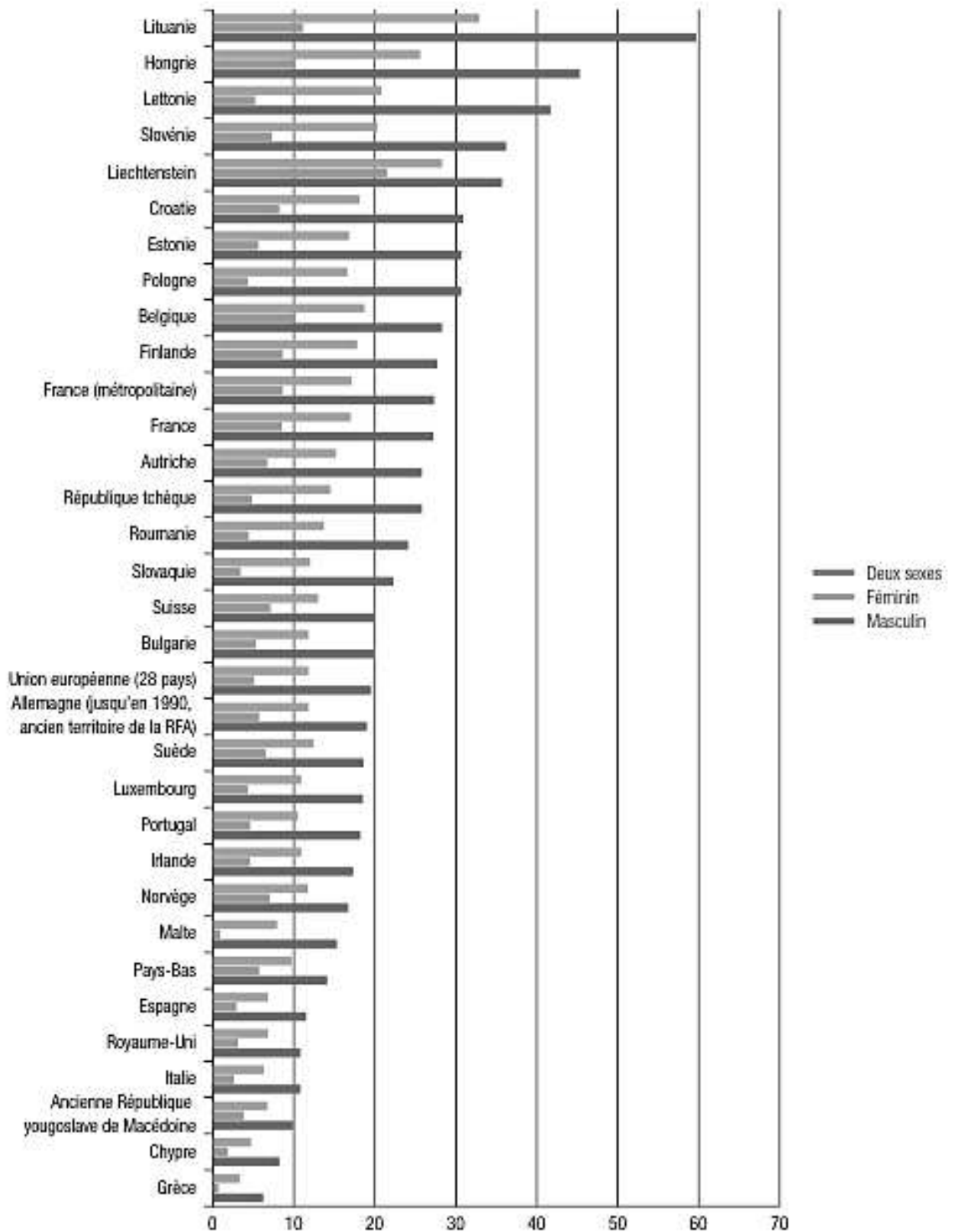
- différences entre les méthodes socialement acceptables de gestion du stress et des conflits pour les hommes et les femmes ;
- disponibilité des moyens de suicide et préférences en la matière ;
- disponibilité de l'alcool et schémas de consommation ;
- différences des taux de recours aux soins en cas de troubles mentaux.

La très grande amplitude de la répartition par sexe du suicide suggère que l'importance relative de ces différentes raisons varie elle-même largement selon les pays et les régions.

3.2. Le Suicide en Europe

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,8 pour 100 000 habitants en 2010, la France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (voir graphique ci-dessous). **Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de définitions du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations.**

Figure n°4 : Taux de suicide pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU et EFTA



* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide malgré une baisse du taux de suicide observée entre 2000 et 2010, ce taux est nettement plus élevé chez les hommes et en particulier ceux plus âgés, il varie fortement selon les régions comme nous allons le voir par la suite. Les comparaisons au niveau international ou même régional doivent toutefois être interprétées avec prudence, en raison de la disparité de la déclaration du suicide et de la remontée de cette information auprès des organismes responsables de la statistique concernant cette cause de décès.

3.3. Le suicide en France

3.3.1. Aujourd'hui

En France, un décès sur 50 est un suicide et on estime qu'une personne sera confrontée, sur une période de quarante ans, au décès par suicide d'une à trois personnes de son entourage immédiat.

Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe avec 16,7 pour 100 000.¹³

En 2012, 11 400 décès par suicide environ ont été enregistrés en France métropolitaine, après correction de la sous-estimation de 10 %.

Concernant cette sous-estimation, il est important de rappeler qu'un des facteurs notables est le recueil en lui-même des certificats de décès où sont mentionnés ou non la notion de suicide, mention rédigée par le médecin constatant la mort. Les estimations de l'Inserm peuvent donc être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide.

Pour différentes raisons, soit en lien avec la perception sociale du suicide, soit en lien avec l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas attribuer la mention de suicide.

Par ailleurs les morts « suspectes » nécessitant une expertise médico-légale ne reviennent dans les données de l'INSERM que comme étant des décès de cause inconnue.

3.3.2. Evolution depuis 1975

Le taux de suicide a augmenté significativement en France depuis le milieu des années 1970. Antérieurement de 1950 à 1970, l'incidence du suicide était stable, mais cette stabilité était due à deux évolutions contraires à savoir : une augmentation légère de la part du suicide féminin (tout âge confondu) et des jeunes hommes, ainsi qu'une diminution du suicide chez les hommes de plus de 40 ans.

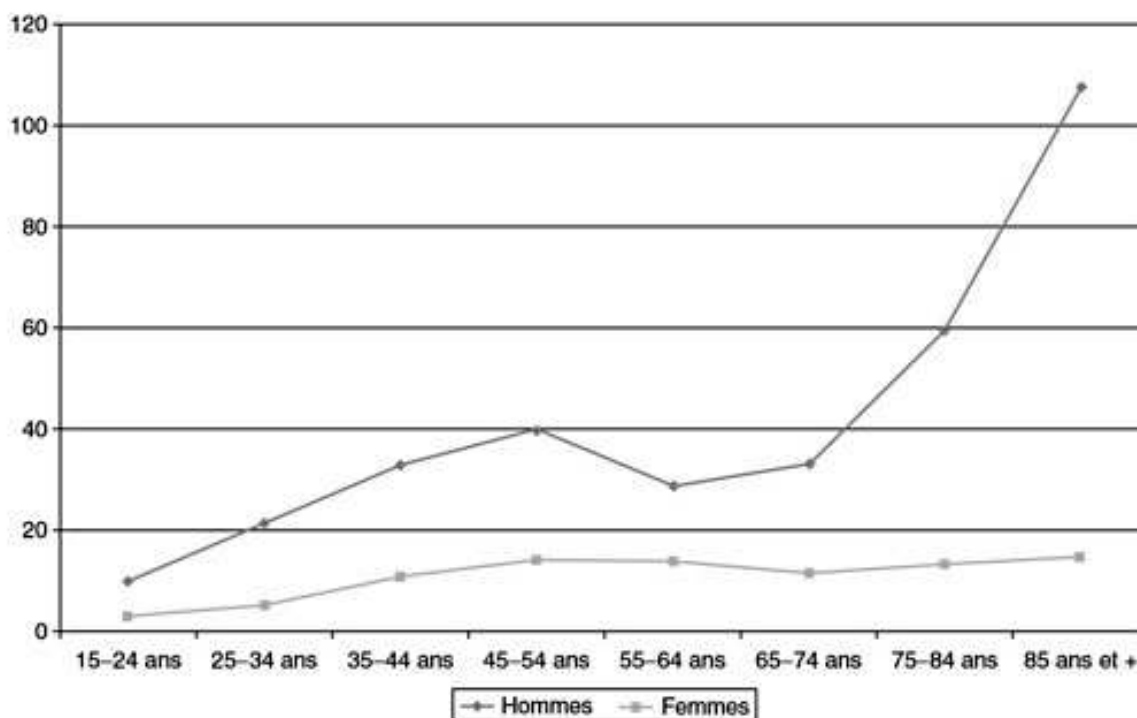
Après 1975, nous avons observé une augmentation générale du suicide avec entre 1975 et 1985 une aggravation de 38% devenant ainsi une réelle problématique de santé publique. Depuis 1985, l'incidence a diminué et est même inférieure en 2007 à 19% pour les hommes et 21% chez les femmes.

¹³ « 2ème rapport de l'Observatoire National du Suicide - Janvier 2016. »

3.3.3. *Différences hommes / femmes*

La France n'est pas épargnée par la disparité hommes/femmes en matière de suicide, en effet, il existe quel que soit les âges une différence marquée des décès entre les 2 sexes.

Figure n°5 : Taux de décès par suicide pour 100 000 selon le sexe et en fonction de l'âge en 2007.

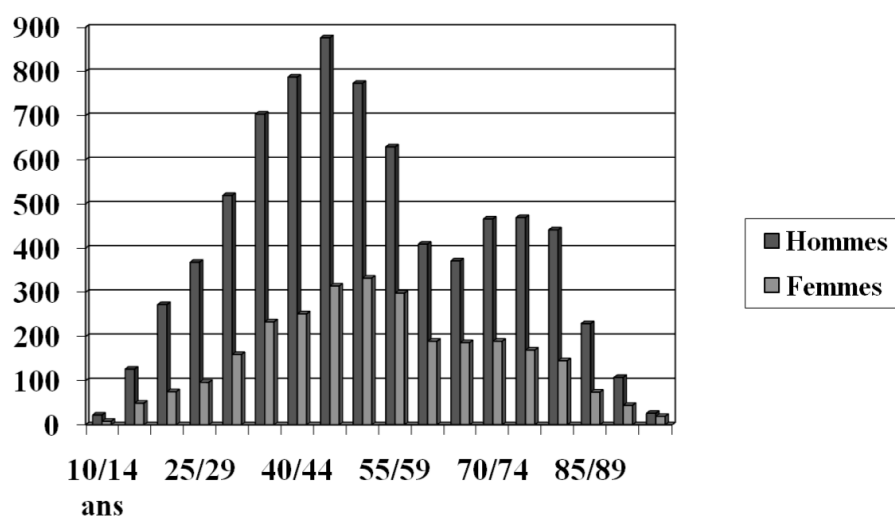


La figure n°5 présentée ci-dessus montre que la surmortalité masculine par suicide se confirme à tous les âges.

