

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N°157

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

**Le 17 novembre 2015**

**Par Frédéric DENYS**

Né le 1<sup>er</sup> décembre 1985 à Béziers (34)

Titre de la thèse

**Etude observationnelle de l'adhésion aux différentes stratégies de prévention  
après une première tentative de suicide prise en charge  
au Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint Paul de la Réunion.**

Directeur de thèse

**Monsieur le Docteur Erick GOKALSING**

Jury

<b>Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur associé Jean-Marc FRANCO</b>	<b>Juge</b>
<b>Madame le Docteur Clémence CHAZAUD</b>	<b>Juge</b>
<b>Monsieur le Docteur Erick GOKALSING</b>	<b>Juge</b>
<b>Monsieur le Maître de Conférence Philippe DESMARCHELIER</b>	<b>Rapporteur</b>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.*

*A Camille parce que je l'aime bien,*

*A mes parents : merci pour tout,*

*A mes sœurs,*

*A mon grand-père pour m'avoir donné l'envie de l'imiter,*

*Au triangle,*

*A Nathalie et Serge pour m'avoir nourri,*

*A Mounia pour son anglais,*

*Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie aussi pour vos cours auxquels j'ai pu assister il y a dix ans déjà. Soyez assuré de mon profond respect.*

*Monsieur le Professeur associé Jean-Marc FRANCO, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Je vous remercie aussi pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale ainsi que pour vos conseils formateurs lors du stage que j'ai fait dans votre cabinet.*

*Monsieur le Maître de conférence associé Docteur Philippe DESMARCHELIER, je vous remercie d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Je vous remercie aussi pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale et pour le temps que vous m'avez dédié lors du stage dans votre cabinet.*

*Madame le Docteur Clémence CHAZAUD, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'attention que vous portez à la formation des internes en stage de psychiatrie.*

*Monsieur le Docteur Erick GOKALSING, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre souci du détail et votre disponibilité qui m'ont poussé à plus d'exigence et à faire ce travail du mieux que j'ai pu.*

*Enfin, je remercie l'Unité de Soutien Méthodologique, Madame le Docteur Laetitia HUIART pour ses précieux conseils méthodologiques et David LABROSSE pour son aide au niveau statistique.*

# Table des matières

<b>Liste des tableaux et des figures</b> .....	<b>8</b>
<b>Liste des abréviations et acronymes</b> .....	<b>10</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>Prérequis</b> .....	<b>15</b>
I. Le suicide : état des lieux et prévention .....	16
A. Définitions : .....	16
B. Historique du suicide : .....	17
1. Histoire de l'acte suicidaire : .....	17
2. Histoire de l'intérêt scientifique : .....	19
3. Histoire du suicide à la Réunion : .....	20
C. Epidémiologie descriptive : .....	21
1. Dans le monde : .....	21
a. Suicide : .....	21
b. Tentatives de suicide .....	23
2. En France : .....	23
a. Suicide .....	23
b. Tentatives de suicide .....	25
3. A la Réunion : .....	25
a. Suicide : .....	25
b. Tentatives de suicide : .....	27
D. Prévention du suicide : .....	27
1. Les différents niveaux de prévention : .....	27
2. Facteurs de risque : .....	28
a. Classification des facteurs de risque selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : .....	29
b. Classification des facteurs de risque selon l'OMS : .....	30
c. Autres facteurs identifiés : .....	32
3. Les facteurs de protection : .....	33

4.	Les actions de prévention :.....	34
5.	Etat des lieux de la prévention tertiaire ou indiquée : .....	35
a.	Principes généraux : .....	35
b.	Revue de la littérature des interventions possibles : .....	37
II.	La prise en charge hospitalière des suicidants de la région ouest de l'île de la Réunion : Le Centre d'Accueil Psychiatrique de l'Ouest.....	45
A.	Evolution de la prise en charge hospitalière du suicide dans l'ouest de la Réunion :45	
B.	Organisation actuelle du CAP Ouest :.....	47
	<b>Partie Expérimentale .....</b>	<b>52</b>
I.	Hypothèses et objectifs de l'étude :.....	53
A.	Genèse de l'étude : .....	53
B.	Hypothèses : .....	54
1.	Hypothèse principale :.....	54
2.	Hypothèses secondaires : .....	54
C.	Objectifs : .....	55
II.	Matériels et méthodes : .....	56
A.	Population :.....	56
B.	Recueil de données :.....	56
1.	Procédure :.....	56
2.	Données récoltées :.....	57
a.	Type d'intervention proposée et critère de jugement principal :.....	57
b.	Autres données : .....	58
C.	Analyse des données :.....	59
III.	Résultats : .....	59
A.	Description de la population étudiée : .....	59
1.	Nombre de sujets retenus : .....	59
2.	Données sociodémographiques :.....	61
3.	Données médico-psychologiques et antécédents : .....	62
4.	Caractéristiques des tentatives de suicide : .....	64
B.	Devenir des patients : .....	65
1.	Hypothèse principale :.....	65
2.	Hypothèses secondaires : .....	67
C.	Autres résultats : .....	70

<b>Discussion :</b> .....	<b>71</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>81</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>83</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>89</b>
<b>Recueil de données</b> .....	<b>90</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>92</b>

# Liste des tableaux et des figures

<b>Figure 1</b> : Suicides mondiaux par âge et niveaux de revenus des pays, 2012 (1).....	22
<b>Figure 2</b> : Incidence du suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge en France (3).....	24
<b>Figure 3</b> : Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge : Réunion, métropole (moyenne 2008-2010) (7).....	26
<b>Figure 4</b> : Les principaux facteurs de risque de suicide associés aux interventions pertinentes (1) reproduit du rapport de l'OMS paru en 2014 .....	32
<b>Figure 5</b> : Carte de la Réunion avec le territoire Ouest en foncé et la commune de Saint-Paul délimitée par un trait rose (Source Google Map).....	46
<b>Figure 6</b> : Organisation de la prise en charge du suicidant au CAP OUEST .....	49
<b>Figure 7</b> : Diagramme de flux .....	60
<b>Tableau 1</b> : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	61
<b>Tableau 2</b> : Données médico-psychologiques et antécédents de la population étudiée.....	62
<b>Tableau 3</b> : Antécédents d'évènements à potentialité psychotraumatique.. .....	63
<b>Tableau 4</b> : Caractéristiques des tentatives de suicide.. .....	64
<b>Figure 8</b> : Taux de présence au premier rendez-vous de suivi en fonction de la modalité proposée.. .....	65
<b>Figure 9</b> : Focus sur les patients à qui un rendez-vous en CMP a été organisé .....	66
<b>Figure 10</b> : Présence à la première consultation de suivi et récurrence. ....	67
<b>Figure 11</b> : Présence selon des caractéristiques sociodémographiques.....	68
<b>Figure 12</b> : Présence selon le moyen utilisé. ....	69
<b>Figure 13</b> : Présence selon les antécédents. ....	69





# Liste des abréviations et acronymes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRFI : Pays à Revenu Faible et Intermédiaire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CHGM : Centre Hospitalier Gabriel Martin

CAP Ouest : Centre d'Accueil Psychiatrique de l'Ouest

UAPsy : Unité d'Accueil Psychiatrique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

EPSMR : Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion

UPU : Unité Post-urgence

UPP : Unité Porte Psychiatrique

CPC : « Consultation Péri-Critique »

RDV Fixé : Rendez-vous fixé en CMP

COORD : Remise de Coordonnées du CMP

DIM : Département d'Informatique Médicale

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

USM : Unité de Soutien Méthodologique

TS : Tentative de Suicide

ORS : Observatoire Régional de Santé

# **Introduction**

Depuis quelques années, la problématique suicidaire est devenue un enjeu majeur au niveau mondial. Elle a fait l'objet d'un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) en 2014 et d'un plan national en France en 2011 (2). En effet, prévenir les comportements suicidaires est une question de santé publique et à un degré plus pragmatique permettrait d'économiser des sommes considérables dans le domaine de la santé (3). Comme le suggèrent de nombreuses études (1)(4)(5), ce sujet doit s'envisager dans sa globalité et mener à des mesures multisectorielles. Celles-ci se classent en trois niveaux :

- Elles peuvent être menées au niveau universel dans le but de cibler la population générale. Les actions qui peuvent être efficaces sont la limitation de l'accès aux moyens létaux, la réalisation d'interventions en milieux scolaires et l'information au public (6).
- Elles peuvent être menées à un niveau sélectif, dans le but de cibler les personnes à risque. Les actions qui peuvent être efficaces sont la mise à disposition de lignes d'appel téléphonique et la formation des médecins généralistes (6).
- Elles peuvent être menées à un niveau individuel ou indiqué, dans le but de cibler les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide et qui sont à risque de récidiver. Les actions qui peuvent être efficaces sont les systèmes de veille et les psychothérapies (6).

A la Réunion, le suicide et les conduites suicidaires sont un problème historique. Actuellement, c'est le DOM-TOM le plus touché (7), les chiffres restant tout de même inférieurs à ceux de la France hexagonale. Une prise de conscience de cette réalité a eu lieu depuis les années 1980. Cela a commencé par la création de la ligne d'appel SOS solitude (8), puis par la mise en place d'une politique de limitation d'accès aux produits agricoles létaux (9), par la création ensuite des premières consultations dédiées aux crises suicidaires. Aujourd'hui, enfin, il existe des services spécialisés dans les hôpitaux de l'île. Malgré ces évolutions majeures, le taux de suicide ne diminue pas, la problématique du suicide des jeunes reste très présente (7) et le taux de réadmission à l'hôpital pour tentative de suicide dans l'année suivant le passage à l'acte (ce taux correspond au chiffre le plus proche du taux de récurrence) était de 19% entre 2009 et 2011 (7) contre 12.8% en France hexagonale sur les années 2007 à 2011 (3).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, une des manières de prévenir une récurrence est d'effectuer la démarche d'un suivi psychothérapique (10). Après un passage à l'acte, il a été démontré que des psychothérapies brèves sur 3-4 mois diminuent le risque de récurrence (11). C'est pourquoi ce type de suivi est toujours envisagé et proposé pour les patients passant les divers hôpitaux en France, dans les suites d'une tentative de suicide.

Ainsi, depuis de nombreuses années, une prise en charge psychothérapique est proposée aux patients suicidants à la fin de leur prise en charge hospitalière au Centre Hospitalier Gabriel Martin, situé dans l'ouest de la Réunion. Cependant, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de savoir précisément ce que deviennent les suicidants après la prise en charge hospitalière. Si on ajoute à cela l'existence d'un taux de récurrence estimé supérieur au taux français, à la Réunion, il apparaît important de se poser la question de l'adhésion au suivi psychothérapique proposé et l'efficacité de ce suivi.

De notre position de clinicien, il nous semble que la première consultation qui suit la prise en charge hospitalière après tentative de suicide est très importante. C'est elle qui permettrait "d'accrocher" le patient à un suivi et, de manière subjective, nous avons l'impression que c'est cela qui déterminera l'effectivité du suivi.

Différentes stratégies peuvent être mises en place concernant l'organisation de cette première consultation de suivi après une tentative de suicide et nous avons souhaité savoir quelles étaient leur efficacité. Pour cela nous avons envisagé d'étudier les patients suicidants hospitalisés en 2013 au Centre Hospitalier Gabriel Martin ayant bénéficié d'une première prise en charge hospitalière pour tentative de suicide, en nous intéressant à leur devenir selon la façon dont la consultation de suivi leur était proposée à leur sortie de l'hôpital. L'objectif principal de notre étude était donc de comparer les taux d'adhésion à la première consultation suivant un geste suicidaire, selon la façon dont celle-ci était organisée.

Les objectifs secondaires étaient de voir si la façon d'organiser cette première consultation pouvait avoir une incidence éventuelle sur le taux de récurrence durant l'année suivant cette première prise en charge hospitalière pour tentative de suicide, de décrire la population de suicidants sélectionnée et rechercher si certaines de leurs caractéristiques pouvaient influencer sur le taux d'adhésion à la première consultation de suivi, enfin de tenter de confirmer l'hypothèse selon laquelle la première consultation est un des déterminants principaux du suivi.



# Prérequis

# I. Le suicide : état des lieux et prévention

## A. Définitions :

Comme point de départ, concernant la définition du **suicide**, nous avons choisi de prendre celle du Larousse : *acte de se donner volontairement la mort. Action de détruire soi-même, son autorité, son crédit, etc. : cette proposition de loi est un suicide politique. En apposition à un nom, indique une action dans laquelle l'exécutant sacrifie sa vie : Opération suicide.* (12) Il est intéressant de voir comment ce mot peut être utilisé sur un plan métaphorique.

Durkheim propose une définition plus pragmatique en 1897 : *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.* (13)

Marguerite Quidu, elle, s'appuie sur l'étymologie *sui coedere le suicide, acte de se tuer, acte réussi sanctionné par la mort.* (14)

L'OMS définit le suicide comme : *l'acte de se donner délibérément la mort.* (1)

La définition de Deshaies est intéressante, en effet elle sous-entend que le suicide peut-être inconscient, cette définition ne préjuge pas des motivations : pour lui, *le suicide est l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente en prenant la mort comme moyen ou comme fin.* (15)

Selon l'OMS, le terme **tentative de suicide** est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto agression avec intention de mourir ou pas. (1) Cela inclut par exemple les scarifications et élargit la définition de Quidu qui voit dans la tentative de suicide *un acte incomplet se soldant par un échec.* (16) L'OMS estime qu'il est très difficile d'évaluer l'intention de suicide en raison de l'ambivalence et de la dissimulation associées à l'acte. Cela pose tout de même problème concernant l'intervention qui en découlera. En effet, La prise en charge devrait être différente entre un acte auto-agressif sans et avec intention de mort.

Certains auteurs parlent de **parasuicide** pour désigner les conduites suicidaires dont *la finalité autodestructive est souvent ambiguë* (16) en particulier chez les adolescents.



On distingue selon Moron (16):

- Les **suicidaires** : personnes qui ont des idées d'autodestruction prévalente.
- Les **suicidés** pour ceux dont l'acte a « réussi ».
- Les **suicidants** pour ceux dont l'acte ne s'est pas conclu par le décès

Dans le même ordre d'idée l'OMS parle de **comportement suicidaire** pour désigner les comportements allant des idées suicidaires au suicide en passant par la planification du suicide, la tentative de suicide etc.

## B. Historique du suicide :

### 1. Histoire de l'acte suicidaire :

De tout temps le suicide a existé. Dans tous les pays, toutes les sociétés, depuis toujours, l'idée de suicide a germé pour des motivations diverses. Voici quelques exemples marquants inspirés de l'ouvrage de Moron principalement (16):

Aux Indes, dès l'Antiquité, sous l'influence considérable du brahmanisme, les sages, à la recherche du nirvanâ (délivrance de tous les maux dans le « Néant absolu »), se suicidaient fréquemment au cours des fêtes religieuses.

En Chine, après la mort de Confucius, 500 disciples se précipitèrent dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres.

Au Japon, c'est la notion de l'honneur qui contraignait les nobles à se faire hara-kiri, mais pendant le culte certains croyants n'hésitaient pas à se suicider pour rejoindre leurs divinités.

En Egypte, on demandait à la mort la délivrance. Les partisans allaient jusqu'à se grouper en associations dont les membres recherchaient les moyens les plus agréables pour mourir.

En Grèce, le suicide à Athènes était puni : le cadavre était privé de sépulture, sa main droite coupée et enterrée dans un autre endroit. Les stoïciens, eux, sous l'influence de Platon, faisaient peu de cas de la vie (*on sort de la vie avec autant de satisfaction que d'une chambre*

*enfumée* (16)). Certains philosophes allaient même jusqu'à faire l'apologie du suicide, Hegesias disciple de Diogène en est un exemple.

A Rome, le suicide des esclaves était fréquent mais interdit, les rescapés étaient sévèrement punis. Il en était de même pour les soldats romains qui appartenaient à l'État et ne pouvaient disposer de leur vie. Tous avaient cependant le droit de se supprimer en cas de souffrance intolérable.

Avec l'influence des philosophes (pour Sénèque, *penser à la mort, c'est penser à la liberté* (16)) et de littérateurs comme Lucain, appelé « le poète du suicide » ainsi que l'influence de la politique - les personnages importants en disgrâce auprès de l'empereur, se suicidaient pour soustraire leurs biens à la convoitise du tyran - et avec la décadence de l'empire, le suicide s'est fait plus fréquent.

Les Gaulois préférèrent souvent la mort à l'esclavage des envahisseurs romains. Certaines tribus incitaient par ailleurs les vieillards à quitter ce monde afin de n'être plus un poids pour la communauté.

Initialement, le christianisme interdit le suicide : *tu ne tueras point, ni un autre, ni toi-même, car celui qui se tue n'est-il pas le meurtrier d'un homme ?* (16) Plusieurs conciles se prononcèrent successivement dans le même sens : la sépulture religieuse est refusée aux suicidés. Cela n'a pas empêché, aux XII<sup>ème</sup> et XIII<sup>ème</sup> siècles, de nombreux cas de se produire : l'hérésie cathare incite certains membres, les « Parfaits », à réaliser le « suicide sacré ». La répression fut violente, aussi bien religieuse que séculière. Cependant, saint Thomas d'Aquin précisa la doctrine de l'Église qui admit peu après les exceptions du « Furiosus » et de « l'Insanus » du droit romain, introduisant ainsi la notion du suicide pathologique et, de ce fait, le déculpabilisant.

En 1774, paraît l'œuvre de Goethe : *Les souffrances du jeune Werther*. L'issue fatale de ces souffrances eut sur la jeunesse d'alors un effet foudroyant écrit Antoine Blondin dans la préface d'une réédition du livre de Goethe en 1959 (17) : *les garçons des quatre coins du monde, costumés à la Werther d'un frac bleu et d'une culotte jaune, effrayants de gaieté, se précipitèrent dans l'autre monde avec un exemplaire du livre dans leur poche.*

Au moment de la révolution puis de l'empire en France, la Déclaration des droits de l'homme, en proclamant la liberté humaine, fit tomber toutes les pénalités encourues à partir de 1810 en cas de suicide.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les suicides devinrent de plus en plus nombreux, en particulier chez les militaires au début du siècle lors des guerres sous Napoléon. C'est le « mal du siècle ». A tel point que dans le dernier quart du siècle, on trouve en Grande-Bretagne et aux États-Unis des clubs de suicidaires.

## 2. Histoire de l'intérêt scientifique :

Le mot de « suicide » aurait été pour la première fois utilisé par l'abbé Desfontaines en 1737. Il fut repris ensuite par les Encyclopédistes, mais il fallut attendre le XIX<sup>ème</sup> siècle pour voir deux écoles s'opposer, l'une psychiatrique et l'autre sociologique. Pour les psychiatres, il fallait être dans un état pathologique, *être plus ou moins fou* (16), au moins au moment du passage à l'acte pour se suicider.

Durkheim (1897) et les sociologues le voient, à travers des statistiques systématisées, comme *un phénomène constant* (13) résultant de facteurs extrinsèques familiaux, sociaux et religieux et non d'actes individuels.

Halbwachs (1930), va jusqu'à dire que c'est *le vide social* (18) créé autour de l'individu qui cause, seul, le suicide.

C'est avec Deshaies en 1947, que naît la théorie psychologique du suicide. Le suicidant est envisagé dans sa globalité *sous son aspect physique, psychique et social. L'intentionnalité de la tentative de suicide n'est pas la mort seule : elle est une prise de position par rapport au groupe et à la société.*(15) Les différents professionnels (sociologues, statisticiens, psychiatres et psychologues) peuvent, grâce à cette définition, l'étudier selon leur point de vue à travers le prisme de leur discipline.

