



HAL
open science

Étude POSTA : Tome 1 : vers la prévention active et communautaire du suicide en Martinique

Étienne Vacher

► **To cite this version:**

Étienne Vacher. Étude POSTA : Tome 1 : vers la prévention active et communautaire du suicide en Martinique. Psychiatrie et santé mentale. 2015. dumas-01314114

HAL Id: dumas-01314114

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01314114>

Submitted on 10 May 2016

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

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

Etude POSTA – TOME I
**« Vers la prévention active et communautaire du
suicide en Martinique »**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
Université des Antilles
CHU de Martinique

Le 30 novembre 2015

Par

Etienne VACHER

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président du jury et directeur de thèse:

Monsieur le Professeur André WARTER

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS

Monsieur le Professeur Jean-Louis ROUVILLAIN

Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Madame le Docteur Sandrine TIGNAC

ETUDE POSTA

Etude de cohorte quantitative et qualitative des patients suicidaires et suicidants admis aux urgences du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitman), et de leur prise en charge à 6 mois et en médecine générale.

L'étude POSTA a été l'occasion de réaliser deux travaux de thèses de médecine. L'ensemble du travail a été réalisé à chaque étape en collaboration entre les deux internes, sous la supervision des directeurs et co-directeurs des thèses, le Pr Louis JEHEL et le Dr Sandrine LAMY.

Le tome I, correspondant à la thèse d'exercice de psychiatrie d'Etienne VACHER, décrit les résultats quantitatifs de l'analyse de la population suicidante aux urgences et au rappel à 6 mois.

Le tome II, correspondant à la thèse d'exercice de médecine générale de Jonathan EHRHARDT, décrit les résultats qualitatifs de l'analyse du lien avec les médecins généralistes.

Cette distinction ne reflète pas la répartition équitable du travail entre les deux internes, mais répond aux exigences administratives de la faculté de médecine de l'université des Antilles.

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur Louis JEHEL, pour la proposition de recherche, la direction de la thèse d'Etienne VACHER et la co-direction de la thèse de Jonathan EHRHARDT.

Au Docteur Sandrine LAMY, pour la direction de l'étude POSTA, la direction de la thèse de Jonathan EHRHARDT et la co-direction de la thèse d'Etienne VACHER.

A Monsieur Pierre LEVY, pour sa disponibilité dans la réalisation des analyses statistiques.

Au Docteur Christophe DEBIEN, alors responsable des urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (site Pierre Zobda-Quitman), pour son soutien et ses encouragements inconditionnels.

A l'ensemble des praticiens et des internes qui ont participé à l'étude POSTA, notamment par l'inclusion de certains patients dans le cadre de leur travail aux urgences.

A l'ensemble du personnel du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHU de Martinique.

A l'ensemble du personnel des urgences du CHU de Martinique et aux intervenants de l'urgence en Martinique.

Aux patientes et patients qui ont accepté de participer à cette étude, que nous avons pris plaisir à rencontrer et à recontacter malgré la douleur de leurs situations.

A leurs familles et à leurs proches.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de s'entretenir avec nous.

Au Docteur Michel EYNAUD, pour nous avoir renseigné sur les résultats de l'enquête SMPG Guadeloupe 2013.

Au Docteur Gilbert URSULET, pour sa connaissance du contexte martiniquais et les documents de présentation concernant le suicide et les tentatives de suicide en Martinique.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au Professeur André WARTER, qui nous fait l'honneur de présider cette thèse, malgré la proposition tardive. Nous vous remercions grandement de votre disponibilité et de l'intérêt porté à nos disciplines.

Au Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Votre présence dans ce jury nous est apparue nécessaire, soyez remercié de l'intérêt que vous avez porté à l'égard de notre travail. Nous vous faisons part ici de notre admiration pour l'ensemble de votre carrière.

Au Professeur Louis JEHEL, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Nous lui faisons part ici de notre admiration et de notre reconnaissance pour le travail pédagogique et de recherche menés au sein du service hospitalo-universitaire du CHU de Martinique.

Au Professeur Jean-Louis ROUVILLAIN, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Nous vous remercions grandement de votre disponibilité et de l'intérêt porté à nos disciplines.

Au Docteur Anne Sandrine TIGNAC, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Votre présence dans ce jury nous est apparue nécessaire, signe d'ouverture de l'hôpital vers la cité, et de l'importance de la formation initiale et continue des acteurs de premier recours.

REMERCIEMENTS D'ETIENNE

Je remercie mes parents, Thérèse et Jean, de m'avoir offert la possibilité d'arriver jusqu'ici, pour leur compréhension et leur soutien dans mes choix.

A mes sœurs, Emilie et Marine, pour leurs amours. A Agnès et Alexis.

A Mélanie, pour son soutien et son amour.

Aux ami-e-s.

A toutes les équipes qui m'ont appris à « prendre soin » : au CHU de Martinique, au CH de Montéran en Guadeloupe, au CPOA du CH de Sainte-Anne à Paris, au CHU de Limoges, à l'Espace Ethique de l'AP/HP, au COMEDE, au Centre Minkowska, au CECCOF, au CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, à l'association Santé Communautaire en Chantier, à l'association MEDSI. A celles et ceux qui viendront.

Au Dr Jean-Michel SIGWARD et au Dr Christophe DEBIEN. Ce qu'ils m'ont enseigné lors de ma première année d'internat en psychiatrie a été fondamental pour la suite, et résonne encore aujourd'hui.

Nous dédions cette thèse commune aux internes qui se retrouvent en souffrance dans le cadre de nos études et de nos professions, ainsi qu'à l'ensemble des travailleurs du soin et de la santé.

*Il y a des volcans qui se meurent
il y a des volcans qui demeurent
il y a des volcans qui ne sont là que pour le vent
il y a des volcans fous
il y a des volcans ivres à la dérive
il y a des volcans qui vivent en meutes et patrouillent
il y a des volcans dont la gueule émerge de temps en temps
véritables chiens de mer
il y a des volcans qui se voilent la face
toujours dans les nuages
il y a des volcans vautrés comme des rhinocéros fatigués
dont on peut palper la poche galactique
il y a des volcans pieux qui élèvent des monuments
à la gloire des peuples disparus
il y a des volcans vigilants
des volcans qui aboient
montant la garde au seuil du Kraal des peuples endormis
il y a des volcans fantasques qui apparaissent
et disparaissent
(ce sont jeux lémurien)
il ne faut pas oublier ceux qui ne sont pas les moindres
les volcans qu'aucune dorsale n'a jamais repérés
et dont de nuit les rancunes se construisent
il y a des volcans dont l'embouchure est à la mesure exacte de l'antique déchirure.*

Aimé CESAIRE, Dorsale bossale, Moi laminaire.

Nous sommes des algériens, bannissons de notre terre tout racisme, toute forme d'oppression, et travaillons pour l'épanouissement de l'homme et l'enrichissement de l'humanité.

Frantz FANON, Les damnés de la terre

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	12
-----------------------------	-----------

LISTE DES ABREVIATIONS	13
-------------------------------	-----------

RÉSUMÉ	15
---------------	-----------

COMMUNICATIONS CONCERNANT L'ETUDE POSTA	17
--	-----------

INTRODUCTION ET CONTEXTE	18
---------------------------------	-----------

Prévention du suicide : « l'état d'urgence mondial »	18
--	----

Le suicide en France : une priorité de santé publique	20
---	----

Le phénomène du suicide et les comportements suicidaires en Martinique	22
--	----

Le contexte martiniquais	24
--------------------------	----

Les nouvelles missions du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHUM	27
--	----

Les objectifs de l'étude	28
--------------------------	----

MATERIEL ET METHODES	29
-----------------------------	-----------

1. Type d'étude	29
-----------------	----

2. Population	29
---------------	----

3. Déroulement de l'étude	30
---------------------------	----

4. Instruments et mesures	31
---------------------------	----

4.1 Cahier de recueil de données initiales	31
--	----

4.2 Cahier de rappel à 6 mois	32
-------------------------------	----

4.3 Evaluation de la crise suicidaire	32
---------------------------------------	----

4.4 Evaluation des symptômes anxieux et dépressifs par l'échelle HAD	34
--	----

4.5 Dosages biologiques	35
-------------------------	----

5. Analyses statistiques	35
--------------------------	----

RESULTATS ET COMMENTAIRES **36**

1. Description générale de la population	36
1.1. Diagramme de flux	36
1.2. Estimations d'incidence d'admissions aux urgences	37
1.3. Caractéristiques démographiques et socio-économiques	37
2. Description du contexte clinique et de la prise en charge initiale	44
2.1. Caractéristiques cliniques	44
2.2. Détails sur le motif d'admission aux urgences : la crise suicidaire	47
2.3. Détails sur la prise en charge	50
3. Description des données du suivi à 6 mois	53
3.1. La trajectoire de soins	53
3.2. La trajectoire médico-économique	58
3.3. La trajectoire de vie sociale	60
3.4. La trajectoire ou évolution clinique	63
3.5. Les indices de satisfaction	70
4. Comparaisons selon le statut vis-à-vis de la répétition du geste suicidaire	73
4.1. Analyses univariées	73
4.2. Régression logistique	75
5. Comparaisons selon le motif d'admission	76
5.1. Analyses univariées	76
5.2. Régression logistique	78

DISCUSSION ET PROPOSITIONS **80**

1 Discussion sur le phénomène suicidaire et sa prise en charge en Martinique	80
1.1 Les estimations d'incidence de tentatives de suicide prises en charge au CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitmann)	80
1.2 Les caractéristiques générales de la population suicidante en Martinique	82
1.3 Les caractéristiques générales de la crise suicidaire en Martinique	91
1.4 L'évaluation à 6 mois de la prise en charge par le système de soins psychiatriques actuel	94
2 Discussions thématiques	96
2.1 <u>En prévention primaire</u>	96
2.1.1 <i>La prise en charge de la dépression</i>	96
2.1.2 <i>La prise en charge de l'alcoolisme (abus et dépendance)</i>	97
2.1.3 <i>La prise en charge du psycho-traumatisme</i>	98
2.1.4 <i>La santé des femmes</i>	99

2.1.5	<i>Les demandeurs d'asile et personnes en situation de précarité administrative</i>	101
2.1.6	<i>L'information de la population et la déstigmatisation de aux soins</i>	101
2.1.7	<i>La prise en charge des patients par les médecins généralistes</i>	103
2.1.8	<i>La formation des médecins généralistes et des autres professionnels</i>	104
2.1.9	<i>le travail en réseau de santé mentale et les interventions communautaires</i>	106
2.2	<u>En prévention secondaire</u>	107
2.2.1	<i>Les médecins généralistes : acteurs de première ligne, en difficulté</i>	107
2.2.2	<i>Le lien ville – hôpital</i>	108
2.2.3	<i>Des lieux d'hospitalisation adaptés</i>	109
2.2.4	<i>La prise en compte des proches et des familles</i>	110
2.3	<u>En prévention tertiaire</u>	112
2.3.1	<i>Continuité des soins : suivi des patients suicidaires et suicidants et système de veille</i>	112
2.3.2	<i>L'éducation thérapeutique : alliance et psychoéducation</i>	114
2.4	<u>L'impact médico-économique</u>	117
3	Profils de patients	120
3.1	Qui sont les perdus-de-vue à 6 mois ?	120
3.2	Quels patients se sont améliorés et stabilisés à 6 mois ?	121
4	Les biais et limites de l'étude POSTA	123
5	Les points forts de l'étude POSTA	124

CONCLUSION ET OUVERTURES **126**

EPILOGUE **129**

BIBLIOGRAPHIE **130**

I.	<u>Liste des figures</u>	146
II.	<u>Liste des tableaux</u>	148
III.	<u>Cahier de recueil des données initiales</u>	149
IV.	<u>Formulaire de consentement</u>	167
V.	<u>Note d'information à destination des patients à inclure</u>	168
VI.	<u>Questionnaire de rappel des patients à 6 mois</u>	171
VII.	<u>Chiffres clés concernant les conduites suicidaires</u>	179
VIII.	<u>Liste des enseignants à l'université des Antilles et de la Guyane</u>	180
IX.	<u>Imprimatur</u>	187

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **AAH** : Allocation Adulte Handicapé
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **ASPOM** : Mise en place et mesure d'efficacité préventive en conditions réelles d'un algorithme de veille au décours d'une tentative de suicide admise à l'hôpital dans les Départements d'Outre-Mer (DOM).
- **ATCD** : Antécédent
- **BAC** : Baccalauréat
- **BEH** : Bulletin Epidémiologique hebdomadaire.
- **BEP** : Brevet d'études professionnelles
- **CADA** : Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- **CAP** : Certificat d'aptitude professionnelle
- **CESE** : Conseil Economique Social et Environnemental
- **CHU** : Centre Hospitalier et Universitaire
- **CHUM** : Centre Hospitalier et Universitaire de Martinique
- **CIM10** : Classification Internationale des Maladies, dixième édition
- **CLSM** : Conseils Locaux de Santé Mentale
- **CMP** : centre médico-psychologique
- **CMU** : Couverture Médicale Universelle
- **CMU-C** : Couverture Médicale Universelle complémentaire
- **COMEDE** : Comité MEDical pour les Exilés
- **CRPCS** : Centre régional de prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes
- **DM** : Donnée Manquante
- **DOM** : Département d'Outre Mer
- **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **FMC** : Formation Médicale Continue
- **GEPS** : Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide
- **HAD** : Hamilton anxiété Dépression : score mesurant l'anxiété du patient et l'état dépressif
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IDS** : Idéation Suicidaire
- **IESR** : Impact of Event Scale-Revised
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **INSERM CépiDC** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, un des nombreux laboratoires de l'Inserm
- **InVS** : Institut de Veille Sanitaire
- **IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **l'EPSM Colson** : Etablissement Public De Santé Mentale Colson

- **l'équipeEMRIC** : Equipe Mobile de Rue, d'Insertion et de Crise
- **MG** : Médecin Généraliste
- **mhGAP** : Mental Health Gap Action Programme ou Programme d'action « combler les lacunes en santé mentale » de l'OMS
- **MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview
- **OFPRA** : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONS** : Observatoire National du Suicide
- **ORS** : Observatoire Régional de la Santé
- **Oscour** : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
- **OSM** : Observatoire de la Santé en Martinique
- **PEC** : Prise En Charge
- **PHRC** : Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique
- **PMSI-MCO** : Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique
- **POSTA** : post-Tentative d'Autolyse
- **réseauTREND** : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues
- **RIM-P** : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie
- **RSA** : Revenu de Solidarité Active
- **RUD** : score d'évaluation du risque suicidaire signifiant Risque – Urgence – Danger
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- **SESAG** : Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane
- **SMPG** : enquête « Santé Mentale en Population Générale »
- **TA** : tentative d'autolyse
- **THQ** : Trauma History Questionnaire
- **TS** : Tentative de Suicide
- **UNPS** : Union Nationale pour la Prévention du Suicide
- **VHC** : Virus de l'Hépatite C
- **VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine
- **WMHS** : World Mental Health Survey

RÉSUMÉ

PROBLEMATIQUE. Dans un contexte mondial et national d'urgence sanitaire en santé mentale publique, la situation de la Martinique quant au suicide apparaît paradoxale, compte tenu de la plus faible mortalité par suicide (8,8 versus 16/100 000 habitants [Inserm CépiDC - 2005 2008]) et de la moindre prévalence de sujets à risque suicidaire en population générale (11% versus 13,7% [Enquête SMPG - 2000]) par rapport à la France métropolitaine, mais de la plus grande présence relative de facteurs de risque (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, consommations avec abus ou dépendance à l'alcool et au crack, états de stress post-traumatique, événements de vie à potentiel traumatique, contexte socio-économique de pauvreté et de chômage,...).

OBJECTIFS. L'étude POSTA a pour objectif principal de réaliser une analyse de la population et de la prise en charge initiale et à 6 mois par le système de soins psychiatriques et de médecine générale, des patients « suicidants » et « suicidaires avec antécédent de tentative de suicide » admis aux urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda Quitman).

METHODES. Etude de cohorte, avec d'une part un volet quantitatif, descriptif et analytique observationnel, prospectif en soins courants, monocentrique pendant 2 mois consécutifs (du 5 septembre au 27 octobre 2013 inclus), et avec d'autre part un volet qualitatif par entretiens semi-structurés auprès des médecins traitants de ces mêmes patients. Sur 92 passages aux urgences, correspondant à 90 patients, 66 ont été inclus, 51 ont pu être recontactés à 6 mois, et 20 médecins traitants ont été interviewés.

RESULTATS. Estimation d'incidence annuelle de 432 admissions aux urgences pour tentative de suicide (108/100 000 habitants). Comparativement à la population martiniquaise, on retrouve une surreprésentation féminine, avec deux pics d'âges (18-30ans et 45-59ans), d'individus célibataires, séparés ou divorcés, vivant en collectivité, inactifs (hors étudiants et retraités) ou au chômage. Concernant les actifs ayant un emploi, on constate une surreprésentation d'employés et d'artisans-commerçants-chefs d'entreprises, mais aussi de cadres-professions intellectuelles supérieures. Les ouvriers sont très discrètement surreprésentés. Il s'agit d'une population précaire : quasiment 1 individu sur 2 (45%) de cet échantillon bénéficie de la CMU-C, 1 personne sur 3 bénéficie du RSA (33%). Près de 50% des patients ont réalisé plus d'une tentative de suicide au cours de leur vie. Environ 50% rapportent des antécédents psychiatriques, l'échelle HAD objective 53% d'épisodes dépressifs majeurs à l'inclusion et 31,1% au rappel à 6 mois. Près des deux tiers de cette population rapporte des antécédents d'événements de vie à potentiel traumatique, dont 39% de violences physiques et 30% de violences sexuelles. Le mode opératoire le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse (70%), puis la phlébotomie (13%). Les femmes passent plus souvent à l'acte sous la forme d'intoxications médicamenteuses ou de phlébotomie, dans des contextes de conflits conjugaux et de deuils. Les passages à l'acte plus violents (pendaison, immolation, défenestration) concernent exclusivement des hommes dans cet échantillon, dans des contextes de difficultés

financières et de ruptures sentimentales. Le taux de réitération d'idéations suicidaires à 6 mois est de 47%, le taux de réitération de tentative de suicide à 6 mois est de 11,7%. A la comparaison selon le statut vis à vis de la réitération, la régression logistique fait ressortir une corrélation positive entre l'antécédent d'agression sexuelle et le statut de récidivant ($P=0,02$; $OR=5,6$; $IC95\%=1,3-24,4$; $R^2=0,158$). A la comparaison selon le mode d'admission, la régression logistique fait ressortir une corrélation positive entre un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie et le fait d'être admis aux urgences sous la forme d'idéations suicidaires ($p=0,0011$; $OR=17,2$; $IC95\% : 3,1-95,4$; $R^2=0,280$), et une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires ($p=0,0078$; $OR=0,2$; $IC95\% : 0,06-0,7$; $R^2=0,280$). La prise en charge en médecine générale est très difficile, notamment au niveau de l'orientation vers la psychiatrie. L'évaluation du risque suicidaire est souvent approximative. La demande pour un réseau coordonné ainsi qu'une formation spécifique est forte.

CONCLUSION. Des propositions sont faites pour améliorer la prévention du suicide en Martinique, dans l'attente des résultats de l'étude multicentrique APSOM et du baromètre-santé-DOM-2014. Comme conseillées par l'Observatoire National du Suicide, des études qualitatives et notamment sociologiques seraient également nécessaires.

MOTS CLES

Comportements suicidaires - Facteurs de risque - Prévention - Médecine générale – Martinique

COMMUNICATIONS CONCERNANT L'ETUDE POSTA

2015

Articles en cours de rédaction

2014

Etude de soins courants sur la population suicidante prise en charge au CHU de Martinique : résultats préliminaires

S Lamy, E Vacher, J Ehrhardt, P Levy, L Jehel

Congrès Français de Psychiatrie - Nantes 2014. Communication écrite

Etude POSTA – Etat des lieux du phénomène suicidaire en Martinique

E Vacher et J Ehrhardt, C Debien, S Lamy, P Levy, L Jehel

Congrès GEPS - Martinique 2014. Communication orale

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Prévention du suicide : « l'état d'urgence mondiale »

C'est ainsi que s'intitule le premier rapport sur le suicide publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2014[139], destiné à encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle, en faisant passer des « messages forts ». Le premier, c'est que le suicide est responsable de 800 000 décès annuels dans le monde, ce qui représente un taux de suicide de 11,4/100 000 habitants (15 chez les hommes, 8 chez les femmes) ainsi que la seconde cause de mortalité chez les 15-29 ans, et dont 75% concernent des pays à revenu faible et intermédiaire. Le second, c'est que le suicide est évitable, incitant alors chaque pays à se doter d'une stratégie nationale globale. Suivent la restriction de l'accès aux moyens létaux (pesticides, armes à feu,...), l'incorporation de la prévention du suicide aux objectifs des services de soins de santé (avec notamment le repérage précoce des troubles mentaux et de l'usage nocif de l'alcool), et finalement l'implication des communautés (sensibilisation, déstigmatisation, travail avec les médias, formation du personnel de santé non spécialisé, formation d'agents communautaires,...). La prévention du suicide est effectivement devenue un programme spécifique de l'OMS, et s'inscrit plus globalement dans le paradigme du « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » de l'OMS [138]. Retenons l'objectif visé d'une réduction de 10% du taux de suicide dans l'ensemble des pays d'ici à 2020.