Pour les hommes, l'augmentation des taux est importante entre l'adolescence et l'âge adulte où l'on observe un premier maximum de l'incidence vers 50 ans, suivi d'une diminution modérée jusqu'à l'âge de la retraite d'activité, puis une nouvelle augmentation très importante jusqu'aux âges les plus élevés.

L'évolution des taux féminins selon l'âge est plus régulière et l'augmentation plus limitée.

Figure n°6 : Effectifs de décès en France en 2006 selon la classe d'âge et le sexe



Ci-dessus les effectifs de décès en France en 2006 classés à la fois par sexe mais aussi par tranches d'âges. Nous observons ainsi que quel que soit l'âge, le nombre de décès des hommes reste supérieur à celui des femmes, le « pic » avec presque 900 victimes pour les hommes est atteint sur une tranche d'âge de 45-50 ans tout en restant supérieur à 600 personnes de 40 à 60 ans. Tandis que les effectifs des femmes atteignent pour les données répertoriées un maximum de 300 victimes de 45- 60 ans.

Nous pouvons donc retenir qu'il existe une forte disparité et ce quel que soient les âges entre les hommes et les femmes en France avec un nombre de décès total en 2006 de 10 423 (7 593 hommes pour 2 830 femmes).

Il existe un autre point de divergence entre les deux sexes : le mode opératoire.

Tableau n°2 : Répartition par mode de passage à l'acte suicidaire et par sexe des décès par suicide en France en 2006

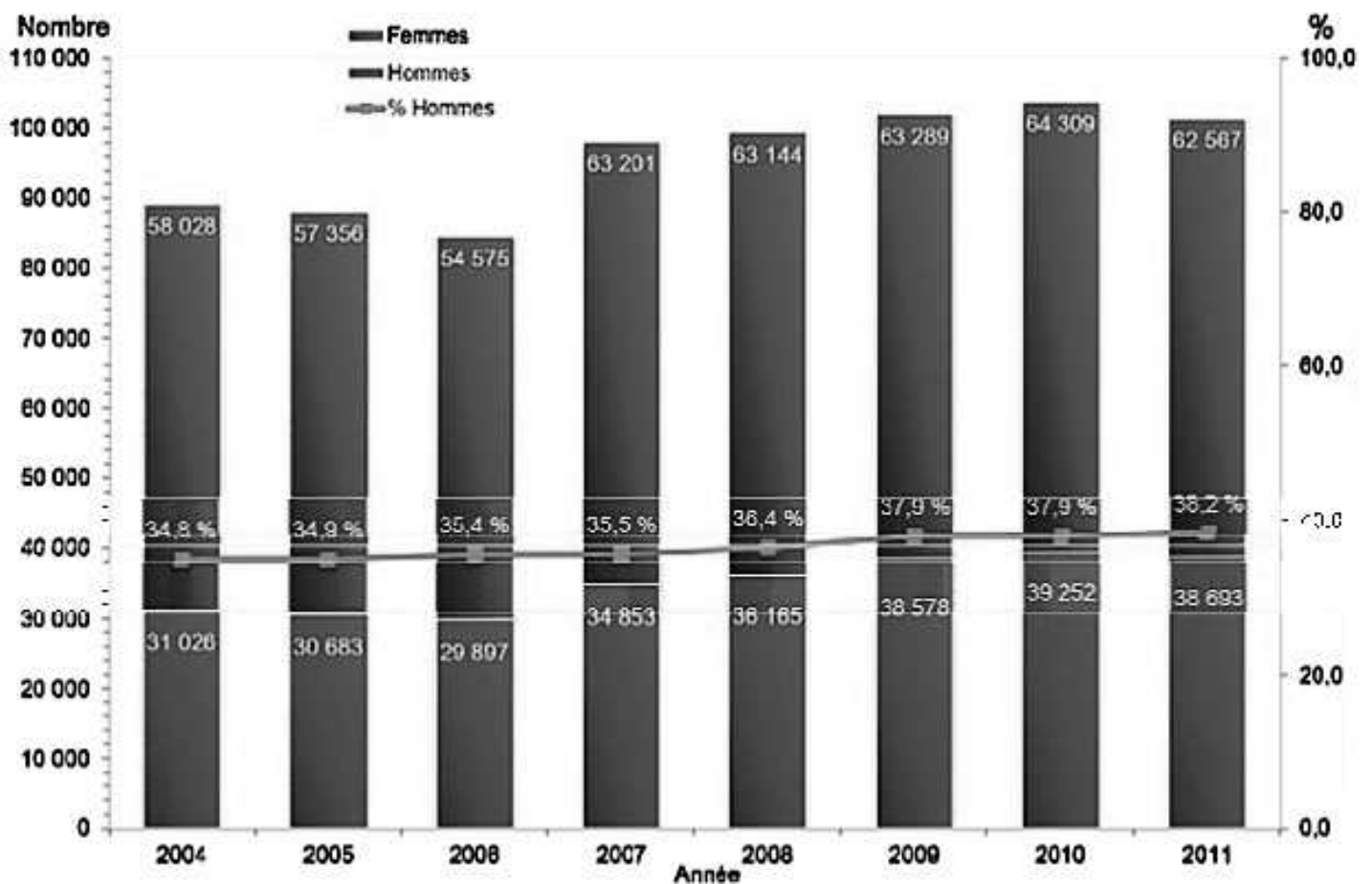
Mode de Décès	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Pendaison	3933 (51.79)	829 (29.29)
Ingestion Médicamenteuse	826 (10.87)	887 (31.34)
Armes à feu	1482 (19.51)	96 (3.30)
Saut	413 (5.43)	355 (12.54)
Noyade	258 (3.39)	315 (11.13)
Autres	258 (3.39)	348 (12.29)
Total	7593	2830

Source CepiDC Inserm 2006

Le tableau n°2 ci-dessus, nous permet d'analyser ces décès de la manière suivante :
 En ce qui concerne les hommes, nous ne pouvons nous empêcher de noter la forte prédominance de décès par mort violente à savoir la pendaison à 52%, suivi par le suicide par arme à feu 20% puis avec 11% l'ingestion médicamenteuse.
 Les femmes présentent un taux de décès par ingestion médicamenteuse volontaire de 31%, ce qui place ce mode opératoire au premier rang, le deuxième étant la pendaison (29%).

Il existe donc une différence importante à la fois en nombre de décès par suicide hommes/femmes en partie expliquée par les différences en matière de moyens utilisés pour se donner la mort. Les hommes utilisant des moyens dont la létalité est élevée.

Figure n°7 : Répartition par année du nombre d'hospitalisations pour une tentative de suicide selon le sexe.

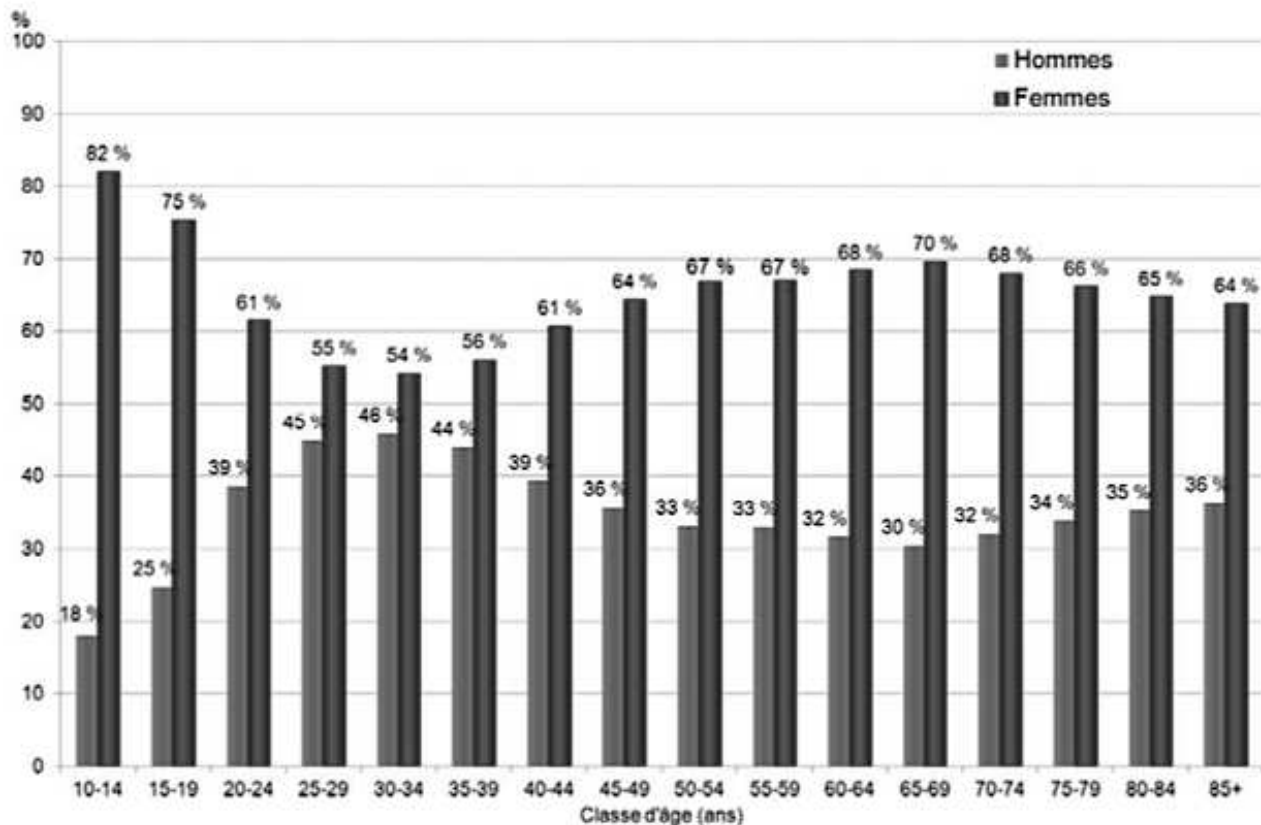


Source ATIH, analyses InVS.

Ci-dessus en diagramme, la répartition par année du nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe et la part des séjours masculins selon les années.
 Entre 2004 et 2011, le nombre total d'hospitalisations masculines pour TS était de 279 147 tandis que celles concernant les femmes était de 486 469.

La répartition selon le sexe était globalement de 1,7 femmes pour 1 homme. Toutefois, au cours des années, la part des séjours concernant les hommes était en augmentation : en 2004, les séjours masculins représentaient 34,8% de l'ensemble des séjours pour TS tandis qu'en 2011, ce pourcentage était passé à 38,2 %.¹⁴

Figure n°8 : Répartition selon la classe d'âge et le sexe des hospitalisations pour une tentative de suicide.



Source ATIH, analyses InVS.

Si, tous âges confondus, les séjours des femmes représentaient environ les deux tiers de la totalité des hospitalisations pour tentative de suicide, la répartition par genre était différente selon les classes d'âge.

Dans la classe d'âge des 10-14 et des 15-19 ans, les hospitalisations pour tentative de suicide concernaient les filles dans respectivement 82 % et 75 % des cas ; autrement dit, chez les 10-14 ans et les 15-19 ans, les hospitalisations pour TS concernaient respectivement 4,5 et 3 fois plus souvent les filles que les garçons.

La différence dans la répartition selon le sexe tendait ensuite à diminuer pour atteindre 55 % de femmes et 45 % d'hommes dans les classes d'âge des 25-39 ans.