### 3. Histoire du suicide à la Réunion :

Le suicide a toujours été un phénomène important à la Réunion (8). Les premiers suicides à la Réunion affectaient les esclaves, avec des formes quasi épidémiques parfois. Dès la traversée vers la réunion, les esclaves venant de Madagascar ou d'Afrique tentaient de se suicider. Sur place, certains de ceux qui avaient le mal du pays, tentaient de repartir vers Madagascar en pirogue dans un acte de désespoir au XVIII<sup>ème</sup> siècle notamment. C'est dans une idée de « prévention » qu'un tuteur créole était souvent chargé de s'occuper de l'intégration progressive à l'atelier. La christianisation permettait aussi de diminuer les révoltes et les suicides. Le suicide était interdit par la religion chrétienne qui n'autorisait pas les suicidés à avoir une sépulture.

Le désespoir et l'exaspération devant les châtiments répétés étaient souvent la cause de ces passages à l'acte. Il y avait probablement aussi une volonté de châtier ses tourmenteurs. Ainsi, le suicide pouvait être un acte militant, de protestation et de revanche sur ses oppresseurs.

Chez les indiens notamment, au XIX<sup>ème</sup> siècle, malgré la christianisation, les croyances animistes persistaient. Le suicide était donc un moyen de retourner sur la terre des ancêtres voire un moyen de retour sous forme d'esprit pour torturer celui qui vous avait poussé à l'acte. Face à cela, les maîtres d'esclaves châtaient ceux qui avaient tenté de se suicider pour qu'ils ne soient plus présentables dans l'au-delà s'ils recommençaient. Les esclavagistes crevaient les yeux des morts par suicide pour qu'ils renaissent aveugles en Inde.

Par la suite, les affranchis, avec le changement trop rapide et la rupture des habitudes sociales, pouvaient connaître des situations d'abandon physique et moral, entraînant alcoolisme et prostitution, pouvant aller jusqu'au suicide.(8)

Les moyens de suicide les plus fréquents étaient la pendaison, la noyade et le saut du haut d'un rempart.

A la fin des années 1980, le suicide et les tentatives de suicide ont atteint des niveaux jamais atteints sur l'île avec une augmentation quasi-linéaire depuis trente ans. Le géographe Albert Lopez évoque *le bouleversement majeur qu'a été la départementalisation* (8). L'île de la Réunion avant 1946 était dans *une paupérisation lente* due à son isolement et à l'oubli politique dont elle faisait l'objet. Après 1946, une transformation socio-économique brutale a

eu lieu avec une transition du mode de vie rural vers le mode de vie urbain. Les transports, les télécommunications, la scolarisation, le système de santé et les prestations sociales se sont développés, ce qui a eu pour conséquence notamment l'amélioration du niveau de vie, un boom démographique et le recul de l'illettrisme. Le secteur tertiaire s'est extrêmement développé au détriment du secteur primaire. Le monde rural s'est trouvé déstabilisé au niveau économique et nombreux sont ceux qui ont mal vécu cette *dualité quotidienne* conséquence de la transition économique.

La réponse immédiate a été de créer SOS SOLITUDE en 1985, un numéro de téléphone disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, garantissant l'anonymat et étant basé sur l'écoute. Les professionnels de santé ont donc pris conscience du problème et des travaux ont eu lieu sur le sujet pour répondre à ce phénomène. Les différents acteurs de la société pouvant apporter leur contribution se sont réunis lors d'un colloque en 1991 pour essayer de comprendre et proposer des solutions applicables. C'est suite à ce colloque que des équipes d'urgences psychiatriques se sont créées dans les différents hôpitaux de l'île. Un livre synthétisant les visions de psychiatres, anthropologue, sociologue, historien, géographe etc. ayant participé à cette réunion a été publié en 1995. (8)

## C. Epidémiologie descriptive :

### 1. Dans le monde :

#### a. Suicide :

En 2012, dans le monde, selon l'OMS (1), le suicide représentait 1.4 % de tous les décès soit la 15<sup>ème</sup> cause de mortalité. Le nombre de suicides estimé en 2012 était de 804 000, soit un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11.4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). Ces chiffres sont probablement sous-estimés, le suicide étant un sujet sensible, illégal dans certains pays et parfois classé à tort dans les catégories accidents ou autres causes de décès par les systèmes d'enregistrement de l'état civil efficace, ou oublié simplement si ces systèmes sont inefficaces. Le suicide est donc un problème de santé publique. En 2012, le taux de suicide le plus faible était de 0.4 pour 100 000 habitants en Arabie Saoudite, le plus fort était de 44.2 pour 100 000 habitants en Guyana.

Concernant l'âge, les taux de suicide sont plus bas chez les personnes âgées de moins de 15 ans et plus élevés chez celles âgées de 70 ans ou plus, aussi bien chez les hommes que chez les femmes et dans presque toutes les régions du monde. Ainsi, dans certaines régions, les taux de suicide augmentent régulièrement avec l'âge alors que, dans d'autres, on constate un pic des taux de suicide chez les jeunes adultes qui s'atténue chez les personnes d'âge moyen. Dans le monde, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. En effet, dans les Pays à Revenu Faible et Intermédiaire (PRFI), les jeunes adultes et les femmes âgées affichent des taux de suicide bien plus élevés que ceux des pays à revenu élevé où, parallèlement, le taux de suicide est nettement supérieur chez les hommes d'âge moyen que chez ceux des PRFI.

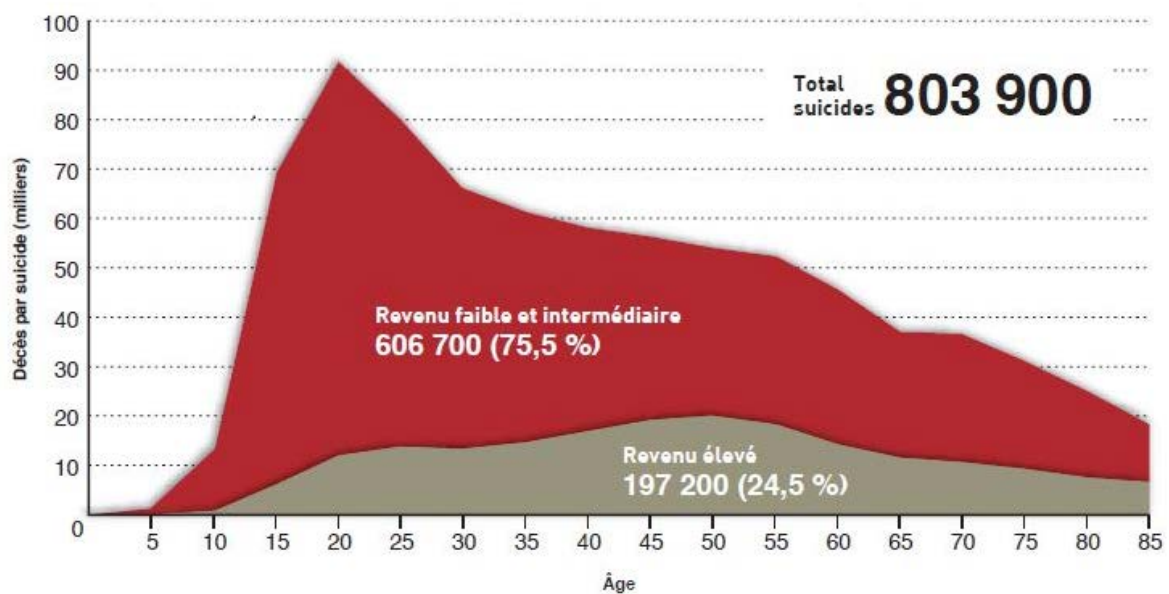


Figure 1 : Suicides mondiaux par âge et niveaux de revenus des pays, 2012 (1)

Concernant la répartition par genre, dans le monde, le suicide représente 50 % des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes. On observe un rapport hommes/femmes du nombre de suicides important dans les pays à revenu élevé : il était de 3.5 en 2012. A contrario dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le rapport hommes/femmes s'élevait à 1.6 en 2012. En d'autres termes, le taux de suicide est 57% plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les PRFI et 300% plus élevé dans les pays à revenu élevé.

Dans les pays à revenu élevé, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux et les armes à feu, constituent la deuxième méthode la plus courante. Elles sont employées dans 18 % des

cas (en particulier dans les pays à revenu élevé d'Amérique du fait de la législation sur les armes qui en permet la libre circulation et donc leur disponibilité plus facile). L'auto-intoxication par des pesticides est l'une des méthodes de suicide privilégiées dans les PRFI, en particulier dans ceux dont une grande partie des habitants des zones rurales travaillent dans l'agriculture à petite échelle. Le choix de la méthode varie selon le groupe de population concerné et la disponibilité de celle-ci.

#### b. Tentatives de suicide

La prévalence annuelle mondiale des tentatives de suicide est estimée à environ 4 pour 1000 adultes sur des études menées entre 2001 et 2007 à partir d'enquêtes d'autodéclaration de tentatives de suicide. Il est possible d'en conclure que pour chaque adulte qui s'est suicidé, probablement plus de 20 ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Cependant, à l'instar des taux de suicides et de tentative de suicide, le rapport tentatives/décès et le taux de létalité des comportements suicidaires varient largement en fonction de la région, du sexe, de l'âge et de la méthode.

### 2. En France :

#### a. Suicide

Le suicide est un problème de santé publique en France également. Le « *fardeau économique* » du suicide a été estimé à 5 milliards d'euros en 2009 en France (3). A titre de comparaison, le coût économique des Accidents Vasculaires Cérébraux en France était évalué à 4.5 milliards d'euros par an en 2010 par le Professeur Gérard de Pourville, directeur de l'Institut de la Santé et titulaire de la chaire ESSEC Santé (19).

10524 suicides ont été répertoriés en 2011. Le chiffre est en baisse par rapport à 1990 avec 11403 suicides à l'époque. Ce qui donne un taux de décès par suicide de 16.2 pour 100 000 habitants en 2011 alors qu'il était de 20.3 pour 100 000 habitants en 1990. La France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide (après la Finlande 16.8 pour 100 000 habitants en 2010, la Hongrie 21.7 pour 100 000 et les pays Baltes par exemple 28.5 pour 100 000 habitants en Lituanie) avec un niveau nettement supérieur à la moyenne

européenne, qui s'établit à 10,2 suicides pour 100 000 habitants. La Grèce est le pays avec le taux le plus bas de suicide 2.9 pour 100 000 habitants en 2010 ce qui a probablement changé depuis.

Il existe aussi de fortes disparités régionales avec en particulier des taux de suicide largement plus élevés dans le nord et dans l'ouest.

Concernant la répartition par âge, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge.

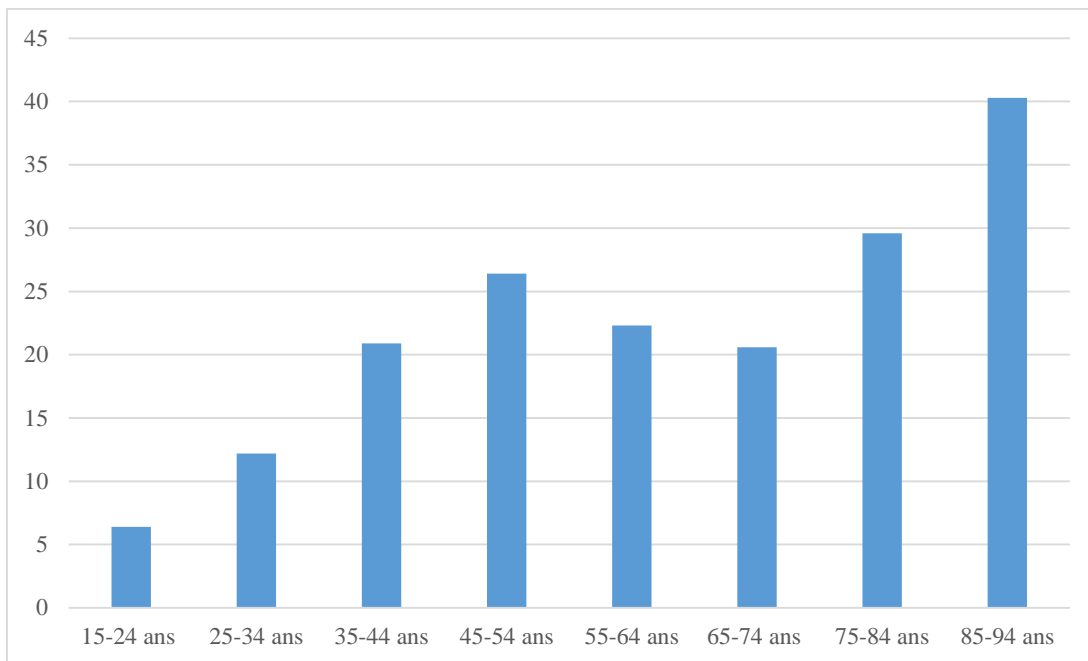


Figure 2 : Incidence du suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge en France (3)

Le taux de suicide chez les personnes âgées reste élevé. 28 % des suicides concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Le suicide est la 1ère cause de mortalité des 25-34 ans (20% du total des décès dans cette tranche d'âge) et la 2ème cause (après les accidents de la circulation) chez les 15-24 ans (16,3 % du total des décès).

Concernant la répartition par genre, les victimes du suicide sont pour près des trois quarts des hommes.

Au niveau de l'évolution du taux de suicide, l'amélioration est plus franche chez les hommes, on passe de 32.3 à 25 pour 100 000 habitants de 1990 à 2011 et de 10.7 à 7.8 pour 100 000 habitants chez les femmes.



## b. Tentatives de suicide

L'Institut de veille sanitaire (InVS) estime le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide entre 176 000 et 200 000 par an, ce qui représente un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide de 17,7 pour 10 000 habitants. Les femmes sont les plus concernées avec un taux de 21,6 pour 10 000 femmes, contre 13,4 pour 10 000 hommes.

Les données indiquent qu'après une hospitalisation pour tentative de suicide, le taux de réadmission pour le même motif est de 12,8 % à 12 mois et progresse jusqu'à 26,6 % à 8 ans. C'est entre 30 et 49 ans que les ré-hospitalisations pour tentatives de suicide sont les plus fréquentes, sans différence entre les hommes et les femmes : environ un quart des patients de cette classe d'âge sont ré-hospitalisés au moins une fois.

Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait de femmes (65 % des tentatives de suicide avec une prédominance des intoxications médicamenteuses).

## 3. A la Réunion :

### a. Suicide :

Le suicide est un problème de santé publique à la Réunion comme en métropole. Le nombre de suicides et de tentatives de suicide a beaucoup augmenté dans les années 1970 à 1995. Depuis les années 2000, ces chiffres semblent s'être stabilisés même s'ils sont probablement sous-estimés.

Le taux standardisé de mortalité par suicide sur la période 2008 - 2010 est de 13 pour 100 000 habitants à la Réunion ce qui est inférieur à la France en général mais supérieur à tous les autres DOM où la moyenne est de 11 pour 100 000. (7)

Concernant la répartition en fonction de l'âge, deux éléments ressortent. Le premier est que l'incidence du suicide contrairement à l'incidence française n'augmente pas avec l'âge. Seulement 12% des suicides concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Le second est que le taux de suicide chez les jeunes réunionnais est supérieur au taux de suicide français. Cela se traduit par une mortalité par suicide 1.5 fois supérieure à la France en général parmi

les 10-24 ans ce qui en fait la 3<sup>ème</sup> région la plus concernée par ce problème. Ces spécificités étaient déjà remarquées à la fin des années 1980 avec des courbes similaires aux actuelles pour ce qui concerne la comparaison des taux de suicide par an pour 100 000 habitants par tranche d'âge entre Réunion et France métropolitaine. (9)

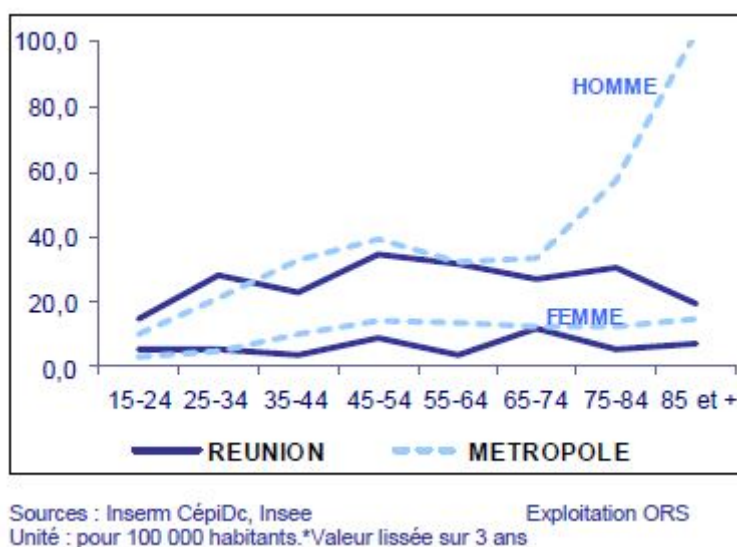


Figure 3 : Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge : Réunion, métropole (moyenne 2008-2010) (7)

Concernant la répartition par genre, les hommes représentent 80% des décès par suicide, soit une surmortalité masculine comparativement à la France en général.

Concernant les méthodes de suicide, on remarque une nette diminution des suicides par produits agricoles qui représentaient 44% en 1994, et 6% sur la période 2008-2010. La pendaison est devenue le moyen privilégié dans 48% des cas. A noter dans 11% des cas le choix de la précipitation. Ces chiffres correspondent à peu près aux chiffres des pays à revenu élevé dans le monde. A contrario les chiffres de 1994 correspondent aux chiffres des pays à revenu faible et intermédiaire actuels mondiaux. Deux facteurs peuvent expliquer cette évolution : la politique de suppression d'accès aux produits agricoles dangereux et le changement démographique et de niveau de vie avec une population qui s'urbanise de plus en plus. On peut remarquer que dans les PRFI, il existe encore de nombreux suicides par ingestion de produits agricoles dangereux.

Sur la période 2009-2011, le nombre de patients ayant fait un séjour à l'hôpital (passage aux urgences compris) pour tentative de suicide est de 920 en moyenne soit environ 11 tentatives de suicide pour 10 000 habitants. (7) Ce chiffre serait bien inférieur au chiffre français mais il

est très certainement extrêmement sous-estimé, en raison d'un défaut de cotation des diagnostics et d'un retard à l'informatisation des services, ne permettant pas d'avoir la certitude d'une exhaustivité du recueil.

Une estimation non publiée à partir des chiffres des différents services d'urgence psychiatrique de l'île conduisait à un résultat entre 1500 et 2000 patients hospitalisés pour tentative de suicide sur l'année 2013.

Le taux de récurrence annuel basé sur l'existence d'au moins une autre hospitalisation pour tentative de suicide dans l'année est de 19% sur les années 2009-2011. (7) Ce taux est bien supérieur au taux français qui est de 12.8%. (6)

#### b. Tentatives de suicide :

Classiquement les tentatives de suicide sont le fait de femmes dans 62% des cas. Dans 84 % des cas, ce sont des intoxications médicamenteuses volontaires. La tranche d'âge la plus touchée par le phénomène est là encore les 15-24 ans. 36 % des hospitalisations féminines et 26% des hospitalisations masculines pour tentative de suicide étaient dans cette tranche d'âge avec une tendance plus importante à utiliser des moyens de tentative de suicide violents type saut dans le vide ou utilisation d'un objet tranchant (7% des cas alors que c'est en moyenne entre 3 et 4 % dans les autres classes d'âge).