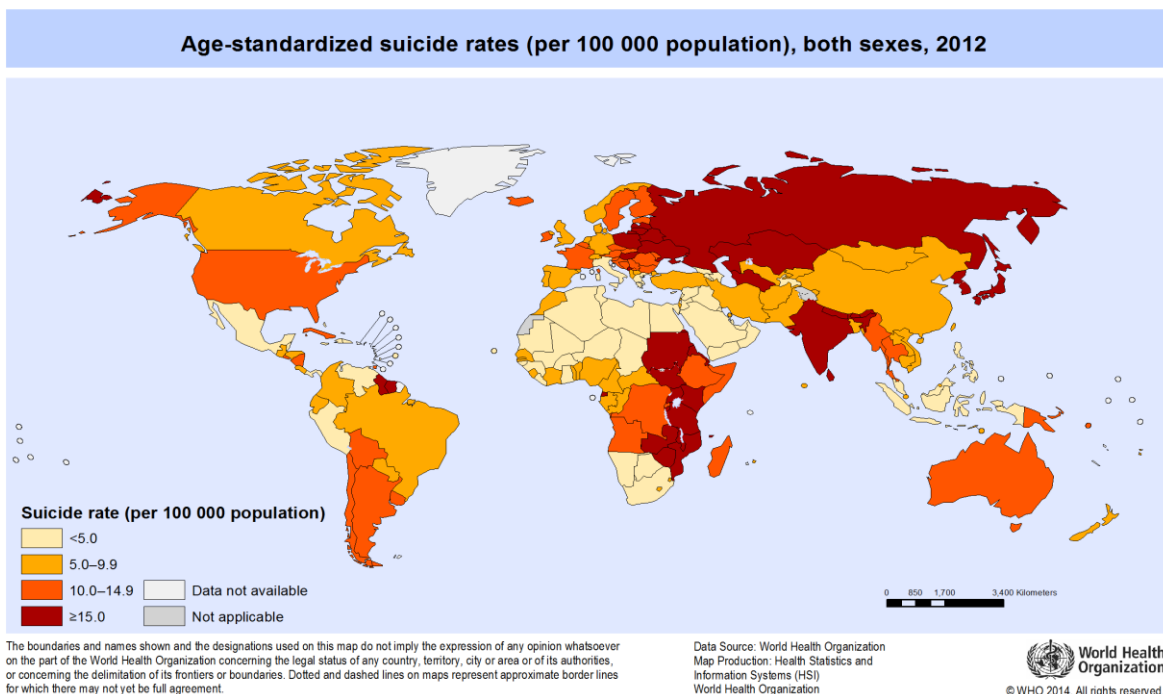


Figure I - Taux de suicide tout âge confondu (pour 100 000 personnes), en 2012 - OMS

Citons également le programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » de l'OMS[137, 140], qui vise à combler le fossé entre les besoins urgents en santé mentale et les ressources humaines et économiques disponibles, en fournissant des orientations techniques simples applicables dans des contextes défavorisés, destinées à élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. L'OMS estime effectivement que ces trois types de troubles représentent 14% de la charge mondiale de morbidité, supportés à 75% par des pays à revenu faible ou intermédiaire, refusant ainsi le préjugé selon lequel « *les soins de santé mentale sont un luxe en matière de santé* » (Dr CHAN, directrice générale de l'OMS). Le guide d'intervention du programme mhGAP est ainsi utilisable par des personnels de santé non spécialisés, afin de les aider à prendre en charge des affections dites prioritaires. Ce programme a lui aussi défini le suicide comme affection prioritaire, en ce qu'il représente une lourde charge (mortalité, morbidité, incapacité), qu'il est à l'origine de coûts économiques importants, ou qu'il peut être associé à des violations des droits de l'Homme.

Comme le révèle la carte de l'OMS, l'Europe est en seconde position avec un taux de suicide légèrement plus élevé que la moyenne mondiale (12/100 000 habitants) derrière l'Asie du Sud-Est (17,7/100 000 habitants), ayant incité l'Union Européenne à se doter d'un pacte européen pour la santé mentale et le bien-être en 2008[52]. Avec la Belgique, la Finlande, et la plupart des pays de l'Est, la France fait partie des pays européens ayant un taux élevé de suicide[18, 127]; plus de 10400 personnes décèdent chaque année par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, l'un des plus forts taux de mortalité par suicide en Europe [5]. Dans l'éditorial du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire consacré au suicide (BEH 47-48, InVS, 2011), le PrTERRA énonce que presque un décès sur 50 est un suicide. Le GEPS (Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide) indique que c'est la troisième cause de mortalité prématurée dans la population générale, la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans après les accidents de la route, et la première cause de décès chez les personnes en âge de travailler. Si les données de mortalité par suicide sont bien documentées (Inserm CépiDc), y compris la sous-estimation du niveau de cet indicateur [4], il est actuellement plus difficile d'obtenir des données précises sur les tentatives de suicide, qui ne font pas encore l'objet d'une veille systématique alors même qu'il s'agit d'un facteur prédictif majeur de suicide accompli[83, 84,93]. L'enquête en population générale de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) rapporte que 3,9% de la population a eu des pensées de suicide durant l'année écoulée, et que 7,6% des femmes et 3,2% des hommes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie[15]. Ceci occasionnerait 190 000 passages annuels par les urgences selon les données du réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), pour 95000 hospitalisations annuelles correspondantes à 70000 patients si l'on se réfère à l'analyse du PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique) réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire[40]. Les coûts humains et socioéconomiques du phénomène suicidaire, directs et indirects, ont ainsi orienté les politiques de santé publique en France depuis la fin des années 1990.

Le suicide en France : une priorité de santé publique

Malgré une étude sociologique emblématique avec Emile DURKHEIM en 1897 [65] prolongée par Maurice HALBWACHS en 1930 [77] (plus tard viendront les travaux de Christian BAUDELLOT et Roger ESTABLET [12, 13]), ce n'est que suite aux mobilisations associatives et professionnelles des années 1960 (S.O.S. Amitié, GEPS, plus tard le réseau de l'Union Nationale de Prévention du Suicide), puis à son entrée indirecte dans le domaine législatif dans les années 1980 (Association de Défense contre l'Incitation au Suicide), que le suicide devient priorité politique sur un versant sanitaire, au début des années 1990 sous l'impulsion du Conseil Economique Social et Environnemental. En 1994, un rapport du Haut Comité de Santé Publique place la réduction de la mortalité par suicide comme priorité de santé publique. Depuis le début des années 2000, plusieurs programmes nationaux gouvernementaux de prévention se succèdent, dans l'élan de la loi relative à la politique de santé publique de 2004, qui avait fixé un objectif de réduction de 20% du nombre de suicide pour 2008; Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005, Plan psychiatrie santé mentale 2005-2008, Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015. En 25 ans, le taux de suicide a baissé de 25%, mais on observe désormais une baisse modeste et surtout inégale selon les âges [120].

Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [120], résultat des travaux dirigés par David LE BRETON, consiste en une série de 49 actions concrètes de prévention du suicide, dont l'objectif est de mobiliser les professionnels au contact des personnes à risque, les familles et les associations spécialisées. Ces actions s'organisent en 6 axes : développement de la prévention et de la postvention (actions de promotion de la santé mentale, prévention de l'isolement social et de la détresse psychique, prise en charge en milieux institutionnels, soutien des proches, rôle d'internet) ; amélioration de la prise en charge des personnes à risque suicidaire (dépression des adolescents, précarité, souffrances liées au travail, développement de structures d'accueil dédiées) ; information et communication autour de la prévention du suicide (information du grand public, information sur les dispositifs d'écoute) ; formation des professionnels (souffrance psychique et crise suicidaire des enfants et adolescents, crise suicidaire et milieu carcéral, risques psychosociaux) ; études et recherche (qualité des données et suivi des tentatives de suicide et des suicides, en population générale et dans des milieux spécifiques tels le travail ou la prison) ; suivi et animation du programme. Les projets innovants sont favorisés en inscrivant la prévention du suicide dans les priorités nationales de recherche, en particulier les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC).

Le Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 [121], intitulé « *prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques* », fait référence à la problématique du suicide à deux niveaux. L'axe 1 (« *prévenir les ruptures au niveau de la vie de la personne* ») recommande de développer les programmes en faveur de la santé mentale, et s'articule ainsi avec le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Il préconise également d'améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et de renforcer la continuité des soins crise/post-crise. L'axe 4 (« *prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs* ») encourage la formation pluridisciplinaire et l'évaluation des pratiques tout au long de la vie. A ce titre, des dispositifs de Développement Professionnel Continu pourraient viser à améliorer la capacité des professionnels à gérer les risques

de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs des personnes prises en charge, avec une évaluation portant par exemple sur les tentatives de suicide de leurs patients. La conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé réalisée en 2000 fournit à ce titre des recommandations aux professionnels pour repérer et prendre en charge la crise suicidaire [1].

En 2013, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) s'empare de nouveau de cette question et publie un « plaidoyer pour une prévention active » du suicide[53], autour de trois priorités. La première proposition du CESE consiste en une articulation plus étroite entre le Programme national d'actions contre le suicide et le Plan psychiatrie et santé mentale, afin de favoriser le travail des réseaux de santé impliqués ; mise en cohérence des actions de chacun des plans, développement et soutien financier des structures d'accompagnement psychosocial et de soins psychiatriques, bon usage des psychotropes et traitement adapté de la dépression, accès permanent à un professionnel de santé formé dans chaque service d'accueil d'urgence, etc. La seconde proposition du CESE consiste en la promotion des dispositifs d'alerte de la crise suicidaire ; sensibilisation des proches, mobilisation et formation des professionnels notamment les médecins généralistes, augmentation des moyens alloués à la médecine scolaire et à la médecine du travail. La troisième orientation proposée par le CESE est la plus novatrice, avec la création d'un observatoire national des suicides, en lien avec les centres territoriaux de prévention du suicide et avec les autres acteurs nationaux (Direction générale de la santé, INSERM, InVS et INPES [future Agence française de santé publique], GEPS, UNPS, ...) ; sa mission est l'analyse et le partage des données épidémiologiques, cliniques et sociologiques, afin notamment de mieux identifier les facteurs de risque. A noter que dans un article en date du 23 mai 2011 publié dans *Libération*, les signataires de l'appel des « 44 » avaient déjà tenté de mobiliser dans l'élan de Technologia (cabinet spécialisé dans la prévention des risques professionnels) en faveur de la création d'une telle structure. Enfin, le CESE propose la mise en place d'une campagne nationale de prévention et l'attribution du label « Grande cause nationale » à la prévention du suicide, à l'image de la lutte contre la solitude en 2011.

Par décret du 9 septembre 2013 (N°2013-809) est ainsi créé l'Observatoire National du Suicide (ONS), rattaché au ministre chargé de la santé, indépendant et pluridisciplinaire, avec pour missions de : coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ; développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ; promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ; produire des recommandations, notamment en matière de prévention. L'ONS s'appuie sur deux groupes de travail ; le premier sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide est piloté par l'InVS, le second, chargé de recenser les travaux d'étude et de recherche existants et d'initier de nouveaux travaux, est piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le premier rapport de l'ONS [131] a été remis le 2 décembre 2014 à Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Au niveau régional et local, la problématique du suicide et de sa prévention est inscrite dans les volets santé mentale des projets régionaux de santé des Agences Régionales de Santé. Les ARS, les Observatoires Régionaux de Santé et, quand ils existent, les centres ressources territoriaux (exemple du CRPCS, Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes), relaient ces objectifs de prévention sur le territoire français et diffusent les données locales de mortalité par suicide (via l'Inserm CépiDc) et celles concernant les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation (via l'InVS). Certaines régions ou départements parviennent à documenter et publier plus précisément les phénomènes d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide, par la mise en place d'études épidémiologiques coordonnées par exemple depuis les services d'aide médicale d'urgence et les services d'urgence médico-psychologiques, en partenariat étroit avec les professionnels de terrain. Nous en trouvons l'un des exemples les plus aboutis en Nord-Pas-de-Calais [72, 145]. Des programmes de recherche clinique permettent le développement de méthodes innovantes en prévention tertiaire du suicide ; le meilleur exemple en est l'étude multicentrique ALGOS [169] coordonnée par le Pr VAIVA (CHU de Lille). Enfin rappelons ici que le 10 septembre, la « journée mondiale de la prévention du suicide » coordonnée par l'Association internationale pour la prévention du suicide, mobilise chaque année des acteurs associatifs et professionnels locaux, constituant une importante action spécifique de prévention primaire du suicide. De même que la journée nationale de prévention du suicide, le 5 février.

Le phénomène du suicide et les comportements suicidaires en Martinique

L'Agence Régionale de Santé et l'Observatoire Régional de Santé de Martinique communiquent « une très nette sous-mortalité par suicide » [132], avec une moyenne de 36 décès annuels sur la période 2005-2008, correspondant à des taux de mortalité par suicide de 8,8/100 000 habitants (8,9 en Ile-de-France, 27,2 en Bretagne). Le suicide concernait plus les hommes (31 chez les hommes et 5 chez les femmes) et les sujets de plus de 35 ans plutôt que les jeunes.

L'enquête Santé Mentale en Population Générale [16, 39, 152] réalisée en 2000 en Martinique, a permis de mettre en évidence un risque suicidaire actuel chez 11% des 900 personnes interrogées, et 4,4% d'antécédent de tentative de suicide vie entière, avec le questionnaire MINI [118, 160]. Ce risque concernait plus les femmes et les sujets jeunes. Il était alors légèrement inférieur aux données trouvées sur la même période en France métropolitaine, avec 13,7% des personnes diagnostiquées avec un risque suicidaire actuel. Le site martiniquais n'a depuis pas reproduit cette expérience, contrairement au site guadeloupéen en décembre 2013 qui objective une prévalence de risque suicidaire actuel chez 9% des 884 personnes interrogées : 6,4% de risque léger, 1,9% de risque moyen, 0,7% de risque élevé (résultats non encore publiés, fournis par le Dr EYNAUD, CH Montéran).

A notre connaissance, il n'existe à ce jour pas d'autres données publiées concernant la population suicidante générale en Martinique. Quatre travaux de thèse ont étudié la question du suicide, ainsi qu'une étude clinique réalisée par l'équipe universitaire mais non publiée. Une étude

publiée par l'équipe du secteur psychiatrique Nord Atlantique a cependant permis de faire émerger des résultats en population psychiatrique.

Un travail épidémiologique rétrospectif réalisé sur 15 mois consécutifs à partir du 1^{er} janvier 1984, répertoriant les tentatives de suicide enregistrées dans les établissements de soins, tous âges confondus, a été réalisé par le Dr GUILLARD. Ce dernier répertorie 300 tentatives de suicide et met ainsi en évidence une incidence de 73/100 000 habitants sur cette période [76].

Un second travail épidémiologique rétrospectif a été réalisé sur l'année 1993 par le Dr BEN ABDALLAH, mêlant tentatives de suicide et suicide, tous âges confondus, répertoriant 443 événements. Ce dernier constate ainsi une incidence de 125/100 000 habitants en 1993 [17].

Une étude réalisée en 2000 auprès des 362 patients pris en charge sur le secteur psychiatrique Nord Atlantique par entretiens semi-structurés a mis en évidence que 18% des patients avaient au moins un antécédent personnel de tentative de suicide. A la régression logistique, les auteurs rapportent que la qualification professionnelle, les enfants, la pauvreté des contacts sociaux, la consommation de benzodiazépines et la faible compliance aux traitements étaient associés positivement à de tels antécédents [159].

Une étude prospective a été réalisée sur l'année 2008 par le Dr PRIOU (et al.), dont l'objectif était de mesurer l'incidence des admissions pour tentatives de suicide aux urgences régionales puis de décrire les caractéristiques sociodémographiques des suicidants au CHU de Fort-de-France. Cette étude a mis en évidence une incidence d'admission de 109/100 000 habitants en 2008. Les suicidants étaient majoritairement des femmes (sexe ratio 2,34), entre 15 et 24 ans (32,9%), d'un âge médian de 35 ans, célibataires (49,4%), de niveau d'études secondaire (63,8%), en activité (40,7%), habitants en famille (30,9%) et faisant des passages à l'acte par intoxication médicamenteuse volontaire (72,3%). S'ils objectivaient des taux d'admission aux urgences pour tentative de suicide plus faibles qu'en France métropolitaine et comparables aux autres pays caribéens, les auteurs s'inquiétaient de la gravité clinique des patients suicidants, avec une proportion importante de gestes cliniquement graves chez les primo-suicidants [149].

Plus récemment en 2013, le Dr CARMELO a mené une étude pilote sur les tentatives de suicide chez les jeunes de 11 à 18 ans ; 43 tentatives de suicide prises en charge au CHU de Martinique ont été enregistrées au cours de 4 mois consécutifs en 2012 : 88,4% des cas impliquaient des filles (avec une réitération du geste suicidaire sur la période d'inclusion), 58,1% des jeunes ont utilisé comme méthode l'intoxication médicamenteuse volontaire, la majorité concernait des primo-suicidants (60,5%), près de la moitié des cas avait identifié un événement traumatisant, 34,9% ont déclaré consommer de façon régulière une substance psychoactive enfin 72,5% des situations ont fait intervenir le SAMU et 65,2% de ces adolescents ont bénéficié d'une prise en charge hospitalière. Selon cette étude pilote, la fréquence des tentatives de suicide chez les adolescents martiniquais serait de 1 tous les 3 jours, ce qui confirme bien une problématique suicidaire touchant cette population spécifique dans ce département. Elle suggère par ailleurs la nécessité de renforcer l'offre de soins qui semble insuffisante à ce jour [32].

A noter qu'un travail a été réalisé en 1980 par le Dr JAMBOU concernant le phénomène plus spécifique des tentatives de suicide à la Rubigine, antirouille ménager [91].

En Guadeloupe, le Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane (SESAG) a présenté les résultats d'une étude épidémiologique prospective réalisée sur l'ensemble de l'année 2007 au sein des services d'urgence de 4 hôpitaux guadeloupéens, mettant en évidence 271 tentatives de suicide, correspondant à une incidence d'admission de 66,5/100 000 habitants sur cette période [122]. A notre connaissance, ce travail n'a pas fait l'objet d'une publication scientifique.

Le contexte martiniquais

Les contextes politique, social, économique et culturel martiniquais peuvent être lus dans une perspective épidémiologique comme une certaine combinaison de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, quant à la question du phénomène suicidaire. Certaines données locales peuvent nous alerter, à la lumière des données épidémiologiques plus globales, bien documentées à ce sujet [15, 18, 84, 93, 127, 131, 139].

L'enquête SMPG [16, 39, 152] réalisée en 2000 en Martinique [118, 160] fournit des données importantes sur la prévalence des troubles psychiatriques en population générale. Ainsi 13% des personnes interrogées en Martinique ont rapporté un syndrome dépressif majeur dans les 15 jours, contre 11% en France métropolitaine (11,5% à l'enquête SMPG de Guadeloupe en 2013). De même, 6,4% rapportent un trouble dépressif récurrent contre 5,6% en France métropolitaine. Cette donnée relative aux troubles de l'humeur est particulièrement importante ici, puisqu'avoir « un risque suicidaire élevé apparaît fortement lié aux troubles dépressifs », selon l'ensemble des résultats SMPG de 1999 à 2003. Cette même enquête en population générale permet d'objectiver une prévalence de syndromes d'allure psychotique vie entière plus importante en Martinique, avec 3,7% versus 2,8% en France métropolitaine (6,1% à l'enquête SMPG de Guadeloupe en 2013), ce qui a été confirmé par des analyses statistiques ultérieures incluant les différents sites antillais [8]. La troisième catégorie diagnostique liée au suicide et de prévalence plus élevée en Martinique par rapport à la France métropolitaine concerne le syndrome de stress post-traumatique, avec 1,1% versus 0,7% de personnes concernées en population générale.

Concernant la prise de produits toxiques psychoactifs, l'enquête « Alcool »[115] réalisée en 2000-2001 auprès de la patientèle des médecins généralistes a montré que la Martinique était particulièrement touchée par la consommation excessive d'alcool : 14% des hommes et 2,7% des femmes présentent une dépendance à l'alcool, plaçant ainsi la Martinique au troisième rang des régions françaises les plus touchées, après la Réunion et le Nord Pas de Calais. L'enquête « NEMO »[117] réalisée en 2005-2006 selon une méthode capture-recapture sur 7 sites en France (Lille, Lyon, Marseille, Rennes, Toulouse, Metz, Martinique), place la Martinique en sixième position avec une prévalence d'usage problématique de drogue chez les 15 – 64ans à 0,77%, avec néanmoins la particularité que la quasi-totalité des usagers problématiques sont des

consommateurs de crack, dont les conséquences psychiatriques sont majeures. Cette inquiétante particularité antillaise a été largement abordée ailleurs, et l'étude CAME (Crack A la Martinique : Etat des lieux) lui a été consacrée en 2008[43, 113].