¹⁴ « Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011 - Invs. »

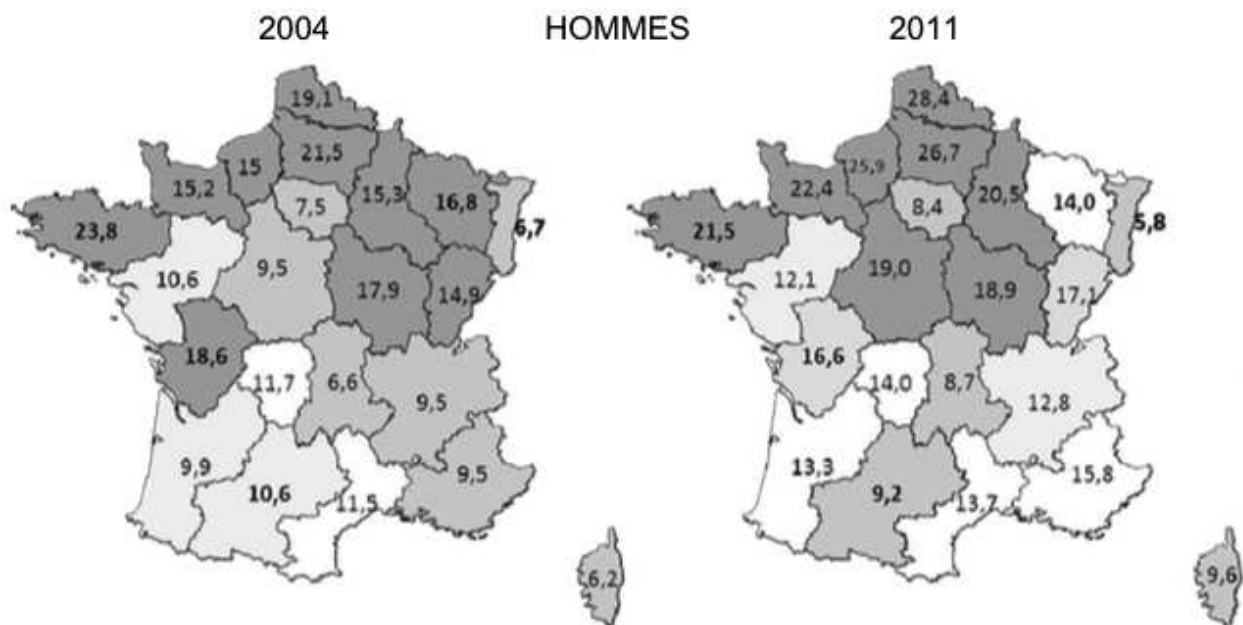
À partir de 50 ans, les séjours hospitaliers pour tentative de suicide concernaient deux femmes pour un homme.

Selon les années, ces répartitions par sexe n'étaient pas différentes pour les très jeunes (10-14 ans) et les plus âgés (65-79 ans).

Par contre, pour les classes d'âge entre 15 et 64 ans, de 2004 à 2011, la part relative des hospitalisations masculines pour tentative de suicide a augmenté de 3 à 7 points par classe d'âge.¹⁵

Une disparité entre hommes et femmes existe à la fois en terme de mortalité, de modes de passage à l'acte mais aussi de nombres de séjours hospitaliers.

Figures n°9 et 10: les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en France pour 10 000 hommes par région en France en 2004 et 2011 (Fig 9) et pour 10 000 femmes par région en France en 2004 et 2011 . (Fig 10)



	Variation par rapport au taux national	Taux standardisé en 2004 pour 10 000 hommes	Taux standardisé en 2011 pour 10 000 hommes
	<-20 %	<9,7	<11,7
	-20 % à -10 %	9,7-10,9	11,7-13,1
	-10 % à +10 %	11,0-13,4	13,2-16,0
	+10 % à +20 %	13,5-14,6	16,1-17,6
	>+20 %	>14,6	>17,6

La figure 9 ci-dessus représente *les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en France pour 10 000 hommes par région en France en 2004 et 2011* (avec représentation des variations régionales).

¹⁵ Ibid.

En 2004 et 2011, les taux standardisés nationaux étaient respectivement de 12,2 et 14,6 pour 10 000 hommes.

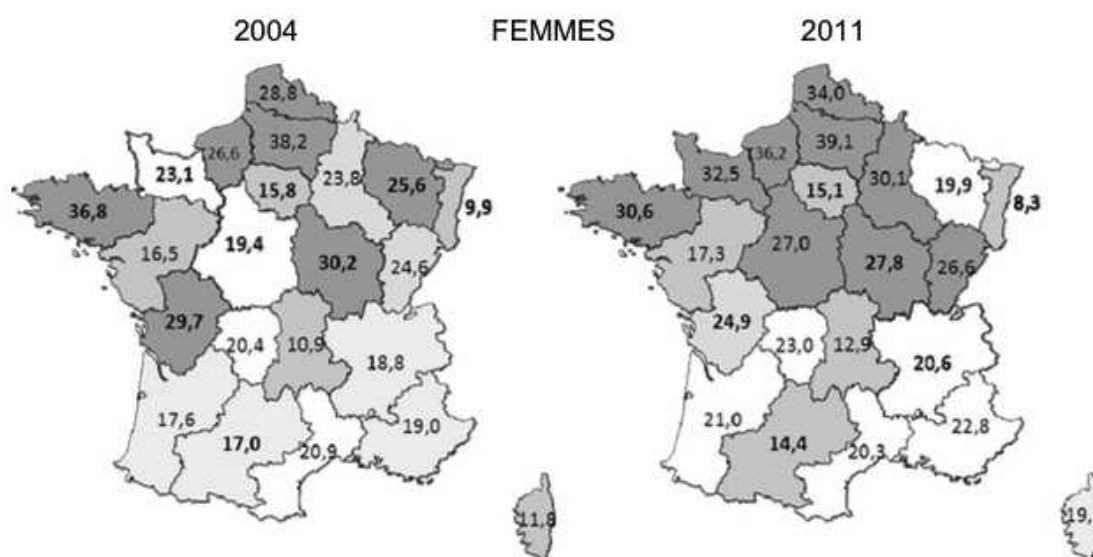
En 2004, les taux régionaux variaient de 6,2 pour 10 000 en Corse à 23,8 pour 10 000 en Bretagne, en 2011, ces taux allaient de 5,8 pour 10 000 en Alsace à 28,4 pour 10 000 en Nord-Pas-de-Calais.

Quelle que soit l'année considérée, les régions du Nord et de l'Ouest à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire présentaient des taux supérieurs de plus de 20 % au taux national. De plus, dans certaines régions, le pourcentage d'évolution annuelle des taux entre 2004 et 2011 était très significatif.

Par exemple, en région Centre, il y a eu une augmentation continue du taux d'hospitalisation pour TS parmi les hommes au cours des années étudiées résultant en son doublement entre 2004 et 2011, passant de 9,5 pour 10 000 en 2004 à 19,0 pour 10 000 en 2011.

Par conséquent, en région Centre, le taux qui était inférieur de 20 % au taux national en 2004 était supérieur de 30 % au taux national en 2011. D'importants pourcentages d'évolution annuelle des taux entre 2004 et 2011 ont aussi été observés en **Corse (+11,6 % d'évolution annuelle)**, **Haute-Normandie (+11,2 % d'évolution annuelle)** et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) (+10,7 % d'évolution annuelle).

Toutefois, en Corse, les taux étaient encore restés en deçà des taux nationaux. ¹⁶



Variation par rapport au taux national	Taux standardisé en 2004 pour 10 000 femmes	Taux standardisé en 2011 pour 10 000 femmes
<-20 %	<16,9	<17,4
-20 % à -10 %	16,9-19,0	17,4-19,5
-10 % à +10 %	19,1-23,2	19,6-23,8
+10 % à +20 %	23,3-25,4	23,9-26,0
>+20 %	>25,4	>26,0

¹⁶ Ibid.

La figure 10 ci-dessus représente *les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en France pour 10 000 femmes par région en France en 2004 et 2011* (avec représentation de variations régionales)

Chez les femmes, les évolutions des taux standardisés de séjours hospitaliers pour tentative de suicide entre 2004 et 2011 étaient un peu moins marquées que chez les hommes sauf en Corse. **Des augmentations relativement importantes dans les taux d'hospitalisation étaient aussi observées en Haute-Normandie, Basse-Normandie et Centre.** Dans ces deux dernières régions, les taux d'hospitalisation pour TS qui étaient proches du taux national en 2004 (respectivement 23,1 et 19,4 pour 10 000 femmes) sont ainsi passés respectivement à 32,5 et 27,0 pour 10 000 en 2011, soit à des taux de 50 % et de 25 % supérieurs au taux national en 2011. ¹⁷

3.3.4. Sous-estimation des chiffres

Les taux indiqués des tentatives de suicide médicalement traitées sont largement influencés par les procédures d'enregistrement mises en œuvre dans les hôpitaux, ces procédures peuvent ne pas être totalement fiables car :

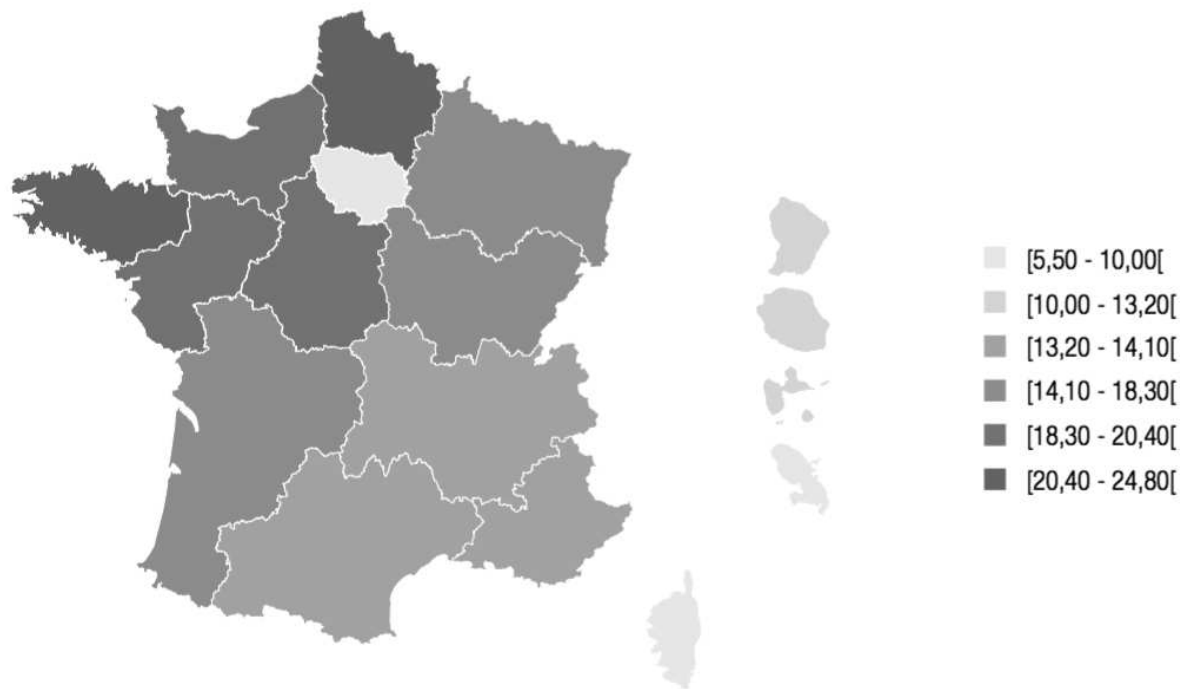
- elles ne distinguent pas les personnes des traitements (ainsi, les personnes qui commettent plusieurs tentatives de suicide au cours d'une même année sont comptées plusieurs fois) ;
- elles n'excluent pas les personnes décédées à l'hôpital pendant le traitement de l'acte suicidaire ou renvoyées chez elles pour y mourir (ce qui ne constitue donc pas une tentative de suicide) ;
- elles ne font pas de différence entre l'automutilation non suicidaire et l'automutilation suicidaire ;
- elles n'incluent pas les personnes prises en charge dans les services d'urgence et qui sortent avant d'être officiellement hospitalisées ;
- elles n'incluent pas les personnes directement admises dans différents services hospitaliers sans passer par les urgences ;
- elles n'enregistrent pas la méthode employée lors de la tentative de suicide (ce qui exclut toute évaluation des taux de létalité selon la méthode) ;
- elles enregistrent le plus souvent les tentatives de suicide comme des «accidents» en raison de la stigmatisation associée aux conduites suicidaires, de l'absence d'assurance en cas de comportement suicidaire ou d'inquiétudes concernant les complications juridiques potentielles. ¹⁸

¹⁷ Ibid.