### D. Prévention du suicide :

#### 1. Les différents niveaux de prévention :

Il existe plusieurs manières de classer les niveaux de prévention du suicide. Ainsi, soit on peut les classer en fonction du moment où ils se situent par rapport au geste suicidaire (16):

- Avant la crise et la tentative de suicide, on utilise les termes **d'antévention ou prévention primaire**. C'est le moment idéal pour les différents interlocuteurs (médecin généraliste, autres acteurs de la société, associations philanthropiques etc.) de la personne à risque, pour engager des actions de

prévention qui visent à éviter, à ce stade, que le patient ne s'engage dans un processus suicidaire.

- Pendant la crise suicidaire, **l'intervention** doit être urgente, c'est le moment de **la prévention secondaire**. A ce stade peuvent se mettre en place des prises en charge avec psychothérapie, éventuellement hospitalisation et prise en charge globale (sociale, de l'entourage etc.). L'objectif est ici d'éviter chez un sujet en crise suicidaire, un passage à l'acte suicidaire ou les complications immédiates de celui-ci s'il a eu lieu.
- Après la crise suicidaire, la **prévention tertiaire** permettra de réaliser une prise en charge adéquate débutée dans l'institution sur le plan psychothérapeutique, familial et social. L'objectif est d'éviter la récurrence.

Soit on les distingue en fonction de la population ciblée comme le propose l'institut de médecine de Washington en 1994 :

- **La prévention universelle** qui correspond aux mesures d'information, de communication etc. à l'échelle de la population générale.
- **La prévention sélective** qui correspond à la prise en charge des personnes en crise suicidaire.
- **La prévention indiquée** qui correspond à la prise en charge des suicidants dans le but d'éviter qu'ils recommencent.

## 2. *Facteurs de risque :*

Les actions de prévention pour être efficaces, doivent s'appuyer sur une connaissance solide du phénomène suicidaire. Ainsi de nombreuses études sur le suicide ont eu pour objectif d'étudier à l'échelle de la population, et non de l'individu, les personnes chez qui ce phénomène arrivait. Ainsi la présence (ou l'absence) de certaines caractéristiques ont pu être retrouvées chez les personnes ayant une problématique suicidaire. A l'inverse, d'autres caractéristiques (ou leur absence) ont pu être fréquemment retrouvées chez les personnes indemnes de cette problématique. Les facteurs de risque de suicide, sans en être les causes, sont liés statistiquement au suicide. Bien connaître ces facteurs permet ainsi d'agir de façon

ciblée chez des personnes qui sont statistiquement plus sujettes à une problématique suicidaire.

De nombreux facteurs de risque ont ainsi été identifiés en ce qui concerne le suicide. Les études semblent s'accorder sur le fait que le principal facteur de risque de passage à l'acte suicidaire est l'antécédent de tentative de suicide. (20)

a. Classification des facteurs de risque selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) :

L'ANAES en 2000 a édité des recommandations (4) sur lesquelles on peut toujours s'appuyer aujourd'hui. Les auteurs classifient les facteurs en trois catégories :

- Les **facteurs primaires** qui correspondent à ceux sur lesquels on peut avoir une action par des traitements médicaux ou psychothérapeutiques, ils ont valeur d'alerte :
  - Existence de troubles psychiatriques, troubles de la personnalité, troubles anxieux ou troubles dépressifs, surtout s'ils coexistent
  - Antécédents personnels et familiaux de suicide
  - Communication d'une intention suicidaire : des idées suicidaires sont exprimées dans 80% des cas dans les mois précédents une tentative de suicide ou un suicide (4)
  - Impulsivité : à considérer plus en tant que facteur précipitant
  - Evènements de vie (changements extérieurs au sujet) précipitant récents : constatés dans de nombreuses tentatives de suicide, en particulier les conflits interpersonnels.
- Les **facteurs secondaires** qui ont une faible valeur prédictive pris isolément et sur lesquels notre action sera peu efficace. Ils ont une valeur associée à des facteurs primaires. Par exemple :
  - L'isolement social
  - Le chômage
  - Les difficultés financières et professionnelles
  - Les événements de vie négatifs prédisposant (les pertes précoces, la maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels et les abus physiques.)

- Les **facteurs tertiaires** qui sont non modifiables et présents à l'échelle de la population : le sexe, l'âge, une période de vulnérabilité (ex : phase prémenstruelle).

b. Classification des facteurs de risque selon l'OMS :

La classification de l'OMS (1) concernant les facteurs de risque est plus exhaustive et permet de proposer une action de prévention à chaque facteur de risque. Elle distingue :

- les facteurs liés aux individus
- les facteurs liés aux relations
- les facteurs liés aux communautés
- les facteurs liés aux sociétés
- les facteurs liés aux systèmes de santé (obstacles aux soins).

Parmi ceux-ci, certains facteurs doivent être explicités :

- la **couverture médiatique** : l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de passage à l'acte chez des personnes préalablement vulnérables. D'autre part, le rôle d'internet est à prendre très au sérieux. C'est un des moyens principaux de s'informer et parfois certaines idées fausses circulent au point que certains sites et médias sociaux favorisent les conduites suicidaires par l'intermédiaire de particuliers mettant en scène des actes suicidaires ou poussant au suicide par des discours de propagande.
- le **stress lié à l'acculturation et au déplacement** : du fait de la non-consideration des peuples autochtones sur le plan de l'autonomie politique économique et territoriale, et le peu d'intérêt pour leur culture et leurs langues, les peuples autochtones peuvent se sentir isolés et discriminés donc méfiants vis-à-vis des structures publiques. L'évolution rapide de notre société avec la transition qui s'effectue parmi ces peuples autochtones peut être un facteur de risque de suicide dans ces populations. Ils sont plus touchés par le suicide en particulier chez les jeunes hommes, c'est le cas par exemple des Maoris en Nouvelle-Zélande ou des Aborigènes en Australie. On observe la même chose à un degré moindre à la Réunion avec la transition rapide d'une société rurale déjà très récente à une société urbaine

(8)(21). On peut aussi se poser la question de la responsabilité du passé colonial récent.

- **les discriminations** : les personnes emprisonnées, les minorités sexuelles, les personnes victimes de harcèlement, les réfugiés et les migrants sont particulièrement vulnérables.

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

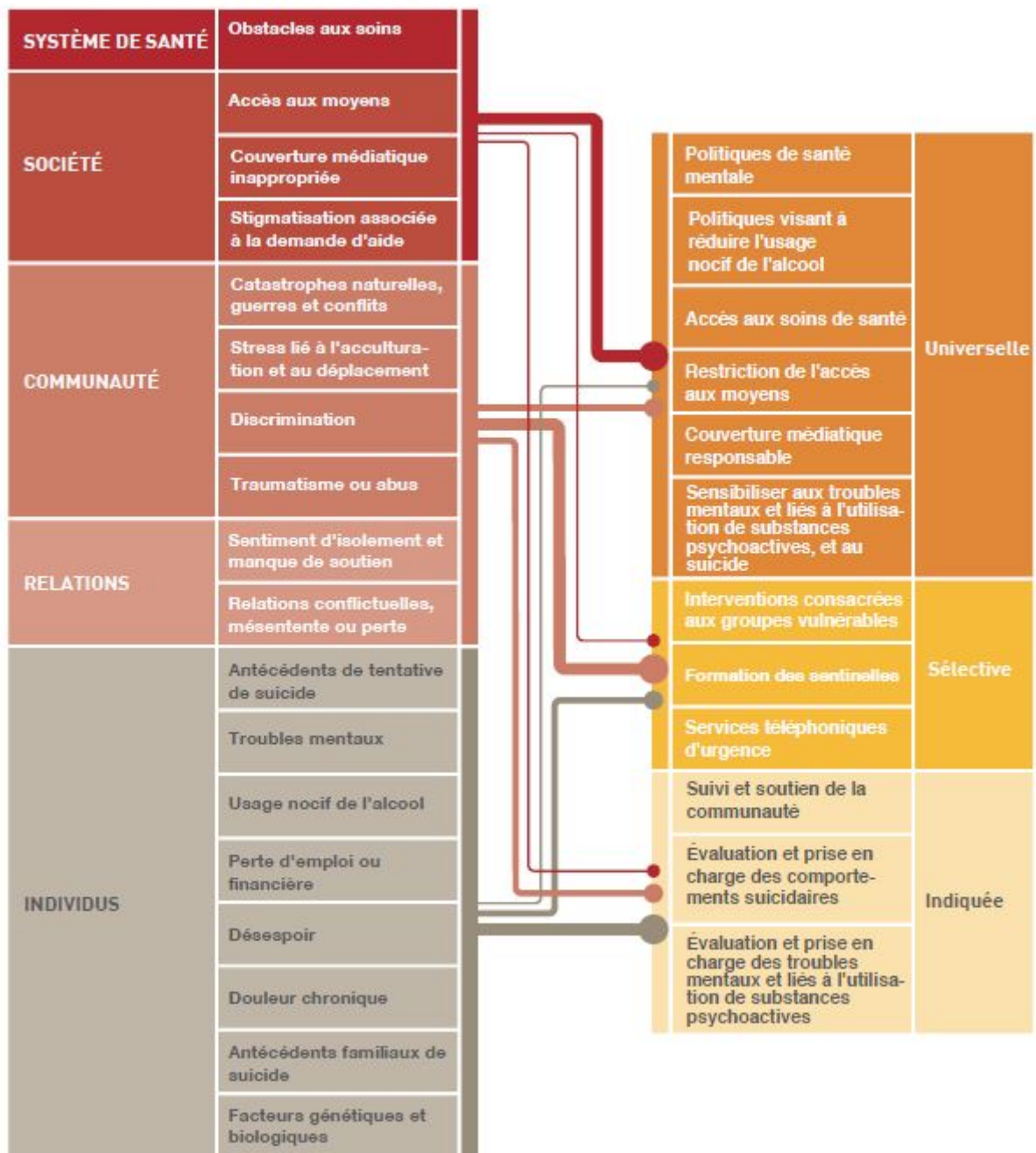


Figure 4 : Les principaux facteurs de risque de suicide associés aux interventions pertinentes (1) reproduit du rapport de l'OMS paru en 2014

c. Autres facteurs identifiés :

L'Observatoire National du Suicide (ONS) (6), lui, met l'accent sur de nouvelles réalités augmentant le risque de suicide. Il travaille sur l'impact des **évolutions actuelles du travail**



**et des politiques managériales** sur le risque de suicide. Une des notions importantes que l'on retrouve dans ce domaine est celle de **souffrance éthique**, elle *exprime l'existence d'un désaccord entre ce que les personnes estiment devoir faire dans leur travail et ce qu'elles sont conduites à faire en raison de l'organisation du travail et qu'elles réprouvent*. Elle est importante de par la *haine de soi* qu'elle peut entraîner. La solitude au travail, l'absence de coopération entre les salariés et la hiérarchie, et la surcharge de travail sont autant de facteurs de vulnérabilité.

L'ONS compte aussi se pencher sur le **rôle de la pauvreté** et en particulier sur les conséquences de la crise économique et financière de 2008.

Ces facteurs de risque sont donc en perpétuelle évolution dans le temps en fonction des modifications de la société et varient énormément d'un lieu à un autre.

### *3. Les facteurs de protection :*

Un facteur protecteur est un facteur statistiquement associé, lui, aux personnes n'ayant pas de problématique suicidaire. Favoriser les facteurs de protection est tout aussi important que diminuer les facteurs de risques :

- Le fait d'entretenir des relations personnelles et d'avoir un **cercle social** soutenant (partenaires, amis, famille) est essentiel en période de crise en particulier pour les groupes plus dépendants que sont les adolescents et les personnes âgées.
- Les **croyanances religieuses et spirituelles** peuvent avoir un rôle protecteur. La foi en quelque chose, l'appartenance à une communauté assurant une cohésion et le suivi de règles qui interdisent parfois des facteurs de risque (alcool par exemple) sont autant d'arguments en faveur de la théorie d'un effet protecteur sur le suicide. Il faut toutefois remarquer que certaines religions ont eu tendance à stigmatiser le suicide et d'autres ont pu pousser à cette extrémité.
- L'OMS évoque aussi *l'état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être* qui permettrait de mieux faire face aux situations de crise.

#### 4. Les actions de prévention :

Compte tenu du nombre important de facteurs de risque, il existe une multitude d'actions de prévention possible. Il convient pour être plus efficaces de mener des actions à divers niveaux. Dans ce paragraphe, nous utiliserons les différents niveaux de prévention utilisés par l'OMS :

- Le degré **universel** dont le but est de toucher toute la population par les différentes interventions notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, la restriction d'accès aux moyens létaux, les campagnes de prévention etc. Selon l'ONS (6), qui s'appuie sur une revue de la littérature réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), la **limitation d'accès aux moyens létaux** a montré une réelle efficacité sur le taux de suicides pour sept études. Par exemple à Bristol, l'action de mettre en place des barrières sur un pont où il y avait de nombreux suicides en 1998 a permis de diminuer de moitié le nombre de suicides sur ce site (22). Autre exemple au Royaume-Uni, diminuer le nombre de comprimés dans les boîtes de Paracétamol en 1998, a réduit les conséquences des nombreuses Intoxications Médicamenteuses Volontaires (IMV) dues à ce médicament selon une revue de littérature se basant sur de nombreuses études (23). Les **interventions en milieu scolaire**, elles aussi, montrent leur efficacité si elles sont faites pour la population générale des élèves par des adultes formés, dans *une démarche pédagogique de connaissance du suicide et de la dépression* (6). Il faut toutefois être vigilant sur les risques de stigmatisation d'où l'importance d'avoir des intervenants bien formés. Par exemple, le programme SOS (Signs Of Suicide) aux Etats Unis en 2004, basé sur des interventions scolaires pour les 13-17 ans à partir d'une vidéo et d'un guide de discussion a prouvé son efficacité sur les tentatives de suicide rapportées (24). **L'information au public** peut avoir une efficacité si elle cible la dépression et qu'elle est associée à une offre de soins et une prise en charge. Il n'existe pas d'étude montrant son efficacité si elle est utilisée seule.
- Le degré de stratégie **sélective** dont le but est de repérer des groupes *jugés vulnérables* (6) et de leur permettre d'avoir accès à des actions spécifiques (ex : les personnes ayant eu un vécu potentiellement traumatisant). Dans cet ordre d'idée, selon l'ONS, les **lignes d'appel** classiques semblent montrer leur efficacité sur le taux de suicide. Dans ce domaine, certaines pistes sont à explorer : *faciliter l'accès aux lignes dans les*

*lieux ou environnements à risque de suicide* (6), développer des systèmes téléphoniques *d'appels sortants* pour certaines populations à risque, en particulier les personnes âgées. Une étude italienne publiée en 1995 montrait l'efficacité sur le taux de suicide des personnes âgées d'une alarme permettant de joindre un service spécialisé si le moral n'était pas bon ou de recevoir régulièrement des appels pour évaluer le moral (25). En résumé, le but serait d'essayer d'adapter ces lignes d'appel aux différentes populations cibles avec éventuellement des stratégies plus actives. Des études concernant la **formation des médecins généralistes** qui sont en première ligne montrent qu'une formation continue à la majorité des praticiens notamment sur la dépression serait utile (26). L'ONS rejoint l'OMS sur ce point.

- Le degré **individuel ou indiqué** dont l'objectif est d'éviter la récurrence en mettant en place des stratégies ciblées vers les personnes qui ont fait un passage à l'acte. L'ONS insiste sur ce point que nous allons développer dans les prochains paragraphes : *le maintien du contact surtout s'il est proactif et humain* après une hospitalisation.

Les actions de prévention peuvent aussi se situer au niveau de la promotion des facteurs de protection en favorisant le lien avec l'entourage et le travail sur des *stratégies d'adaptation positives* (1).

## 5. *Etat des lieux de la prévention tertiaire ou indiquée :*

### a. Principes généraux :

La prévention tertiaire ou indiquée correspond à la prise en charge après une tentative de suicide, elle est primordiale, son but étant de prévenir la récurrence. Idéalement pour qu'elle soit mieux suivie, elle doit débuter au cours de l'hospitalisation pour le passage à l'acte. Classiquement, elle a pour objectif un suivi psychothérapeutique. Taleghani estime qu'à ce stade-là, *l'étude de tout l'environnement et l'établissement d'une posture bien définie* (16)

sont nécessaires. Les environnements social et familial doivent être sondés et pris en compte dès l'hospitalisation. La « postcure » doit être organisée durant ce temps en institution, ce qui implique une bonne coordination entre les structures hospitalières, les structures de secteur et le médecin traitant.

L'ANAES a édité des recommandations sur le thème du suicide (4) en 2000, et développe, à cette occasion, les principes de la prévention tertiaire. Une des idées fortes est la **nécessité du suivi pour tous les suicidants** avec des modalités à évaluer au cas par cas. Celles-ci seront discutées avant la sortie de l'institution, les intervenants doivent être bien identifiés, le lien entre eux et l'entourage doit être favorisé. Dans cette optique-là, le médecin traitant doit être rapidement prévenu. De même, les intervenants peuvent prendre le rendez-vous et en informer les proches pour les impliquer dans cette démarche de suivi. Il est recommandé que ce suivi soit réalisé par un intervenant connu (exemple : médecin traitant). Le rendez-vous doit être précoce après le passage hospitalier.

Un suivi spécialisé est indiqué s'il existe plusieurs facteurs de risque, des pathologies psychiatriques identifiées, plusieurs passages à l'acte, des addictions etc. L'objectif du passage en institution est aussi à ce moment-là de favoriser l'alliance thérapeutique avec les futurs intervenants pour éviter une rupture dans la continuité des soins, toujours en impliquant l'entourage de manière à dédramatiser le recours à la psychiatrie.

De manière générale, le suivi n'est pas obligatoirement médical. La mise en œuvre en sera discutée avec le patient pour en favoriser prioritairement l'observance. Une relance systématique par téléphone ou courrier en cas de non-présentation au rendez-vous prévu peut être utile dans cet objectif. L'ANAES évoque la possibilité de réaliser un suivi à domicile en cas de problème de compliance. L'OMS évoque la même idée notamment pour les pays à revenus faibles et intermédiaires. Au final, ce qui ressort c'est **l'importance du maintien du contact** avec les patients. Ainsi plusieurs méthodes ont été proposées pour maintenir ce contact. Celles-ci sont regroupées sous le terme général de « **Systèmes de veille** ».

C'est dans la première année suivant la crise suicidaire que l'attention doit être la plus marquée, en effet c'est dans les premiers mois après le passage à l'acte que le risque de récurrence est le plus fort. Déjà en 1988, Hawton et Fagg (27) ont montré que le risque de récurrence était maximal dans les 6 mois après une tentative de suicide. Selon une étude anglaise réalisée par Appleby et al. parue dans le British Medical Journal (BMJ) en 1999 (28), 25%

des patients qui se sont suicidés ont été en contact avec les services de « santé mentale » dans l'année précédant le passage à l'acte. Ils montrent aussi que le taux de suicide est plus fort dans la semaine après le passage hospitalier pour tentative de suicide, il diminue ensuite semaine après semaine.

Durant cette période de sur-risque suicidaire, pour répondre au mieux aux moments de crise suicidaire, le suivi doit permettre, si nécessaire, un accès rapide et facilité à des structures d'urgence en cas de signes d'alerte repérés.