Au sujet des événements de vie à potentiel traumatique, en particulier concernant les violences physiques et sexuelles dans les différents espaces de vie, l'enquête ENVEFF-Martinique réalisée en 2008 est précieuse[27]. Un peu plus de 13% des femmes et 12% des hommes déclarent avoir subi au moins une atteinte ou une agression dans l'espace ou dans un lieu public au cours des douze derniers mois. A noter qu'en 2012, le nombre déclaré à la préfecture des violences commises contre les personnes a augmenté de 11% ; la prévalence s'élevait à 14,5‰ habitants, soit le double du taux national (7,7‰)[147]. La prévalence d'agressions sexuelles dans l'espace public est plus importante en Martinique (5,7% des femmes interrogées) qu'en métropole (<4,8% des femmes interrogées). La prévalence des agressions sexuelles dans les relations conjugales y est également nettement plus importante : sur les 1152 femmes de Martinique interrogées en 2008, 7,6% déclarent avoir subi des « atteintes et des violences sexuelles » par leur compagnon dans les 12 derniers mois, contre 0,8% des 5793 femmes interrogées en métropole en 2000. Concernant les violences subies avant 18 ans, les hommes enquêtés déclarent des coups violents ou brutalités pour 8,2% d'entre eux (5,9% pour les femmes), des menaces de mort ou tentatives de meurtre pour 2,4% d'entre eux (1,7% pour les femmes). Les femmes enquêtées déclarent des attouchements sexuels pour 7,5% d'entre elles (1,5% pour les hommes), des tentatives de viols pour 3,5% d'entre elles (<2% pour les hommes), des viols pour 3,2% d'entre elles (<1% pour les hommes). Les auteures mettent en évidence « le lien très fort, pour les deux sexes, entre la déclaration de violences subies avant 18 ans et celle de tentatives de suicide ».

Enfin sur le plan économique et social, la Martinique porte encore des séquelles de la crise financière de 2008, qui précipite les mouvements contre la « pwofitasyon », grèves qui ont paralysé l'île en 2009 dont l'un des motifs de contestation concernait « le coût de la vie ». Cette situation d'origine complexe est ainsi repérable en Martinique par des taux de pauvreté et de chômage élevés. Selon l'INSEE[90], le taux de chômage en Martinique en 2013 s'élève à 22,8% (9,8% en France métropolitaine), jusqu'à 68,2% chez les moins de 25 ans (23,7% en France métropolitaine). Selon une étude publiée en 2014 menée par le bureau d'analyse Compas (Centre d'observation et de mesure des politiques d'action sociale), Fort-de-France fait partie des villes françaises les plus touchées par la pauvreté avec un taux de 33% de ménages qui perçoivent moins de 60% du revenu médian national [111]. Dans une autre étude publiée en 2013 sur les Départements d'Outre-Mer (DOM), ce même cabinet d'analyse précise que la Martinique est le troisième département le plus inégalitaire, selon les revenus fiscaux 2011 de l'INSEE [110]. Dans son rapport d'activité 2013, le Fonds CMU publie que 22,6% de la population martiniquaise bénéficie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), contre une moyenne de 10,2% de la population dans la France métropolitaine [74].

D'autres éléments sembleraient en revanche être rassurants vis-à-vis du phénomène suicidaire, toujours à la lumière des données épidémiologiques globales. A la différence des

troubles de l'humeur et des troubles psychotiques, les taux de troubles anxieux (hors état de stress post-traumatique) rapportés par l'enquête SMPG en 2000 sont chacun plus faibles en Martinique[118, 160].

Concernant les consommations de substances psychoactives, l'enquête SMPG de 2000 et le sondage IPSOS Antilles/OSM (Observatoire de la Santé en Martinique) de 2003, rapportent tous les deux une prévalence de 4% de consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les sujets majeurs, ce qui est inférieur aux données trouvées en France métropolitaine avec 8,5% [60]. L'analyse par le réseau TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) des produits consommés en Martinique décrit par ailleurs une teneur moyenne en THC moindre qu'en métropole[114, 116]. L'enquête ESCAL réalisée en Martinique entre 2003 et 2004 a également mis en évidence une prévalence de la consommation de tabac bien moindre qu'en France métropolitaine (13% versus 32%), en particulier chez les femmes[54].

Finalement dans une perspective socio-culturelle, le tissu familial antillais, volontiers intergénérationnel et décrit comme « un lieu de résistance, un lieu d'identité »[154], ainsi qu'une certaine solidarité collective en lien avec l'histoire de ce territoire et de ces populations, peuvent nous faire envisager l'hypothèse d'un moindre isolement et d'un étayage relationnel solide. Les croyances religieuses, diverses et répandues en Martinique, peuvent favoriser là encore l'étayage communautaire, et fournir un maillage de sens, de possibles et d'interdits pouvant protéger les personnes. Ces hypothèses seraient bien évidemment à étudier *in situ* du contexte martiniquais, notamment avec les outils des sciences humaines et sociales. Sur un plan géographique, les effets de l'insularité seraient également importants à caractériser en Martinique.

Les nouvelles missions du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHUM

Notre travail s'inscrit dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, à travers l'Action 39 (*améliorer les connaissances sur les données concernant les tentatives de suicide en population générale, ainsi que leur suivi au cours du temps*). Ce travail est de même parfaitement en accord avec les objectifs fixés par l'Observatoire National du Suicide, cités plus haut.

Enfin, cette étude est le signe d'une volonté de recherche clinique du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du PrJEHEL. Depuis décembre 2012, la gestion des urgences médico-psychologiques ainsi que la mise en place d'un centre de crise sont deux nouvelles missions pour le service. L'étude POSTA survient donc précocement dans le travail de ces équipes, dans un contexte où les ressources humaines et matérielles ne permettaient que difficilement la mise en place d'actions multifocales et pluridisciplinaires de prévention du suicide (primaire, secondaire, tertiaire), telles qu'espérées par les stratégies internationales et nationales dont nous venons de faire le panorama. Nous souhaitons que ce travail pilote encourage les professionnels et chercheurs du sanitaire et du social, ainsi que les responsables administratifs et politiques, en

faveur du développement d'une recherche et d'une prévention/veille du suicide adaptée aux spécificités des Antilles, ainsi qu'à celles des Départements d'Outre-Mer.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de réaliser une analyse descriptive de la population et de la prise en charge initiale et à 6 mois avec le système de soins psychiatriques actuel, des patients « suicidants » et « suicidaires avec antécédent de tentative de suicide » admis aux urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda Quitman).

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Estimer la prévalence des admissions aux urgences du CHU de Martinique pour « tentative de suicide » et pour « idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide ».
- Estimer le risque suicidaire et la prévalence de réitération suicidante (tentative de suicide) et suicidaire (idéations suicidaires) à 6 mois de la prise en charge initiale aux urgences du CHU de Martinique.
- Evaluer l'impact médico-économique à 6 mois de la prise en charge initiale aux urgences du CHU de Martinique.
- Evaluer la prise en charge de ces patients en médecine générale.
- Dégager des tendances de facteurs de risque et de protection de passage à l'acte suicidaire.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

L'étude POSTA comporte tout d'abord un volet quantitatif. Nous avons initié une étude épidémiologique descriptive et analytique observationnelle, prospective en soins courants c'est-à-dire en conditions naturalistiques de prise en charge, monocentrique réalisée aux urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (site Pierre Zobda Quitman) pendant 2 mois consécutifs.

L'étude POSTA comporte également un volet qualitatif, détaillé dans le tome II, pour répondre à l'objectif secondaire d'évaluation de la prise en charge en médecine générale ambulatoire, et qui consiste en une enquête téléphonique auprès des médecins traitants de cette cohorte de patients.

2. Population

Sont inclus les patients pris en charge aux urgences pour un acte qualifié de tentative de suicide, ainsi que les patients présentant des idéations suicidaires avec un antécédent personnel de tentative de suicide. Mises à part les situations que nous ne manquerons pas de mentionner et pour lesquelles il sera important de distinguer ces deux sous-populations en « suicidants » (tentative de suicide) et « suicidaires » (idéations suicidaires), nous utiliserons les termes de « population suicidante » pour décrire l'ensemble de notre échantillon dans la suite de ce travail ; ce choix nous apparaît justifié par le fait qu'à l'inclusion, chacun des patients a effectué un passage à l'acte suicidaire vie-entière.

La période d'inclusion de cette phase pilote s'est étendue sur deux mois consécutifs, du 5 septembre au 27 octobre 2013 inclus. Les 92 admissions aux urgences correspondent à 90 patients répondants à l'un de ces deux critères principaux. Soixante-six patients ont été inclus (soit 73,3% des patients) : 53 pour tentative de suicide, 13 pour idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide ; 2 patients inclus ont réitéré un geste suicidaire pendant la phase d'inclusion.

Les autres critères d'inclusions sont : être majeur, être affilié à la sécurité sociale et ne pas faire l'objet d'une mesure de protection judiciaire, parler couramment le français, résider depuis plus de trois mois aux Antilles ou en Guyane, être en capacité de comprendre l'étude, et donner son accord oral pour participer à cette recherche après lecture de la note d'information.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes SUD-OUEST et OUTREMER III (*n° 2013/82, enregistré sous le numéro 2013-A01338-37 le 30 octobre 2013*).

Concernant les patients non inclus, 3 ne répondaient pas aux critères d'inclusion, 21 n'ont pas pu être informés de l'étude, ceci étant valable notamment pour les passages survenus lors des

week-ends ou des gardes, le contexte de travail dans ces périodes compliquant la bonne réalisation de l'étude. Après vérification, les motifs d'admission étaient « tentative de suicide » pour 17 de ces patients, « idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide » pour 7 de ces patients.

3. Déroulement de l'étude

Les patients sont vus le jour de leur admission aux urgences, ou dès que leur état somatique permet l'entretien, notamment pour ceux ayant nécessité un passage en zone de soins de courte durée, en unité de soins continus ou en réanimation. Une note à l'attention du personnel de garde des urgences médico-psychologique est affichée dans la salle de soins, reprenant les différentes étapes de réalisation des inclusions.

Un entretien initial classique d'évaluation et d'orientation est alors réalisé, au décours duquel le patient est informé de la possibilité de participer à l'étude. Cette information insiste sur trois points :

- Le recueil anonymisé des données administratives, socioéconomiques et médico-psychologiques, issues de l'entretien ou de leur dossier médical, et dont certaines sont sensibles (telles que la croyance religieuse ou les antécédents d'agressions sexuelles).
- Le rappel à 6 mois pour un entretien téléphonique évaluant l'évolution de leur situation, et nécessitant leurs coordonnées téléphoniques personnelles ainsi que celles de la personne de confiance désignée.
- Le contact de leur médecin traitant, s'ils estiment possible le partage du secret médical sur cet aspect de leur santé.

Un accord oral pour participer à l'étude est recueilli et inscrit dans le cahier de suivi des inclusions.

Les patients sont rappelés à 6 mois de leur passage en respectant le même ordre chronologique que celui de l'inclusion, en avançant par lot de semaine en semaine jusqu'à épuisement de l'échantillon ; la première semaine de rappel d'un patient donné étant pour lui la « semaine index ». Cinq appels téléphoniques sur 3 semaines à partir de la « semaine index » sont jugés nécessaires pour un patient donné. La personne de confiance est appelée une fois la seconde semaine, deux fois la troisième semaine, avant de conclure à l'échec du rappel.

Le consentement de la personne est réitéré de manière orale, après un court texte introductif standardisé rappelant les conditions d'anonymat et l'objectif de recherche clinique poursuivis.

Un protocole d'urgence est établi en accord avec le Dr DEBIEN, responsable des urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda Quitman) : en cas de risque suicidaire élevé identifié pendant le rappel, le psychiatre des urgences est informé et les coordonnées du patient lui sont remises. En cas de risque suicidaire moyen, le patient est

directement orienté vers une consultation selon son suivi ; en l'absence de suivi, les coordonnées des urgences et du Centre Médico Psychologique de son secteur lui sont remises.

4. Instruments et mesures

4.1 Cahier de recueil de données initiales

Le cahier de recueil de données, présenté en annexe, est rempli de manière systématique par le psychiatre ou l'interne (sous la supervision du médecin psychiatre investigateur de cette étude) après l'entretien. Il comporte :

- **Les données administratives et socioéconomiques**, incluant certaines données sensibles que sont : le sentiment d'appartenance à une communauté sociale et les croyances religieuses.
- **Les données médicales**, comprenant les antécédents somatiques, psychiatriques et addictologiques, personnels et familiaux, les traitements, les hospitalisations antérieures.
- **Les antécédents d'événements de vie à potentiel traumatique**, incluant des données sensibles concernant notamment les agressions sexuelles.
- **Les informations relatives à la crise suicidaire**, selon le motif d'admission, comprenant les caractéristiques du passage à l'acte le cas échéant, la consommation de substances psychoactives non médicamenteuses, le(s) contexte(s) de la crise.
- **Les informations cliniques comprenant l'évaluation du risque suicidaire et des symptômes anxio-dépressifs** à l'aide de l'échelle HAD pour la dépression et l'anxiété (Hospital Anxiety and Depression Scale) et l'échelle RUD (Risque - Urgence - Dangersité) pour le risque suicidaire.
- **Les informations relatives à l'orientation** du patient après évaluation initiale.

4.2 Cahier de rappel à 6 mois

Ce second cahier de recueil de données, présenté en annexe, est rempli de manière systématique à 6 mois par l'un des deux internes en charge de l'étude (sous la supervision du médecin investigateur), par le biais d'un entretien téléphonique.

Ce cahier comporte :

- **Les données relatives à la trajectoire de soins**, comprenant l'évolution du suivi médico-psychologique, le lien avec le médecin traitant, et l'évolution de l'ordonnance des traitements psychotropes.
- **Les données relatives à la trajectoire économique**, concernant l'évolution des revenus, la prescription et la durée d'un (ou plusieurs) éventuel arrêt de travail initial et ultérieur, les durées d'hospitalisation.
- **Les données relatives à la trajectoire de vie sociale**, concernant l'évolution de l'étayage et la survenue d'événements de vie depuis la date d'inclusion.
- **Les données relatives à l'évolution clinique**, comprenant l'évolution des consommations de substances psychoactives non médicamenteuses, l'évaluation du risque suicidaire (avec l'outil RUD) et des symptômes anxio-dépressifs (avec l'échelle HAD).
- **Des questions subjectives fermées évaluant la satisfaction** des patients concernant différents items de la prise en charge sont posées à plusieurs moments de l'entretien, de manière concomitante aux items abordés.

4.3 Evaluation de la crise suicidaire

Une évaluation de crise suicidaire est réalisée aux urgences ainsi qu'au rappel téléphonique à 6 mois.

Comme recommandé par la conférence de consensus [1], cette évaluation est triple, correspondant au risque suicidaire (R), à l'urgence à intervenir (U) et à la dangerosité du moyen envisagé (D). Chaque dimension est estimée en degré faible, moyen ou élevé.

L'évaluation du risque suicidaire consiste en l'évaluation intégrative des facteurs de risque (primaires, secondaires et tertiaires), des facteurs protecteurs, et des facteurs précipitants ou événements de vie. Nous avons utilisé un instrument standardisé pour une meilleure fiabilité : l'échelle SAD PERSONS modifiée [40], dont voici les items et leur cotation :

- Sexe masculin : 1 point
- Age <19ans ou >45ans : 1 point
- Déprimé ou désespéré : 2 points
- Antécédent de tentative de suicide : 1 point
- Ethylisme, abus de substance actuel : 1 point
- Jugement détérioré par psychose ou confusion : 2 points
- Séparé, divorcé ou vie isolée : 1 point
- Intention exprimée de se suicider ou geste planifié : 2 points
- Absence de lien social significatif : 1 point
- Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs : 2 points

L'interprétation est la suivante :

- Si le score est compris entre 0 et 4 : risque suicidaire faible

- Si le score est compris entre 5 et 9 : risque suicidaire moyen
- Si le score est compris entre 10 et 14 : risque suicidaire élevé

Concernant l'appréciation de l'urgence et de la dangerosité, la conférence de consensus recommande d'explorer six éléments : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, un éventuel élément précipitant, la présence de moyens létaux à disposition, la qualité du soutien de l'entourage proche. Le jury recommande ainsi de considérer :

- En urgence faible une personne qui :
 - o Est dans une relation de confiance établie avec un praticien
 - o Désire parler et est à la recherche de communication
 - o Cherche des solutions à ses problèmes
 - o Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis
 - o Pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise
 - o N'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante
- En urgence moyenne une personne qui :
 - o Présente un équilibre émotionnel fragile
 - o Envisage le suicide et dont l'intention est claire
 - o A envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée
 - o Ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir
 - o A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi
 - o Est isolée
- En urgence élevée une personne :
 - o Décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent
 - o Coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée
 - o Complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation
 - o Dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues
 - o Ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
 - o Ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
 - o Très isolée

Enfin, la dimension de dangerosité évalue la létalité et l'accessibilité du moyen envisagé pour passer à l'acte. Les trois dimensions sont ensuite intégrées pour aider à la prise de décision clinique concernant la conduite à tenir. Dans notre travail, le niveau le plus élevé des trois catégories du RUD détermine le « groupe de RUD », afin de faciliter la description des résultats et l'analyse statistique.

4.4 Evaluation des symptômes anxieux et dépressifs par l'échelle HAD

Une échelle HAD est remplie par le patient aux urgences et une autre échelle HAD est remplie au rappel téléphonique à 6 mois.

La « Hospital Anxiety and Depression Scale » est validée pour détecter les troubles anxieux et dépressifs [176]. Nous avons utilisé la version française traduite par Lépine et al [99, 100].

Cet auto-questionnaire est composé de deux sous-échelles : 7 items pour la symptomatologie dépressive (D) sont en alternance avec 7 items pour la symptomatologie anxieuse (A). Un score variant entre 0 et 3 est attribué à chaque item. Le score total par sous-échelle varie donc entre 0 et 21. La période de temps de référence sur laquelle portent les questions, concerne les 7 derniers jours. Le temps de passation est rapide, de l'ordre de 5 minutes ; le clinicien s'assurant au premier item que le patient est en mesure de le remplir seul.

Pour les auteurs de la traduction française, l'interprétation est la suivante :

- Si le score D est strictement supérieur à 10, c'est pathologique.
- Si l'addition des scores A et D est comprise entre 13 et 19, cela signe un trouble de l'adaptation
- Si l'addition des scores A et D est strictement supérieure à 19, cela signe un épisode dépressif majeur.

Selon la HAS, l'interprétation peut se faire comme suit, pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Pour chaque sous-échelle, un score élevé correspond donc à une plus grande sévérité des symptômes, et c'est dans cette logique dimensionnelle que nous avons aussi interprété les résultats.

4.5 Dosages biologiques

Mentionnons ici que les dosages sanguins toxicologiques (alcool et benzodiazépines) ainsi que l'utilisation de bandelettes urinaires réactives (cannabis et cocaïne) n'ont pas pu être menés de façon systématique, du fait d'une mauvaise coordination du personnel médical et soignant, et en raison de l'absence de matériel disponible (pour les bandelettes urinaires).

Ces résultats ne seront donc pas présentés.

5. Analyses statistiques

Les données seront décrites pour l'ensemble des patients en utilisant les paramètres descriptifs habituels : moyenne, écart-type, médiane, écart interquartile et étendue pour les variables quantitatives ; fréquences et fréquences cumulées (s'il y a lieu) pour les variables qualitatives.

Analyse univariée : les associations séparées entre les facteurs recueillis et la répétition d'un geste suicidaire ont été recherchées au moyen du test du chi 2 ou du test exact de Fisher (selon les effectifs) pour les facteurs de nature qualitative et du test de Student ou de Mann et Whitney (selon la distribution des données) pour les facteurs de nature quantitative.

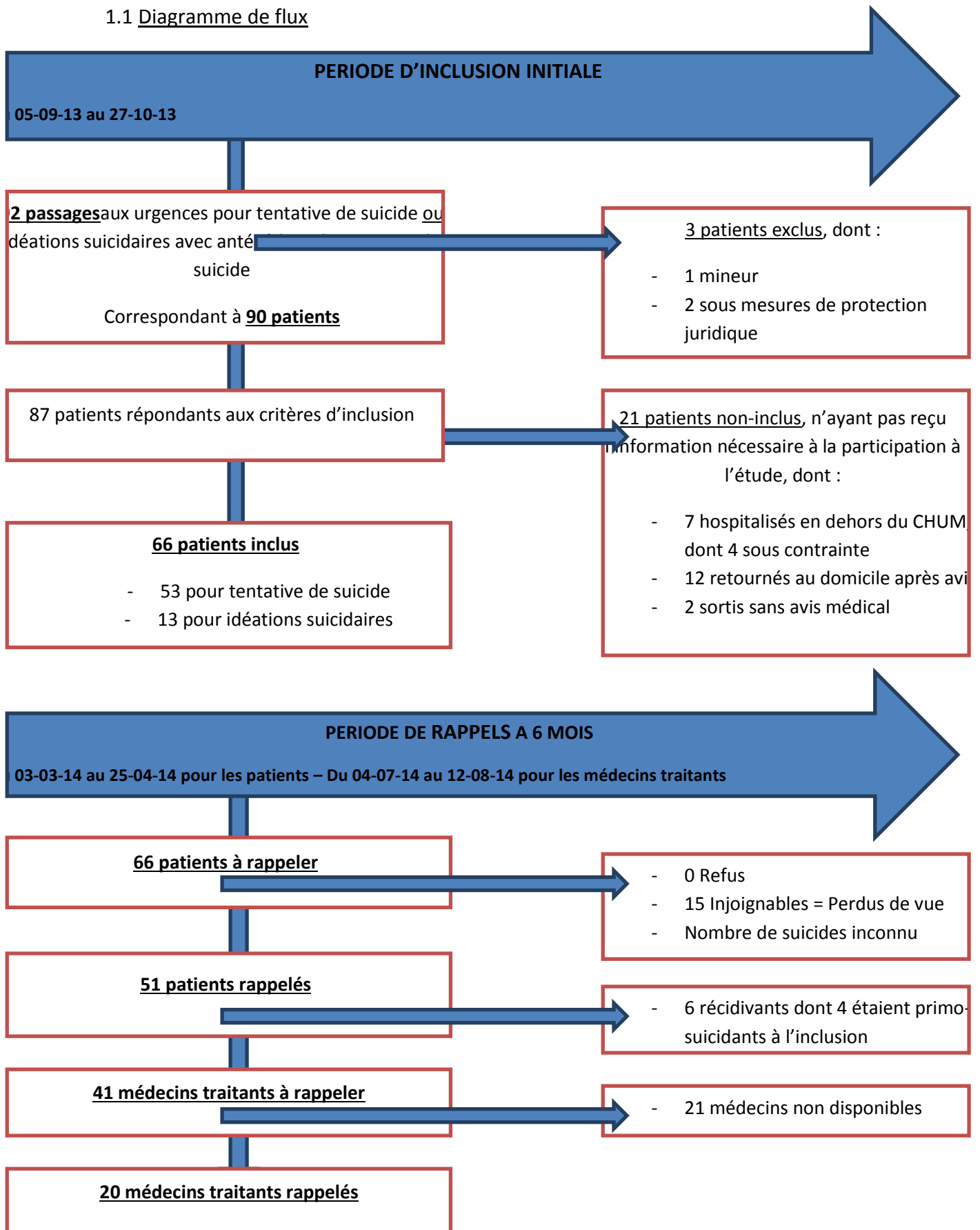
Analyse multivariée : cette analyse a porté sur les facteurs séparément associés à la répétition du geste suicidaire avec un degré de signification $p < 0,20$ en analyse univariée. Elle a pour but de déterminer ceux d'entre eux qui sont associés de façon indépendante à la répétition du geste suicidaire ou à l'admission pour idées suicidaires. Le modèle de régression logistique a été utilisé et la sélection des facteurs s'est appuyée sur des procédures de pas à pas.