¹⁸ World Health Organization, *Prévention du suicide*.

3.3.5. *Disparités régionales*

Figure n° 11 : Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants en 2012



source CépiDC, réalisation DREES et InVS

Une disparité régionale observable avec un gradient Nord-Ouest.

Un taux de suicide plus important dans les régions Nord-Ouest avec la Bretagne et la région Nord Pas de Calais ayant les taux le plus élevés.

La région Normandie a un taux standardisé plus bas que ces 2 régions citées précédemment mais reste tout de même au-dessus de la moyenne nationale.

Figure n° 11 : Taux standardisés des décès par suicide sur la période 2009-2011 selon les régions administratives françaises.

Région de domicile	Taux standardisés ¹	Variations régionales ²	Variations temporelles 2000-2002 / 2009-2011 ¹
11. Île-de-France⁴	9,3	-48,6	-14,6*
21. Champagne-Ardenne	21,2	17,4	-10,2*
22. Picardie	23,0	27,5	-12,7*
23. Haute-Normandie	22,5	24,2	-12,2*
24. Centre	21,2	17,3	-15,5*
25. Basse-Normandie	25,6	41,6	-5,3
26. Bourgogne	21,5	19,0	-12,9*
31. Nord-Pas-de-Calais	24,7	36,8	-8,2*
41. Lorraine	19,0	5,1	10,8*
42. Alsace	13,4	-26,0	-9,3
43. Franche-Comté	20,7	14,6	-12,1*
52. Pays de la Loire	22,2	22,7	-14,3*
53. Bretagne	28,9	60,1	-8,7*
54. Poitou-Charentes	22,3	23,2	-12,0*
72. Aquitaine	18,1	0,2	-12,9*
73. Midi-Pyrénées	14,9	-17,8	-1,7
74. Limousin	22,7	25,6	-10,1
82. Rhône-Alpes	14,5	-19,7	-19,3*
83. Auvergne	19,9	10,4	-15,4*
91. Languedoc-Roussillon	19,6	8,4	-3,5
93. PACA	16,7	-7,6	-9,1*
94. Corse	14,0	-22,8	-8,8
France métropolitaine	18,1		-11,1

Les taux standardisés de décès par suicide sur la période 2009-2011 varient fortement selon les régions.

En Bretagne, les taux dépassent de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine, viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Limousin, avec des taux supérieurs de plus de 25 % au taux moyen de France métropolitaine.

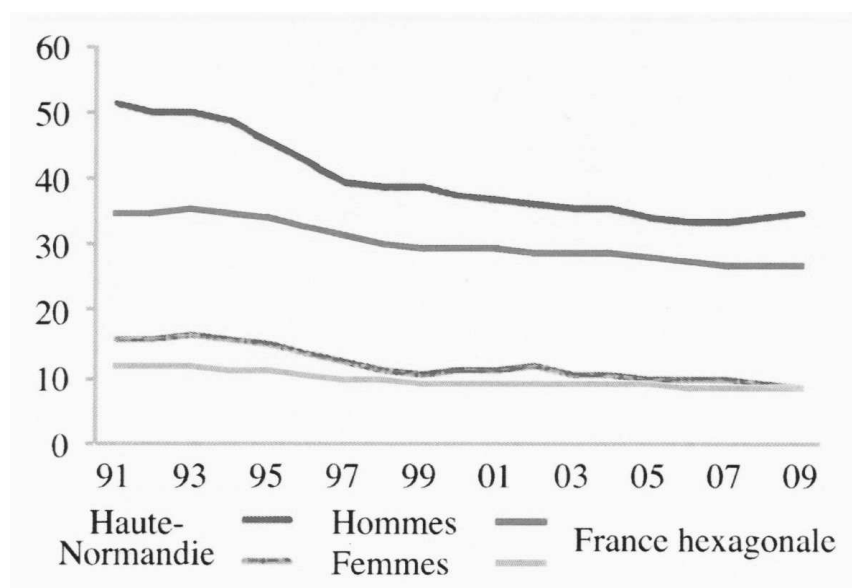
Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15 % au taux moyen de France métropolitaine).

Les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Pour six régions, le Limousin, l'Alsace, la Corse, la Basse-Normandie, le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées, cette baisse n'est toutefois pas significative, la seule région où le taux de suicide a augmenté est la Lorraine.¹⁹

3.4. La région Haute Normandie

La région Haute Normandie était classée, selon les chiffres de l'INSERM recueillis entre 2008-2010, au 8ème rang des régions les plus touchées par le suicide avec 366 décès par an en moyenne. En 2012 en Haute Normandie 278 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc.²⁰

Figure n°12 : Evolution de la mortalité par suicide selon le genre pour 100 000.



Evolution de la mortalité par suicide, selon le genre (pour 100 000)

Taux standardisés suivant l'âge et lissés sur 3 ans.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S

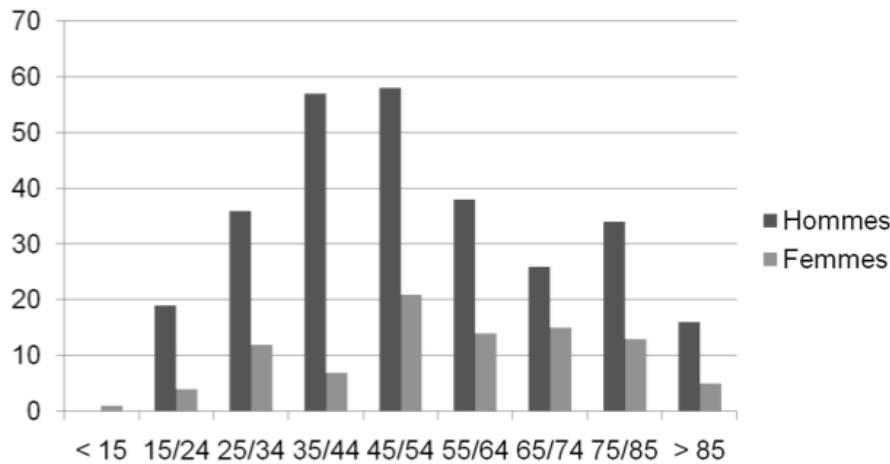
Tant au niveau national qu'au niveau régional, la mortalité globale a diminué depuis le début des années 1990. Tous genres confondus entre 1990-92 et 2008-2010, elle a **diminué de 35% en Haute-Normandie** et de 24% sur l'ensemble de territoire français métropolitain.

A noter que malgré une diminution importante, la mortalité chez l'homme et la femme en Haute Normandie reste supérieure au taux nationaux.

¹⁹ « Rapport novembre 2014 Observatoire national du suicide. »

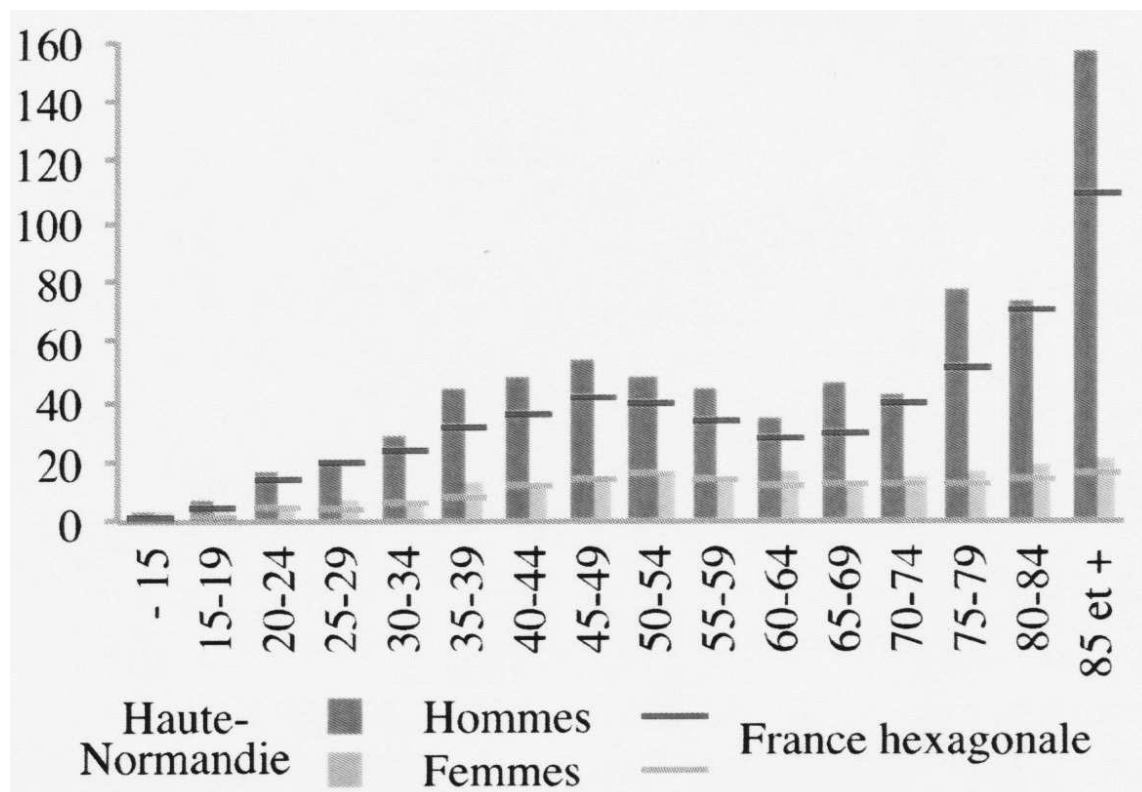
²⁰ « 2ème rapport de l'Observatoire National du Suicide - Janvier 2016. »

Figure n° 13 : Effectifs des décès selon les classes d'âge et le sexe en Haute-Normandie en 2006.