Au-delà du suivi, une prise en charge sociale et un soutien à la famille sont souvent indiqués. Selon l'ANAES, il existe un vrai bénéfice à avoir plusieurs niveaux d'action et associer les prises en charge à des degrés divers. (Exemple : associer une prise en charge en addictologie ou en victimologie au suivi psychothérapique)

b. Revue de la littérature des interventions possibles :

**Les psychothérapies :**

Différentes interventions ont été évaluées dans la prise en charge après une tentative de suicide. L'approche psychothérapique semble efficace pour plusieurs auteurs sur des études avec des protocoles différents. Une revue de la littérature réalisée par Daigle et al. (10) publiée en 2011 a dégagé 8 études sur 16 montrant l'efficacité d'une psychothérapie (cognitivo-comportementale le plus souvent) sur la récurrence :

- L'étude de Brown GK et al. (29) parue dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) en 2005 montre un intérêt significatif à la **psychothérapie cognitivo-comportementale** dans la prévention de nouveaux passages à l'acte chez des patients qui ont tenté de se suicider récemment (50% de TS en moins par rapport au groupe témoin sur les dix-huit mois de suivi). L'étude de Slee et al. (30) parue en 2008, montre des résultats qui vont dans le même sens pour une psychothérapie cognitivo-comportementale courte sur 3 mois avec des rendez-vous hebdomadaires. L'étude POPMACT de Tyrer et al. parue en 2003 (31) au Royaume Uni a testé sur un essai randomisé la remise d'un manuel permettant d'assister une psychothérapie

cognitivo-comportementale se déroulant en 7 sessions. Il existe une tendance à la diminution des actes auto-agressifs mais non significative. 50% des patients ont eu le livre seul et ne sont pas allés aux rendez-vous de suivi psychothérapeutique.

- De même Nordentoft et al. en 2005 (32) ont mis en évidence au Danemark une diminution significative du taux de récurrence chez des patients de 16 à 40 ans dans une **approche cognitivo-comportementale en institution** 24h sur 24 pendant les 15 jours suivant un passage à l'acte puis avec un suivi à 3, 6, 9 et 12 mois. Cette intervention semble efficace en sachant que ce n'était pas un essai randomisé et qu'il existait des biais de sélection.
- L'étude de Guthrie et al. en 2001 (11) parue dans le BMJ montre aussi une efficacité significative pour les **approches psychodynamiques brèves** (approche psychanalytique). En effet, cette étude montre une diminution des récurrences dans les 6 mois après le début du suivi : 9% dans le groupe étudié contre 28 % dans le groupe témoin.
- L'étude observationnelle de Kapur et al. en 2004 (33) semble trouver une amélioration significative sur la récurrence suite à un suivi par un spécialiste mais sans préciser la technique, ni la fréquence des rendez-vous.

### **Les systèmes de veille :**

En institution, durant la crise, l'équipe médicale et paramédicale a une idée de ce que sera la suite de la prise en charge. La réalité est souvent différente. En effet, le problème est la compliance aux propositions faites lors de l'hospitalisation. En 1989, Moller (34) met en évidence ce défaut d'observance. Parmi les patients qui préalablement avaient dit être motivés seulement 30% se sont présentés dans l'équivalent d'un Centre Médico Psychologique (CMP). Ce chiffre passe à 55% lorsque le rendez-vous est fixé avant la sortie avec un

intervenant différent de lors du premier contact. Ces chiffres montrent bien la difficulté à maintenir le lien avec les patients après leur sortie. Or le maintien du contact est primordial dans la prévention de la récurrence. Plusieurs moyens existent, ce sont les **systèmes de veille** qui vont répondre à la notion d'inquiétude. Ils sont aussi connus sous le nom de « **connectedness** ». Ils peuvent être plus ou moins actifs, leur objectif est de permettre un accès à certaines ressources sans se substituer aux systèmes de soins et sans être trop envahissants :

- **La remise d'une carte avec des coordonnées téléphoniques** joignables 24h sur 24 est un de ces systèmes de veille laissant l'initiative de l'appel au secours, au patient. L'étude d'Evans et al. sur 6 mois en 1999 (35) ne montre pas d'intérêt significatif à cette approche sur la récurrence sauf une tendance positive pour les primosuicidants qui est moins évidente sur 12 mois dans les résultats publiés en 2005 (36). L'étude de Cotgrove et al. en 1995 (37), sur des adolescents, étudiant ce système avec la possibilité d'une réhospitalisation à la demande montre une diminution des récurrences et une augmentation des recours à l'hôpital en cas de mal-être mais non significatives.
- **L'envoi de cartes postales personnalisées** est un système plus actif et peu envahissant. Motto et Bostrom sont les premiers à lancer une étude sur le sujet en 1969 (38). Ils ont évalué l'efficacité de contacts réguliers par des lettres personnalisées tous les mois pendant 4 mois puis tous les deux mois pendant 8 mois puis tous les 3 mois pendant 4 ans chez les patients ayant refusé l'aide psychothérapeutique proposée systématiquement après un passage à l'acte. Les résultats montrent une réduction significative du nombre de suicides surtout dans les deux premières années. Ces résultats sont intéressants notamment pour les patients non compliant à fort risque de passage à l'acte. L'étude de Carter et al. en 2005 (39) évalue l'envoi de 8 cartes postales sur un an à la suite d'une tentative de suicide par IMV au moyen d'un essai randomisé. Les résultats sont mitigés : il n'existe pas de différence significative sur le nombre de patients qui récidivent mais parmi ceux qui récidivent trois fois ou plus ceux-ci récidivent moins souvent. L'étude de Beautrais et al. en 2010 (40) semble corroborer ces résultats. Les patients qui se sont volontairement faits du mal, passent

moins souvent par le service d'urgences psychiatriques si on leur envoie des cartes postales personnalisées à 2 semaines, 6 semaines, 3, 6, 9 et 12 mois du passage à l'acte dans l'année qui suit. Mais il existait un biais avec une différence entre les deux groupes avant l'inclusion : le groupe ayant reçu les cartes postales avait fait moins de passages à l'acte avant celui permettant l'inclusion dans l'étude.

- **L'appel téléphonique** est un système de veille qui a été évalué dans plusieurs études. L'étude SYSCALL de Vaiva et al. en 2006 (41) a testé un appel téléphonique par un psychiatre inconnu du patient à un mois ou à trois mois d'une tentative de suicide. Sur l'année suivant le passage à l'acte, il n'y a pas eu d'impact significatif sur la récurrence. Par contre pour les patients joints à un mois en particulier, une diminution des récurrences a été observée significativement après l'année du geste. Cette étude a aussi mis en évidence que 86 % (contre 70 %) des patients qui ont reçu l'appel téléphonique à un mois ou à trois mois, ont évoqué le passage à l'acte avec leur médecin généraliste. Cet appel semble faire tomber certaines barrières du lien avec les personnels médicaux.
- Dans le même ordre d'idée, un essai randomisé, l'étude SIAM est en cours à propos de **l'envoi de SMS** à Brest (42) après une tentative de suicide à H48, J7, J15 et une fois par mois sur 2 ans à heure fixe (13h) par un système automatisé. Le type de message étant : « Mr X, nous espérons que vous allez mieux et que vous pourrez vous rendre à la consultation du docteur Y le (date et heure). Vous pouvez nous joindre si vous avez besoin de quoi que ce soit à ce numéro ... »
- Les systèmes de veille les plus actifs sont les systèmes de **visite à domicile**. Van Heeringen en 1995 (43) a montré une amélioration significative au niveau de la compliance et une tendance à la réduction des attitudes suicidaires suite à la mise en place de visites à domicile régulières par des infirmières chez des patients qui ont initialement refusé le suivi psychothérapeutique. L'étude de Hvid et Wang au Danemark



publiée en 2009 (44) montre l'intérêt du Norwegian Baerum Model avec une diminution significative des récidives. Il consiste en un suivi pendant 6 mois, pour les personnes peu compliantes à une prise en charge, au moyen de visites à domicile par des infirmières par exemple. Dans son dernier rapport (1), l'OMS encourage ce type d'interventions en raison de son faible coût et de sa mise en œuvre facile notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

- **Certains protocoles d'intervention brève après une tentative de suicide** ont prouvé leur efficacité : par exemple l'étude de Fleischmann et al. (45) en 2008 évalue un protocole d'intervention mené dans 5 pays émergents. Le taux de mortalité par suicide est largement inférieur de façon très significative (2.2% contre 0.2% avec un  $p < 0.001$ ) dans le groupe où le protocole BIC a été mis en place. Il consistait en une heure d'information individuelle avant la sortie et après la sortie puis en 9 contacts par téléphone ou visite par des professionnels de santé sensibilisés (médecin, infirmier ou psychologue) à 1, 2, 4, 7, 11 semaines et 4, 6, 12 et 18 mois du passage à l'acte initial. Par contre Bertolote et al. (46) n'ont pas trouvé de différence significative pour le même échantillon sur la récidive sans mortalité. A noter que des disparités existent en fonction des pays.
- Sur la base de ces recherches, **l'étude ALGOS** (47) en France, étudie un protocole de prise en charge pour le maintien du contact avec les patients en fonction des caractéristiques de ces patients. Le but est de tester l'efficacité des différents systèmes de veille : « crisis card », appel téléphonique et carte postale sur la récidive et le nombre de suicide à 6 mois. La mesure proposée s'inspire des résultats des études antérieures menées sur les systèmes de veille, l'idée étant d'appliquer un algorithme de prévention qui tient compte des caractéristiques des patients suicidants (par exemple, "crisis card" proposée aux primosuicidants, appel téléphonique aux suicidants récidivistes, etc.) Les premiers résultats sont encourageants. L'analyse per protocole montre une baisse du nombre de récidives mais la proportion de personnes qui récidivent, n'est pas impactée.

- L'étude ALGOS a été testée sur le territoire métropolitain. Cependant la problématique suicidaire existe aussi dans les territoires d'outremer et l'équipe de recherche IPSOM (Impact du Suicide et du Psychotraumatisme en Outre-Mer) de l'Unité INSERM 1178 a récemment proposé une étude qui vise à reproduire ALGOS dans les départements français d'outremer et vérifier si proposer un rendez-vous systématique avec un professionnel de santé entre le 22<sup>ème</sup> et le 45<sup>ème</sup> jour après une tentative de suicide peut avoir un impact positif sur la récurrence suicidaire. Cette étude baptisée APSOM (Algorithme de Prévention du Suicide Outre-Mer) fait l'objet d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional financé par le Ministère de la Santé et doit débuter au dernier trimestre 2015.

### **Approches multisectorielles :**

Pour conclure, au-delà des difficultés à faire des études valables dans le domaine psychologique, certaines méthodes prises individuellement peuvent avoir des effets bénéfiques. Les psychothérapies, en particulier d'approche cognitivo-comportementale, si elles débutent rapidement après le passage à l'acte et si elles sont intensives ont prouvé leur efficacité sur la récurrence dans l'année suivant le passage à l'acte. Les systèmes de veille visant à maintenir le contact sont d'autant plus efficaces qu'ils sont actifs et qu'ils ne correspondent pas à une mesure prise isolément. En effet, l'approche du suicide et de sa réduction doit être **multisectorielle** parce que chaque suicidant est différent et ce sont ces programmes qui apportent les meilleurs résultats.

L'exemple de Aoun en 1999 en Australie (48), est intéressant de ce point de vue-là. En effet, l'étude portait sur un **protocole d'intervention intensif** après une tentative de suicide. Il incluait une évaluation sur le plan psychiatrique et social à l'entrée puis une prise en charge à 48h par un conseiller personnalisé qui suivait le patient de façon intensive pendant 6 semaines. S'associait parallèlement une sensibilisation des associations et des acteurs du parcours de soin. L'amélioration semblait très significative sur le taux de réhospitalisation

passant de 12.6% à 3.6% sur une période de 22 mois en sachant que la méthode était une étude de cohorte et non un essai randomisé.

De même en Italie à Trieste, à la fin des années 90, pour répondre au problème du suicide très élevé dans cette région, a été créé le projet *telefono speciale*, consistant en un numéro vert d'écoute et permettant le lien avec les structures spécialisées d'urgences psychiatriques. Parallèlement, la population, les journalistes et les professionnels de santé ont été sensibilisés au suicide par des campagnes de communication. Au final, il y a eu une prise de conscience générale du problème ce qui a permis une baisse significative du taux de suicide passant de 25 à 13.8 pour 1000 de 1990 à 2011.

Dans le même ordre d'idée à Nuremberg en Allemagne en 2001 (49), a débuté le programme **Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)** se déroulant sur quatre niveaux d'action :

- La **formation des médecins de premier recours** (médecins généralistes notamment) par 12 sessions d'entraînement sur 24 mois, la mise à disposition d'une vidéo et une hotline spécialisée pour d'éventuels conseils.
- Une **campagne de communication** dans la ville (prospectus, posters, lectures, pièces de théâtres, site web) avec sensibilisation des médias et des politiques dans le but de déstigmatiser le suicide.
- La **formation des *community facilitators*** : les prêtres, les professeurs, les paramédicaux travaillant avec des personnes âgées, les psychothérapeutes, les centres de premiers secours, les pharmaciens, les policiers, les officiers de prison etc.
- Un **niveau d'action sur les patients** avec des groupes d'entraide de 8 à 15 suicidants et la remise d'une carte d'urgence pour un accès rapide à une consultation spécialisée en cas de crise.

Ce programme a permis de diminuer de façon très significative (de 24%) le nombre d'actes suicidaires avec en particulier un effet plus important sur les actes suicidaires violents (-53%). Devant ces résultats très intéressants, d'autant que l'effet se prolonge au-delà de l'intervention (5), le programme a été étendu dans toute l'Allemagne et à 17 pays de l'Union Européenne pour devenir l'European AAD (EAAD) (50). Il en ressort que cette approche est facilement transférable aux différentes cultures et amène des résultats. Le protocole OSPI (Optimizing Suicide Prevention Programs and Implementation in Europe) (51) est en cours

d'évaluation, il s'inspire de l'EAAD, il permettra d'avoir les résultats de ce type d'intervention sur un échantillon très grand.

En France, des projets de conseils locaux de santé mentale visant à décloisonner les différents intervenants et à coordonner les actions de prévention sont en voie de mise en place suite aux recommandations du CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS) (6).

Au-delà de ces interventions à grande échelle, il faut aussi souligner l'importance de l'entourage proche et des amis dans la prévention du suicide, il est donc primordial pour les professionnels de santé de les soutenir.

## **II. La prise en charge hospitalière des suicidants de la région ouest de l'île de la Réunion : Le Centre d'Accueil Psychiatrique de l'Ouest**

### **A. Evolution de la prise en charge hospitalière du suicide dans l'ouest de la Réunion :**

Le territoire ouest de la Réunion regroupant un quart de la population réunionnaise (200 000 habitants en 2006 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)) est doté d'un hôpital général à Saint Paul, l'hôpital Gabriel Martin (CHGM), avec un service d'urgence (44 983 passages en 2013 selon le Département d'information médicale (DIM)) où sont adressés les suicidants de ce territoire (271 tentatives de suicide en 2013 selon le DIM).



Figure 5 : Carte de la Réunion avec le territoire Ouest en foncé et la commune de Saint-Paul délimitée par un trait rose (Source Google Map)

Au fil des années la prise en charge des suicidants s'est étoffée avec notamment une implication de la psychiatrie.

En 2005 a été créée une Unité d'Accueil Psychiatrique (UAPsy) avec la présence d'un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) d'orientation psychiatrique en continu de 8h à 22h tous les jours (4 IDE se relayaient), et le passage d'un psychiatre le matin tous les jours (y compris dimanches et jours fériés) pour voir les suicidants qui étaient hospitalisés après leur passage à l'acte au service porte somatique (Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD). Il y avait donc une évaluation quotidienne. Tant que l'état somatique le justifiait, le patient était maintenu à l'UHTCD jusqu'à une prise de décision vers un retour à domicile avec proposition de rendez-vous sur le Centre Médico-Psychologique (CMP) ou vers une hospitalisation en service de psychiatrie de secteur à l'Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR).

En novembre 2007, l'organisation est modifiée avec la présence désormais d'un psychiatre en continu de 8h à 22h en semaine et de 8h à 12h les week-ends et jours fériés. 4 psychiatres se relaient pour cette permanence. Ils assurent les consultations psychiatriques d'urgence, voient les suicidants et peuvent être appelés en liaison dans les services somatiques pour tout problème psychiatrique. C'est à cette même période, qu'une Unité Post-Urgence (UPU) de 18 lits est mise en place au sein de l'EPSMR, sa vocation est de proposer un séjour de 24 à 72h aux suicidants. Ceux-ci, à l'issue d'un geste d'autolyse, sont vus aux urgences ou en UHTCD par le personnel de l'UAPsy. Si leur état somatique le permet ils peuvent soit rentrer à domicile avec un rendez-vous de « *consultation péricritique* » (CPC) à l'UAPsy dans les 2 à 8 jours, un rendez-vous en CMP ou un carton de coordonnées ; soit bénéficier d'un séjour de courte durée à l'UPU. Généralement sont hospitalisés des patients à profil « névrotique » dans les suites d'une tentative d'autolyse, notamment dans l'attente d'une admission en clinique privée pour ceux dont l'état le justifie. Les patients les plus graves sont hospitalisés en service de psychiatrie classique, sous contrainte si nécessaire. L'UPU est cependant mal perçue par les patients car située dans l'enceinte de « l'asile » (EPSMR).

Le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'UPU ferme ses portes et est remplacée par l'Unité Porte Psychiatrique (UPP) du Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM). Elle a les mêmes objectifs et indications que l'UPU mais est située au sein du CHGM dans le secteur des urgences. Le CAP Ouest tel qu'il est aujourd'hui est formé.

## B. Organisation actuelle du CAP Ouest :

Le CAP OUEST est ainsi composé :

- De l'UAPSY ouverte de 8h à 21h dont le rôle est d'assurer l'accueil, la consultation et l'orientation de toute situation de crise psychique entrant par le Service des Urgences. Les psychiatres peuvent être amenés à donner des avis pour d'autres services du CHGM.

- Et de l'UPP (Unité Porte Psychiatrique ouverte 24h sur 24) : elle permet une hospitalisation de courte durée (72h), elle est composée de 4 lits.

Le personnel du CAP ouest est ainsi composé du personnel de l'UAPsy (4 médecins et 4 IDE) renforcé par le personnel paramédical de l'UPU (5 Aide-Soignants, 6 IDE, un cadre IDE à mi-temps et une secrétaire).

Le temps de présence médical reste le même : 8h-22h en semaine et 8h-12h les week-ends et jours fériés. En dehors de ces horaires, la responsabilité médicale est déléguée aux urgentistes sous couvert du psychiatre de garde de l'EPSMR. Le personnel paramédical présent se compose de 2 IDE et un aide-soignant en journée et un IDE et un aide-soignant la nuit.

Les patients sont rencontrés par un membre de l'équipe (médecin psychiatre ou infirmier) lors d'un entretien d'évaluation après avoir été vus par un urgentiste qui aura éliminé une pathologie somatique. Cet entretien doit permettre d'orienter le patient en discussion avec lui. Pour les problèmes de tentatives de suicide, plusieurs possibilités existent en fonction de critères subjectifs (surtout de gravité).