Les analyses statistiques ont été réalisées par P. Lévy et le logiciel STATVIEW a été utilisé.

RESULTATS ET COMMENTAIRES

1. Description générale de la population

1.1 Diagramme de flux



1.2 Estimations d'incidence d'admissions aux urgences

Sur les 92 admissions aux urgences, 72 ont eu pour motif une tentative de suicide (53 patients inclus, 17 non-inclus ou exclus, 2 re-passages pour nouvelle tentative de suicide), sur la période d'inclusion de 2 mois ; soit **plus d'une tentative de suicide par jour en Martinique prise en charge au CHU (site Pierre Zobda-Quitman)**.

En généralisant ce résultat aux douze mois de l'année, on obtient **432 passages annuels pour tentative de suicide aux urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitman)**, soit **une incidence de 108 tentatives de suicide prises en charge sur ce site/ 100 000 habitants en Martinique en 2013** (données INSEE population légale 2011).

Parallèlement, on constate 22 admissions pour idéations suicidaires de patients ayant au moins un antécédent de tentative de suicide, ce qui correspondrait à 132 passages annuels nécessitant des lieux d'accueil et d'écoute.

1.3 Caractéristiques démographiques et socio-économiques

Il s'agit d'une **population à majorité féminine** (N= 45 ; 68,1%), avec effectivement une **surreprésentation féminine** par rapport à la population martiniquaise. Elle apparaît **plus jeune** que la population martiniquaise adulte, avec une moyenne d'âge de 40,4 ans (min= 18 ; max=67). Les communautés sociales et religieuses sont décrites dans les figures IV et V.

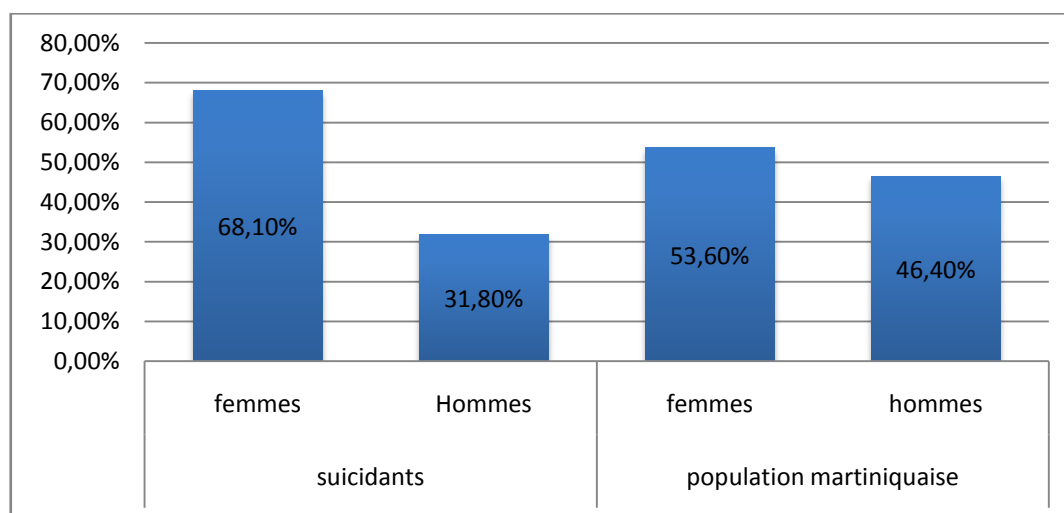


Figure II - Répartition en fonction du sexe

Figure III - répartition en fonction de l'âge

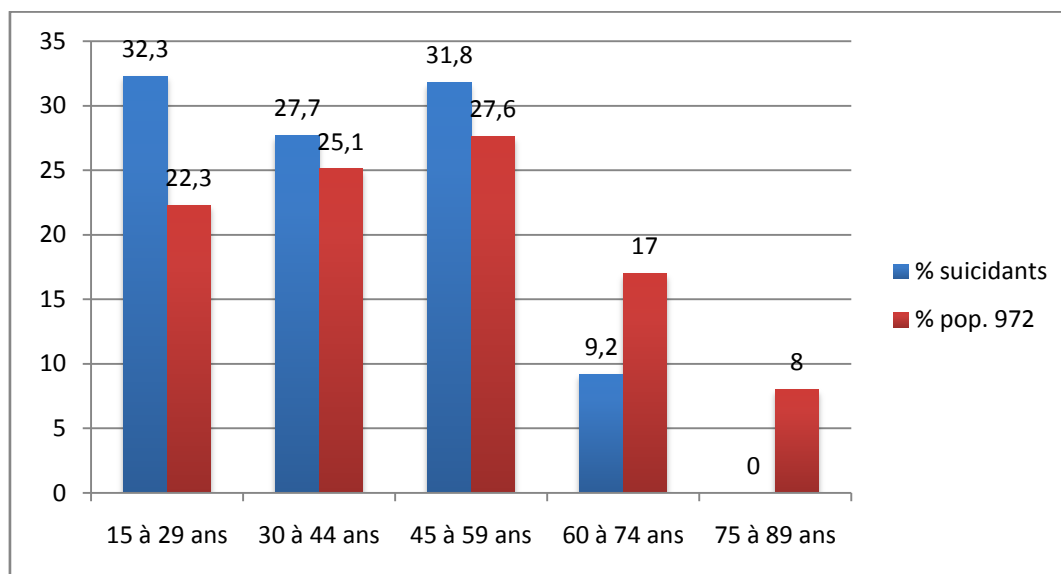


Figure IV - Communautés sociales

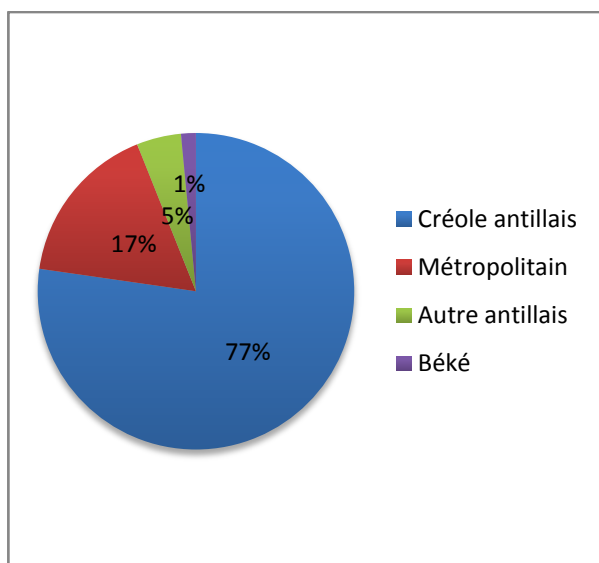
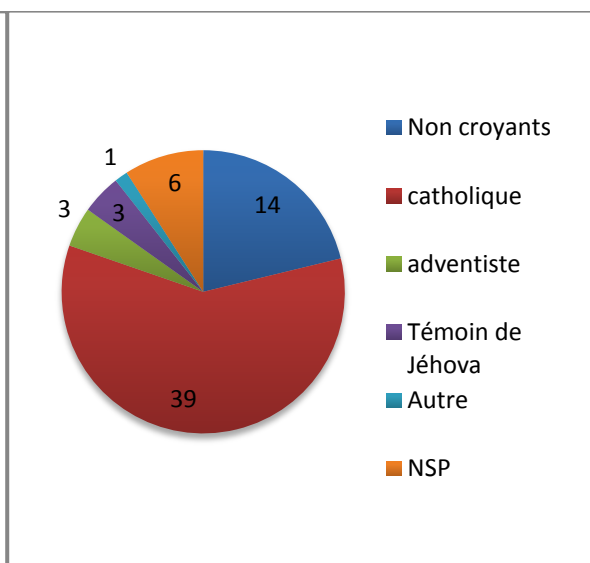
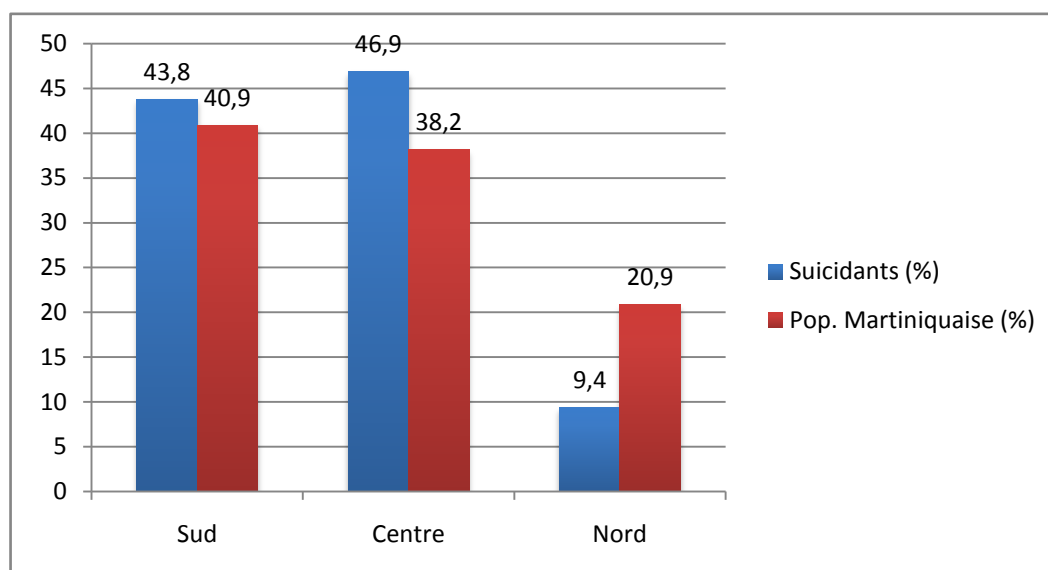


Figure V - Religions



Cette population suicidante provient principalement des **secteurs psychiatriques Centre et Sud** de la Martinique. Le secteur Nord, couvrant certes un bassin de population moins peuplé, est néanmoins sous-représenté (le site des urgences de Trinité est plus proche de la région Nord que le CHU de Fort-de-France).

Figure VI - Origine géographique selon les secteurs psychiatriques

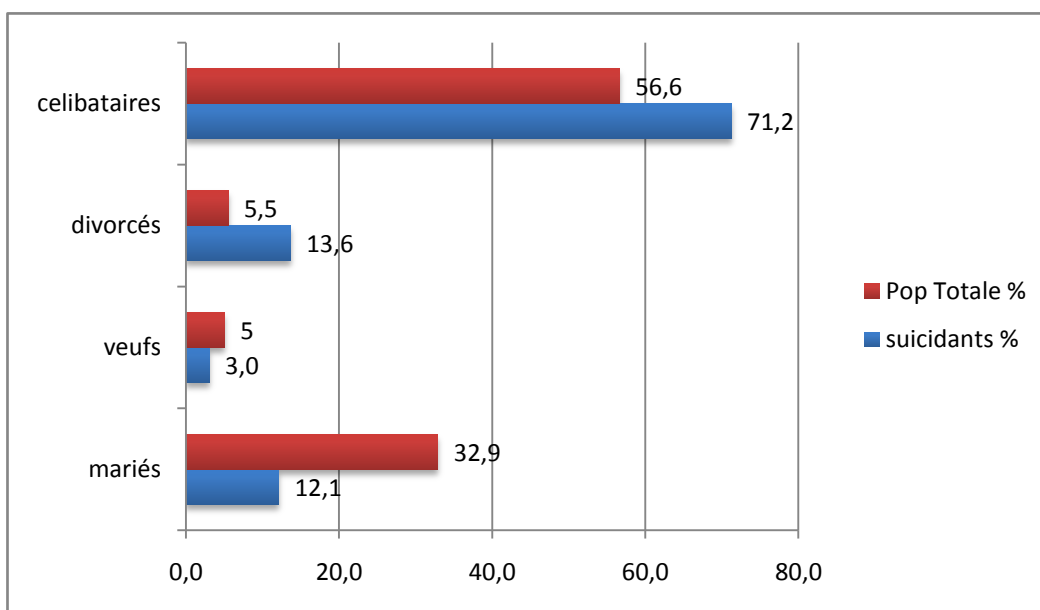


Les secteurs psychiatriques couvrent respectivement, selon les données INSEE Martinique (Population Légale 2011 des 34 communes et cantons du département) :

- Pour le secteur CENTRE : Fort-de-France, Schoelcher, Case Pilote, Saint-Joseph, Bellefontaine, Morne-vert, Fonds-Saint-Denis, Le Carbet, Morne-rouge, Saint-Pierre, Le Prêcheur ; soient 152 197 habitants.
- Pour le secteur SUD : Le Lamentin, Ducos, Le François, Saint-Esprit, Le Vauclin, Rivière Pilote, Rivière Salée, Trois Ilets, Anses d'Arlet, Le Diamant, Sainte-Lucie, Le Marin, Sainte-Anne ; soient 163 280 habitants.
- Pour le secteur NORD : Le Robert, Gros-morne, La Trinité, Sainte-Marie, Le Marigot, Le Lorrain, L'Ajoupa Bouillon, Basse Pointe, Macouba, Grand Rivière ; soient 83 387 habitants.

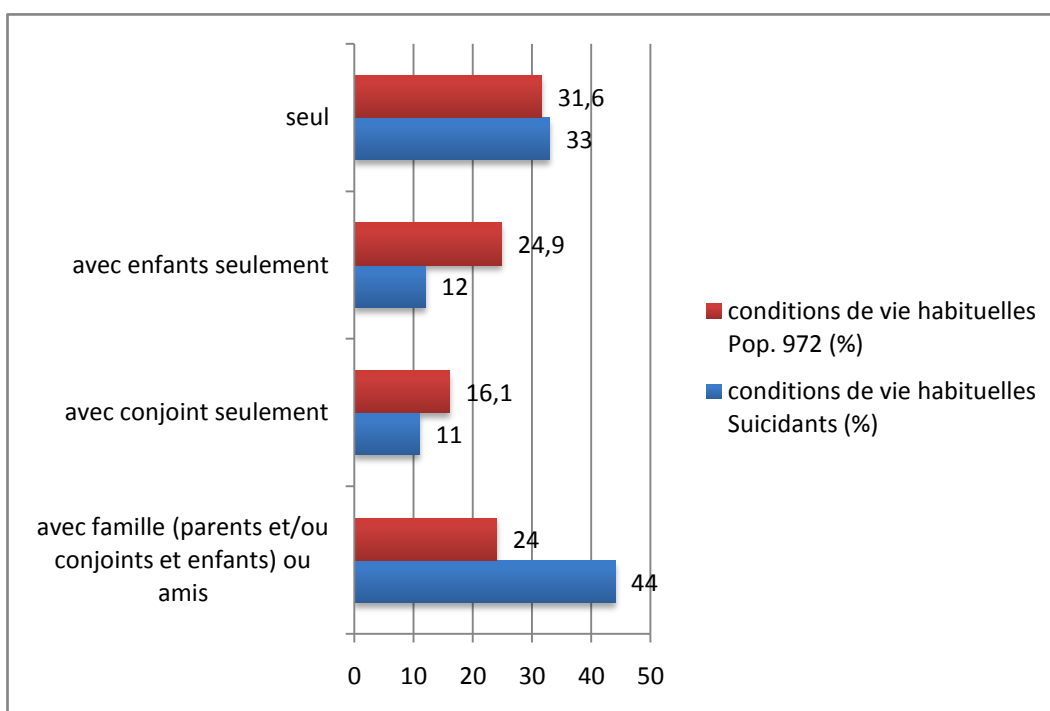
Cette population apparaît indifféremment en couple (mariage ou non ; N=29) ou séparée (divorce ou non ; N=27). Mais si l'on compare le statut marital par rapport à la population des ménages martiniquais, on constate toutefois **une surreprésentation des personnes célibataires et divorcées**, et une sous-représentation des personnes mariées. Cette comparaison est limitée par le fait que les personnes en couple mais non mariées peuvent administrativement se déclarer « mariées » ou « célibataires ». La figure VII illustre le cas où les personnes en couple mais non mariées sont considérées comme célibataires, semblant refléter la *réalité administrative* martiniquaise.

Figure VII - Situation maritale



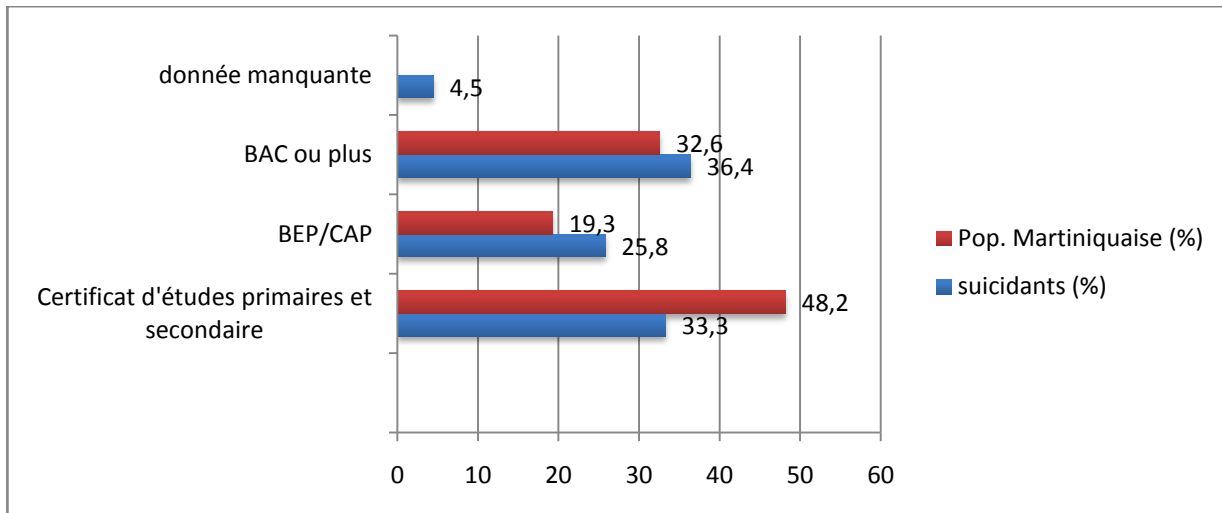
Concernant les conditions de vie, on constate qu'une majorité de suicidants vivent en **collectivité** (amicale ou familiale c'est à dire avec parents et/ou conjoints et enfants ; N=29) ou **seules** (N=22). Les situations de monoparentalité et de conjugalité simple sont à l'inverse minoritaires et sous-représentées.

Figure VIII - Conditions de vie habituelles



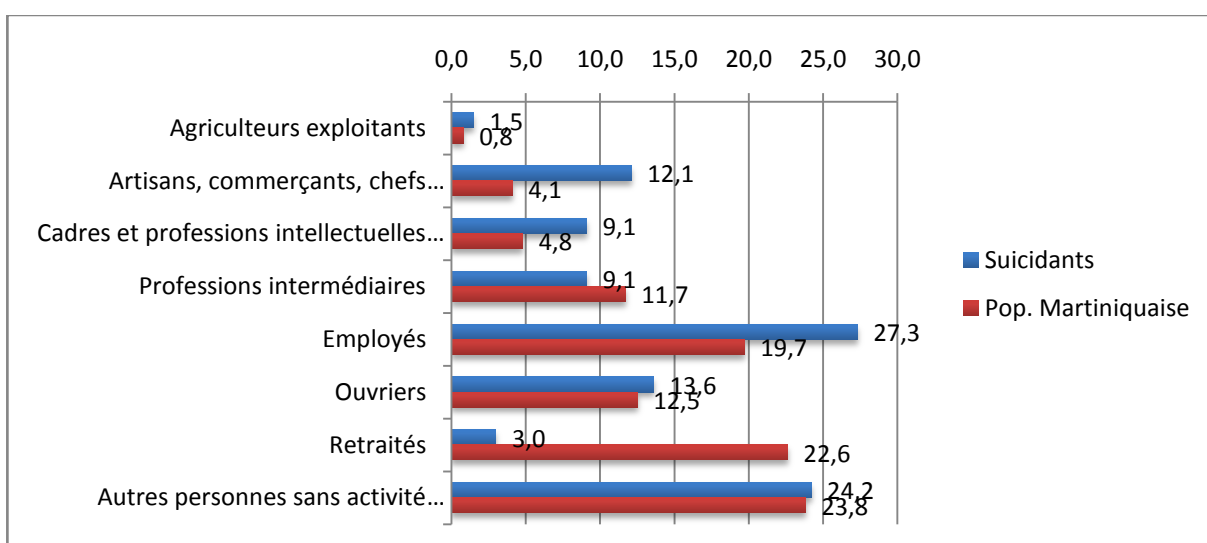
En termes de niveau d'études, nous pouvons distinguer 3 groupes à peu près équilibrés, entre ceux n'ayant pas de diplômes ou ayant un certificat d'études primaires ou secondaires (N=22), ceux ayant un niveau BEP/CAP (N=17), et ceux ayant un niveau BAC ou plus (N=24). Au final, il s'agit majoritairement d'une population disposant d'un **diplôme de fin de cycle secondaire**, ce qui apparaît discrètement spécifique comparativement à la population martiniquaise.