A travers ce diagramme, nous pouvons observer à la fois une disparité du nombre de décès selon les classes d'âges ainsi qu'une surmortalité masculine. La classe des 45/54 ans est la plus nettement touchée par le décès à la fois chez les hommes comme chez les femmes.

Figure n° 14 : Mortalité par suicide entre 2006-2010 selon l'âge et le genre pour 100 000.



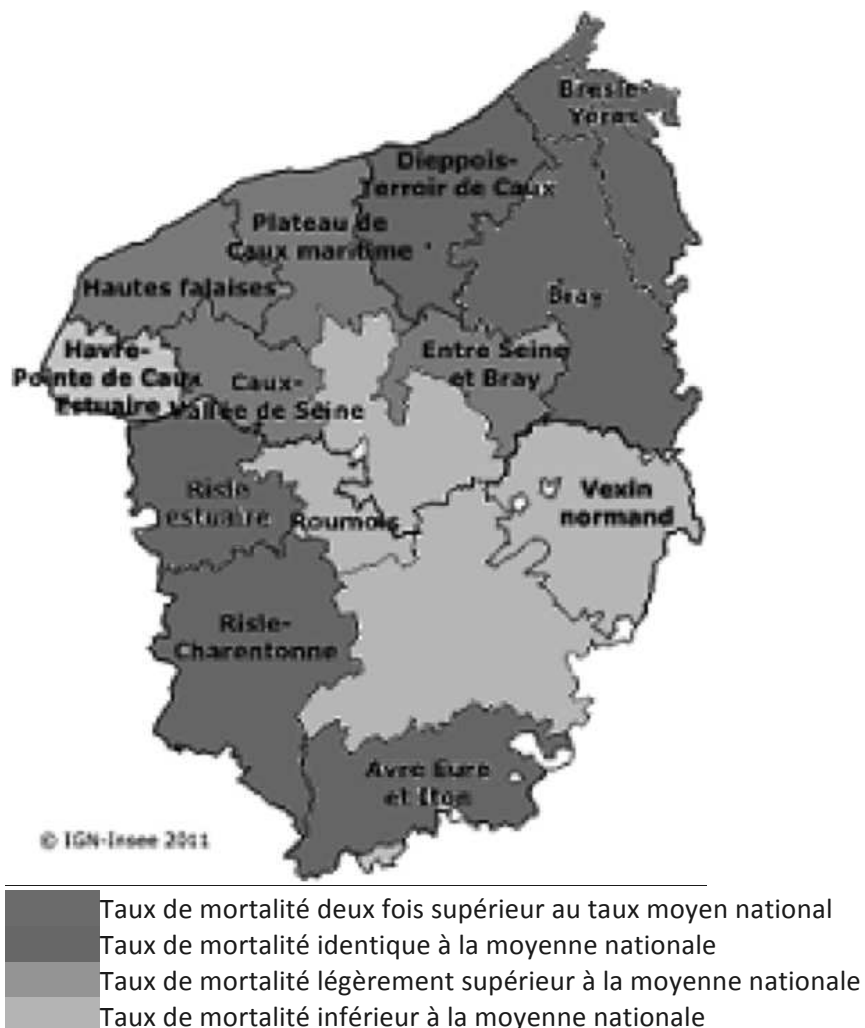
Mortalité par suicide entre 2006-2010 selon l'âge et le genre (pour 100 000).
Source CépiDc Inserm, Insee OR2S.

Le taux de suicide varie fortement selon l'âge et selon le genre notamment aux âges plus avancés.

Le taux de mortalité tous sexes confondus augmente progressivement jusqu'à la tranche 45-54 ans puis reste stable pour les femmes tandis qu'il diminue discrètement pour les hommes pour ré augmenter de manière importante par la suite à partir de 75 ans. A noter que quel que soit la tranche d'âge, la mortalité des hommes reste supérieure à celle des femmes avec un ratio près de 8 fois plus important pour les tranches d'âge de plus de 80 ans.

Il existe également une disparité notable infrarégionale de la répartition géographique du décès par suicide.

Figure n° 15 : Taux de mortalité par « territoire » au sein de la région Haute-Normandie



Nous pouvons observer une forte hétérogénéité de la répartition de la mortalité liée à un passage à l'acte auto-agressif au sein de la région Haute-Normandie avec des « territoires » plus touchés que d'autres comme le Pays de Bray, la région Dieppoise ou encore la Risle estuaire et Charentonne.

Le territoire de santé d'Évreux-Vernon (un cinquième de la population régionale) est également marqué par une surmortalité générale par rapport à la région mais notamment par une mortalité par suicide²¹.

A contrario, il faut noter la faible mortalité par suicide de la région Havraise.

Nous devons tout de même souligner qu'il s'agit ici de taux de mortalité par suicide et non pas du nombre de tentatives de suicide.

3.5. Politique de prévention du suicide

3.5.1. *Généralités*

En médecine, l'ensemble des actions de prévention soulèvent d'importantes questions éthiques et nécessitent de tracer une frontière entre sollicitude et ingérence.

Elles peuvent en effet entrer en tension avec le principe d'Hippocrate consistant à ne pas nuire au patient et en particulier avec le respect de son libre-arbitre. La question de la liberté est cruciale dans le cas du suicide, puisqu'il s'agit de prévenir un comportement qui est considéré, à un moment donné, par la personne concernée, comme le plus adapté à sa situation.

La société se doit de proposer à ses membres d'autres options que celles qui consistent à mettre fin à ses jours.

La prévention traitera donc du problème du suicide dans sa globalité : allant de la prévention de la souffrance psychique à la réduction de l'accès aux moyens létaux, sans oublier les actions auprès de l'entourage endeuillé.

La prévention cible aussi des environnements jugés préoccupants (milieu du travail, milieu carcéral, milieu rural), des populations spécifiques (jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité) et implique la mobilisation d'un nombre important d'institutions (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs, de secteurs différents (travail, justice, éducation, sanitaire, social...), tant au niveau national que local.

La prévention des actes suicidaires s'appuie tout particulièrement sur les partenaires associatifs qui proposent des dispositifs de lutte contre l'isolement social.

Le rôle des agences régionales de santé (ARS) est essentiel dans la mise en œuvre des actions de prévention du suicide.²²

²¹ « Insee AVAL haute Normandie Mars 2012. »

²² « Rapport novembre 2014 Observatoire national du suicide. »

3.5.2. Situation régionale

3.5.2.1. Prévention secondaire (dispositifs adultes et enfants / ados)

Le dispositif Rouennais de prévention secondaire du risque suicidaire se compose de plusieurs structures.

- Le dispositif adulte d'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques se compose de plusieurs structures de soins appartenant toutes au Service de Soins Psychiatriques Non Programmés :
 - *Les consultations psychiatriques dans le Service d'Accueil et d'Urgences du CHU C. Nicolle* : En France chaque année les SAU accueillent près de 9 millions de personnes dont 10 à 30 % nécessitent un avis psychiatrique. Le décret du 9 mai 1995 impose l'accueil et la prise en charge tous les jours et 24h/24 de toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique.
Au CHU C. Nicolle, la permanence des soins est rendue possible par la présence d'un psychiatre 24h/24 et d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie.
 - *Unité d'Accueil et d'Orientations (UNACOR située au CH du Rouvray)* : Elle permet d'assurer des consultations psychiatriques ainsi qu'une permanence de soins. Cette unité intégrée au Centre Hospitalier du Rouvray reçoit les patients connus du circuit de soins psychiatriques et leurs familles, avec le plus souvent une demande d'hospitalisation. Elle reçoit aussi les patients adressés par d'autres acteurs de santé.
 - *Le CASP (Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques)* : Il assure une prise en charge multidisciplinaire rapide sans ou sur rendez-vous en psychiatrie. Il propose un accueil des patients le jour même, si nécessaire, et des soins adaptés en amont ou en aval des urgences hospitalières et répond aux demandes des partenaires sanitaires médico-sociaux et sociaux.
 - *UMIS (Unité Mobile Intersectorielle en Suicidologie)* : une équipe mobile pluridisciplinaire intersectorielle de suicidologie effectue les évaluations médicales, sociales et psychologiques dans l'ensemble des unités du SAU du CHU C. Elle assure le suivi 6 à 8 semaines pendant la crise suicidaire et organise le relais avec des structures extrahospitalières de soins. Nous avons montré en 2005 que cette prise en charge diminuait de manière significative le nombre de récurrences suicidaires à 6 mois et améliorerait l'observance aux soins.

Une complémentarité entre ces structures se met en place, en vue de ne faire admettre au CHU que les patients présentant une situation d'urgence psychiatrique nécessitant un plateau technique (comme les tentatives de suicide).

Les autres urgences psychiatriques peuvent être accueillies sur les autres structures du territoire de santé.

- La gestion des urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent s'appuie sur des structures dépendant toutes du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :
 - *Maison de l'adolescent (MDA)* : La MDA de l'agglomération rouennaise est ouverte depuis 2009, son originalité est d'être bi-site, touchant ainsi un public adolescent très large. Les 2 sites fonctionnent de manière complémentaire.
La MDA est une structure ambulatoire où est accueilli sans délai tout jeune (13 à 20 ans) ou sa famille qui en fait la demande. Les missions principales sont l'écoute, l'évaluation, l'orientation et la prise en charge de personnes présentant des troubles de santé mentale ou d'adaptation sociale.
 - *L'Aide Thérapeutique en Milieu Ouvert [A. T. M. O.]* : Elle consiste à prendre en charge les adolescents suicidants hospitalisés en pédiatrie et a pour but de prévenir de nouveaux actes suicidaires par un travail en réseau avec les autres structures existantes et par un accompagnement post hospitalisation après accord des parents et de l'adolescent.

3.5.2.2. Prévention primaire

Pour rappel, 366 personnes décèdent en moyenne chaque année hissant la Région Haute-Normandie au 8^{ème} taux national de mortalité par suicide, cette surmortalité correspond à 65 décès en moyenne par an.

C'est donc dans cette optique qu'au sein de la Région Haute-Normandie, chaque année, se décide la mise en œuvre d'un plan de prévention des passages à l'acte suicidaires afin de continuer à diminuer le nombre de décès par suicide sur la région.

Avec l'appui des médecins psychiatres et de psychologues (19 formateurs dont 17 issus du milieu hospitalier), des coordonnateurs des réseaux Locaux de Promotion de la Santé et des Ateliers Santé-Ville, des formations interdisciplinaires sont organisées. Chaque année, plus de 1000 personnes y participent sur l'ensemble des territoires de santé de l'Eure et de la Seine-Maritime. Ces formations se déclinent sous forme de conférences de sensibilisation ou stages d'approfondissement du repérage de la crise suicidaire.

Chaque année L'ARS finance ces stages de prévention, en 2013/2014 nous avons :

- 5 stages « repérages de la crise suicidaire chez les personnes âgées » ;
- 10 stages « Tous publics » ;
- 4 stages « prévention et PEC des conduites suicidaires chez les adolescents » ;
- 4 stages « repérage de la crise suicidaire dans les services d'urgences (psychiatrique et somatique) » ;
- 4 stages « repérage de la crise suicidaire en milieu carcéral » en partenariat avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires. La formation est opérée par des psychiatres/psychologues pratiquant le milieu carcéral ;
- 4 journées sous forme de conférences.