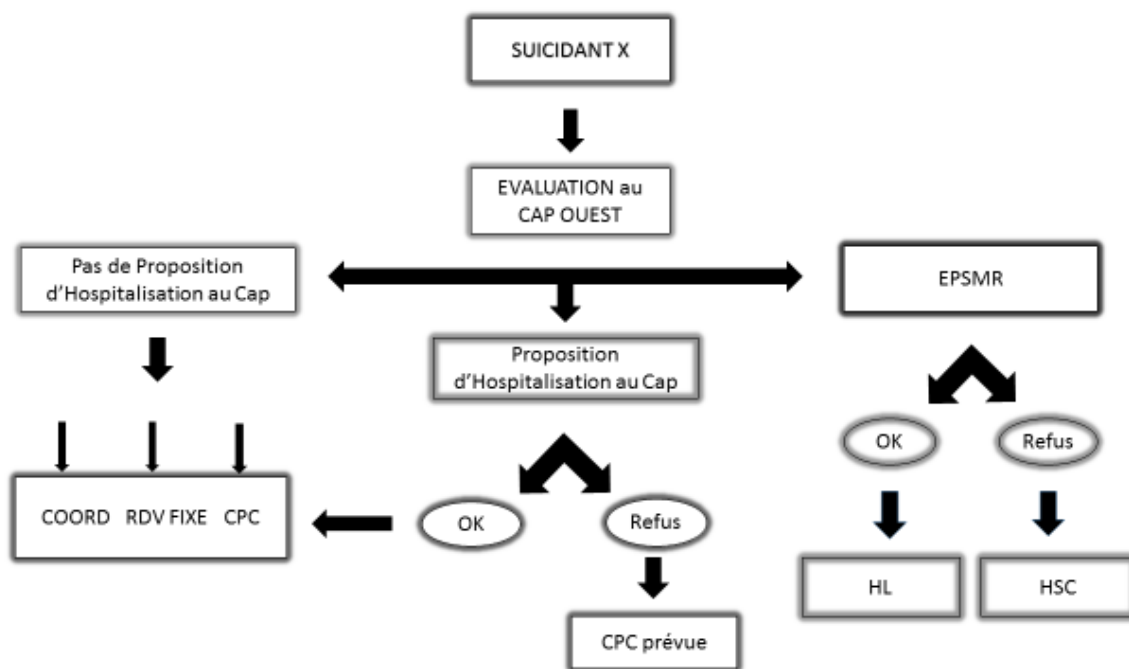


Figure 6 : Organisation de la prise en charge du suicidant au CAP OUEST  
 Légende : COORD = remise de coordonnées, RDV FIXE = rendez-vous planifié au CMP, CPC = « consultation péricritique », HL = Hospitalisation Libre, HSC = Hospitalisation sous contrainte.

Grossièrement, quand le suicidant arrive au CAP OUEST, il est évalué sur le plan psychiatrique et psychologique et en fonction, il est orienté vers différentes possibilités :

- Soit il est considéré comme à **haut risque pour lui-même** : il est hospitalisé à l’Etablissement Public de Santé mentale de la Réunion (**EPSMR**) en hospitalisation libre (HL) s’il est d’accord ou en hospitalisation sous contrainte (HSC) si ce n’est pas le cas ou qu’il est à très haut risque de passage à l’acte.
- Soit il est considéré à **risque moindre de récurrence immédiate** mais l’évaluateur estime qu’il serait bénéfique pour lui de prendre du recul par rapport à son geste, de se donner le temps de faire le point et de solliciter ses ressources et/ou celles de l’entourage grâce à un temps court

d'hospitalisation. Il lui est donc proposé de rester à l'UPP ce qui permettra de le réévaluer régulièrement. Si le patient est d'accord, l'initiation du suivi se fera sur les mêmes modalités que s'il n'avait pas été hospitalisé. S'il refuse l'hospitalisation, une « *consultation péricritique* » (CPC) est généralement programmée 2-3 jours après le passage à l'hôpital avec le même intervenant que lors du premier contact.

- Soit il est considéré à **risque encore moindre de récurrence immédiate**, un retour à domicile est envisagé. Trois stratégies sont alors envisagées selon la gravité subjective de la situation :
  - o Soit l'intervenant remet au patient les coordonnées du CAP joignable 24h/24 et celles du CMP de son domicile ouvert de 8 à 16h (cela correspond à COORD).
  - o Soit l'intervenant prend un rendez-vous au CMP dont dépend le patient. Il est reçu par une IDE dans les 7 jours et en fonction de la situation un suivi IDE est initié ou un suivi avec le psychiatre du CMP est organisé dans les meilleurs délais (2 à 4 semaines de délai de consultation). En dehors des horaires d'ouverture il n'est pas possible de prendre rendez-vous au CMP. Les coordonnées du CMP sont alors remises au patient. Parfois le patient préfère être suivi en libéral et un lien téléphonique est alors fait avec son psychiatre, son psychothérapeute libéral ou son médecin traitant. Dans tous les cas les coordonnées du CAP Ouest sont remises au patient.
  - o Soit l'intervenant souhaite revoir rapidement le patient pour une nouvelle évaluation, une CPC est organisée au CAP Ouest 2 à 8 jours après avec l'intervenant initial. Si l'état du patient le justifie un suivi CMP est alors organisé. La CPC peut, dans certains cas, être le début d'un suivi CMP si l'intervenant initial est psychiatre et si ce dernier dispose de créneaux de consultation en CMP.

Dans tous les cas, à la sortie du CAP Ouest, si le patient est d'accord, un courrier est adressé au médecin traitant pour qu'il soit averti de la prise en charge mise en place.

La prise en charge du suicide dans l'Ouest de la Réunion s'est structurée sur le CHGM avec l'installation progressive d'une filière d'Urgences Psychiatriques. L'organisation actuelle, ainsi codifiée existe depuis 5 ans. Pour autant, elle n'a jamais été évaluée même si elle se base sur les recommandations de bonne pratique dans le domaine. Il nous a donc semblé intéressant de profiter de la base de données disponible pour étudier les effets de la prise en charge au CAP Ouest sur le suivi après une tentative de suicide.

# **Partie Expérimentale**

# I. Hypothèses et objectifs de l'étude :

## A. Genèse de l'étude :

A la Réunion, nous manquons de données fiables sur le suicide et les tentatives de suicide. En effet, la plupart des statistiques se base sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), or il est souvent mal rempli par les professionnels de santé hospitaliers. Ainsi une phlébotomie pourra par exemple être cotée en diagnostic principal comme plaie par arme blanche mais le diagnostic secondaire "lésion auto-infligée" qui signe la volonté d'autolyse ne sera pas systématiquement renseigné, ne permettant donc pas d'avoir l'exhaustivité sur les comportements suicidaires.

Il n'en reste pas moins que les rares données disponibles que nous avons (probablement sous-estimées) sont déjà inquiétantes avec une prévalence du suicide et des tentatives de suicide supérieures aux autres DOM-TOM et une surmortalité des jeunes (7). Ces constatations avaient déjà été faites dans les années 1980, elles ont amené des évolutions progressives dans la prise en charge pour en arriver à la structuration actuelle des services d'urgence psychiatrique dans les hôpitaux de la Réunion. L'intérêt du passage dans ces services est de gérer la crise suicidaire et de mettre en place une prise en charge dans le but de prévenir une récurrence à court ou moyen terme. Or l'impact de leur action n'a jamais été évalué à la Réunion.

A travers l'exemple du CAP Ouest, il nous paraît important de se poser la question de la pertinence de ses principes de fonctionnement, en se focalisant sur le devenir des patients après leur passage dans la structure. Les suicidants passés par le CAP Ouest entament-ils un suivi psychothérapeutique et si oui récidivent-ils moins ?

## B. Hypothèses :

### 1. *Hypothèse principale :*

Pour être efficace en termes de prévention tertiaire, il faut suivre le patient surtout dans les mois suivant le passage à l'acte. C'est pourquoi après un passage au CAP ouest, il est toujours proposé un rendez-vous de consultation. Mais cela ne suffit pas, la façon d'organiser cette première consultation ou de lui donner de l'importance, joue probablement un rôle majeur dans « l'accroche » du patient. Des facteurs comme la façon de planifier le rendez-vous, notamment le consultant et le lieu de consultation peuvent probablement jouer.

De cette supposition et de la façon de travailler du CAP Ouest, découle l'hypothèse principale suivante : La présence au premier rendez-vous de consultation après une prise en charge hospitalière pour tentative de suicide est supérieure si ce rendez-vous a lieu sur le site même de cette prise en charge initiale avec le même médecin (CPC), plutôt que si ce rendez-vous est planifié au CMP (RDV FIXE) ou que le patient doit le prendre lui-même suite à la remise de coordonnées pour pouvoir le faire (COORD).

### 2. *Hypothèses secondaires :*

- Nous avons vu précédemment que de nombreuses études ont montré l'efficacité d'un suivi psychothérapeutique sur le taux de récurrence. Nous pouvons donc envisager que suite à un passage au CAP Ouest, les suicidants présents à la première consultation ou ayant réalisé un suivi (au moins 2 consultations après le passage à l'acte) vont moins récidiver que ceux qui ont été absents.
- D'une façon générale, de nombreux facteurs peuvent expliquer qu'un patient ne se rende pas à un rendez-vous : ce n'est pas uniquement lié à la façon d'organiser le suivi. Il peut y avoir des facteurs liés au patient : soit du fait de la pathologie sous-jacente, ou de sa personnalité, soit du fait de contingences extérieures. Par exemple, un patient qui aurait des horaires de nuit dans son travail ou qui habite dans un lieu inaccessible autrement qu'à pieds. Ainsi des facteurs sociodémographiques, médico-

psychologiques ou liés à l'histoire personnelle du patient peuvent avoir un impact sur le taux de présence à la première consultation de suivi.

- En choisissant la présence à la première consultation après le passage au CAP Ouest comme critère de jugement principal, nous avons fait l'hypothèse implicite que si on arrive à « accrocher » le suicidant pour qu'il vienne au premier rendez-vous de suivi, il viendra pour les suivants. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que le fait d'être présent à la première consultation assure un bon taux de présence à la deuxième consultation de suivi.

### C. Objectifs :

L'objectif principal de notre travail est donc de comparer, chez des patients de la région ouest de la Réunion ayant bénéficié d'une prise en charge hospitalière au CAP Ouest lors d'une première tentative de suicide médicalisée, les taux de présence à la première consultation de suivi en fonction de la modalité de premier rendez-vous proposée (CPC, RDV ou COORD).

Le critère de jugement principal est donc la présence au premier rendez-vous de suivi.

Les objectifs secondaires sont :

- Comparer le taux de récurrence des patients qui ont honoré leur consultation au taux de récurrence des patients qui ne l'ont pas fait.
- Décrire les caractéristiques de cette population de suicidants ayant bénéficié pour la première fois d'une prise en charge hospitalière après tentative de suicide selon des variables sociodémographiques et cliniques et rechercher si ces variables peuvent influencer sur le taux de présence aux consultations de suivi.
- Evaluer le taux de présence à la deuxième consultation de suivi lorsqu'elle est prévue.

## II. Matériels et méthodes :

### A. Population :

Les critères d'inclusion pour la population étudiée étaient :

- Les patients vus par l'équipe du CAP Ouest entre le 1er janvier et le 31 décembre 2013 inclus
- Admis pour la première fois à l'hôpital pour une tentative de suicide
- Ayant plus de 16 ans au moment de cette admission

### B. Recueil de données :

#### 1. Procédure :

Nous avons mené une étude rétrospective sur dossiers.

Nous avons exploité, avec l'accord des responsables de pôle et d'unité, les données des dossiers informatisés des patients (logiciel CIMAISE). Dans certaines situations, il nous a été nécessaire d'avoir recours au dossier papier du patient en raison de données manquantes dans le dossier informatisé.

Nous avons tout d'abord sélectionné les patients qui ont été admis au CAP Ouest lors de l'année 2013 pour tentative de suicide, ce qui représentait environ 400 cas, puis pour chacun d'eux nous avons recherché s'ils correspondaient aux critères d'inclusion. Nous sommes arrivés à 220 dossiers en excluant en particulier les patients ayant déjà été admis dans un hôpital pour tentative de suicide.

Toutes les données ont été anonymisées.

Pour chaque patient, nous avons rempli un cahier d'observation anonyme disponible en annexe.



## 2. Données récoltées :

### a. Type d'intervention proposée et critère de jugement principal :

- **L'intervention** est la proposition de suivi soit en donnant des coordonnées de CMP, soit en fixant un rendez-vous (RDV) médical en CMP à distance en moyenne entre 2 et 6 semaines, soit un rendez-vous rapproché (CPC) dans la semaine suivant le passage à l'acte avec le même intervenant que celui vu lors du premier contact et au même endroit (CAP Ouest). **Le critère de jugement principal** est la présence au premier rendez-vous de suivi après une première tentative de suicide médicalisée.
  
- Les **données récoltées** en rapport avec l'intervention et ses effets :
  - Mesure proposée à l'issue de la prise en charge hospitalière : Consultation Péricritique au CAP Ouest (CPC), Rendez-vous pris au CMP (RDV FIXE) ou remise de coordonnées CMP (COORD)
  - Présence à la première consultation
  - Date de la première consultation dans les suites du passage aux urgences : celle-ci devant être dans l'année suivant la prise en charge pour être comptabilisée
  - Proposition de suivi autre (psychiatre libéral, médecin traitant, etc.)
  - Hospitalisation directe à l'EPSMR ou à la clinique des Flamboyants
  - Hospitalisation programmée à la clinique des Flamboyants
  - Proposition de 2<sup>ème</sup> consultation
  - Présence à la deuxième consultation
  - Réadmission au CAP Ouest pour tentative de suicide dans l'année suivant le premier passage à l'acte.

b. Autres données :

- **Données sociodémographiques :**

- Age
- Sexe
- Statut marital
- Nombre d'enfants
- Emploi
- Catégorie socio-professionnelle

- **Données médicopsychologiques et antécédents :**

- Existence de maladies somatiques chroniques
- Troubles de la personnalité
- Pathologies psychiatriques chroniques
- Antécédents familiaux de pathologies psychiatriques
- Antécédents familiaux de tentative de suicide
- Antécédents personnels de tentative de suicide
- Existence d'évènements à potentialité psychotraumatique
- Dépendance à l'alcool
- Dépendance à une drogue

- **Données concernant la tentative de suicide en cause :**

- Passage à l'acte sous l'effet de l'alcool (oui ou non)
- Moyen utilisé pour la tentative de suicide

## C. Analyse des données :

Cette étude est une étude observationnelle rétrospective. Les statistiques ont été réalisées par l'Unité de Soutien Méthodologique (USM) du Centre Hospitalier Universitaire Nord de la Réunion.

La première étape a consisté en une analyse descriptive de la population recrutée. Puis des analyses comparatives ont été faites grâce au test du Chi2 et au test de Fischer pour comparer les pourcentages de présence à la première consultation en fonction de la modalité de proposition de suivi ou des caractéristiques démographiques. Le seuil de significativité choisi est de 0.05.

Les tests ont été réalisés grâce au logiciel SPSS (52).

# III. Résultats :

## A. Description de la population étudiée :

### *1. Nombre de sujets retenus :*

220 dossiers de patients répondaient aux critères d'inclusion.

Parmi les 220 patients sélectionnés initialement, il en existe 50 à qui on n'a pas proposé l'une des trois possibilités COORD, RDV fixé ou CPC. Parmi eux :

- 17 ont été hospitalisés : 11 à la clinique des Flamboyants (clinique psychiatrique) et 6 à l'EPSMR.
- 5 personnes ont bénéficié d'un lien avec un médecin libéral (4 avec un psychiatre et un avec un généraliste)
- Un patient a été réorienté vers le Service Médico Psychologique Régional dont il dépendait

- 5 patients ont été réorientés vers un suivi spécifique (addictologie pour 3, victimologie pour 2).
- 12 n'ont pas eu d'orientation, soit parce que le patient a refusé, soit parce que le psychiatre ne l'a pas estimé nécessaire.
- 5 fugues ont été constatées, en général entre le moment où le patient est évalué par les urgentistes et le moment où le patient doit être vu par le CAP OUEST. Un patient a été envoyé directement en réanimation à Saint-Denis.
- 4 dossiers étaient incomplets

En définitive, nous avons retenu 170 dossiers pour notre analyse portant sur l'intervention proposée.

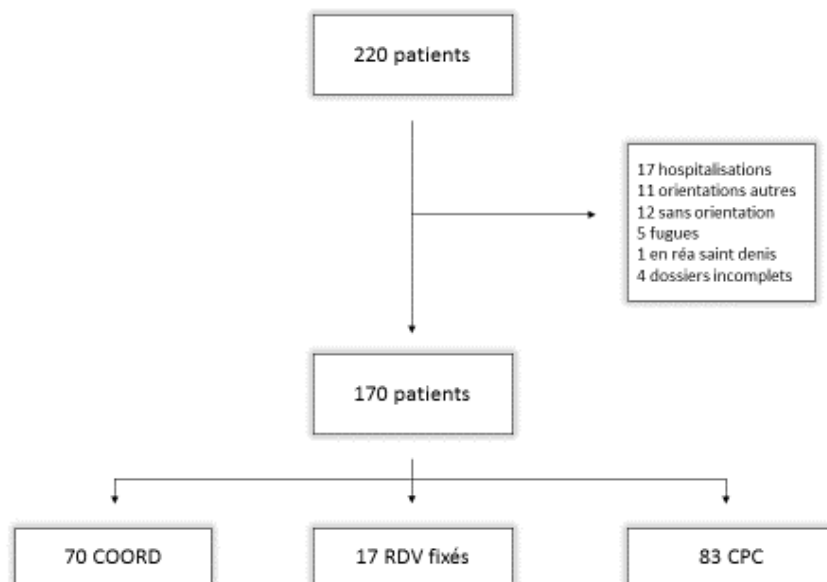


Figure 7 : Diagramme de flux

COORD = remise de coordonnées, RDV fixés = planification d'un rendez-vous en CMP, CPC = « consultation péricritique »

## 2. Données sociodémographiques :

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée. Les pourcentages dans les colonnes hommes et femmes sont par rapport à la ligne. Les pourcentages de la colonne total sont par rapport au total des patients.

		Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)
<b>Age</b>	16 -24 ans	12 (14,8)	69 (85,2)	81 (36,8)
	25 - 34 ans	19 (35,8)	34 (64,2)	53 (24,1)
	35 - 44 ans	16 (38,1)	26 (61,9)	42 (19,1)
	45 - 54 ans	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (14,1)
	55 - 64 ans	10 (90,9)	1 (9,1)	11 (5,0)
	65 ans et plus	0 (0)	2 (100)	2 (0,9)
<b>Statut Marital</b>	Célibataire	15 (21,2)	56 (78,8)	71 (32,3)
	En couple	38 (33,6)	75 (66,4)	113 (51,4)
	Divorcé	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (3,6)
	Veuf	0 (0)	2 (100)	2 (0,9)
	Séparé	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (10,5)
	Non renseigné	3 (100)	0 (0)	3 (1,4)
<b>Emploi</b>	Sans emploi	36 (40)	70 (60)	106 (48,2)
	Etudiant	0 (0)	32 (100)	32 (14,5)
	Non renseigné	3 (30)	7 (70)	10 (4,5)
	Avec emploi	28 (38,9)	44 (61,1)	72 (32,7)
<b>Dont</b>	Agriculteurs exploitants	1 (100)	0 (0)	1 (1,4)
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (15,3)
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (8,3)
	Professions intermédiaires	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (4,2)
	Employés	17 (34,7)	32 (65,3)	49 (68,1)
	Ouvriers	2 (100)	0 (0)	2 (2,8)
<b>Nombre d'enfants</b>	Aucun	25 (27,2)	67 (72,8)	92 (41,8)
	1	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (14,1)
	2	11 (28,2)	28 (71,8)	39 (17,7)
	3	6 (25)	18 (75)	24 (10,9)
	4 ou plus	9 (36)	16 (64)	25 (11,4)
	Non renseigné	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (4,1)
<b>Total</b>		67 (30,5)	153 (69,5)	220

L'âge moyen de la population est de 33 ans. Les hommes représentent 30.5% des patients et les femmes 69.5%.

Le profil du suicidant serait une femme de 16 à 24 ans, en couple, sans emploi, sans enfants.

Dans la catégorie des 16-24 ans, nous constatons la présence de 85.2% de femmes contre 14.8% d'hommes, avec un  $p < 0.001$ .

### 3. Données médico-psychologiques et antécédents :

Tableau 2 : Données médico-psychologiques et antécédents de la population étudiée. Les pourcentages dans les colonnes hommes et femmes sont par rapport à la ligne. Les pourcentages de la colonne total sont par rapport au total des patients.