Figure IX - Niveau d'études



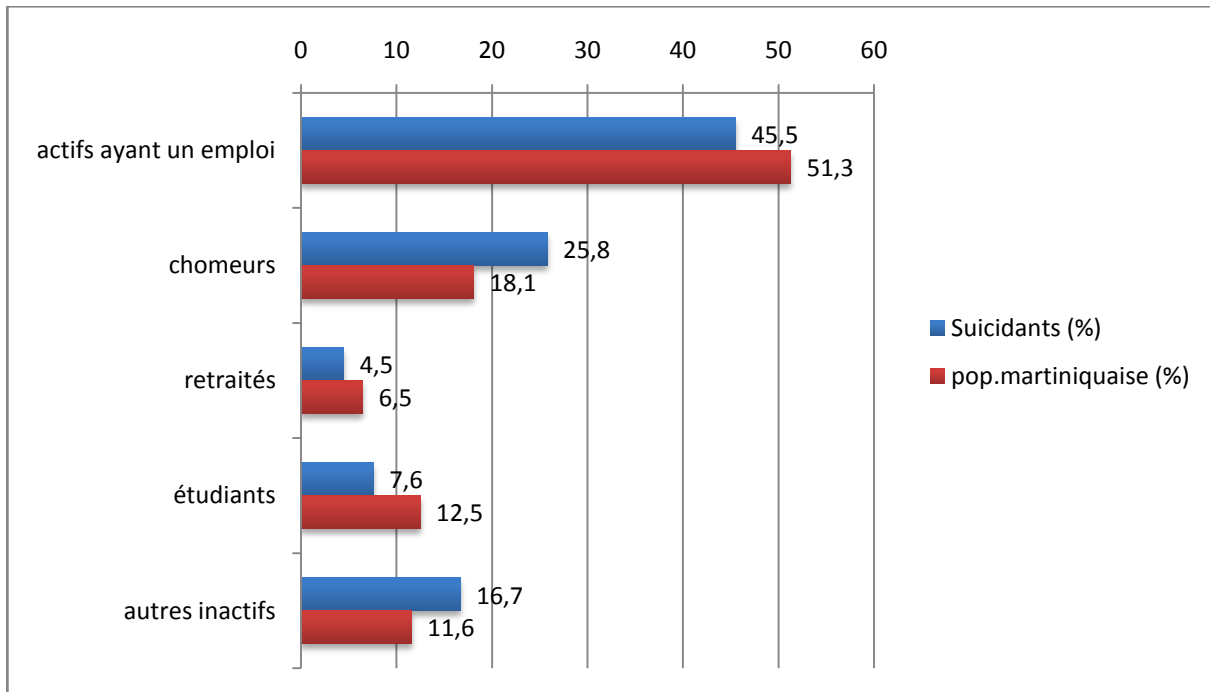
Les **employés**, les **ouvriers** et les **artisans commerçants et chefs d'entreprise** sont majoritaires et surreprésentés dans notre échantillon. Les **personnes sans activités professionnelles** prennent une place importante dans la population suicidante, mais sans pour autant être surreprésentées. A l'inverse, nous pouvons citer les **cadres et professions intellectuelles supérieures**, et les **agriculteurs exploitants**, en nombre moins importants mais surreprésentés par rapport à leurs effectifs en population martiniquaise. En revanche, les retraités sont largement sous-représentés.

Figure X - Catégories socio-professionnelles



En termes de situations par rapport au travail, bien que majoritairement composée d'actifs ayant un emploi, notre population est caractérisée par une plus forte présence relative de **chômeurs et d'inactifs(hors retraités et étudiants)**.

Figure XI - Situation par rapport à l'emploi



Finalement, il s'agit d'une population **précaire**. Quasiment 1 individu sur 2 (45%) de cet échantillon bénéficie de la CMU-C, 1 personne sur 3 bénéficie du RSA (33%). Ces sous-groupes sont tous deux surreprésentés par rapport à leur répartition dans la population martiniquaise.

Figure XII - Relations entre marqueurs de précarité et situation vis-à-vis de l'emploi

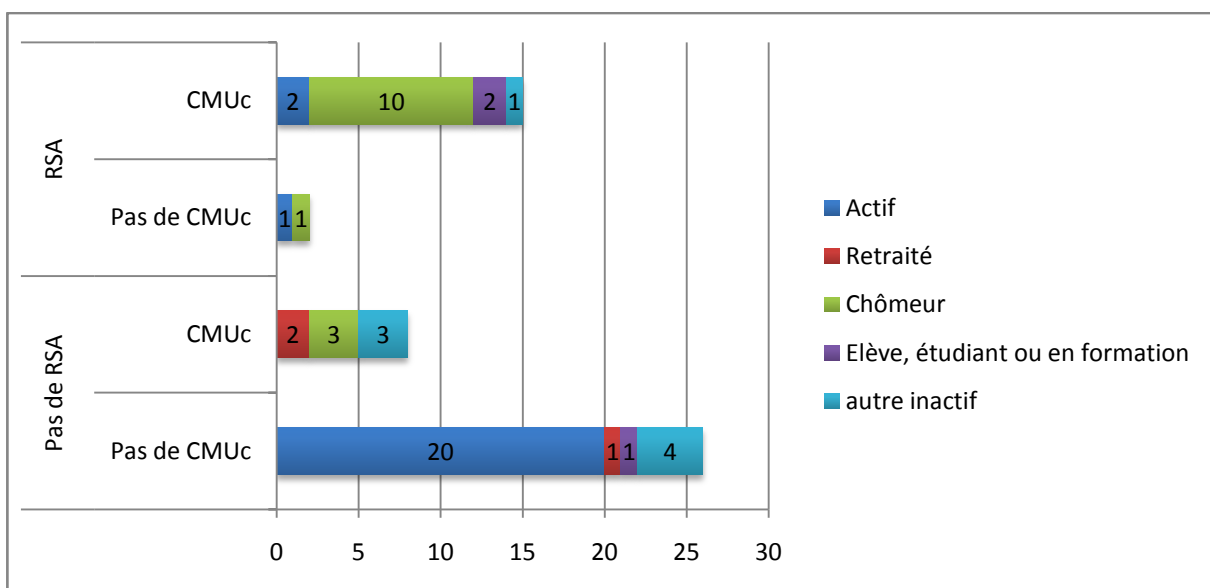
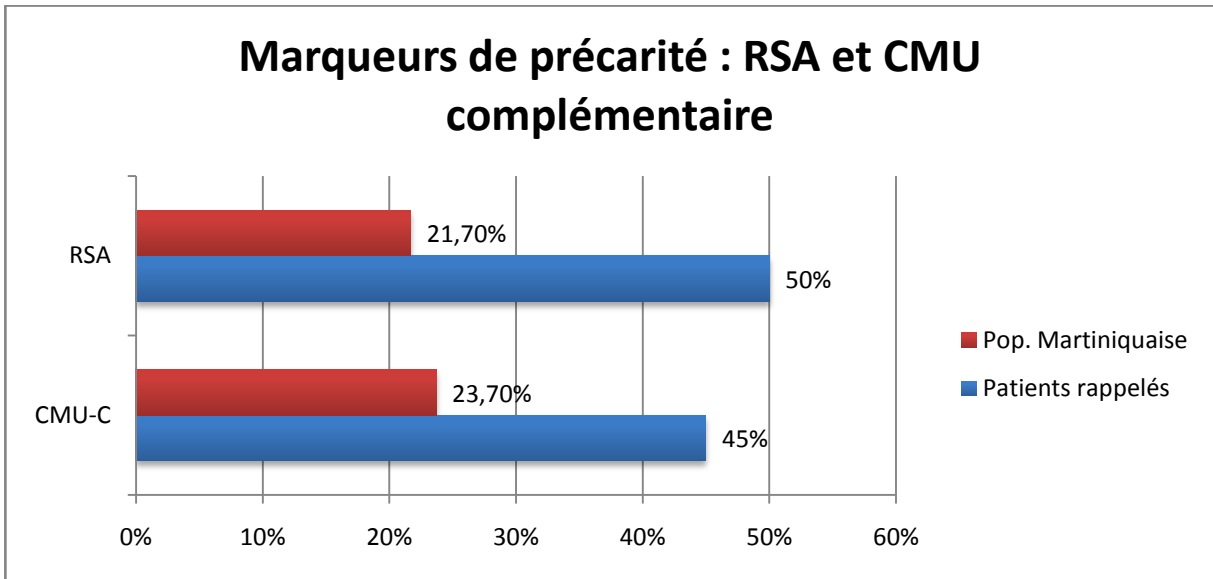


Figure XIII - Marqueurs de précarité : RSA et CMU complémentaire



2. Description du contexte clinique et de la prise en charge initiale

2.1 Caractéristiques cliniques

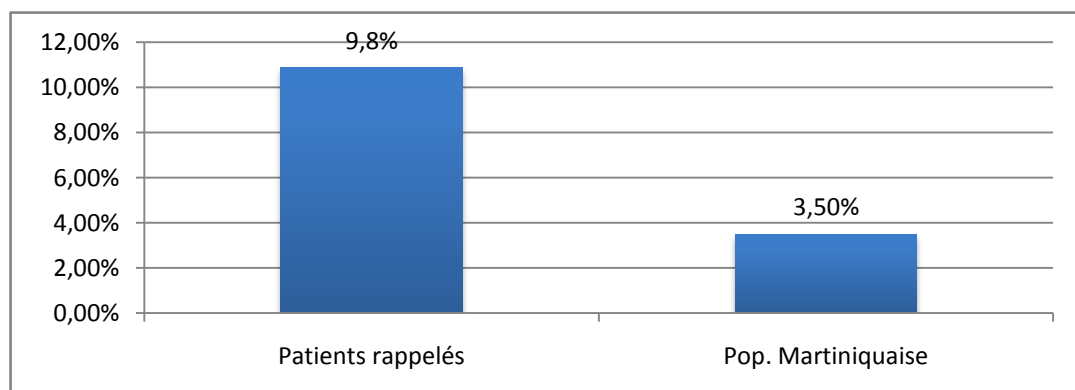
Sur le plan somatique, 18% des patients (N=12) rapportent des antécédents de maladie chronique et/ou grave ; 36% (N=24) utilisent des médicaments à visée somatique, hors psychotropes, et seulement 14% (N=9) en ont au moins trois prescrits sur leur ordonnance de ville. **La majorité de ces patients n'est donc pas en contact régulier avec le système de soins physiques.** Concernant la gynécologie, 40% (N=18) des 45 femmes rapportent des difficultés en lien avec la reproduction (Interruption Volontaire de Grossesse, Interruption Thérapeutique de Grossesse, fausse couche, mort subite du nouveau-né, grossesse extra utérine, hypo- ou infertilité). Plus précisément, 12 ont vécu une Interruption Volontaire de Grossesse, sachant que 7 d'entre elles ne se sont pas prononcées sur cette question sensible, dans le contexte des urgences.

Sur le plan psychiatrique, on observe **une part égale de patients sans (N=32) ou avec (N=34) antécédents de pathologies psychiatriques**, avec une répartition diagnostique comme suit :

- 29 ayant des antécédents de **troubles affectifs/de l'humeur** (dont 23 épisodes dépressifs majeurs et 6 troubles bipolaires) ; [CIM10 : F30 – F39]
- 9 ayant des antécédents de troubles névrotiques/liés à des facteurs de stress/somatoformes (dont 4 états de stress post-traumatique) ; [CIM10 : F40 – F48]
- 6 ayant des antécédents de troubles de la personnalité/du comportement ; [CIM10 : F60 – F69],
- 3 ayant des antécédents de troubles psychotiques à type de schizophrénie/troubles schizotypique/troubles délirants (dont 2 d'évolution chronique) ; [CIM10 : F20 – F29]

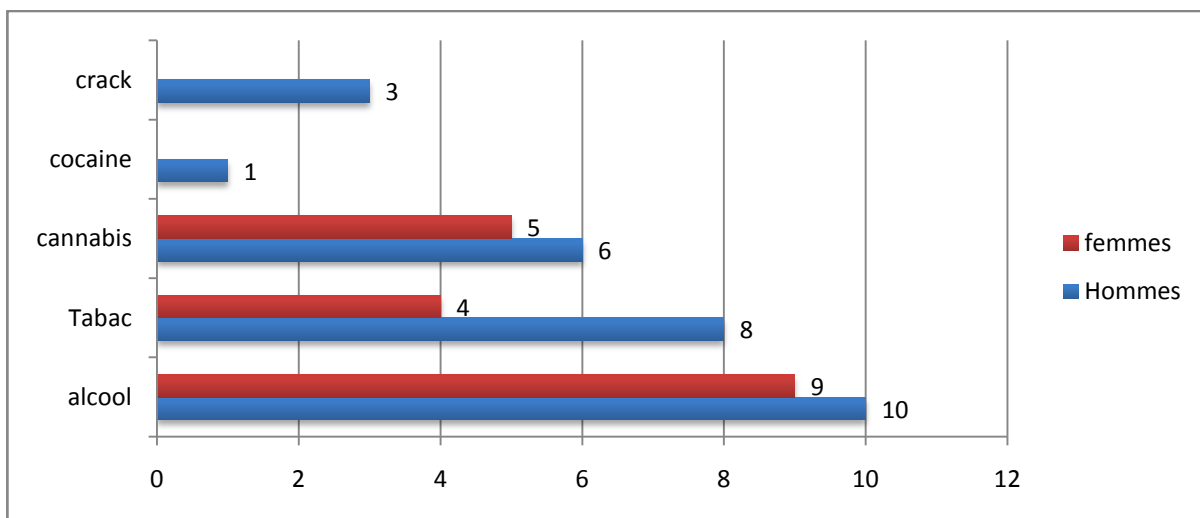
Une personne sur 3 a déclaré être en Affection Longue Durée pour motif psychiatrique. A noter **une surreprésentation de personnes percevant l'Allocation Adulte Handicapé** avec 9,8% de cet échantillon, par rapport à la répartition en population générale.

Figure XIV - Allocataires pour l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)



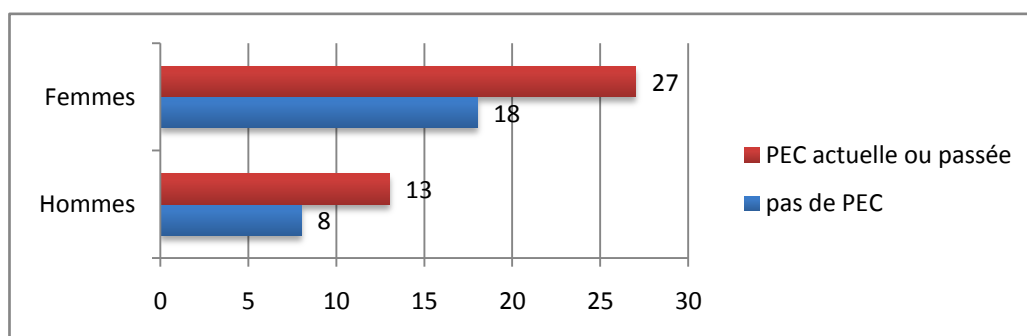
plan addictologique, **38% (N=25)** rapportent au moins une consommation avec abus ou dépendance de substances psychoactives non-médicamenteuses (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, crack), dont **2/3 des hommes (N=14)** et **1/4 des femmes (N=11)**, et parmi lesquels seulement 6 bénéficient ou ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée (dont 3 avec suivi psychothérapeutique associé). L'alcool est la substance la plus rapportée (N=19, 10 hommes et 9 femmes), suivent le tabac (N=12, 8 hommes et 4 femmes) et le cannabis (N=11, 6 hommes et 5 femmes). Le crack (N=3) et la cocaïne en poudre (N=1) ne concernent que peu de ces patients suicidants, et exclusivement des hommes.

Figure XV - Consommations de substances psychoactives



Trente-sept patients rapportent un suivi psychothérapeutique actuel ou antérieur, dont 10 patients pour lesquels aucun antécédent psychiatrique n'est rapporté. Si l'on recoupe cette information avec celle concernant les suivis spécialisés en addictologie, on constate que **plus de 2/3 de ces patients suicidants (N=47) ont déjà été directement en contact avec le système de santé mentale**. Cette rencontre avec la psychiatrie pourrait également avoir été indirecte, puisque **51,5% (N=34) signalent des antécédents psychiatriques dans la famille**.

Figure XVI - Prise En Charge (PEC) psychothérapeutique et/ou en addictologie, actuelle ou passée



Concernant les traitements psychotropes, la majorité des patients n'en utilisent pas, tandis que 41% (N=27) en bénéficient. Il s'agit très principalement de **médicaments anxiolytiques et hypnotiques**, puis **antidépresseurs**. Seize patients utilisent 1 ou 2 psychotropes ; onze patients en utilisent 3 ou plus.

Figure XVII– Consommation traitements psychotropes

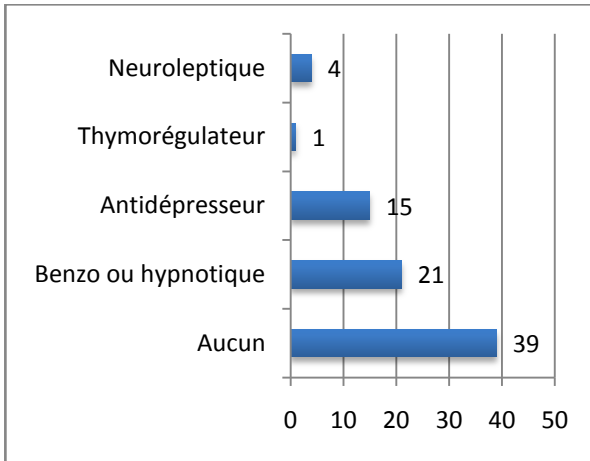
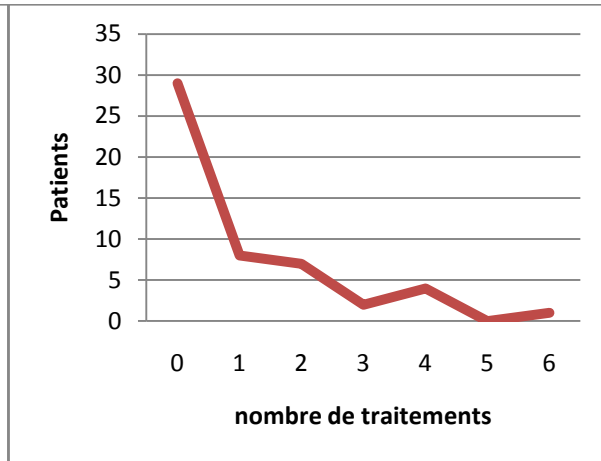
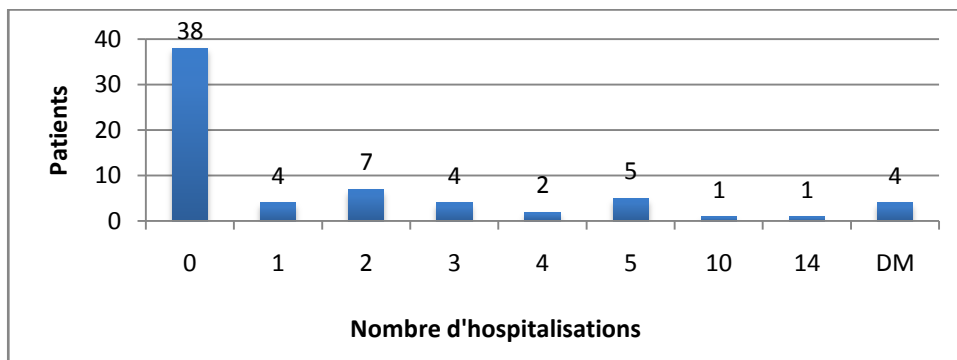


Figure XVIII - Nombre de traitements de psychotropes par patient



De même concernant les hospitalisations, la majorité des patients n'y a pas été confrontée, puisque seuls 39% des patients (N=26) rapportent au moins une hospitalisation temps-plein en psychiatrie ; la Figure XIX illustre leur répartition.