Ces formations organisées par l'association GRAFISM ont pour objectifs définis de permettre aux personnes formées de repérer la crise suicidaire et de connaître la conduite à tenir face à une personne suicidaire (sans se substituer aux professionnels de santé), mais aussi de construire une culture commune entre tous les intervenants et aider à dépasser les idées reçues en matière de suicide.

Ces formations se déclinent également vers un public spécialisé (monde agricole, demandeurs d'emploi, détenus, personnels de santé, médecins, personnes âgées, personnels des SAU, ado, perspectives gendarmerie nationale et police, personnel Pôle Emploi).

3.5.2.3. Prévention tertiaire

Groupe « endeuillés par suicide »

Cette intervention récente se place dans la continuité des mesures de prévention du suicide. Organisée sur Rouen en partenariat avec le SAMU-Centre 15, elle est proposée à l'ensemble des habitants de la Seine Maritime et de l'Eure touchés par le suicide d'un proche.

Il s'agit d'une prise en charge complémentaire en cours d'évaluation, elle est composée de groupes de paroles encadrées par du personnel soignant (psychiatres, infirmières).

Deuxième Partie : Etude

1. Problématique

Nous disposons de nombreux travaux retraçant les facteurs de risque menant aux problématiques suicidaires tant sur le plan épidémiologique, que psychopathologique ou de l'analyse de la vulnérabilité à ces conduites.

Des dispositifs sanitaires visant à améliorer l'observance des soins après le passage aux urgences se développent et quelques travaux viennent montrer que certaines prises en charge comme les appels téléphoniques de patients diminuent la mortalité suicidaire.

Les études portant sur les parcours de soins des patients en situation suicidaire durant le court temps de prise en charge dans les Services d'Accueil et d'Urgences restent par contre très rares. Nous savons que durant ces hospitalisations, des problèmes de fugues, parfois d'hétéro ou d'auto agressivité ou encore de récurrence de gestes suicidaires peuvent se poser. Nous avons décidé pour ce travail de nous intéresser au parcours de soins des patients présentant une situation d'urgence psychiatrique lors de leur passage en hospitalisation dans le Service d'Accueil et d'Urgences du CHU C. Nicolle en réalisant une étude épidémiologique observationnelle.

Nous espérons que les résultats de ce travail permettront de proposer des pistes d'amélioration de nos prises en charge.

2. Population recrutée

La population recrutée s'est faite à partir de l'analyse de tous les dossiers des patients se présentant consécutivement au SAU et nécessitant une évaluation par un psychiatre à partir de novembre 2014 et pendant 32 semaines.

Nous avons choisi de constituer deux groupes :

- un groupe de patients pris en charge pour une tentative de suicide (Groupe TS) ;
- un groupe de patients ayant bénéficié d'un avis spécialisé en psychiatrie sans tentative de suicide (Groupe Psy).

Cette différenciation nous est apparue légitime puisque les personnes avec problématiques suicidaires obéissent à une prise en charge codifiée par la Haute Autorité de Santé.

2.1. Critères d'inclusion

Critères d'inclusion concernant le groupe TS :

- Patients pris en charge au SAU du CHU de Rouen de novembre 2014 à mai 2015 dont le motif d'admission sur le dossier était un geste suicidaire réalisé.

Critères d'inclusion concernant le groupe PSY :

- Consultation psychiatrique comme motif principal de prise en charge au SAU.

2.2. Critères d'exclusion

- Nécessité d'une prise en charge dans un service de soins de réanimation ou de soins chirurgicaux en urgence ;
- Plus spécifiquement pour le groupe PSY, un critère supplémentaire était la présence d'une tentative de suicide motivant la prise en charge dans le SAU.

2.3. Données recueillies

2.3.1. Données sociodémographiques

L'âge et le sexe ont été recueillis afin de caractériser notre échantillon.

2.3.2. Analyse horaire

Afin de mieux caractériser le parcours de soins de l'ensemble des patients, nous avons réalisé une analyse portant sur les horaires des prises en charge :

- L'horaire d'arrivée du patient retenu a été celui de l'ouverture du dossier informatisé. Les horaires d'arrivée ont été classés en 3 tranches horaires (8h30-14h30, 14h30-18h et 18h-8h30) correspondant à des organisations différentes des soins psychiatriques pour ceux de la journée et au temps de garde médicale ;
- Le temps d'attente de la consultation psychiatrique a été calculé de la manière suivante (différence entre heure d'arrivée et heure de saisie de l'acte psychiatrique dans le dossier informatisé) ;
- Le délai entre la consultation et la sortie/ transfert a été calculé de la manière suivante (différence entre l'heure de saisie de l'acte psychiatrique sur le dossier informatisé et heure de sortie du patient estimée à partir de l'heure de clôture du dossier informatisé).

Toutes les heures utilisées pour l'étude ont été saisies manuellement à partir du système informatique du SAU.

2.3.3. Analyse des codes diagnostics

Les Codes diagnostics psychiatriques principaux (F..) et accessoires pour les gestes suicidaires (X..) répondent aux critères de la CIM-10.

3. Hypothèses

3.1. Hypothèse principale

L'hypothèse principale testée consiste à vérifier qu'il existe une différence de durée de prise en charge entre les deux groupes de patients.

Il est attendu de retrouver une différence en défaveur du groupe TS qui devrait passer plus de temps au SAU que les patients du groupe PSY du fait de contraintes de prises en charge liées aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

3.2. Hypothèse secondaire testée

Nous regarderons également si la nature du geste suicidaire peut expliquer la différence dans le délai de prise en charge au SAU.

Les analyses des horaires de prises en charge seront étudiées afin de mieux caractériser les parcours de soins de nos deux groupes de patients.

4. Méthodes statistiques utilisées

Différentes méthodes statistiques ont été utilisées afin d'analyser nos résultats :

4.1. Test Exact de Fisher

Le Test exact de Fisher est un test statistique utilisé pour l'analyse des tables de contingence. Ce test est utilisé en général avec des faibles effectifs mais il est valide pour toutes les tailles d'échantillons, c'est un test qualifié d'exact car les probabilités peuvent être calculées exactement.

4.2. Test de Student et Test t de Welch

Le test de Student, ou test t, est un ensemble de tests d'hypothèses paramétriques où la statistique calculée suit une loi de Student lorsque l'hypothèse nulle est vraie.

Un test de Student peut être utilisé notamment pour tester statistiquement l'hypothèse d'égalité de l'espérance de deux variables aléatoires suivant une loi normale et de variance inconnue.

Le test t de Welch est une adaptation du test t de Student, Il peut être utilisé notamment pour tester statistiquement l'hypothèse d'égalité de deux moyennes avec deux échantillons de variances inégales.

5. Présentation des résultats

114 patients ayant réalisé un geste suicidaire et 97 patients s'étant présentés pour une urgence psychiatrique non suicidaire ont été inclus dans ce travail.

5.1. Données sociodémographiques

Les tableaux n°1 et n°2 reprennent les principales caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon.

Tableau n°1 : sex-ratio et âge des patients

	Groupe Urgence Psy	Groupe TS	p
Sex-ratio (H/F)	44/53	36/78	0,046 *
Age (m+/-s)	40 +/- 19,9	40 +/- 16,08	NS

m : moyenne

s : écart-type

* Test exact de Fisher

Il existe une différence significative de répartition du sex-ratio entre les deux groupes (0,83 vs 0,46, $p < 0,01$) de patients avec une surreprésentation des femmes dans le groupe ayant réalisé un geste suicidaire.

L'âge des patients est comparable dans les deux groupes.

Tableau n°2 : Répartition des consultations selon les tranches d'âges

	Groupe Témoin		Groupe TS	
	En nb	En %	En nb	En %
Jusqu'à 15 ans	1	1,0%	1	0,9%
Entre 16 et 25 ans	30	30,9%	28	24,6%
Entre 26 ans et 35	19	19,6%	21	18,4%
Entre 36 et 45 ans	7	7,2%	25	21,9%
Entre 46 et 55 ans	20	20,6%	19	16,7%
Entre 56 et 65 ans	6	6,2%	13	11,4%
Entre 66 et 75 ans	9	9,3%	5	4,4%
Entre 76 et 85 ans	3	3,1%	2	1,8%
plus de 85 ans	2	2,1%	0	0,0%
<i>n total</i>	97		114	

Il n'existe pas de différences significatives de répartition des tranches d'âge des patients entre les 2 groupes.

On peut noter que la proportion de jeunes adultes (16-25 ans) est importante dans les deux groupes atteignant 24,6% pour TS et 30.9% pour PSY.

D'une manière plus générale, 64,9% de la population incluse dans le groupe TS a moins de 45 ans et 50,5 % du groupe urgence psy a moins de 35 ans.

5.2. Résultats concernant les codes diagnostics

5.2.1. Modalités suicidaires

L'analyse des modalités suicidaires a été étudiée à partir des Codes accessoires de la CIM 10 retenus pour tous les patients ayant réalisés un geste suicidaire, les résultats sont présentés dans le tableau n°3.

Tableau n°3 : Répartition selon le mode de passage à l'acte suicidaire répertorié avec les codes associés CIM-10

Groupe TS		
Code X	n	Seconde modalité associée
60	3	
61	94	<i>dont X78 n=5 (5%)</i>
		<i>dont X65 n=30 (32%)</i>
		<i>dont X60 n=4 (4%)</i>
64	1	
65	4	
68	1	
69	1	
70	3	
71	1	
78	5	<i>dont X65 n=3 (60%)</i>
83	1	

X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits

X61 Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs

X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision

X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool

X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits

X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision

X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation

X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion

X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant

X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés

Les ingestions médicamenteuses volontaires représentent la majorité des modalités des tentatives de suicide.

On peut noter que parmi celles-ci, 82.5% (n= 94) des passages à l'acte sont réalisés par ingestion médicamenteuse volontaire de psychotropes (X61).

Au deuxième rang : les lésions auto infligées par un objet tranchant (X78) ne représentent que 4,4 % (n= 5).

Les alcoolisations aiguës massives comme modalité suicidaire ne représentent que 3,5% (n=4) des patients de notre échantillon.

La part relativement faible des alcoolisations aiguës comme mode de passage à l'acte suicidaire isolé doit être pondérée par le nombre total de patients ayant eu recours à une prise d'alcool en association au passage à l'acte médicamenteux (34 patients au total dans notre échantillon). Ce résultat met en évidence que 33% des personnes incluses dans notre travail et venues aux urgences pour une problématique suicidaire étaient alcoolisées au moment du passage à l'acte.

5.2.2. Analyse des pathologies psychiatriques présentées par les patients

Les pathologies psychiatriques ont été étudiées à l'aide des codages diagnostics de la CIM-10 réalisés pour l'ensemble de l'activité psychiatrique des urgences du CHU.

Pour des raisons de taille de l'échantillon, nous avons regroupé les codes diagnostics en grandes catégories (trouble de l'humeur, trouble anxieux, troubles délirants).

Il est à noter que les troubles de personnalité se prêtent difficilement à un codage satisfaisant en situation d'urgence et qu'ils n'ont pas été retenus.

Le tableau 4 présente les principaux résultats.