	<b>Hommes n (%)</b>	<b>Femmes n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
<b>Antécédents personnels de TS</b>	1 (4,2)	23 (95,8)	24 (10,9)
<b>Antécédents familiaux de TS</b>	6 (19,4)	25 (80,6)	31 (14,1)
<b>Antécédents familiaux psychiatriques</b>	16 (38,1)	26 (61,9)	42 (19,1)
<b>Troubles de la personnalité</b>	13 (59,1)	9 (40,9)	22 (10)
<b>Pathologie psychiatrique chronique</b>	13 (54,2)	11 (45,8)	24 (11)
dont dépression	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (5,5)
<b>Pathologie somatique chronique</b>	13 (50)	13 (50)	26 (11,8)
dont épilepsie	3 (50)	3 (50)	6 (2,7)
<b>Dépendance à une drogue</b>	8 (53,3)	7 (46,7)	15 (6,8)
dont zamal	6 (60)	4 (40)	10 (4,5)
<b>Dépendance à l'alcool</b>	24 (58,5)	17 (41,5)	41 (19,3)

Les autres pathologies psychiatriques chroniques sont : 5 psychoses, 2 troubles bipolaires, 2 psychoses alcooliques, 1 anorexie et 2 non renseignées.

Tableau 3 : Antécédents d'évènements à potentialité psychotraumatique. Les pourcentages dans les colonnes hommes et femmes sont par rapport à la ligne. Les pourcentages de la colonne total sont par rapport au total des patients.

	Hommes (N=67)	Femmes (N=153)	Total n (%)
<b>Antécédents d'évènements à potentialité traumatique</b>	12 (14,8)	69 (85,2)	81 (36,8)
Violences intrafamiliales	5 (17,2)	24 (82,8)	29 (13,2)
Agression sexuelle	3 (12,5)	21 (87,5)	24 (10,9)
<b>Dont</b> Violences conjugales	0 (0)	19 (100)	19 (8,6)
Harcèlement	0 (0)	1 (100)	1 (0,5)
Violences intrafamiliales et conjugales	0 (0)	1 (100)	1 (0,5)
Autres	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (3,2)
<b>Non renseigné</b>	38 (43,2)	50 (56,8)	88 (40,0)
<b>Pas d'antécédents d'évènements à potentiel traumatique</b>	23 (45,1)	28 (54,9)	51 (23,2)

Les violences faites aux femmes regroupant les agressions sexuelles et les violences conjugales représentent 41 patientes soit 59.4% des femmes ayant des antécédents d'évènements à potentialité traumatique et 26.8% de la population des femmes de cette étude.

#### 4. Caractéristiques des tentatives de suicide :

Tableau 4 : Caractéristiques des tentatives de suicide.

Les pourcentages dans les colonnes hommes et femmes sont par rapport à la ligne. Les pourcentages de la colonne total sont par rapport au total des patients.

		Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)
<b>Mode Opérateur</b>	Non renseigné	1 (50)	1 (50)	2 (0,9)
	Médicamenteux	25 (18)	114 (82)	139 (63,2)
	Autres	41 (51,9)	38 (48,1)	79 (35,9)
	dont moyens violents	26 (52)	24 (48)	50 (22,7)
<b>Alcoolisation au moment de la TS</b>		35 (37,2)	59 (62,8)	94 (42,7)

Les moyens violents incluent les phlébotomies, la plaie par arme blanche, la précipitation, la pendaison et l'immolation.

« Alcoolisation au moment de la TS » correspond au fait d'avoir tenté de se suicider sous l'emprise de l'alcool.

Parmi les 63.2% de tentatives de suicide par ingestion de médicaments, 82% sont des femmes et 18 % des hommes, avec  $p < 0.001$ .

Parmi les 22.7% de tentatives de suicide par un moyen violent, 52 % sont des hommes et 48% sont des femmes, avec  $p < 0.001$ .



## B. Devenir des patients :

### 1. Hypothèse principale :

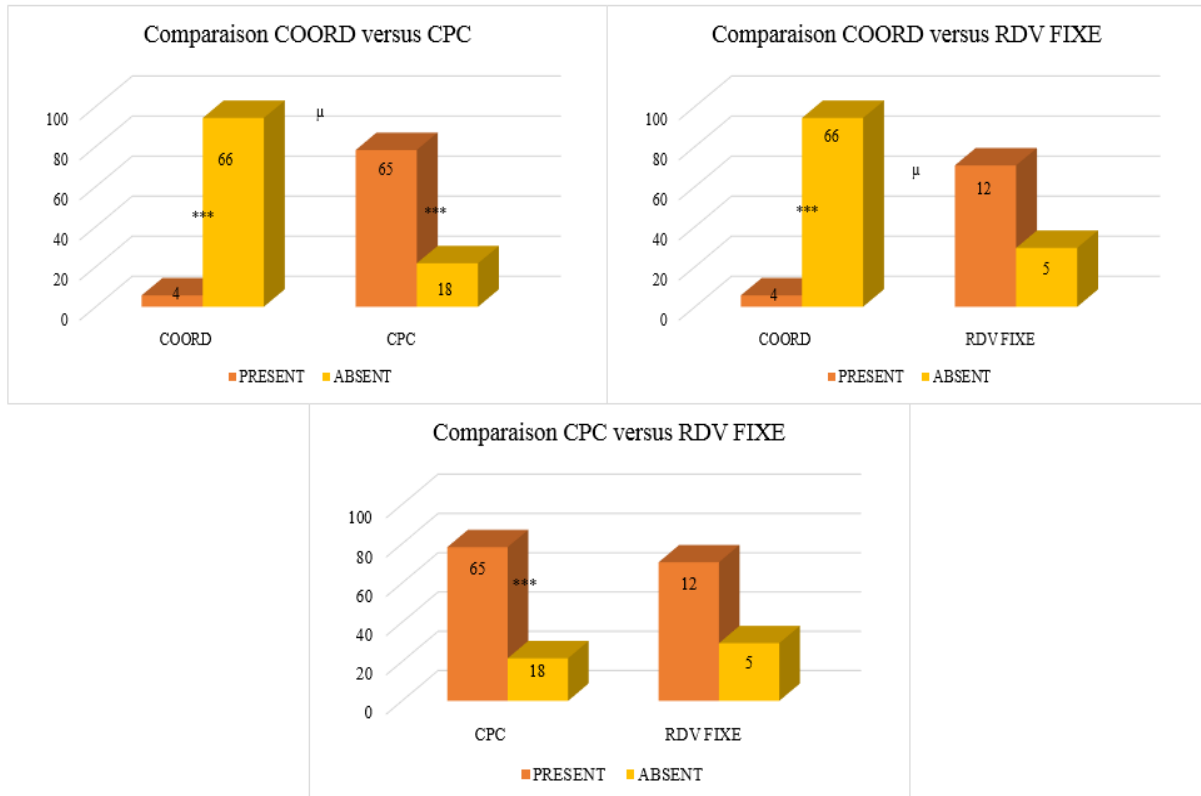
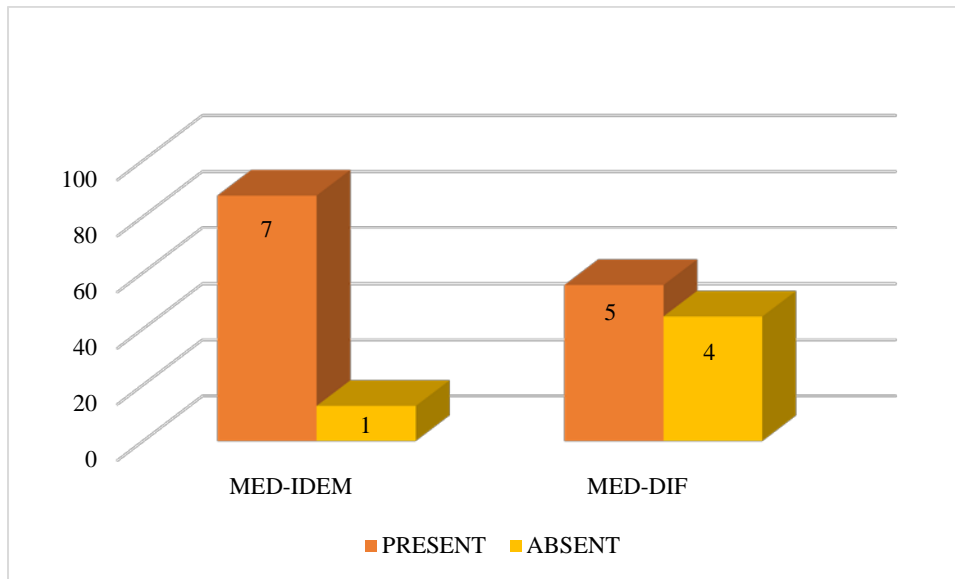


Figure 8 : Taux de présence au premier rendez-vous de suivi en fonction de la modalité proposée. En ordonnées se situent les pourcentages, les numéros sur les histogrammes correspondent aux effectifs.  $\mu$  correspond à  $p < 0.001$  pour les comparaisons des taux de présence entre les groupes COORD, RDV FIXE et CPC. \*\*\* correspond à  $p < 0.001$  pour les comparaisons des taux de présence d'un groupe COORD, RDV FIXE ou CPC par rapport aux taux de présence de ceux qui ne font pas partie de ce groupe.

Si nous remettons des coordonnées aux patients, 5.7% (4/70) viennent à un premier rendez-vous. Si nous leur fixons un rendez-vous, 70.6% (12/17) viennent à ce rendez-vous. Enfin, si nous organisons une consultation péri-critique 78.3% (65/83) se présentent.

- **Focus sur les patients à qui un rendez-vous en CMP a été proposé :**



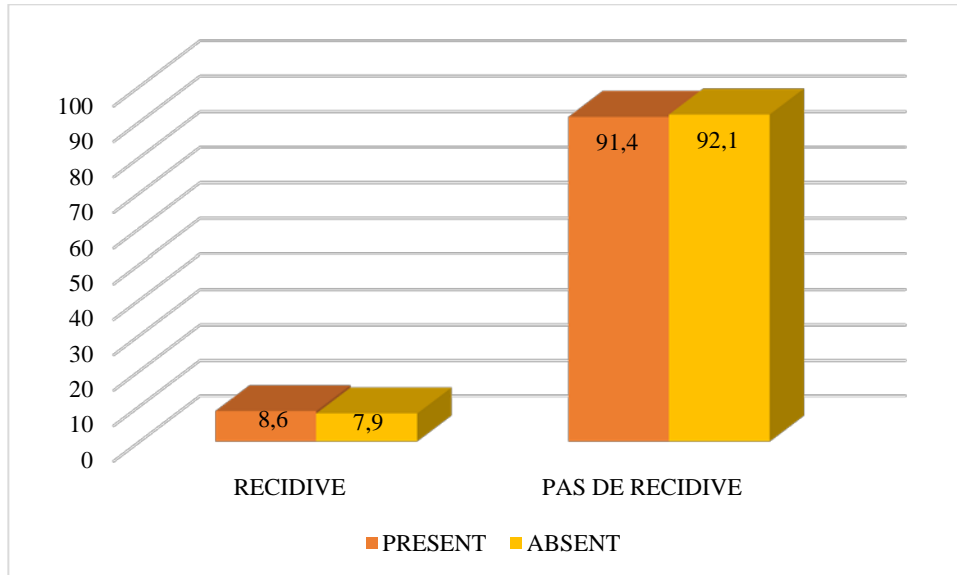
*Figure 9: Focus sur les patients à qui un rendez-vous en CMP a été organisé. En ordonnées se situent les pourcentages, les chiffres sur les histogrammes correspondent aux effectifs. MED-IDEM correspond aux patients qui ont eu un rendez-vous avec le même médecin qu'initialement MED-DIF correspond aux patients qui ont eu un rendez-vous avec un médecin différent qu'initialement*

Certains médecins travaillant au CAP Ouest, travaillent aussi au CMP, ils peuvent donc parfois suivre les suicidants qu'ils ont vu au CAP Ouest au CMP. L'échantillon était trop restreint pour pouvoir faire des comparaisons statistiques valides concernant ces données.

- Au total, la présence à la première consultation de suivi est de 47.6% (81/170), dans la population étudiée.

## 2. Hypothèses secondaires :

- **Effectivité de la première consultation sur le taux de récurrence :**



*Figure 10 : Présence à la première consultation de suivi et récurrence.  
Les numéros sur les histogrammes sont des pourcentages.*

Le taux de récurrence estimé à un an (correspondant à une réadmission pour tentative de suicide à l'hôpital Gabriel Martin de Saint Paul dans l'année suivant le premier passage à l'acte), est de manière générale de 7.7%. Le taux de récurrence est de 8.6% (7/81) chez ceux qui sont venus à la première consultation et de 7.9% (7/89) chez ceux qui ne sont pas venus. Parmi les récidivistes : 5 ont eu une CPC programmée (4 y sont allés), 3 un rendez-vous fixé (les 3 y sont allés), 6 une remise de coordonnées (aucun n'y est allé).

- **Impact de certaines caractéristiques des suicidants sur la présence à la première consultation :**

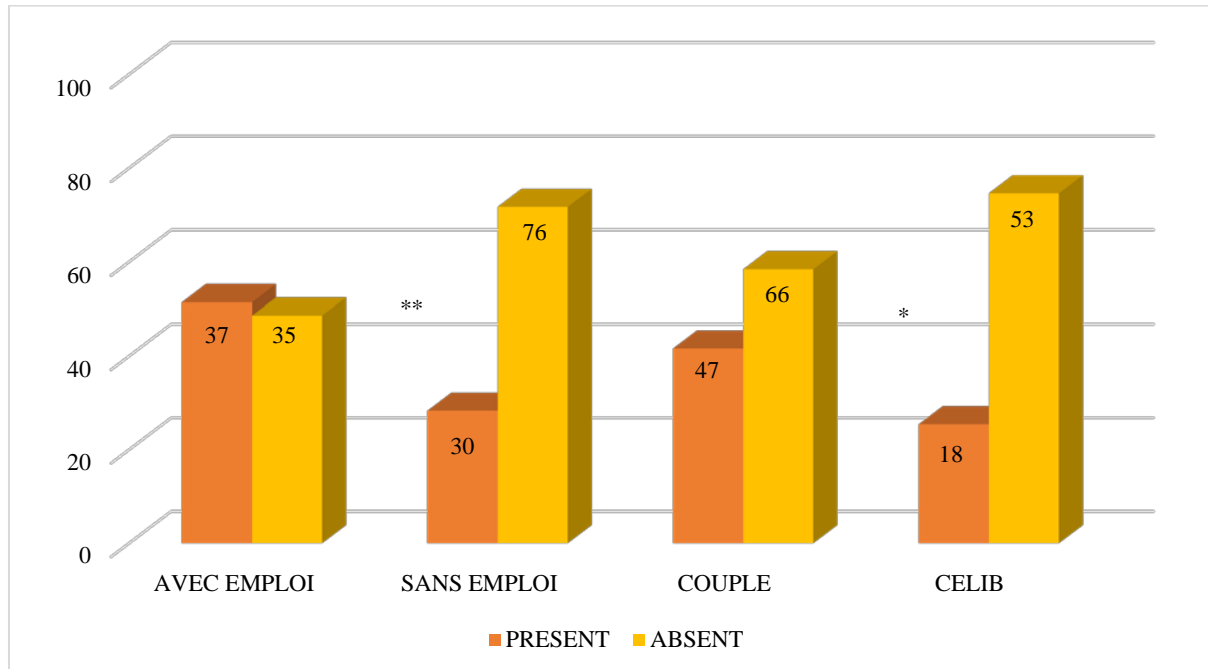


Figure 11 : Présence selon des caractéristiques sociodémographiques. L'axe des ordonnées correspond aux pourcentages, les numéros sur les diagrammes sont les effectifs. \*\* correspond à  $p < 0.01$ , \* correspond à  $p < 0.05$ . CELIB = célibataire.

51.4% des patients qui ont un emploi sont présents contre 28.3% chez ceux qui n'en ont pas avec  $p = 0.004$ .

41.6% des patients qui vivent en couple sont présents à la consultation contre 25.4% chez ceux qui sont célibataires, avec  $p = 0.042$ .

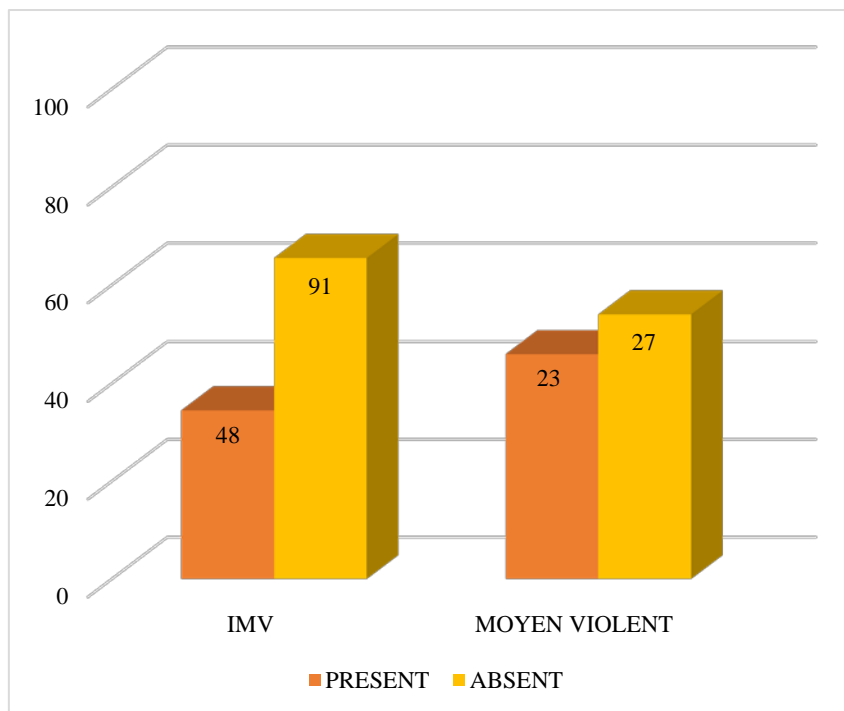


Figure 12 : Présence selon le moyen utilisé.

L'axe des ordonnées correspond aux pourcentages, les numéros sur les diagrammes sont les effectifs.  
 IMV = intoxication médicamenteuse volontaire, moyen violent : voir p.61

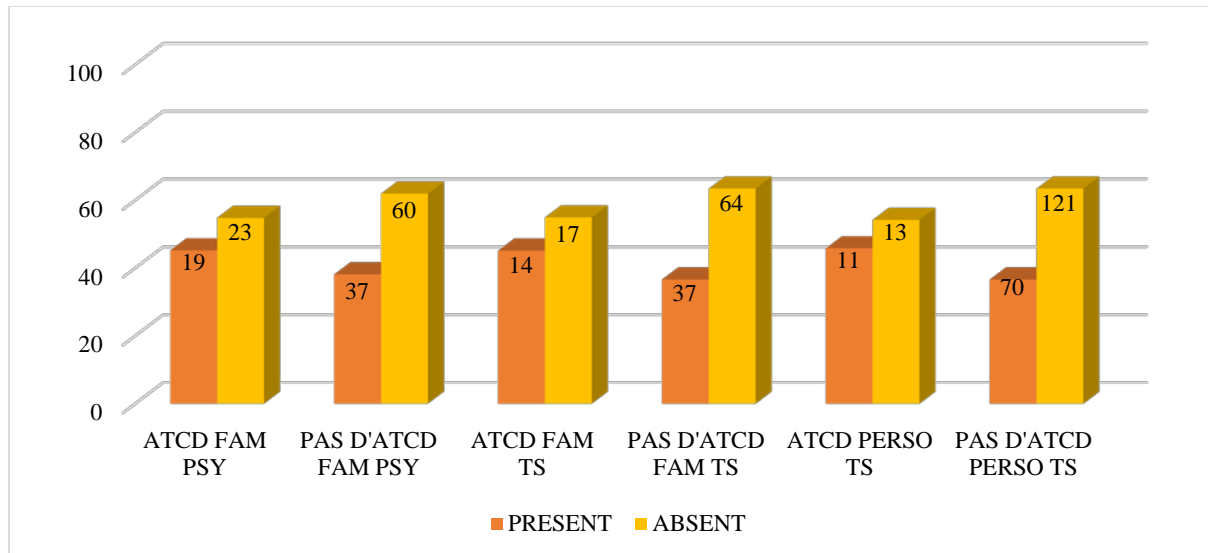


Figure 13 : Présence selon les antécédents.