Figure XIX - Répartition du nombre d'hospitalisations par patient (DM = Donnée manquante)



Finalement, pour être complet sur les caractéristiques cliniques de cette population suicidante, il est important d'observer que **près de 2/3 de ces patients (N=42, 10 hommes, 32 femmes) rapportent des événements de vie à potentiel traumatique** ; accidents de la voie publique, catastrophes naturelles, agressions physiques, agressions sexuelles, autres. En particulier, 39% (N=26 ; 5 hommes, 21 femmes) évoquent des agressions physiques, **30% (N=20 ; 1 homme, 19 femmes) évoquent des agressions sexuelles**. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, sachant que dans le contexte des urgences, 7 personnes n'ont pas souhaité se prononcer concernant les agressions physiques, 9 personnes n'ont pas souhaité se prononcer concernant les agressions sexuelles.

2.2 Détails sur le motif d'admission aux urgences : la crise suicidaire

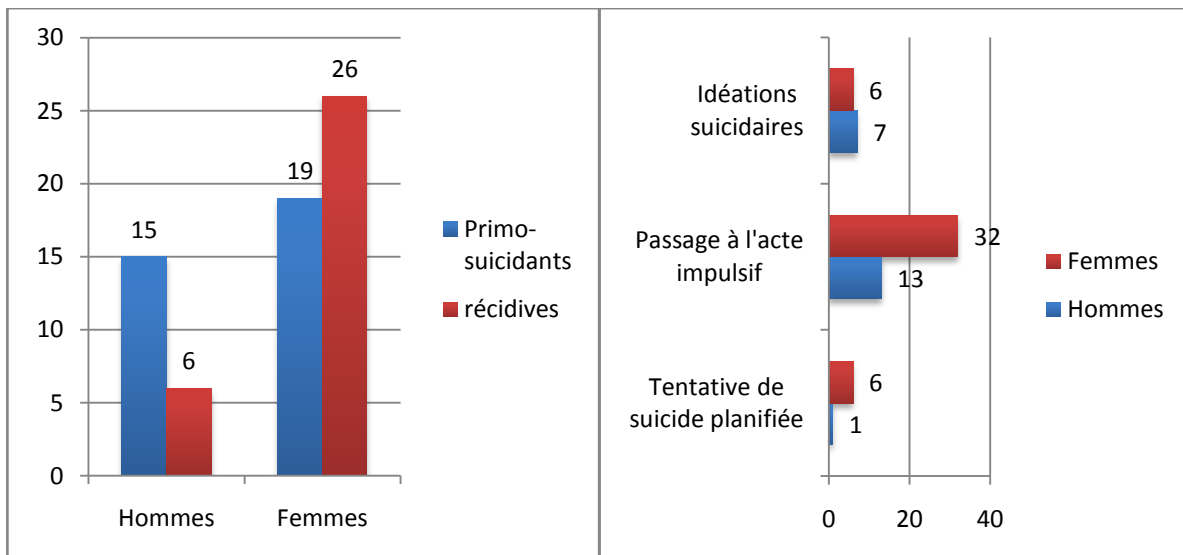
Cette population suicidante se compose **presque à 50% (N=32) de patients ayant réalisés plus d'une tentative de suicide au cours de leur vie** (dits « patients récidivants »). Alors que les hommes sont majoritairement en situation de premier passage à l'acte suicidaire, les femmes sont principalement en situation de réitération du geste suicidaire (Figure XX).

Au plan familial, 27,3% de cette population (N=18) ont déjà été confrontés au phénomène suicidaire ; 12 dans le cadre de tentatives de suicide de parents au premier degré, 6 pour suicides de parents au premier degré.

Les passages à l'acte suicidaire ont été la plupart du temps **qualifiés d'impulsifs** aux urgences ; 85% (N=45) des tentatives de suicides sont effectivement survenues sur ce mode. Pour autant, la majorité de ces patients n'étaient pas dans des états de conscience modifiés par des toxiques, puisque **seuls 37,7% (N=20) admettent une consommation de substances psychoactives non-médicamenteuses au moment de l'acte** ; ces données sont probablement sous-estimées, les dosages sanguins d'alcoolémie et la recherche de toxiques urinaires par bandelettes réactives n'ont pas pu être réalisés de façon systématique. La planification a surtout concerné les femmes, tandis que plus d'hommes en proportion se sont présentés aux urgences pour des idéations suicidaires sans passage à l'acte, comme l'illustre la figure XXI.

Figure XX - statut vis-à-vis de la récidive

Figure XXI - Caractérisation du motif d'admission selon le sexe



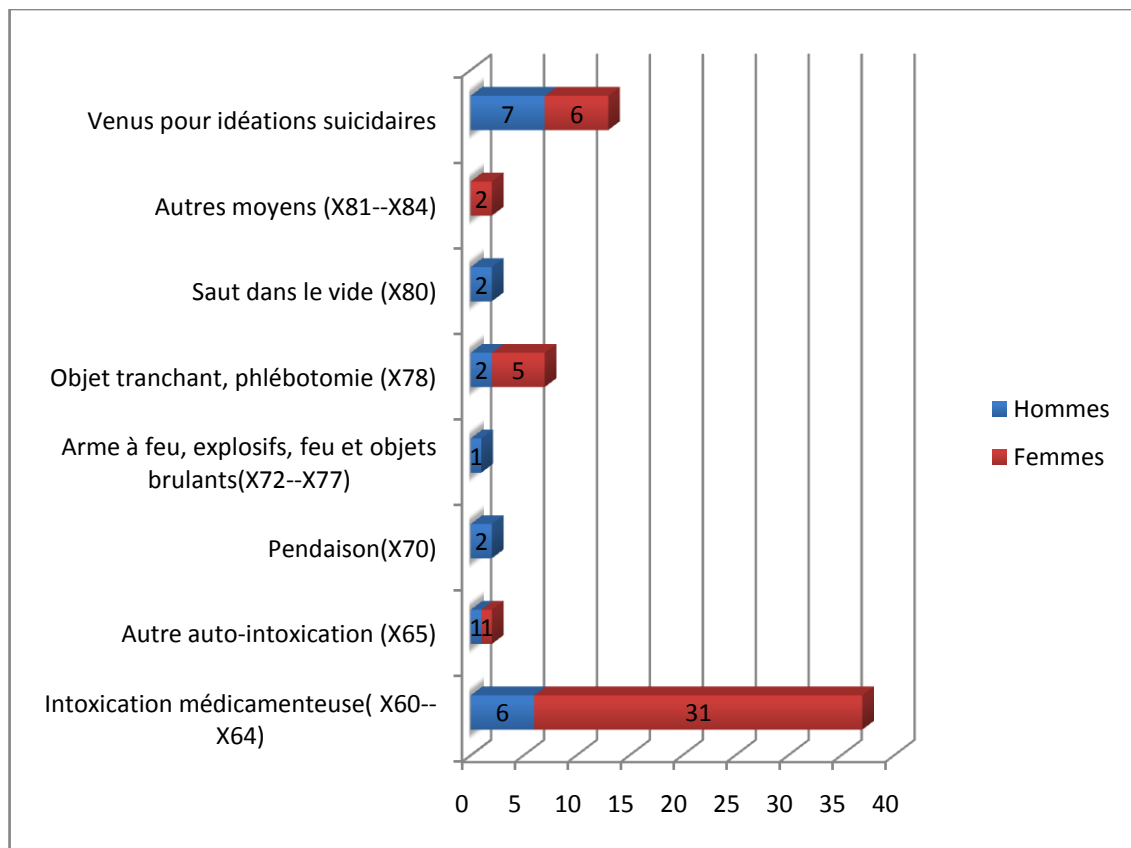
On constate que **les femmes passent plus souvent à l'acte sous la forme d'intoxications médicamenteuses** ou de phlébotomie. **Les passages à l'acte plus violents (pendaison, immolation,**

défenestration) concernent exclusivement des hommes dans cet échantillon. Les modes opératoires selon le sexe sont décrits dans le tableau I et illustrés dans la figure XXII.

Tableau I – Modes opératoires en fonction du sexe (classification CIM -10)

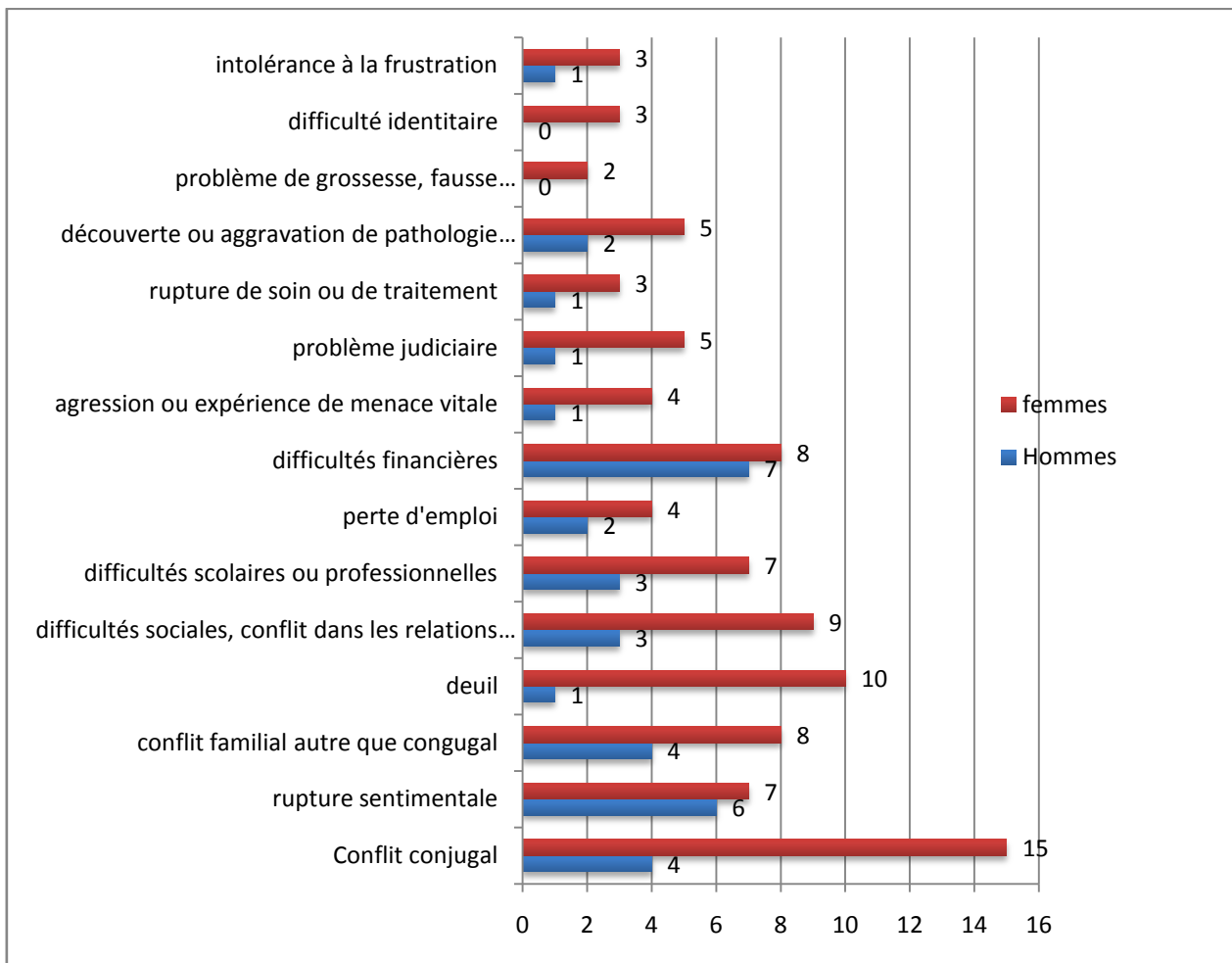
Modes opératoires en fonction du sexe [CIM-10]	Hommes	Femmes	Total
Auto Intoxication			39
Intoxication médicamenteuse (X60--X64)	6	31	37
Autre auto-intoxication (X65)	1	1	2
Lésion auto infligée			14
Pendaison(X70)	2	0	2
Arme à feu, explosifs, feu et objets brulants(X72--X77)	1	0	1
Objet tranchant, phlébotomie (X78)	2	5	7
Saut dans le vide (X80)	2	0	2
Autres moyens (X81--X84)	0	2	2
Venus pour idéations suicidaires	7	6	13
Total	21	45	66

Figure XXII - Modes opératoires en fonction du sexe [CIM-10]



Les facteurs contextuels les plus fréquemment mis en avant sont **les conflits conjugaux** (N=15) puis les deuils (N=10) pour les femmes, **les difficultés financières** (N=7) puis les ruptures sentimentales (N=6) pour les hommes.

Figure XXIII - Facteurs contextuels en fonction du sexe



L'analyse des évaluations de risque suicidaire par l'outil RUD révèle une répartition comme suit :

- 30% (N=20) de RUD de niveau faible, 40% d'entre eux étant hospitalisés.
- 49% (N=32) de RUD de niveau moyen, 75% d'entre eux étant hospitalisés.
- 21% (N=14) de RUD de niveau élevé, 100% d'entre eux étant hospitalisés.

Ces résultats suggèrent à la fois, bien entendu une cohérence dans l'adaptation des moyens thérapeutiques employés, mais aussi **une tendance à médio-centrer l'évaluation du risque suicidaire**, pouvant refléter à la fois le potentiel évolutif difficilement prévisible de près d'une situation sur deux, et la faible expérience du clinicien, interne pour la grande majorité des inclusions.

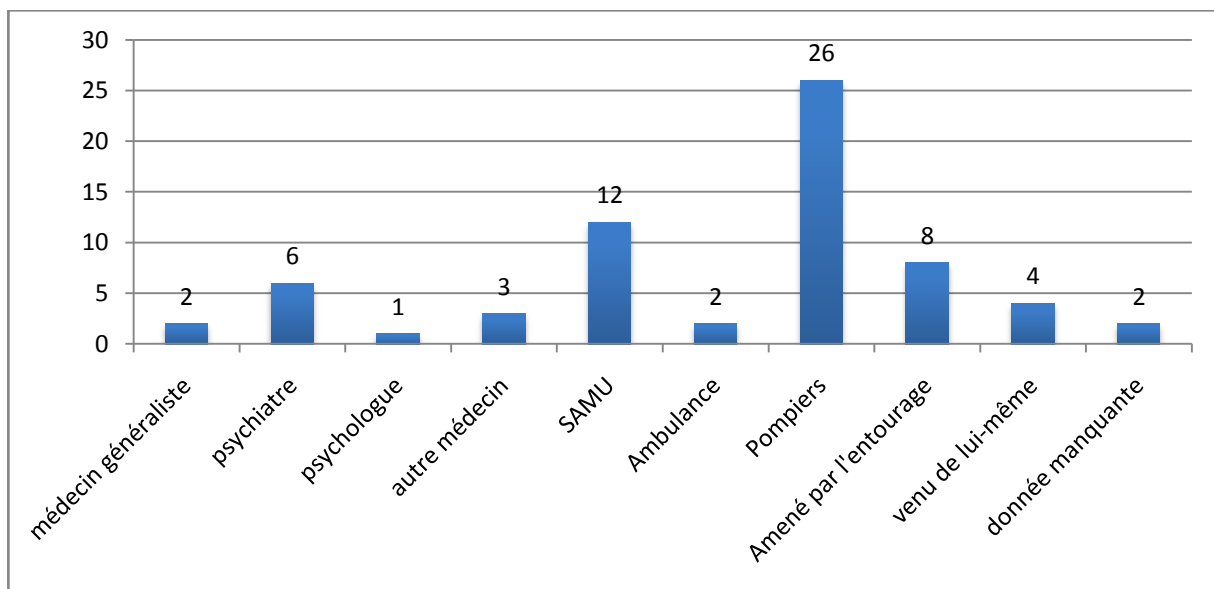
L'analyse des résultats de l'échelle HAD révèle que **dans près de 80% de ces situations suicidaires, la dimension clinique anxieuse prédomine** sur la dimension dépressive. La moyenne des scores pour la sous-échelle d'anxiété est de 12/21 (médiane à 13), tandis que la moyenne des scores pour la sous-échelle de dépression est de 8,4/21 (médiane à 10). Ces résultats concernent les

58 patients pour lesquels il a été possible de faire remplir une échelle HAD aux urgences. D'un point de vue dimensionnel, la symptomatologie anxieuse est certaine (11 et plus) pour 64% (n=37) des patients; ce chiffre augmente si l'on ajoute les patients pour qui la symptomatologie est douteuse (8 à 10), avec **83% (n=48) des patients suicidants décrivant aux urgences une symptomatologie anxieuse potentiellement significative**. Concernant la dimension dépressive, symptomatologie certaine pour 33% (n=19) des patients, allant jusqu'à **57% (n=33) des patients suicidants décrivant aux urgences une symptomatologie dépressive potentiellement significative**. L'interprétation catégorielle des résultats de l'échelle HAD objective un **diagnostic d'épisode dépressif majeur chez 53% (n=31) des patients**.

2.3 Détails sur la prise en charge

Les pompiers, ambulanciers et le SAMU sont responsables de 60% (N=40) des arrivées de ces patients. L'entourage ou les patients eux-mêmes se présentent directement dans 18,2% (N=12) des situations. En revanche, **les médecins généralistes ne semblent que peu utiliser ce système de prise en charge**, puisque seuls 2 patients ont été adressés par leur médecin traitant (figure XXIV). Toutefois, nous n'avons pas les moyens de savoir si le médecin généraliste est intervenu et de quelle façon, dans l'adressage via les pompiers, ambulanciers ou SAMU ; de même les situations pour lesquelles un tel médecin a informé le service des urgences par téléphone ou par courrier médical n'ont pas été notifiées.

Figure XXIV - Patients adressés par



Les urgences sont alors un lieu de passage complexe pour ces patients, déjà en grande détresse psychologique. Ils y transitent **seuls pour près de 2/3 d'entre eux (N=41)**, alors même que **72,7% (N=48) ont le sentiment de disposer habituellement d'un étayage social et/ou familial suffisant** (voir figure XXV). Certains nécessiteront une surveillance et des soins somatiques plus ou

moins lourds (voir figure XXVII), 31,8% (N=21) devront passer une ou plusieurs nuits dans le box des urgences psychiatriques(voir figure XXVI).

Figure XXV - Etayage social et familial

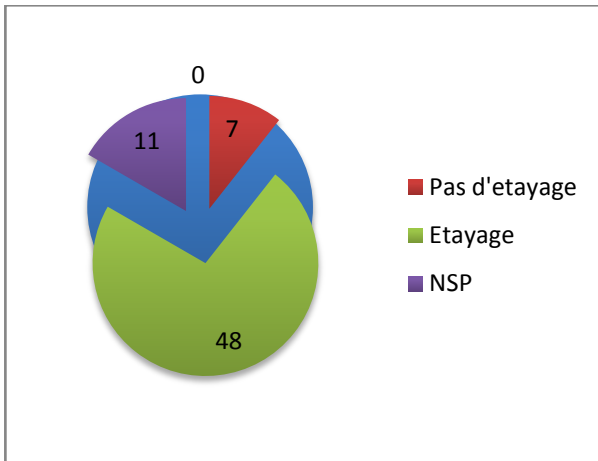


Figure XXVI - Nombre de nuits passées aux urgences psychiatriques

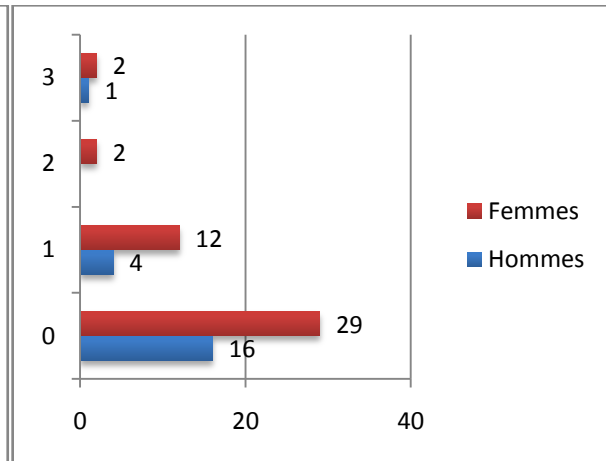
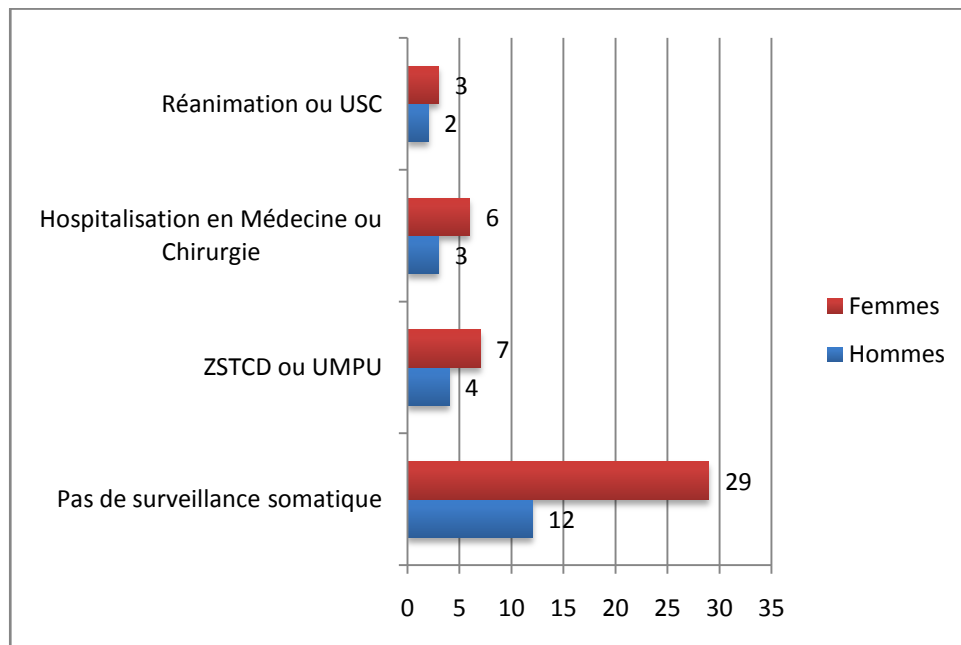


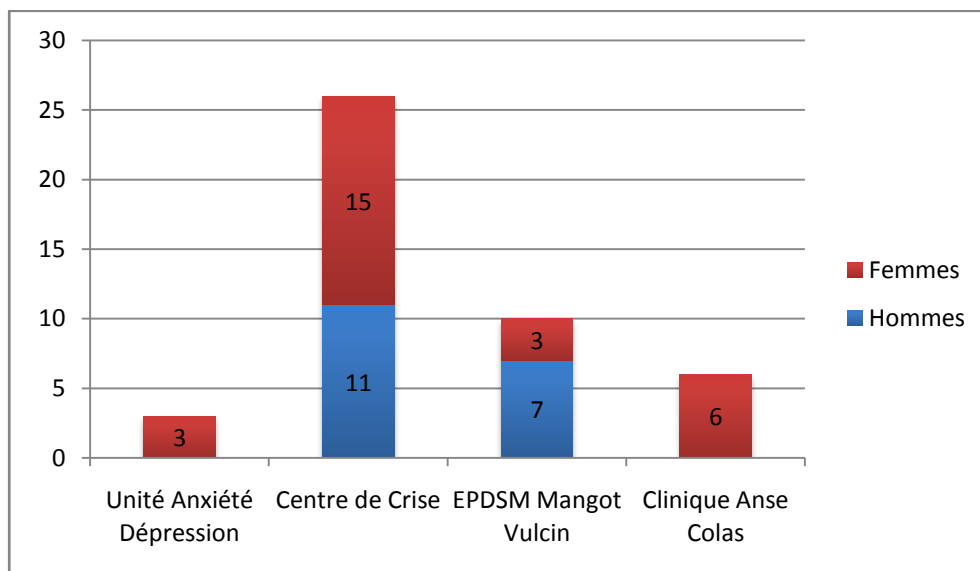
Figure XXVII - Nécessité d'une surveillance somatique



Finalement, les orientations initiales déterminées depuis les urgences sont :

- **Hospitalisation en psychiatrie pour 68% (N=45) des patients**, 93% des cas sur le mode de soins psychiatriques libres (N=42). Dans plus de la moitié des cas (N=26), c'est le **Centre de crise du CHU de Martinique qui assure la prise en charge** (figure XXVIII). Si on tient compte des non-inclus pour ce calcul, on obtient un taux d'hospitalisation inférieur (60%, N=52 pour 87 patients), et une proportion plus importante d'admissions en soins psychiatriques sous contrainte (13,5%, N=7 pour 52 hospitalisations).
- **Retour au domicile pour 31,8% des patients (N=21)**, avec un **suivi proposé mais non-organisé dans 81% des cas (N=17)**. Si on tient compte des non-inclus pour ce calcul, on obtient un nombre plus important de patients retournés au domicile (40,2%, N=35 pour 87 patients).