Tableau n°4 : Répartition selon le Code diagnostic principal de la CIM-10 (F)

	Groupe PSY		Groupe TS	
	n	%	n	%
F30	36	37%	57	50,0%
F40	33	34%	35	30,7%
F20	11	11%	4	3,5%
Autre	17	18%	18	15,8%
Dont	--		--	
F10	6		12	
<i>n total</i>	97		114	

(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants

(F30-F39) Troubles de l'humeur

F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

Au cours de notre étude observationnelle, le recueil des codes diagnostics principaux semble révéler une répartition différente entre les deux groupes constitués (tableau n°4).

En effet dans le groupe TS, la majorité des patients inclus présentaient un trouble de l'humeur (F30) avec n=57 soit 50%. répartition tout autre dans le groupe PSY où ce même

code diagnostic ne représente que 32%, les troubles anxieux sont plus représentés (F40) avec 41%.

A noter la part importante de passages à l'acte inscrits dans une problématique liée à l'utilisation de substances psychoactives, n=12 (10%).

La constitution des groupes étant structurellement différentes, ces répartitions n'ont pas été comparées statistiquement.

5.3. Analyse du parcours de soins des patients

5.3.1. Analyse des horaires d'arrivées des patients (Tableau n°5)

	Groupe PSY	Groupe TS
8h30 - 14h	33	15
14h- 18h30	27	15
18h30-8h30	37	84

Test t de Welch
P < 0,001

Il existe dans notre échantillon une différence significative de répartition des horaires d'arrivée des patients entre nos deux groupes (p<0,001). Ces résultats mériteraient d'être confirmés par l'inclusion d'un plus grand nombre de patients.

Dans le groupe TS, 84 patients soit 73,68% sont arrivés sur la tranche horaire 18h30-8h30 correspondant à la prise en charge de garde.

Les urgences psychiatriques non suicidaires se répartissent équitablement sur les trois tranches horaires relevées.

5.3.2. Analyse des délais de prise en charge psychiatrique (Tableau n°6)

	Groupe PSY	Groupe TS	p	IC
Délai attente moyen (en heures)	4,52	10,23	p<0,001**	(-7,15 ; -4,25)
écart type	5,37	5,25		

** test t de Welch

Nous retrouvons qu'il existe une différence significative des délais de prise en charge psychiatrique entre les patients venus pour un geste suicidaire et les autres. Le délai d'attente avant que la consultation psychiatrique ne soit réalisée est en effet de 10,23 +/- 5,25 dans le groupe TS versus 4,52 +/- 5,37 dans l'autre groupe (p<0.001).

5.3.3. Analyse des résultats concernant les délais de sortie après la consultation psychiatrique (Tableau n°7)

	Groupe PSY	Groupe TS	Significativité
Délai de sortie moyen (en heures)	1,76	1,37	p=0,2707
écart type	3,01	1,79	

Test de Student

Les délais moyens de sortie des patients après la consultation psychiatrique sont identiques dans les deux groupes.

5.3.4. Analyse des résultats concernant les délais d'orientation des patients selon le groupe (Tableau n°8)

	Groupe PSY		Groupe TS	
	n	%	n	%
< 30 minutes	50	52%	60	53%
Entre 0,5h et 1h	27	28%	36	32%
Entre 1 et 2h	4	4%	3	3%
Entre 2h et 3h	5	5%	5	4%
Entre 3h et 4h	0	0%	0	0%
> 4 h	11	11%	10	9%

Test t de Welsh

p= 0,825

Le tableau ci-dessus présente selon les groupes le délai moyen d'orientation, c'est-à-dire le temps passé entre la consultation psychiatrique au SAU et l'orientation quelle qu'elle soit (domicile, hospitalisation). Nous constatons que la répartition est identique entre les deux groupes avec 85% des patients du groupe TS et 80% pour le groupe PSY, qui ont un délai de sortie après consultation inférieur à 1h.

Tableau n°9 : Répartitions des orientations définitives selon les groupes étudiés.

	Groupe Témoin		Groupe TS	
	n	%	n	%
Hospitalisation en Psychiatrie	39	40%	59	52%
Retour à domicile	54	56%	54	47%
Hospitalisation somatique	3	3%	1	1%
Décès	1	1%	0	0%
<i>n total</i>	97		114	

On peut noter que le nombre d'hospitalisations en service de psychiatrie est important après un passage aux urgences du CHU, atteignant 52% dans le groupe des personnes ayant fait un geste suicidaire.

Ce taux élevé d'hospitalisation laisse penser que l'adressage vers le CHU de patients en situation d'urgence psychiatrique est assez opérant puisque le taux de recours à l'hospitalisation est important.

6. Discussion

Notre étude avait pour objectif d'étudier le parcours de soins des patients au SAU du CHU de Rouen en différenciant les prises en charge des tentatives de suicide de celles pour des consultations psychiatriques motivées par un tout autre motif.

Au cours de cette étude, nous avons comparé les délais moyens d'attente, c'est-à-dire : le délai entre l'admission au SAU et une évaluation par un psychiatre. Ces délais des groupes comparés TS vs PSY mettent en évidence une première différence significative (10,22 heures vs 5,52 heures ; $p < 0,001$), les prises en charges des suicidants étant plus longues.

Cette différence était attendue, la prise en charge des conduites suicidaires répond à plusieurs contraintes organisationnelles recommandées par la Haute Autorité de Santé. Les patients doivent faire l'objet d'une triple évaluation : somatique, psychiatrique ou psychologique et le cas échéant sociale.

La prise en charge somatique nécessite le plus souvent plusieurs heures, allant de l'examen clinique initial permettant d'orienter les examens complémentaires à celui de la surveillance des conséquences du geste suicidaire. A l'électrocardiogramme par exemple, certaines perturbations sont évocatrices d'intoxications et peuvent être un reflet précis de la toxicité et de la gravité. Une publication de 2006 montre que les modifications de repolarisation associées aux intoxications par antidépresseur tricyclique nécessitent une surveillance de 24h00.²³

Ce délai peut aussi être expliqué en partie par le mode de tentative de suicide en lui-même. En effet, dans notre échantillon, 82,5% (n=94) des tentatives de suicides le sont par une intoxication médicamenteuse volontaire associant presque à chaque fois des benzodiazépines.

La classe médicamenteuse des benzodiazépines est fortement consommée par les Français, 7 millions de personnes ont eu recours au moins une fois dans l'année 2012 à ce type de molécules à visée anxiolytique.²⁴

A titre indicatif : ces dernières ont des demi-vies longues, avec par exemple le DIAZEPAM dont la demi-vie d'élimination plasmatique est comprise entre 32 et 47 heures²⁵, celle de l'OXAZEPAM est en moyenne de 8 heures²⁶ et celle du BROMAZEPAM est de 20 heures²⁷.

Le BROMAZEPAM est une des 3 benzodiazépines la plus prescrite en France.²⁸

Des résultats similaires sont présentés dans d'autres travaux²⁹, qui pour certains apportent une précision sur la classe pharmaceutique la plus fréquemment représentée dans ces passages à l'actes suicidaires, à savoir la classe des benzodiazépines.

²³ Mégarbane, Alazia, et Baud, « Intoxication Grave de L'adulte : épidémiologie, Définition, Critères D'admission En Réanimation -SRLF. »

²⁴ « ANSM - Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France- 2013. »

²⁵ « ANSM - Base de données publique des médicaments. »

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

²⁸ « ANSM - Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France- 2013. »

D'autres travaux retrouvent un taux d'intoxication aux benzodiazépines élevé (31,6% des intoxications médicamenteuses volontaires).³⁰

Ces différences peuvent être expliquées par des différences de méthodologie (part de l'ensemble des gestes suicidaires y compris ceux ayant nécessités des actes chirurgicaux ou de réanimation) ainsi que par un recours moins élevé qu'en France à ce type de médicaments dans les pays anglo-saxons.

La longue durée d'action en association avec de fortes doses ingérées induit une augmentation de la durée de prise en charge dans les services d'urgences pouvant aller jusqu'à 16 h dans certains travaux.³¹

L'effet sédatif de ces molécules ne permet pas de réaliser des entretiens psychiatriques satisfaisants dans les premiers temps de la surveillance.

De plus, les résultats que nous avons obtenus rapportent que dans 32% (n=30) des cas relevés lors d'une Intoxication médicamenteuse volontaire, nous retrouvons une alcoolisation aiguë associée rendant l'entretien psychiatrique difficilement réalisable dans un délai court après l'admission. Le taux d'éthanol diminue de 0,15 mg/h chez un adulte.³² Il faut par ailleurs rappeler que les Benzodiazépines et l'éthanol se fixent tous les deux sur des sites spécifiques des récepteurs GABA A et augmentent tous deux l'effet inhibiteurs du GABA en se potentialisant.³³

De nombreux effets indésirables en lien avec ces surdosages, tels que confusion mentale, sédation, troubles de la vigilance sont aussi observés³⁴. Ces troubles rendent l'évaluation psychiatrique difficile et peu fiable quant à l'évaluation du risque suicidaire et contribuent à l'augmentation des délais de prise en charge. Ces derniers pourraient être améliorés par un dépistage systématique des problématiques addictives associées engendrant lors du sevrage des troubles du comportement.

Notre étude des créneaux horaires d'arrivée retrouve une différence entre les deux groupes ($p < 0,001$).

Contrairement aux consultations psychiatriques sans rapport avec une tentative de suicide, qui sont réparties de manière plutôt égalitaire sur l'ensemble des créneaux de la journée, les prises en charge pour des tentatives de suicides se présentent majoritairement durant le créneau de nuit 18h30 – 8h30. Ces admissions sur les horaires de nuit contribuent à allonger le délai de prise en charge.

L'accès aux informations apportées par l'entourage³⁵ afin d'établir un diagnostic et donc une orientation adaptée est plus difficile à obtenir.

²⁹ « Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guigamp, Lannion et Paimpol - ARS Bretagne »

³⁰ Buckley et al., « A prospective cohort study of trends in self-poisoning, Newcastle, Australia, 1987–2012. »

³¹ Ibid.

³² « Comment l'alcool agit-il sur l'organisme ? - Etat des connaissances Avril 2010 - Alcool info service. »

³³ M.Stahl, *Psychopharmacologie essentielle*.

³⁴ « ANSM - Base de données publique des médicaments. »

³⁵ Chang, Edwards, et Lach, « The Collateral Source version of the Geriatric Depression Scale. »

De plus, l'implication de cet entourage dans la prise en charge du patient suicidaire reste un des éléments clefs en vue de l'organisation de la sortie de l'hôpital des patients en crise suicidaire.³⁶

Par ailleurs, les patients suicidants sortants de l'hôpital (47% dans notre échantillon) doivent bénéficier d'un adressage spécifique³⁷, conformément aux recommandations de l'HAS. Aujourd'hui, ces relais de prises en charge ne peuvent être mis en place de façon satisfaisante que dans la journée.

Le délai d'attente moyen entre la consultation psychiatrique et la sortie du SAU (transfert ou retour à domicile) est identique dans les deux groupes et survient assez rapidement. Près de 85% des patients sont sortis en moins d'une heure dont 53% en moins d'une demi-heure. Les délais plus élevés correspondent aux délais d'attente de transferts et d'arrivées des familles. Ces patients qui ne nécessitent plus de soins spécifiques dans le Service d'Accueil et d'Urgences vont cependant nécessiter une surveillance spécifique et mobiliser l'équipe soignante.