L'axe des ordonnées correspond aux pourcentages, les numéros sur les diagrammes sont les effectifs.  
 ATCD FAM PSY = antécédents familiaux psychiatriques, ATCD FAM TS = antécédents familiaux de tentative de suicide, ATCD PERSO TS = antécédent personnel de tentative de suicide non hospitalisée

- **Présence à la deuxième consultation de suivi** : parmi les patients à qui on a proposé une deuxième consultation après la première, 80% sont venus (44/55).

### C. Autres résultats :

Concernant la gravité subjective (c'est-à-dire proposition de CPC pour les patients estimés plus à risque), 53.1% (26/49) des hommes ont eu une CPC proposée contre 47.1% (57/121) des femmes,  $p > 0.05$ .

Parmi les 41 patients alcooliques chroniques dont 37 étaient alcoolisés au moment du passage à l'acte, 15 ont eu une proposition de prise en charge addictologique et 6 y sont allés.

Parmi les patients à qui des propositions autres ont été faites : la prise en charge par un psychiatre libéral a été proposée dans 10 cas et par un médecin généraliste dans 6 cas. Nous ne savons pas s'ils ont fait la démarche d'aller à un premier rendez-vous de consultation.

Une prise en charge victimologique a été proposée pour 4 patients, un patient y est allé.

Pour les patients hospitalisés, 12 ont été hospitalisés à l'EPSMR, 17 à la clinique des Flamboyants (5 en hospitalisation directe, 12 en hospitalisation programmée dont 4 venant de l'EPSMR).

## **Discussion :**

Compte-tenu de la réalité préoccupante de la problématique suicidaire à la Réunion, nous avons souhaité réaliser une étude dans le but d'évaluer spécifiquement l'aspect du suivi après une tentative de suicide. Pour cela, à travers l'exemple du CAP Ouest, nous avons comparé les taux de présence à la première consultation proposée dans les suites d'un passage dans le service pour une première prise en charge hospitalière d'une tentative de suicide. Nous avons évalué la réalité du suivi post hospitalisation selon les trois modalités d'organisation de cette consultation: instauration d'une consultation sur les lieux même de cette prise en charge hospitalière avec le même intervenant, prise de rendez-vous au CMP, et remise de coordonnées permettant au patient de prendre lui-même ce rendez-vous au CMP.

Le résultat principal de cette étude est que le taux de présence au rendez-vous de suivi après une première prise en charge hospitalière pour tentative de suicide est significativement plus élevé quand le patient quitte les urgences avec un rendez-vous fixé au CMP (70.6%) ou à l'unité d'urgences psychiatriques (78.3%) que lorsqu'il quitte le service avec les coordonnées pour prendre ce rendez-vous lui-même (5.6%).

Le résultat frappant en premier lieu c'est l'adhésion à la première consultation de suivi beaucoup plus importante si simplement le rendez-vous est fixé par l'intervenant lors du premier contact. En d'autres termes, le fait de planifier le rendez-vous augmenterait sensiblement la présence à la première consultation. Möller avait déjà montré, dès 1989 (34) que le fait de fixer un rendez-vous de suivi augmente significativement la présence à l'équivalent d'un CMP à Munich comparativement au fait de remettre les coordonnées (63% contre 26%). Nos résultats confirment donc ceux de l'étude de Möller et renforcent cette idée. En outre, l'ANAES en 2000, pour favoriser la compliance au suivi, proposait elle aussi que *le rendez-vous soit pris par l'intervenant*. (4)

D'autre part, on constate que si on programme une « *consultation péricritique* » (intervenant et lieu identiques à la prise en charge hospitalière initiale), les suicidants sont davantage présents que lorsqu'on planifie le rendez-vous en CMP (intervenant pouvant être différent et lieu différent). De plus, nous pouvons remarquer qu'il semble exister une différence entre un rendez-vous planifié en CMP avec le même intervenant et un rendez-vous planifié en CMP avec un intervenant différent. Cette tendance n'a cependant pas pu être vérifiée statistiquement compte-tenu de la petite taille de l'échantillon mais il serait intéressant de la vérifier sur une étude de plus grande ampleur. Il semble donc que pour favoriser l'adhésion à



cette première consultation, avoir un intervenant identique que lors du premier contact est un paramètre important. Là aussi, l'ANAES en 2000 recommandait que *le suivi soit assuré par une personne déjà impliquée dans la prise en charge ou connue du patient (médecin traitant).*  
(4)

Pour vérifier plus précisément l'importance du lieu identique il aurait fallu comparer le taux de présence aux consultations en CMP versus au CAP Ouest en conservant le même intervenant dans les deux cas de manière à n'avoir que le lieu comme paramètre différent.

L'intérêt majeur de notre étude réside dans son originalité en raison de l'absence d'études sur le suivi après une tentative de suicide à la Réunion. Ce thème est abordé superficiellement dans des études plus orientées sur la prise en charge globale, mais pas spécifiquement comme dans notre cas.

La spécificité de l'organisation de la prise en charge psychiatrique à la Réunion en fait aussi une des forces de cette étude. L'ANAES en 2000 avait mis en garde contre les études sur le suivi qui ont tendance à *ne pas observer le dispositif de suivi dans son ensemble.*(4) Or, le fait que le suivi psychiatrique à la Réunion passe en grande partie par le CMP et très peu par les psychiatres libéraux permet d'observer ce dispositif de suivi quasiment dans son ensemble. En effet, le nombre de « perdus de vue » est très limité, étant donné que les suivis ne sont pas éparpillés mais concentrés sur les CMP.

Un autre résultat important de cette étude est le très bon taux de présence à la deuxième consultation de suivi quand elle est proposée à l'issue de la première consultation (80%). Ce résultat donne de la valeur au choix du critère de jugement principal (présence à la première consultation). En effet, il signifie que si nous arrivons à accrocher le patient lors de la première consultation, il sera disposé à entamer un suivi. La présence à la première consultation apparaît donc comme le déterminant primordial de l'effectivité du suivi.

Nous avons pris la décision dans notre étude de nous intéresser qu'aux patients passés par le CAP Ouest pour une première prise en charge hospitalière de tentative de suicide. Ceci a été fait dans le but de rendre notre population d'étude plus homogène en ne s'intéressant pas aux multirécidivistes qui semblent constituer un sous-groupe de suicidants bien spécifique avec des troubles de la personnalité importants ou des pathologies psychiatriques chroniques. L'étude ALGOS (47), en s'appuyant sur une revue de la littérature, fait l'hypothèse que

différentes stratégies de prise en charge doivent s'appliquer en fonction des différentes populations. Pour eux, les primosuicidants relèveraient d'une carte de coordonnées joignables 24 heures sur 24 par exemple. La sélection de cette population permet aussi d'avoir des patients le plus possible vierges de proposition de suivi et donc qui soient plus à même d'y voir un intérêt. Ceci explique peut-être le bon taux de présence général à la première consultation qui est au niveau de la limite haute de la fourchette proposée par l'ANAES : *10 à 50 % de personnes suivent l'orientation proposée* (4) parmi les suicidants en général. Gruat et al. en 2009 à Lille (53) ont fait une évaluation du vécu d'un appel téléphonique après une tentative de suicide. A l'opposé de nos résultats, ils ont remarqué que les primosuicidants ne voyaient pas d'intérêt à la réalisation de cet appel et n'étaient donc pas motivés pour ce genre de prise en charge.

Théoriquement, tout patient vu par un médecin généraliste pour une tentative de suicide est orienté vers les urgences et donc vers le CAP Ouest dans notre situation, au moins pour une consultation. Les seuls patients ayant tenté de se suicider, non vus par le CAP Ouest sont ceux qui ont caché leur tentative de suicide, et ceux qui ont été orientés vers des services spécialisés qui n'existent pas au CHGM (réanimation, grands brûlés, etc.). Il est donc probable que nous soyons assez proches de l'exhaustivité en ce qui concerne les patients de plus de 16 ans ayant fait une première tentative de suicide dans l'ouest de la Réunion en 2013.

A l'opposé de ces aspects positifs, il existe aussi des limites à notre étude qui nous obligent à prendre du recul sur ces résultats intéressants. Nous devons remarquer tout d'abord, que dans notre étude, il existe des biais de sélection dont on ne peut pas se prémunir. En effet, l'étude n'est pas randomisée, le choix du type de prise en charge est à l'appréciation de l'intervenant en fonction de critères subjectifs de gravité et d'autres contraintes notamment organisationnelles. Par exemple, il est impossible de planifier un rendez-vous en CMP en dehors des horaires d'ouverture. Le soir et le week-end, des coordonnées peuvent être remises à un patient par défaut (ou une CPC proposée par sécurité), alors que l'intervenant aurait souhaité planifier le rendez-vous. Autre exemple de biais dans la sélection des patients : nous avons sélectionné les patients admis pour tentative de suicide pour la première fois en hospitalier, or la question posée est toujours « avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? » mais il n'est pas toujours bien précisé si la personne a déjà été hospitalisée pour ce motif ou pas. Ceci concerne peu de patients mais mérite d'être signalé.

De plus, il existe aussi des biais d'information difficile à quantifier. Notre étude se base, en effet, sur les données du logiciel partagé et des dossiers médicaux des patients. Or, si ceux-ci sont mal remplis, il est possible que certaines informations aient été omises. Par exemple, si un patient est vu en consultation de suivi au CMP et que l'intervenant n'a pas noté sa venue, alors nous ne pouvons pas le savoir et nous avons noté qu'il était absent. Nous pouvons estimer que ce biais existe pour toutes les modalités de première consultation et donc qu'au final cela s'équilibre. Autre exemple : nous avons rempli les recueils de données à la main sans que ce ne soit revu par une autre personne, il est bien entendu possible que des erreurs et des oublis se soient glissés dans le recueil final malgré les nombreuses relectures. Enfin, il existe un biais d'information dû à la subjectivité de celui qui remplit les recueils de données. Par exemple, à quel moment, nous considérons qu'un patient est dépendant à une drogue ou à l'alcool ? Les réponses peuvent être différentes d'une personne à l'autre et d'un moment à l'autre pour une même personne. Ce biais est légèrement diminué par le fait qu'une seule personne a rempli les recueils de données.

Un dernier biais peut avoir existé, c'est le biais de confirmation. Il correspond à la confirmation des hypothèses qu'on souhaite consciemment ou inconsciemment obtenir. Par exemple si on souhaite montrer qu'il y a beaucoup de patients suicidants dépendants à l'alcool, on aura tendance à classer plus de patients dans cette catégorie sans que ce ne soit forcément conscient. Il a pu exister mais probablement très peu pour les résultats principaux qui se basent sur des données écrites précisément.

Il aurait été intéressant de savoir ce que sont devenus les patients n'ayant pas consulté. Ces « perdus de vue » peuvent avoir mis fin à leur suivi, avoir consulté d'autres professionnels ou être décédés. Ainsi, il est possible que le nombre de récurrences soit sous-estimé, puisque nous n'avons pas les données des décès ni les données des autres établissements hospitaliers (les patients peuvent avoir été hospitalisés dans un autre hôpital pour une nouvelle tentative de suicide).

Etant donné que cette étude s'est déroulée de manière rétrospective et sur dossiers, il n'y a pas eu d'évaluation faite par le patient et l'entourage sur les points à améliorer de la prise en charge ou sur les difficultés rencontrées lors de la prévention tertiaire, comme l'avait suggéré l'ANAES concernant les études sur le suivi.

Dans notre étude, l'impact de la première consultation de suivi ou de l'effectivité d'un suivi n'est pas mis en évidence sur la récurrence (8.6% ont récidivé en étant venus en consultation contre 7.9% en n'étant pas venus). Plusieurs choses peuvent expliquer cela. Tout d'abord le biais de sélection : nous envisageons une CPC pour les patients les plus à risque de récurrence, ce qui implique un respect plus fréquent du suivi proposé chez les patients les plus graves. De plus, l'ANAES estime *que les patients les plus enclins à suivre l'orientation proposée sont aussi les plus à risque de récurrence ou de suicide.* (4)

Nous pouvons aussi nous étonner du faible taux (7.7%) de récurrence général dans notre étude alors qu'il a été évalué à 32.3% dans l'étude de Dulys (54) sur l'ouverture d'un service pour les situations de crises psychiatriques à l'hôpital de Saint Pierre de la Réunion entre 1994 et 1996 (le chiffre de Dulys est à prendre avec recul étant donné la situation du suicide dans le sud de la Réunion à cette époque-là avec des chiffres très élevés (9)). L'Observatoire Régional de la Santé (ORS), lui, à la Réunion en général sur la période 2009-2011 a évalué le taux de récurrence à 19% en se basant aussi sur le taux de réhospitalisation dans l'année suivant le passage à l'acte. L'explication est probablement que nous ne considérons dans notre étude que les suicidants hospitalisés pour la première fois. Les récidivistes sont automatiquement exclus de l'étude par le choix que nous avons fait de ne sélectionner que ces patients-là. De plus, les « perdus de vue », comme nous avons vu précédemment, peuvent être des récidivistes.

Nous constatons dans notre étude que les suicidants qui n'ont pas d'emploi sont moins présents à la première consultation de suivi (28.3% contre 51.4%). Nous pourrions nous attendre au contraire, en supposant qu'ils ont moins de contraintes de planning et peuvent ainsi honorer les rendez-vous, mais ce n'est pas le cas ici. Une des explications possibles pourrait être que le manque de ressources financières du fait du chômage entraînerait une impossibilité de disposer d'un véhicule particulier, ce qui est quasi-indispensable à la Réunion pour se déplacer en raison du mauvais réseau de transports en commun de l'île.

Concernant une autre caractéristique sociodémographique, nous pouvons remarquer que le taux de présence est plus important à la première consultation de suivi si le suicidant est en couple (41.6% contre 25.4%). L'explication possible est que le fait d'être en couple assure d'un soutien qui va aider le patient à se prendre en charge (stimulation pour se mobiliser, soutien logistique pour se déplacer, rappel du rendez-vous, etc.). Ceci confirme l'importance de l'entourage dans la prise en charge du suicidant, comme l'a suggéré l'ANAES (4).

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence la tendance à une présence plus importante à la première consultation quand le patient a déjà eu un ou des contacts avec la psychiatrie au niveau familial (antécédents familiaux psychiatriques ou antécédents familiaux de tentative de suicide). Nous pourrions ainsi penser que le fait de "connaître" la psychiatrie améliore l'adhésion aux soins. Ceci suggère que la mauvaise image de la psychiatrie, son côté stigmatisant peut être un frein à la poursuite de soins. Cette idée est peut-être corroborée par le fait que les patients semblent consulter plus volontiers au CAP Ouest situé dans un hôpital général, qu'au CMP dans notre étude (78.3% contre 70.6%). Cette différence n'est pas significative, il aurait fallu disposer d'un échantillon plus grand ou spécifiquement étudier cette question par un questionnaire pour pouvoir conclure.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon semble confirmer le fait que les tentatives de suicide semblent d'avantage toucher les jeunes à la Réunion (60.9% sont dans la tranche 16-35 ans dans notre étude contre environ 52% selon l'ORS sur les années 2009 à 2011 et environ 35% en 2011 en métropole (55)). A contrario, les personnes âgées semblent moins passer à l'acte qu'en France hexagonale (0.9% dans notre étude, 2.5% entre 2009 et 2011 selon l'ORS et 7.5% environ en métropole en 2011 (55)). Même si à la Réunion la population est plus jeune qu'en métropole, cette surmorbidity par tentative de suicide chez les jeunes mériterait d'être approfondie.

Une des hypothèses qui a été avancée est le fort taux de chômage des jeunes à la Réunion, et dans notre étude, très peu de patients avaient un emploi en 2013 (32.7%), notamment les jeunes (seuls 33.8% des patients de 16-35 ans avaient un emploi). A la Réunion, en 2013, selon les chiffres de l'INSEE (56), le taux de chômage était de 29% de la population active et il atteignait 59% chez les jeunes. Dans notre échantillon, le taux de chômage des jeunes n'est donc pas supérieur à celui de la population générale réunionnaise.

Si on s'intéresse à la répartition par genre, les données corroborent ce qui a déjà été remarqué dans les études passées (9). Les hommes, faisant des tentatives de suicide, utilisent plus souvent des moyens violents que les femmes, ils ont aussi plus souvent des antécédents médico-psychologiques ou sont plus souvent dépendants à l'alcool ou à une drogue. Enfin, concernant l'âge comparativement aux femmes, ils sont peu nombreux dans les classes d'âge les plus jeunes. Or, selon les chiffres de l'ORS (7), environ 33% des suicides surviennent chez les moins de 35 ans, avec une très nette prédominance masculine. Nous pouvons donc faire le

constat qu'une tentative de suicide chez un homme réunionnais est souvent grave et encore plus s'il est jeune.

L'analyse des caractéristiques médico-psychologiques et des antécédents met en évidence dans notre étude un nombre important de suicidantes ayant vécu des événements à potentialité traumatique (45% d'entre elles en remarquant que pour 32.7% des femmes nous n'avons pas l'information donc il existe une probable sous-estimation de ces chiffres), avec en particulier beaucoup de violences faites aux femmes (26.8% des suicidantes). Au vu de ces chiffres, une prise en charge psychotraumatologique ou victimologique complémentaire de la prise en charge pour tentative de suicide est indiquée ce qui n'a pu être proposée que pour 4 personnes. Ainsi, ces résultats laissent supposer que nous avons probablement ici une piste de prévention du suicide en améliorant la prise en charge des personnes subissant ce type de violences.

La prévalence de la dépression est faible parmi les suicidants de notre étude (5.4% contre environ 50 % dans l'étude de Petronis et al. en 1990 aux Etats-Unis par exemple (57)), probablement en raison de la spécificité de notre population exclusivement composée de personnes n'ayant jamais eu auparavant de prise en charge hospitalière pour suicide, alors que dans les autres études les personnes ayant des antécédents suicidaires sont aussi incluses.

Nous pouvons remarquer aussi dans les pathologies chroniques, retrouvées dans notre étude, 6 cas d'épilepsie soit une prévalence d'environ 3% alors qu'elle est de 0.6 à 0.7% dans la population générale en France en 2012 selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (58). Il pourrait être intéressant de creuser cette question. En dehors de certaines causes pouvant favoriser un passage à l'acte suicidaire (ex : tumeur cérébrale), de manière générale, on peut se demander si cette maladie rend plus impulsif, ou si ces patients sont plus fragiles psychologiquement.

Concernant les moyens de tentatives de suicide, nous pouvons noter dans notre étude, une quasi-disparition des tentatives de suicide par ingestion de produits agricoles en raison de la politique menée pour empêcher l'accès à ce type de moyen dans les années 1990. En dehors des IMV, les moyens utilisés le plus fréquemment sont les phlébotomies, les pendaisons et les précipitations (principalement saut d'un pont) dans les mêmes proportions que les chiffres de l'ORS (7).