Figure XXVIII - Lieux d'hospitalisation en psychiatrie selon le sexe



A noter que ce rapport hospitalisation/retour au domicile, déjà en faveur d'hospitalisations de courtes durées, pourrait être plus marqué. **Pour 2 patients, le retour à domicile a effectivement été motivé par l'absence de places disponibles sur un lieu d'hospitalisation adapté à l'évaluation psychiatrique initiale** ; 9 patients ont quant à eux manifesté leur refus de rester en hospitalisation temps plein malgré la proposition de l'équipe des urgences, sans que les moyens légaux de soins psychiatriques sous contraintes ne soient indiqués. **L'évaluation psychiatrique initiale pourrait ainsi justifier d'un taux d'hospitalisation allant de 72,4% (N=63 pour 87 patients éligibles à l'inclusion) à 84,8% (N=56 pour les 66 patients inclus).**

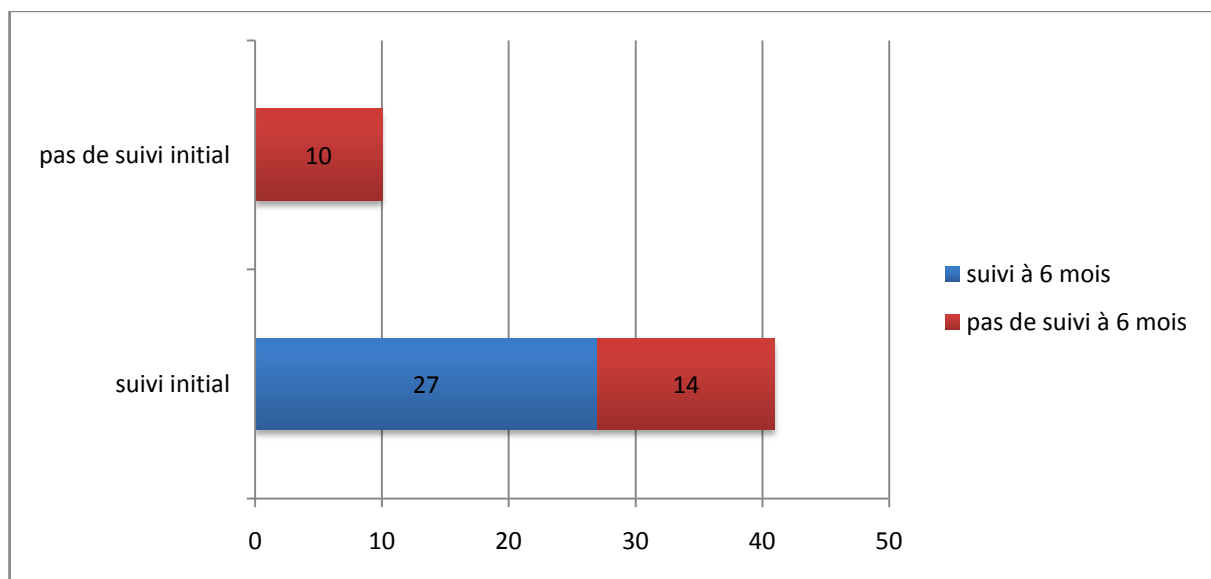
3. Description des données du suivi à 6 mois

Pour mémoire, les résultats suivants correspondent aux données récoltées au rappel téléphonique à 6 mois de l'inclusion aux urgences, et portent sur les 51 patients ayant pu être recontactés, comme indiqué par le diagramme de flux. Les résultats présentés ici ne prennent pas en compte les perdus de vue, sauf si mentionnés. Les résultats spécifiques au lien avec le médecin traitant seront traités dans la partie correspondante.

3.1 La trajectoire de soins

Avec 41 patients effectivement suivis initialement, à la sortie des urgences ou de l'hospitalisation, **le taux de suivi initial est de 80%** ; **le taux de persistance du suivi à 6 mois est de 53%** (N=27), soit **l'absence totale de suivi initial pour environ 1 patient sur 5**, et un arrêt du suivi d'environ 1 patient sur 3 en 6 mois. Ainsi **quasiment 50% (N=24) des patients ne seront pas suivis à 6 mois**. Ces taux de suivi peuvent s'abaisser respectivement à 62% et 41% en prenant une hypothèse pessimiste et considérant que les perdus de vue n'ont pas observé de suivi, correspondant alors à une absence totale de suivi pour plus d'un patient sur 3 (N=25 soit 38%) et 59% (N=39) des patients non suivis à 6 mois. Les éléments d'évolution du suivi apparaissent dans la figure XXIX.

Figure XXIX - Evolution du suivi au cours des 6 mois



La raison de loin la plus évoquée par les patients n'ayant pas bénéficié ou ayant interrompu le suivi suite à la prise en charge initiale (N=24) est **le manque d'intérêt** qu'ils y percevaient ; 11 de ces 24 patients ont effectivement évoqués prioritairement cet argument. **Soit 21,5% de l'échantillon du rappel n'ayant pas participé durablement aux soins du fait d'une alliance thérapeutique initiale insuffisante**, à prendre au sens large du fait que les raisons puissent être multiples et indécidables dans le cadre de ce travail (caractéristiques psychopathologiques, complexité de la problématique, spécificité du travail aux urgences, faible expérience de l'interne, manque de temps, etc.).

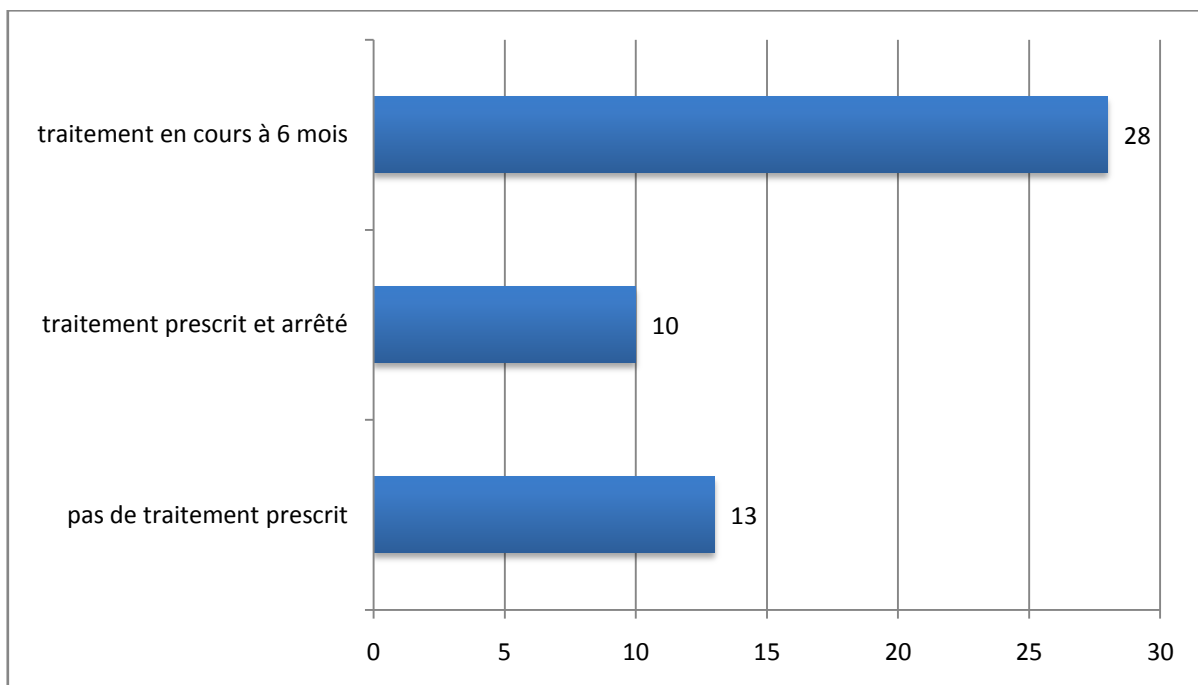
Deux patients ont estimé n'avoir pas reçu d'information suffisante concernant le suivi, tandis que cinq patients ont déclaré n'avoir pas pu en bénéficier du fait de limitations d'accès aux soins ; horaires incompatibles, manque de place disponible en consultation, renoncement aux soins pour raisons financières. **Soit 13,7% (N=7) de l'échantillon répondant au rappel n'ayant pas accédé aux soins du fait d'un manque d'information ou d'une contrainte directe d'accès aux soins.**

Mises ensembles, ces deux catégories correspondent à 75% des ruptures avec le système de soins, pour lesquelles il y a matière et possibilités d'améliorations.

Pour être complet, trois personnes ont évoqués des limitations et/ou choix personnels : manque de temps, impératifs familiaux ou professionnels. Enfin, il s'agissait du terme du travail psychothérapeutique pour trois patients.

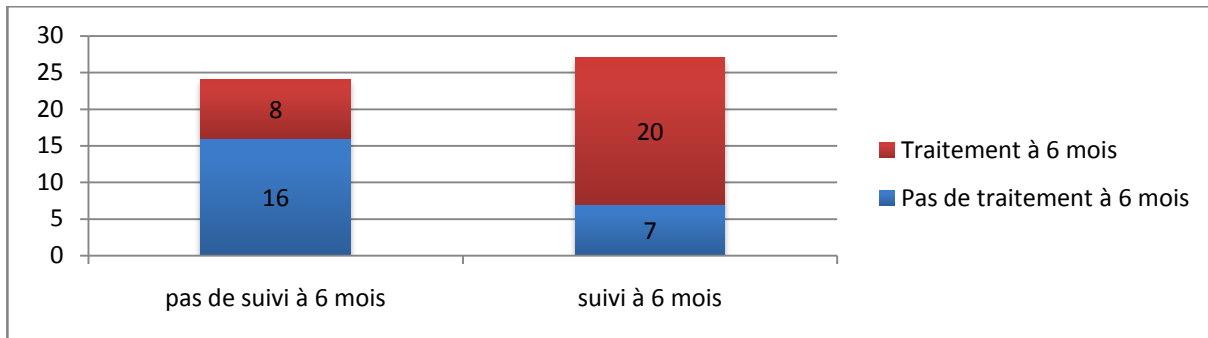
Concernant l'ordonnance des médicaments, 55% (N=28/51) prennent des psychotropes à 6 mois du passage aux urgences pour crise suicidaire (Figure XXX) ; cette donnée est à comparer avec la proportion de 41% (N=27/66) de patients qui utilisaient de tels médicaments à l'inclusion. Si nous faisons l'hypothèse que les perdus de vue ne sont pas suivis et ne bénéficient en toute logique pas de tels traitements, on pourrait estimer qu'il y a une certaine stabilité du taux de consommation de psychotropes (28/66).

Figure XXX - Les traitements médicamenteux après la prise en charge initiale



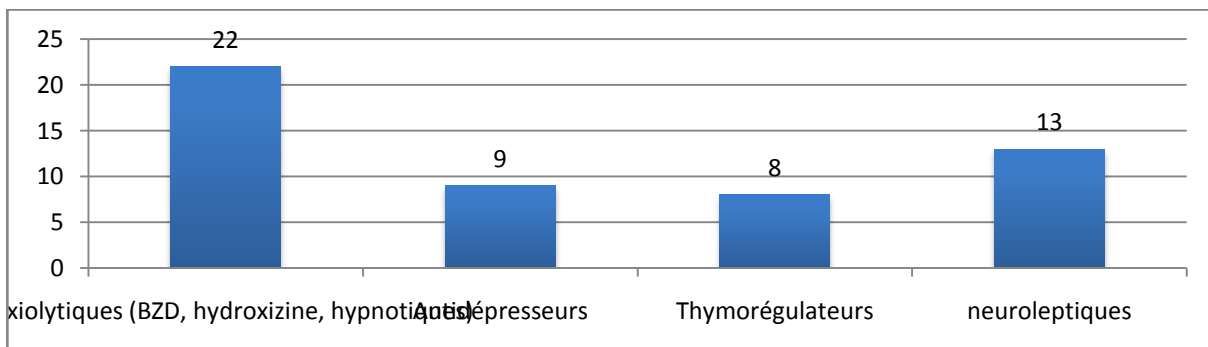
Néanmoins, plusieurs arguments tendraient vers une autre hypothèse concernant la consommation de traitements psychotropes. Le croisement des données du suivi à 6 mois avec les données de consommation de psychotrope médicamenteux (figure XXXI) fait émerger l'idée d'une **automédication en psychotropes** au sein de notre échantillon, à hauteur de 15,7% (n=8).

Figure XXXI - Lien entre suivi et traitement à 6 mois



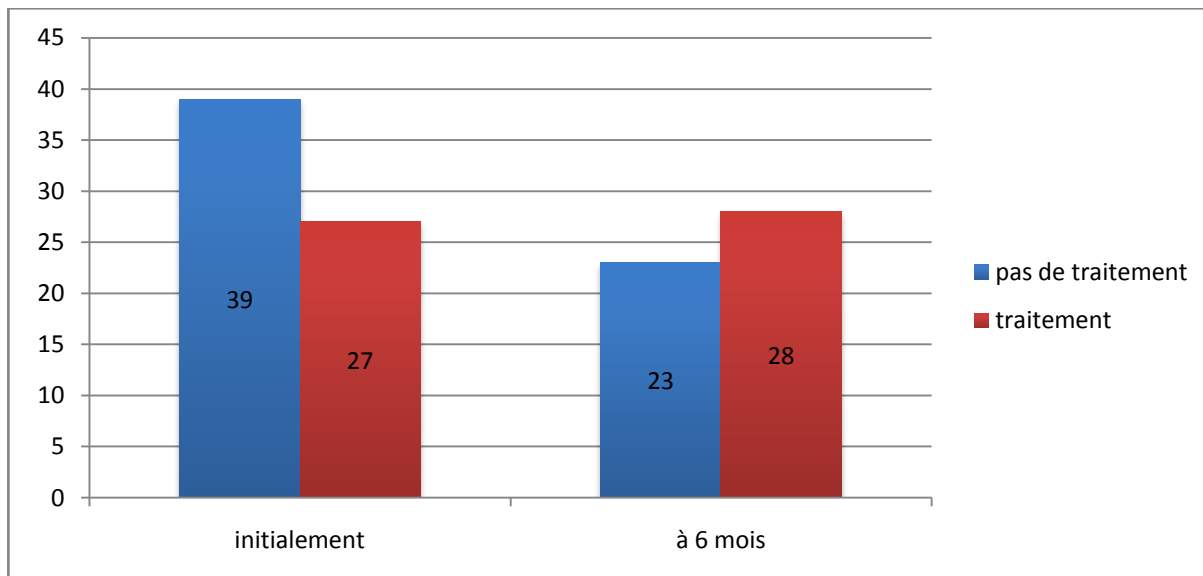
Le détail des classes médicamenteuses prescrites nous offre encore de précieux éléments dans ce sens (Figure XXXII). L'évolution par rapport aux détails des prescriptions initiales est notable : alors que la prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques apparaît stable (N passe de 21 à 22, avec les réserves une nouvelle fois de la possible automédication des perdus de vue), on constate une nette augmentation de la prescription de neuroleptiques (N passe de 4 à 13, soit un rapport de 3,25) et de thymorégulateurs (N passe de 1 à 8, soit un rapport de 8), parallèlement à une baisse de la prescription d'antidépresseurs (N passe de 15 à 9, soit un rapport de 0,6). Ces résultats peuvent évoquer **une augmentation du nombre des diagnostics psychiatriques** posés lors des suivis, notamment de dimension psychotique, ainsi qu'une évolution de certains diagnostics de « syndromes dépressifs majeurs » voire de « troubles névrotiques/somatoformes/liés à des facteurs de stress » vers des diagnostics de « troubles affectifs bipolaires », « troubles psychotiques », « troubles spécifiques de la personnalité » (dont personnalité émotionnellement labile) « dépression sévère avec symptômes psychotiques », ou de résistance médicamenteuse, soit **une augmentation de sévéritéet/ou de chronicité des diagnostics psychiatriques**.

Figure XXXII - Les psychotropes prescrits



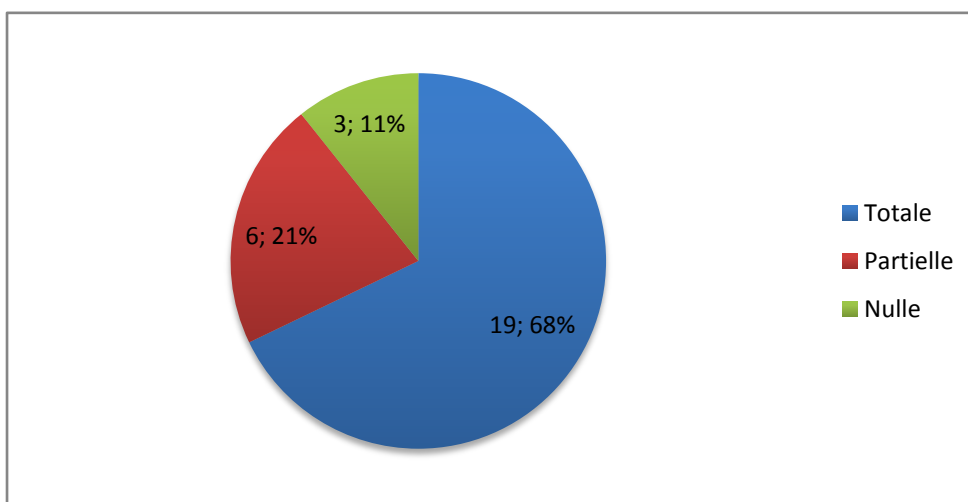
Ainsi, et étant donné le nombre de perdus de vue à 6 mois, ces nombres sont en proportion plus importants à 6 mois, mettant en évidence **une augmentation du nombre de traitements psychotropes par patient à 6 mois**, ce qu'illustre la figure XXXIII.

Figure XXXIII - Evolution de la prise de psychotropes médicamenteux



Les données relatives à l'observance pondèrent légèrement cette consommation ; 11% des patients (N=3) admettent une observance nulle de leur ordonnance médicamenteuse. Quant à l'observance partielle, elle concerne 21% des patients (N=6) et renforce l'idée d'une tendance à l'automédication sus-citée. Il y a quoiqu'il en soit, dans cette problématique, une augmentation de la circulation de ces médicaments.