Les résultats obtenus sont à relativiser :

- Il existe un biais de recrutement devant les modalités de recueil des données. En effet ces données étaient recueillies par les équipes de psychiatrie différentes évoluant au sein du SAU du CHU, certaines consultations n'ont pas été incluses par omission ;
- Un autre biais peut être mis en avant : la sévérité des troubles des patients inclus n'était pas évaluée par les codages utilisés induisant donc une différence entre les groupes comparés. Par exemple nous pouvons penser qu'une partie des épisodes dépressifs majeurs inclus dans le groupe TS étaient possiblement plus sévère, du fait de leur passage à l'acte, que ceux inclus dans le groupe témoins ;
- Les données démographiques utilisées dans notre étude sont peu nombreuses (âge et sexe) rendant ainsi la caractérisation de la population étudiée plus faible.

Ces informations recueillies pourraient nous permettre de réfléchir collectivement à des propositions de modifications des parcours des patients en situation d'urgences psychiatriques notamment suicidaire lors de l'hospitalisation au SAU.

Le SAU présente une activité particulièrement importante. En 2015, il a été réalisé près de 4800 actes psychiatriques dans l'ensemble de ce service (source DIM du CH du Rouvray) dont près de 1500 pour des actes suicidaires.

Ce volume d'activité important associé aux délais de prises en charge (moyenne journalière de plus de 13 patients) pourraient justifier la mise en place d'organisations spécifiques des prises en charge.

Si on considère que près de 73% de ces patients arrivent la nuit, en moyenne 3 patients sont hospitalisés chaque nuit au SAU pour une problématique suicidaire.

³⁶ « Conférence de consensus: Crise suicidaire - HAS Octobre 2000. »

³⁷ Ibid.

Une des difficultés concerne la surveillance des personnes compte tenu de l'activité globale des SAU et de la temporalité nécessaire pour l'organisation des soins psychiatriques et des hospitalisations (notamment les personnes faisant l'objet d'un transfert en hospitalisation sous contrainte).

L'opportunité de lits dédiés regroupés permettant une phase d'observation et de surveillance adaptée pourrait être étudiée.³⁸

Face à l'arrivée sur les horaires nocturnes et la durée moyenne élevée d'une prise en charge, nous pourrions adapter les moyens de surveillance car le risque de passage à l'acte est plus important après un premier geste³⁹ et existe en milieu hospitalier dans les 24 premières heures d'hospitalisation.

Notre étude nous apporte aussi une information en matière de prise en charge des patients au sein du SAU car celle des patients suicidant est aussi conditionnée par l'orientation suite à l'avis spécialisé en psychiatrie : en effet 52% des patients admis pour une tentative de suicide bénéficient d'une hospitalisation en psychiatrie (transfert sur le CHSR et hospitalisation en secteur libre sur l'Unité Colonna du CHU).

Cette information nous donne une idée des besoins en termes de surveillance adaptée.

Une prise en charge dédiée au sein du service des urgences avec un espace d'attente, en bénéficiant d'une surveillance adaptée à leur crise suicidaire, et une formation à l'écoute des personnels soignants, serait une option afin d'améliorer la qualité des prises en charge psychiatriques au SAU.⁴⁰

³⁸ « Schema régional de l'organisation des soins, 2012-2017 - ARS Haute Normandie. »

³⁹ Hawton et Fagg, « Suicide, and Other Causes of Death, Following Attempted Suicide. »

⁴⁰ « Conférence de consensus: Crise suicidaire - HAS Octobre 2000. »

Troisième partie : Conclusion

Au terme de notre analyse du parcours de soins des patients suicidant au sein du SAU du CHU de Rouen, nous avons observé des particularités, certaines attendues, dans la prise en charge.

En premier lieu, notre étude a mis en évidence une tendance à l'admission plutôt nocturne (entre 18h30 et 8h30) pour les patients suicidant inclus avec 73,65% n=84 du groupe TS.

Autre constat, le délai moyen d'attente entre l'admission et l'évaluation psychiatrique : celui-ci est d'environ 10h (5h en moyenne pour des consultations psychiatriques non motivée par un geste suicidaire), ce résultat était attendu et s'explique en partie par le mode de passage à l'acte.

Concernant ce dernier, l'intoxication médicamenteuse volontaire a été retrouvée en large majorité avec 82,5% des TS répertoriées. A noter que pour 32% d'entre elles, une alcoolisation aigüe y était associée.

Dans ce contexte, au vu du nombre important de patients concernés chaque jour au SAU du CHU de Rouen, une réflexion afin de structurer une organisation spécifique des soins pourrait s'engager.

Deux axes peuvent être proposés :

- **Un Regroupement des patients afin de faciliter la surveillance** (rendu difficile en cas de flux de patients important au SAU) et donc de limiter les fugues et les récives suicidaires.
48% de nos patients issus du groupe TS nécessitent une prise en charge en milieu spécialisé et sont transférés dans un service de psychiatrie. Ces patients à risque de troubles du comportement ou de récives de passage à l'acte suicidaire nécessitent donc une surveillance accrue et rappelons-le sur un délai plus long que d'autres patients.
Les regrouper au sein d'une même unité, voire même au sein d'une pièce commune, pourrait améliorer leurs parcours de soins au SAU.
- **Dépister systématiquement les problématiques addictives** dont le sevrage peut s'accompagner de troubles du comportement.
L'intérêt de cette mesure semble justifiée face à l'importance de la part d'alcoolisations retrouvées dans les passages à l'acte suicidaires. Cette comorbidité pour certains d'entre eux, associée au délai de prise en charge prolongé, augmente les risques de troubles du comportement au sein du SAU avec l'apparition éventuelle de signes de sevrage.

Bibliographie /référence

- Manuel de psychiatrie 2ème Edition Comportements suicidaires M.L Bourgeois
- « 2ème rapport de l'Observatoire National du Suicide - Janvier 2016 », s. d.
- « Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 - INPES », s. d.
- « ANSM - Base de données publique des médicaments », s. d. <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.
- « ANSM - Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France- 2013 », s. d.
- Buckley, Nicholas A, Ian M Whyte, Andrew H Dawson, et Geoffrey K Isbister. « A prospective cohort study of trends in self-poisoning, Newcastle, Australia, 1987–2012: plus ça change, plus c'est la même chose. » *The Medical Journal of Australia* 202, n° 8 (4 mai 2015): 438-42. doi:10.5694/mja14.01116.
- Chang, Yu-Ping, Dorothy Farrar Edwards, et Helen W. Lach. « The Collateral Source version of the Geriatric Depression Scale: evaluation of psychometric properties and discrepancy between collateral sources and patients with dementia in reporting depression. » *International Psychogeriatrics* 23, n° 06 (août 2011): 961-68. doi:10.1017/S1041610211000147.
- « Comment l'alcool agit-il sur l'organisme ? - Etat des connaissances Avril 2010 - Alcool info service », s. d.
- « Conférence de consensus: Crise suicidaire - HAS Octobre 2000 », s. d.
- « Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guigamp, Lannion et Paimpol - ARS Bretagne », s. d.
- Farberow, Norman L. « Suicide Prevention in the Hospital. » *Psychiatric Services* 32, n° 2 (1 février 1981): 99-104. doi:10.1176/ps.32.2.99.
- Fridell, E. Johnsson, Agneta Öjehagen, et I. Träskman-Bendz. « A 5-year follow-up study of suicide attempts. » *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93, n° 3 (1996): 151-57.
- Hawton, K., et J. Fagg. « Suicide, and Other Causes of Death, Following Attempted Suicide. » *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 152 (mars 1988): 359-66.
- « Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011 - Invs », s. d.
- « Insee AVAL Haute-Normandie Mars 2012 », s. d.
- Jouglà, Eric, Françoise Péquignot, Alain Le Toulec, Met AL BOVET, et Marc Mellah. « Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. » *Actual Doss Santé Publique* 45 (2003): 31-34.
- Mégarbane, B., M. Alazia, et F. Baud. « Intoxication Grave de L'adulte : épidémiologie, Définition, Critères D'admission En Réanimation -SRLF. » *Réanimation* 15, n° 5 (octobre 2006): 354-63. doi:10.1016/j.reaurg.2006.07.001.
- M.Stahl, Stephen. *Psychopharmacologie essentielle*. Lavoisier. 2ème édition, s. d.
- Portzky, Gwendolyn, Kees van Heeringen, et Myriam Vervaet. « Attempted Suicide in Patients With Eating Disorders. » *Crisis* 35, n° 6 (novembre 2014): 378-87. doi:10.1027/0227-5910/a000275.
- « Rapport novembre 2014 Observatoire national du suicide », s. d.
- « Schema régional de l'organisation des soins, 2012-2017 - ARS Haute Normandie », s. d.

- World Health Organization. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. [Place of publication not identified]: World Health Organization, 2015.
- W. Pitchot, c. Paquay, M. anseau. « Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques », s. d.

Résumé

Le suicide en France est un problème de santé publique majeur .Devant le nombre important décès résultants de passages à l'acte suicidaires (11400 décès par suicide en France en 2011) des questions autour du parcours de soins au sein des services d'accueil des urgences (SAU) se posent.

Notre objectif au cours de cette étude était d'évaluer le parcours de soins des patients suicidant au SAU du CHU de Rouen, les études portant sur ce sujet durant ce court temps de prise en charge restant par contre rares.

Au SAU du CHU de Rouen, à partir de Novembre 2014 et ce pendant 32 semaines nous avons choisi de constituer deux groupes : un groupe de patients pris en charge pour une tentative de suicide (Groupe TS) n=114, un groupe de patients ayant bénéficié d'un avis spécialisé en psychiatrie sans tentative de suicide (Groupe Psy) n=97. Les données recueillies étaient des données démographiques : l'âge et le sexe afin de caractériser notre échantillon ; des données diagnostiques : les Codes diagnostiques psychiatriques principaux (F..) et accessoires pour les gestes suicidaires (X..) répondent aux critères de la CIM-10 ; ainsi que des données horaires afin de mieux caractériser le parcours de soins de l'ensemble de patients.

Les résultats de notre étude montre une différence significative entre les deux groupes en terme de délai d'attente avant de bénéficier d'une consultation psychiatrique TS= 10,23 (en heures), PSY=4,52, $p < 0,001$. La différence observée peut sembler t'il s'expliquer en partie par le mode de passage à l'acte, le plus représenté étant l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) avec n=94 (82,5%) dont n=30 (32%) y ont associés prise d'alcool. A noter qu'une autre tendance a été rapporté par notre étude celle ci concerne l'heure d'arrivée : n=84 (73,68%) du groupe TS est admis sur le créneau horaire nocturne (18h30 -8h30) contrairement au groupe PSY qui lui est reparti de manière plutôt égalitaire, $p < 0,001$.

Dans ce contexte, au vu du nombre important de patients concernés chaque jour au SAU du CHU de Rouen, une réflexion afin de structurer une organisation spécifique des soins pourrait s'engager.

Deux axes peuvent être proposés :

- *Regroupement des patients afin de faciliter la surveillance et de limiter les fugues et récurrences suicidaires*
- *Dépister systématiquement les problématiques addictives dont le sevrage peut s'accompagner de troubles du comportement.*

Mots Clés

suicide, parcours de soins aux urgences, tentatives de suicides, intoxication médicamenteuse volontaire, dispositifs de soins