Nous pouvons remarquer aussi que nombreux sont les suicidants qui sont alcoolisés au moment de leur tentative de suicide (42.7%), beaucoup plus que dans l'étude de Penavayre sur l'épidémiologie des tentatives de suicide à la Réunion (59) en 1989 (seulement 7.2 %). Il est possible que les problèmes liés à l'alcool se soient majorés depuis 1989, ou qu'il y ait eu une sous-estimation de ce problème dans cette étude. Dans l'île, 20 000 à 50 000 personnes étaient alcooliques ou à risque de l'être en 2000 (60), soit environ 2 à 5 % de la population générale. Des prises en charge ciblées complémentaires en addictologie paraissent indiquées, elles ont pu être mises en place mais pour trop peu de patients. En effet en termes de prévention, une action spécifique concernant les risques de passage à l'acte suicidaire sous l'emprise de l'alcool pourrait être une piste à explorer.

En définitive, les résultats de notre travail paraissent intéressants par rapport aux implications qui peuvent en découler, en les confirmant avec d'autres études plus valables statistiquement. Notre étude doit être considérée comme une introduction à des recherches futures. Elle peut par exemple ouvrir vers un essai randomisé concernant la problématique du suivi ou vers des recherches qualitatives où l'évaluation de la prise en charge par le patient serait le sujet principal.

Dès à présent, nous pouvons évoquer des pistes d'amélioration à la prise en charge des suicidants dans notre cas particulier de l'ouest réunionnais voire plus généralement. Si nous considérons que le fait de planifier le rendez-vous majore la présence à la première consultation de suivi, nous pouvons envisager de mettre en place un logiciel permettant de planifier les rendez-vous 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 à partir du CAP Ouest. Nous pouvons aller jusqu'à mettre en place un logiciel avec un système de rappel de la date du rendez-vous au patient par un SMS ou un appel téléphonique quelques jours avant. Cela demande, bien entendu, de développer les capacités d'accueil dans les CMP en termes de consultation médicale ou paramédicale.

Si nous considérons que les suicidants viennent plus volontiers à la première consultation aussi parce qu'elle se déroule avec l'intervenant qu'ils ont rencontré lors du premier contact, nous pouvons imaginer un système où les psychiatres passant par le CAP Ouest, reverraient les patients en CMP après les avoir vus à l'hôpital. Parallèlement, cela demanderait que les référents des patients au CMP interviennent aussi sur le CAP Ouest.

Si nous considérons que le lieu joue un rôle important et que le CMP est un endroit connoté négativement, nous pouvons envisager que ces patients soient revus par le même intervenant au même endroit. Il est vrai que le lieu des urgences peut aussi être connoté comme étant le lieu de crise. Pour autant un véritable service de suicidologie pluridisciplinaire permettrait de réaliser des psychothérapies brèves intenses sur 3-4 mois avec la même équipe et donc que le premier rendez-vous soit planifié avec le même intervenant, au même endroit rapidement après la crise comme le suggère l'ANAES. Le fait que le suivi s'engage précocement semble primordial, le risque suicidaire étant maximal dans la première semaine après la tentative de suicide et diminuant petit à petit dans les 3 premiers mois après le passage à l'acte selon Appleby et al. (28).

En parallèle, un travail avec les médecins généralistes paraît nécessaire comme le suggérait déjà Mazière en 2000 (9). En effet, les médecins généralistes sont forcément amenés à jouer un rôle important dans la prise en charge du suicidant dans leur rôle de détection et de prévention mais aussi dans la prévention tertiaire comme le montre l'étude de Gunnell et al. dans une étude faite en Grande-Bretagne en 2002 (61). Ainsi, ils ont montré que plus de 50% des patients consultaient leur médecin généraliste dans les 4 semaines suivant une tentative de suicide et que 50% de ceux qui avaient récidivé dans ces 4 semaines avaient vu leur médecin généraliste avant la récurrence. A la Réunion, le CMP est la pierre angulaire de la prise en charge psychiatrique compte-tenu de la pénurie de psychiatres libéraux et du déficit de ressources de nombreux réunionnais. Cette organisation peut avoir pour conséquence des délais de consultation importants au CMP, ce qui peut amener certains médecins généralistes à suivre des patients sur le plan psychiatrique. Il semble donc important que le lien entre les services de psychiatrie et le médecin généraliste soit favorisé et que les médecins généralistes soient davantage formés et sensibilisés sur le sujet. Actuellement, le médecin généraliste est prévenu du passage de son patient au CAP Ouest par courrier. Un suivi après la tentative de suicide est envisagé avec le médecin généraliste lorsque le patient le demande. Or, il n'y a aucune raison pour qu'un médecin généraliste ne puisse pas suivre les suicidants. Nous pourrions ainsi imaginer que des suivis après tentatives de suicide soient réalisés de manière organisée par les médecins généralistes après un lien téléphonique entre psychiatre et médecin généraliste dès le passage au CAP Ouest, en accord avec le patient. Comme le suggère notre étude, la présence aux consultations de suivi serait probablement bonne, le médecin généraliste étant un interlocuteur privilégié exerçant dans un lieu non stigmatisant, et étant disponible rapidement pour un rendez-vous. Cela demanderait cependant aux médecins



généralistes d'avoir des plages de rendez-vous, la plupart d'entre eux consultant sans rendez-vous.

Pour aller dans ce sens, l'étude APSOM dont l'objectif principal est de mesurer l'impact d'une consultation systématique entre le 22<sup>ème</sup> et le 45<sup>ème</sup> jour après la tentative de suicide avec un professionnel de santé (psychiatre, psychologue, infirmier ou médecin généraliste), permettra sans doute de voir l'intérêt d'un dispositif de veille associant des professionnels de différents champs et de différents niveaux du parcours de soins.

## **Conclusion**

Notre étude a montré l'importance d'avoir une réflexion sur la prévention tertiaire et en particulier sur l'organisation du suivi psychothérapeutique de patients suicidants. En effet, la façon d'organiser la première consultation après une tentative de suicide semble avoir un impact majeur sur l'effectivité du suivi. Ainsi, la planification du rendez-vous, la continuité de suivi avec l'intervenant initial et, à un degré moindre, le lieu et le fait que la date du rendez-vous soit proche de la date de la prise en charge hospitalière pour tentative de suicide, semblent favoriser l'adhésion à ce premier rendez-vous.

Ces résultats demandent à être confirmés par des études de plus grande ampleur notamment pour mieux explorer l'impact sur la récurrence, ce qui sera en partie le cas dans l'étude APSOM, mais ils peuvent d'ores et déjà amener à modifier certains aspects organisationnels peu coûteux en terme d'économie et de personnel. Par exemple, dans le cas particulier de la prise en charge des suicidants de l'ouest réunionnais, il serait intéressant de mettre en place un logiciel de prise de rendez-vous accessible au personnel du service des urgences psychiatriques, le CAP Ouest, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec un système de rappel des rendez-vous par SMS ou appel téléphonique. Il serait intéressant, aussi, de « réellement » organiser des suivis après tentative de suicide par des médecins généralistes, préalablement sensibilisés sur le sujet.

Au-delà de ces considérations sur le suivi, notre étude montre l'importance d'avoir une approche multisectorielle de la problématique suicidaire à La Réunion devant les problématiques sociales, de violences faites aux femmes et d'alcoolisme chronique. Elle montre aussi l'importance d'agir à plusieurs niveaux de prévention notamment en impliquant davantage les différents acteurs de la société et en permettant une meilleure coordination des prises en charge compte-tenu des spécificités réunionnaises en termes d'organisation des soins psychiatriques.

# **Bibliographie**

1. World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. World Health Organization; 2015.
2. Gouvernement. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)
3. État des lieux du suicide en France - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) Available from: <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>
4. HAS. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge)
5. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Nov 17;260(5):401–6.
6. ONS. Rapport de l'Observatoire National du Suicide. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>
7. ORS. Tableau de bord: suicides et tentatives de suicide à la réunion. Available from: [http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux\\_bord/TDB\\_suicides\\_2012.pdf](http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_suicides_2012.pdf)
8. Conseil d'orientation de la recherche INSERM, Réunion. Conseil général, editors. Suicides et tentatives de suicide à la Réunion: épidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention. Paris, France: l'Harmattan; 1995. 287 p.
9. Mazière J. N.; Onde G.; Moron P.; Birmes P.; Sarramon C.; Ruiz J. Suicides et tentatives de suicide à la Réunion. Prévention et prise en charge. *Expans Sci Publ*. 2000;15(1):16–22.
10. Daigle MSP, Louise Chagnon, François Greenfield, Brian Mishara, Brian. Suicide Attempts: Prevention of Repetition. *Can J Psychiatry*. 2011 Oct;56(10):621–9.
11. Guthrie E, Patton GC, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. Commentary: Another kind of talk that works? *BMJ*. 2001 Jul 21;323(7305):135.
12. Définitions : suicide - Dictionnaire de français Larousse Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284>
13. Durkheim É. Le Suicide, étude de sociologie, par Émile Durkheim,... F. Alcan (Paris); 1897 Available from: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6128145d>
14. Quidu M, Sivadon P. Le suicide : étude clinique, perspectives préventives Paris: ESF; 1970. 166 p. Available from: [http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=71604](http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=71604)

15. Deshaies G. Psychologie du suicide : Par Gabriel Deshaies.
16. Moron P. Le suicide. Paris: Presses universitaires de France; 2005.
17. Blondin A, Goethe JW von. Les souffrances du jeune Werther. Le Livre de Poche; 1959.
18. Halbwachs M. causes du suicide. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2003. Available from: [http://www.uqac.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/classiques/Halbwachs\\_mau\\_rice/causes\\_du\\_suicide/causes\\_du\\_suicide.html](http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/Halbwachs_mau_rice/causes_du_suicide/causes_du_suicide.html)
19. AVC : des coûts humains et économiques considérables. Available from: <http://destinationsante.com/avc-des-couts-humains-et-economiques-considerables.html>
20. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun 1;182(6):537–42.
21. Bernabe M. Tentatives de suicide et "dépendances": étude clinique et réflexions psychopathologiques à travers une expérience réunionnaise; Université Louis Pasteur (Strasbourg). Faculté de médecine; 1990.
22. Bennewith O, Nowers M, Gunnell D. Effect of barriers on the Clifton suspension bridge, England, on local patterns of suicide: implications for prevention. *Br J Psychiatry*. 2007 Mar 1;190(3):266–7.
23. Hawkins MLC, Edwards JN, Dargan PI. Impact of Restricting Paracetamol Pack Sizes on Paracetamol Poisoning in the United Kingdom. *Drug Saf*. 2012 Oct 19;30(6):465–79.
24. Aseltine RH, DeMartino R. An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*. 2004 Mar;94(3):446–51.
25. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*. 1995 Apr;152(4):632–4.
26. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*. 2001 Jan;62(1–2):123–9.
27. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1988 Mar;152:359–66.
28. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999 May 8;318(7193):1235–9.
29. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 août;294(5):563–70.
30. Slee N, Garnefski N, Leeden R van der, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008 Mar 1;192(3):202–11.

31. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med.* 2003 Aug;33(6):969–76.
32. Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *Eur Psychiatry.* 2005 Mar;20(2):121–8.
33. Kapur N, Cooper J, Hiroeh U, May C, Appleby L, House A. Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004 Jan;26(1):36–41.
34. Moller HJ. Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide. *J R Soc Med.* 1989 Nov;82(11):643–7.
35. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: Effects on repetition. *Br J Psychiatry.* 1999 juillet;175:23–7.
36. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2005 Aug 1;187(2):186–7.
37. Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *J Adolesc.* 1995 Oct;18(5):569–77.
38. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv Wash DC.* 2001 Jun;52(6):828–33.
39. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ.* 2005 Oct 8;331(7520):805.
40. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT. Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2010 Jul 1;197(1):55–60.
41. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 2006 May 27;332(7552):1241–5.
42. Berrouguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P, et al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry.* 2014 Nov 18; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245803/>
43. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med.* 1995 Sep;25(5):963–70.
44. Hvid M, August G. Preventing repetition of attempted suicide—I. Feasibility (acceptability, adherence, and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. *Nord J Psychiatry.* 2009 avril;63(2):148–53.

45. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008 Sep;86(9):703–9.
46. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev.* 2010;31(4):194–201.
47. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry.* 2011 Jan 2;11:1.
48. Aoun S. Deliberate self-harm in rural Western Australia: Results of an intervention study. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* 1999 juin;8(2):65–73.
49. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006 Sep;36(9):1225–33.
50. Hegerl U, Schäfer R. [From the Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)--extending community-based awareness-campaigns on national and European level]. *Psychiatr Prax.* 2007 Sep;34 Suppl 3:S261–5.
51. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D, et al. Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health.* 2009 Nov 23;9:428.
52. IBM - SPSS Statistics Base. Available from: <http://www-03.ibm.com/software/products/fr/spss-stats-base>
53. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. *L'Encéphale.* 2010 Jun;36:D7–13.
54. Dulys A. A propos des tentatives de suicide à la Réunion [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 1997.
55. InVS. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-France-metropolitaine-a-partir-du-PMSI-MCO-2004-2011-et-d-Oscour-R-2007-2011>
56. Insee - Travail-Emploi - Enquête emploi 2013 à La Réunion - Un taux de chômage autour de 29 % depuis quatre ans. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=20986](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=20986)

57. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990 Jul 1;25(4):193–9.
58. INSERM. Dossier d'information Epilepsie. Available from: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/epilepsie>
59. Penavayre S. Le suicide à l'île de la Réunion: étude épidémiologique sur douze mois en comparaison avec l'île de la Martinique et la métropole [Thèse]. [Bordeaux, 1990, France]; 1990.
60. CATTEAU C., GALMICHE A. Enquête alcool auprès des patients hospitalisés, la Réunion, novembre 2000. Saint-Denis: DRASS de la Réunion; 2002. 55 p. p. Available from: [http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=64450](http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=64450)
61. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, Stocks N, Sharp DJ. Do patients who self-harm consult their general practitioner soon after hospital discharge? A cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 Dec;37(12):599–602.



# **Annexes**

# Recueil de données

## Caractéristiques du patient : numéro :

DDN :

Date de la TS :

Date de la 1<sup>ère</sup> cs de suivi :

Dépend de quel CMP : Saint Paul / Le Port / Autre

Sexe : F M

Statut marital célibataire / en couple / divorcé / veuf / séparé ?

Nombre d'enfants?

Emploi : AVEC / SANS / étudiant

Catégorie socioprofessionnelle (INSEE) :

1. Agriculteurs exploitants 2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise 3. Cadres et professions intellectuelles supérieures 4. Professions Intermédiaires 5. Employés 6. Ouvriers 7. Retraités 8. Autres personnes sans activité professionnelle

Troubles de la personnalité : OUI NON NR

Pathologie psychiatrique chronique diagnostiquée antérieurement : OUI NON NR

Antécédents familiaux psychiatriques : OUI NON NR

Antécédents TS dans la famille : OUI NON NR

Maladie chronique invalidante : OUI NON NR

Evènement à potentiel traumatisant : OUI NON NR

Dépendance OH chronique : OUI NON NR

Dépendance à une drogue : OUI NON NR

OH au moment geste : OUI NON NR

Mode opératoire : Médicamenteux / Toxiques non médicamenteux / Phlébotomie / Arme blanche / Arme à feu / Précipitation sous objet en mouvement / Défenestration ou saut / Tentative de noyade / AVP / Pendaïson / Immolation / Ingestion de caustiques / Autre :

**Concernant le suivi :**

Proposition de modalité de la première consultation :

CPC RDV FIXE COORD AUTRE NR

Y est-il allé ? OUI NON NR

Proposition de suivi autre : psychiatre libéral, médecin traitant, addictologie, victimologie ?

Lui a-t-on remis les coordonnées de l'UAPSY ? OUI NON NR

A-t-il eu une hospitalisation directe ? OUI NON NR

Si oui :

- A l'EPSMR ?

- Aux Flamboyants ?

A-t-il eu une hospitalisation programmée aux Flamboyants? OUI NON NR

Y est-il allé ? OUI NON NR

A-t-il eu une deuxième consultation proposée ? OUI NON NR

Y est-il allé ? OUI NON NR

Réadmission pour TS dans l'année suivant la première prise en charge ? OUI NON NR

# Abstract

**Observational study of adhesion to the different strategies of prevention after a first suicide attempt hospitalized, at the Gabriel Martin Hospital, in Saint Paul, Reunion.**

**Goals:** The main goal of the study was to compare the rate of people joining the first consultation of psychotherapeutic monitoring according to the different modalities offered (giving them our contacts, planning an appointment in a psychological medico center CMP or planning an appointment « pericritique ») after a first hospitalized suicide attempt. One of the secondary goals, was to evaluate the impact of the effectiveness of this first consultation, on the rate of recidivism.

**Material and methods:** It's an observational, retrospective file study, including patients over 16 years old at the time of admission, having committed a first suicide attempt then hospitalized, who went through the CAP West (Psychiatric reception center of reference for the Western Reunion territory) at the Gabriel Martin hospital, in Saint Paul, Reunion in 2013. The intervention was suggested during a psychotherapeutic appointment, in an ambulatory at the CAP West exit. Our main opinion criteria, was the attendance to the first follow up consultation.

**Results:** On the 220 patients that were initially included, 50 were excluded, 170 have been studied. We observed 5.7% of attendance to get in touch with them, 70.6% to organize an appointment in CMP and 78.3% for the « pericritique » appointment. There was a significant difference for each of the two latter modalities compared with the first one  $p < 0.001$ . There was no significant difference concerning the impact on the rate of recidivism according to their attendance (8.6% if they were present against 7.9%).

**Conclusion:** The fact of booking an appointment, and to have it followed through by the same health care appointee seemed to be the two main determinants of establishing a follow up. Those results would have to be confirmed by a randomized study.

**Keywords :** suicide attempt, aftercare, prevention, adhesion, psychotherapy, connectedness

## **Etude observationnelle de l'adhésion aux différentes stratégies de prévention après une première tentative de suicide prise en charge au Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint Paul de la Réunion.**

**Objectifs :** L'objectif principal de l'étude était de comparer les taux d'adhésion à la première consultation de suivi psychothérapeutique en fonction des trois modalités proposées (remise de coordonnées, planification d'un rendez-vous en centre médico-psychologique ou planification d'un rendez-vous « *péricritique* » sur le site des urgences) après une première prise en charge hospitalière pour tentative de suicide. Un des objectifs secondaires était d'évaluer l'impact sur le taux de récurrence de l'effectivité de cette consultation.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, sur dossiers prenant en compte les patients de plus de 16 ans au moment de leur première admission hospitalière pour tentative de suicide, passés par le CAP Ouest (Centre d'Accueil Psychiatrique pour le territoire Ouest de la Réunion), à l'hôpital Gabriel Martin, à Saint Paul de la Réunion sur l'année 2013. L'intervention évaluée était le rendez-vous psychothérapeutique proposé en ambulatoire à la sortie du CAP Ouest selon les trois modalités précitées. Le critère de jugement principal était la présence à la première consultation de suivi.

**Résultats :** Sur les 220 patients initialement inclus, 50 ont été exclus, 170 ont pu être étudiés. Nous avons observé une présence de 5.7% pour la remise des coordonnées, 70.6% pour la planification du rendez-vous en CMP et 78.3% pour le rendez-vous « *péricritique* ». Il existait une différence significative pour chacune de ces deux dernières modalités comparativement à la remise des coordonnées ( $p < 0.001$ ). Il n'existait pas de différence significative concernant l'impact sur le taux de récurrence en fonction de la présence à ce rendez-vous post-hospitalisation (8.6% s'ils étaient présents contre 7.9%).

**Conclusion :** Le fait de planifier un rendez-vous et le fait que ce soit avec le même intervenant semblent être les deux principaux déterminants de la mise en place d'un suivi. Ces résultats seraient à confirmer par une étude randomisée.

**Discipline :** Médecine Générale et Psychiatrie

**Mots-clés :** tentative de suicide, suivi thérapeutique, adhésion, prévention, psychothérapie, systèmes de veille

UFR des Sciences Médicales – Université Bordeaux 2 Victor Segalen