Figure XXXIV - Observance

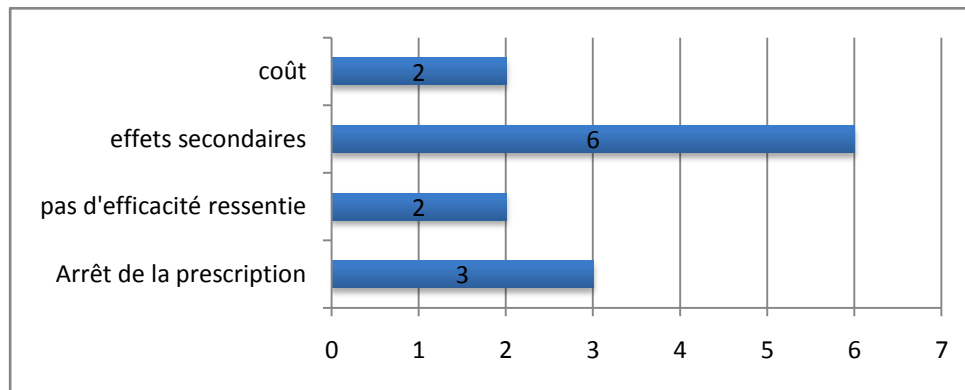


Par

ailleurs,

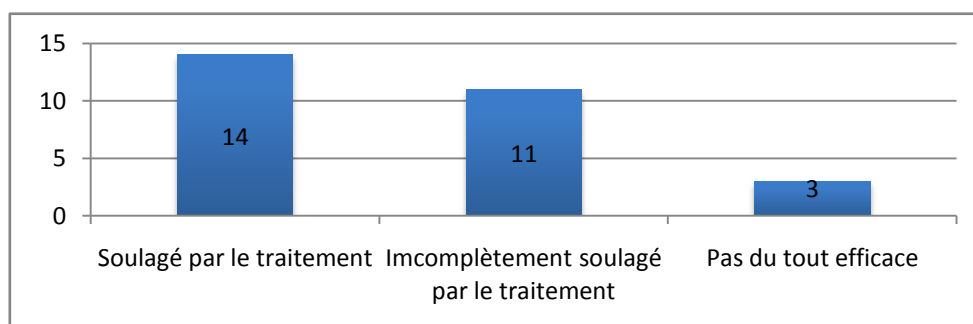
parmi les 10 patients qui déclarent n'avoir plus d'ordonnance de traitements suite à une prescription initiale (« traitement prescrit et arrêté »), pour seulement 3 il s'agissait d'un arrêt d'indication de la prescription décidé en accord avec le médecin (Figure XXXV). La question de la prescription est donc plus ambivalente dans les autres cas, et là encore l'automédication et l'observance partielle sont envisageables, dans un contexte de circulation de ces médicaments.

Figure XXXV - raisons de l'interruption des traitements



Tous ces éléments nous font ainsi suspecter **une plus grande circulation** de psychotropes et poser l'hypothèse d'**une augmentation de la consommation de traitements psychotropes à 6 mois du passage par les urgences pour crise suicidaire**. L'origine est là encore probablement multiple, et indéfinissable dans le cadre de ce travail (habitudes de prescription, demande des patients, intensités des souffrances psychique et sociale, expansion du nombre de diagnostics psychiatriques catégoriels par actualisation ou initiation de suivis, etc.). Mais d'une façon générale, **il importerait que soient rationalisées ces prises médicamenteuses, dans le cadre d'un suivi adapté**. Pourtant, compte tenu des réponses des patients traités concernant l'efficacité ressentie de leur ordonnance de traitements psychotropes (Figure XXXVI), il est important dans ce débat d'envisager des prises en charges multifocales, transdisciplinaires, de réseau, ... en un mot plus **complexes**. Effectivement, plus de la moitié des patients traités à 6 mois (N=15 sur 28 patients traités) se sentent incomplètement ou non soulagés par leurs traitements.

Figure XXXVI - Perception de l'efficacité des psychotropes



3.2 La trajectoire médico-économique

Concernant l'évolution des revenus disponibles, 39% (N=20) estiment avoir subi une baisse dans les 6 mois suivant la crise suicidaire. Bien que les effectifs soient faibles, il est intéressant d'y regarder de plus près ; les figures XXXVII et XXXVIII mettent en évidence les personnes concernées par cette baisse de revenus.

Les **inactifs non-étudiants non-retraités**(50%, N=4), 43% (N=6) des **actifs au chômage** et 43% (N=10) des **actifs ayant un emploi** sont concernés par cette baisse. Parmi ces derniers, **les professions intermédiaires (66%, N=4) et les employés (50%, N=7) apparaissent les plus en difficultés** sur le plan économique suite au passage aux urgences pour crise suicidaire ; à noter également la situation délicate des artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

Concernant les durées d'hospitalisation, la moyenne est de 27 jours, avec une médiane à 15 jours. **En moyenne, dans les 6 mois suivants le passage aux urgences pour crise suicidaire, une période de quasiment 1 mois d'hospitalisation** est utilisée dans cet échantillon.

Concernant les arrêts de travail, la durée moyenne est de 70,75 jours, avec une médiane à 53,5 jours. **En moyenne, dans les 6 mois suivant le passage aux urgences pour crise suicidaire, plus de 2 mois prendront la forme d'un arrêt de travail, c'est-à-dire d'une inactivité économique professionnelle.** Une autre manière de le dire : un tiers du temps est en moyenne indisponible pour le travail dans les 6 mois suivants la crise suicidaire.

Figure XXXVII - Evolution des revenus en fonction de la catégorie professionnelle

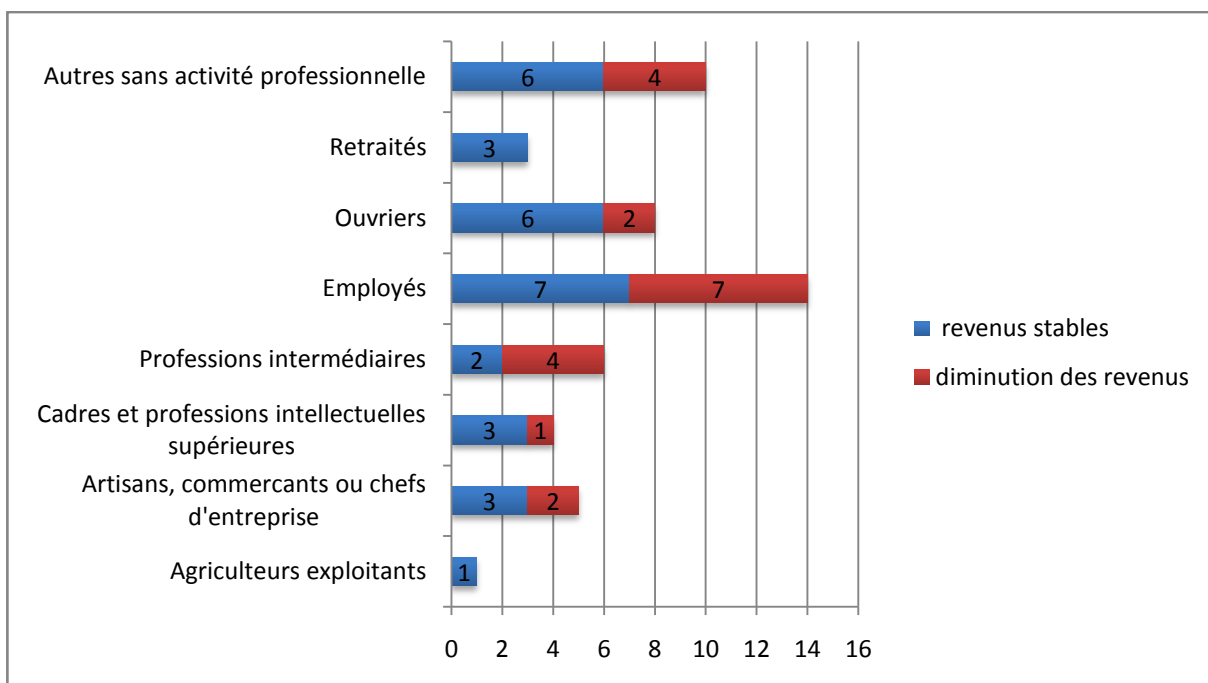
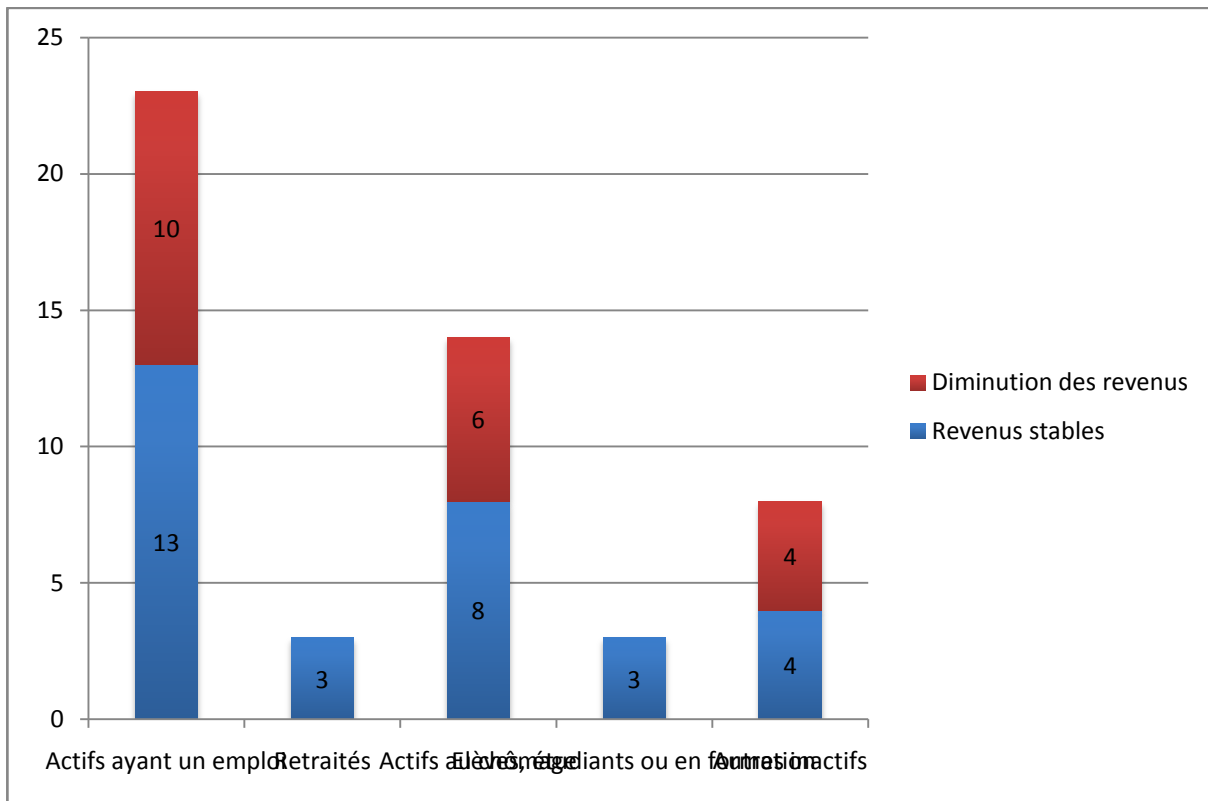


Figure XXXVIII - Evolution des revenus en fonction de la situation par rapport à l'emploi lors de la prise en charge initiale



Les figures XXXIX et XL décrivent la répartition des résultats de ces deux indicateurs, hospitalisation et arrêt de travail.

Ces résultats seraient à affiner et à relier avec les catégories socioprofessionnelles et la situation par rapport à l'emploi ; les artisans commerçants et chefs d'entreprises, ainsi que les personnes sans activités professionnelles et les chômeurs, tous surreprésentés dans cet échantillon par rapport à la population martiniquaise, ne contribuent pas ici à donner l'ampleur quantitative (combien ?) de cette répercussion socioéconomique de la souffrance psychique, dans le cas de la crise suicidaire.

De même il serait pertinent de relier avec les situations matrimoniales et les conditions de vie, dans cet échantillon majoritairement féminin, d'individus divorcés, séparés ou célibataires, et dont le second mode de vie correspond statistiquement au fait de vivre seul ; afin d'estimer l'intensité qualitative (sur qui ?) de cette répercussion socioéconomique de la souffrance psychique. Mais ces analyses sont d'un niveau de complexité qui dépasse les possibilités de notre travail.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'un suivi pluri-professionnel, impliquant des travailleurs sociaux aux côtés des acteurs du sanitaire, avec pour objectif une vision plus globale des trajectoires des patients pris en charge.

Figure XXXIX - Durées d'hospitalisation post-admission

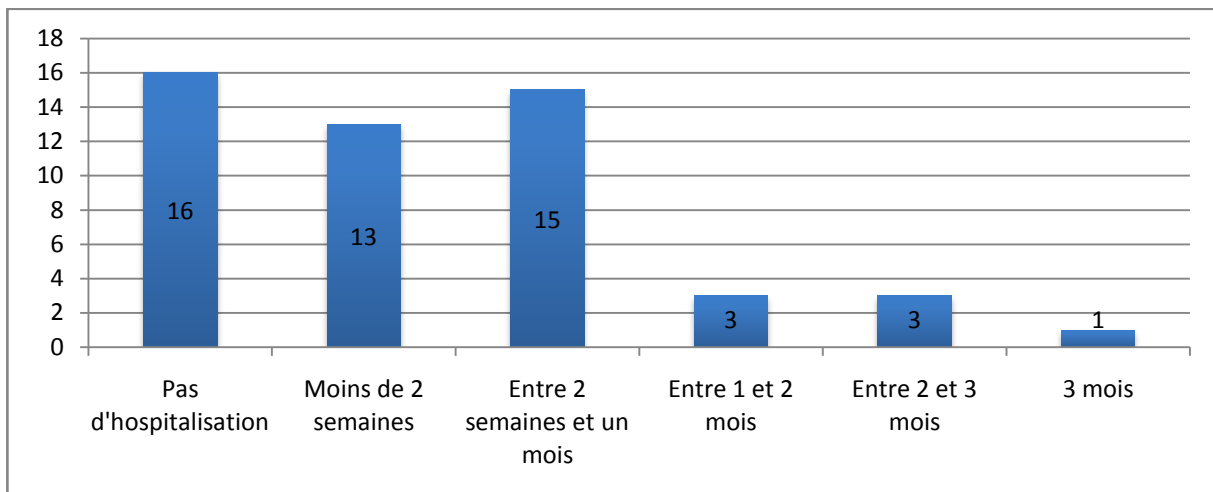
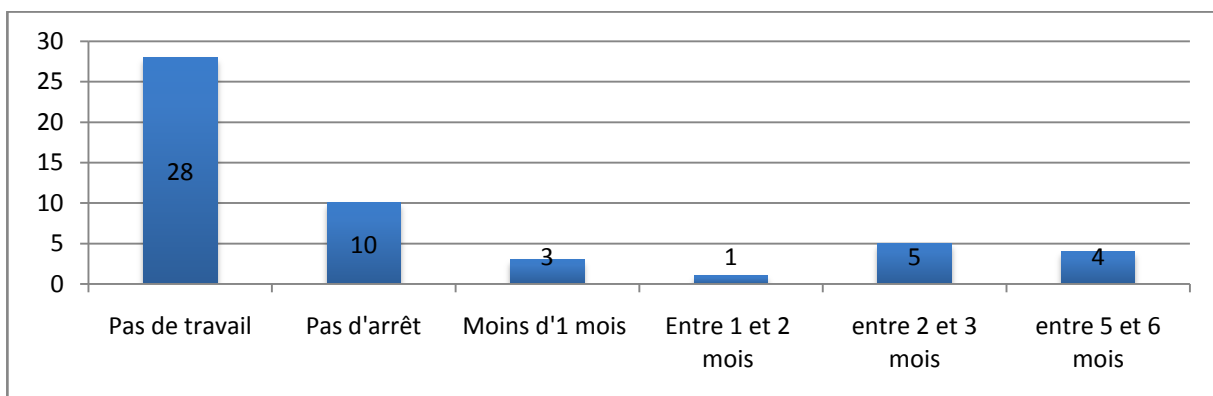


Figure XL - Durée de l'arrêt de travail



3.3 La trajectoire de vie sociale

Plus de 2 patients sur 3 (70,5%, N=36) rapportent avoir été de nouveau confrontés à des contextes de vie difficiles dans les 6 mois de leur passage aux urgences pour crise suicidaire. Ce qui peut se comprendre comme une tendance à l'accumulation de tels événements de vie en situation suicidaire (accumulation ayant conduit aux idéations suicidaires puis au passage à l'acte) et comme une certaine façon d'interagir avec son environnement en pareil contexte (où le seuil de ce qui fait difficulté peut être abaissé). Encore une fois il n'y a probablement pas de lien unidirectionnel, et quoiqu'il en soit cela dépasse le niveau de complexité de notre travail statistique descriptif. Certains constats sont toutefois possibles et importants.

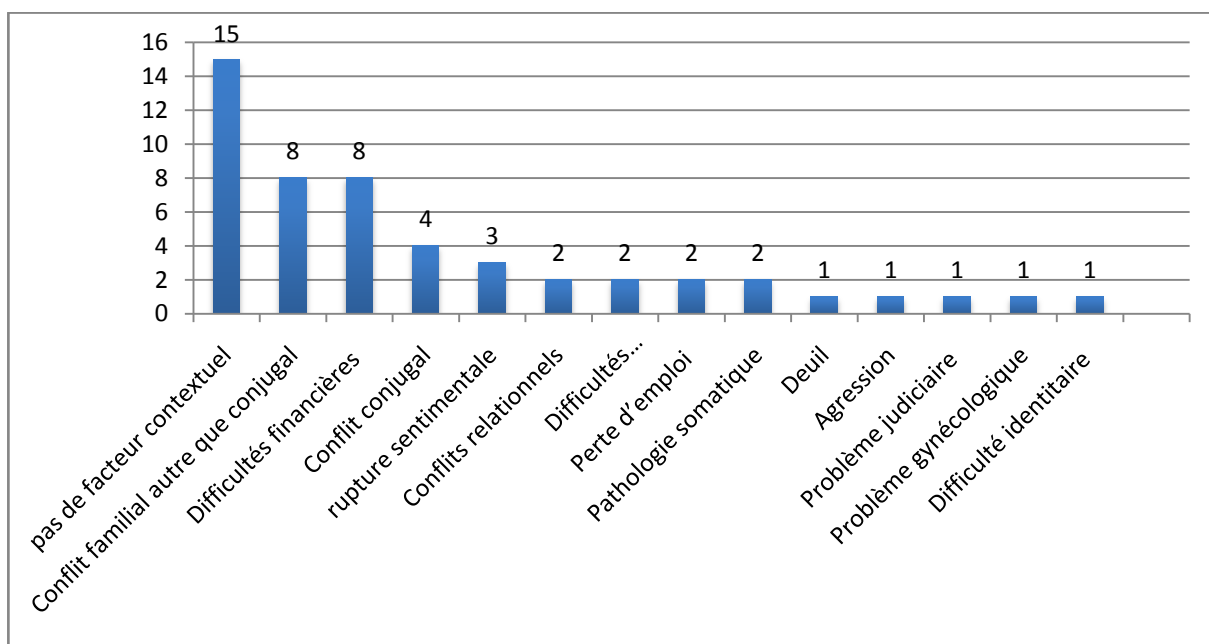
Par rapport aux informations liées au contexte suicidaire récoltées à l'inclusion aux urgences, on constate une évolution notable de ce qui fait difficulté entre l'individu et son environnement ; **les « conflits familiaux autres que les conflits conjugaux » émergent parmi les plus représentés à 6 mois du passage par les urgences** : 22% des situations contextuelles mises en

avant comme principales, (N=8 /36, figure XLI) ; cette situation agit pour 20% des cas de notre échantillon de rappel (N=10 /51, figure XLII).

Si l'on se focalise sur l'évolution de cet élément, et qu'on la met en lien avec l'évolution des conflits relationnels sociaux (non familiaux), on constate une certaine stabilité des conflits familiaux (rapportés dans 18% des cas à l'inclusion aux urgences, N=12/66 ; rapportés dans 20% des cas au rappel à 6 mois, N= 10 /51) *en même temps* qu'une diminution nette des conflits non familiaux (rapportés dans 18% des cas à l'inclusion aux urgences, N=12 /66 ; rapportés dans 9% des cas au rappel à 6 mois, N= 4 /51). Ces résultats nous confirment **l'importance de la famille dans ces situations à risque suicidaire**. Ses effets (de sa présence tout comme de son absence) seraient à mieux évaluer, particulièrement aux Antilles, pour créer des dispositifs socio-sanitaires qui lui soient complémentaires.

Pour finir sur ce qui fait difficulté pour l'individu, **reviennent aussi les situations contextuelles déjà les plus représentées lors du passage aux urgences**(figure XLI) ; difficultés financières et conflits conjugaux notamment, et dans une moindre mesure les ruptures sentimentales et surtout les deuils, ce qui peut être dû à un biais déclaratif lié à ce type d'événement, considéré de façon ponctuelle (« le moment » du deuil et de la rupture) plutôt que comme un processus (« le travail de deuil ») qui ferait difficulté sur la durée. Ce résultat peut se discuter comme **une persistance de la difficulté contextuelle de crise** ; bien qu'elle ne fasse pas crise sous la forme d'un passage à l'acte suicidaire, elle est à comprendre comme **un processus qui agit déjà en amont de la crise, et qui s'étale encore dans les 6 mois du passage aux urgences, pour quasiment 2 tiers de notre échantillon**.

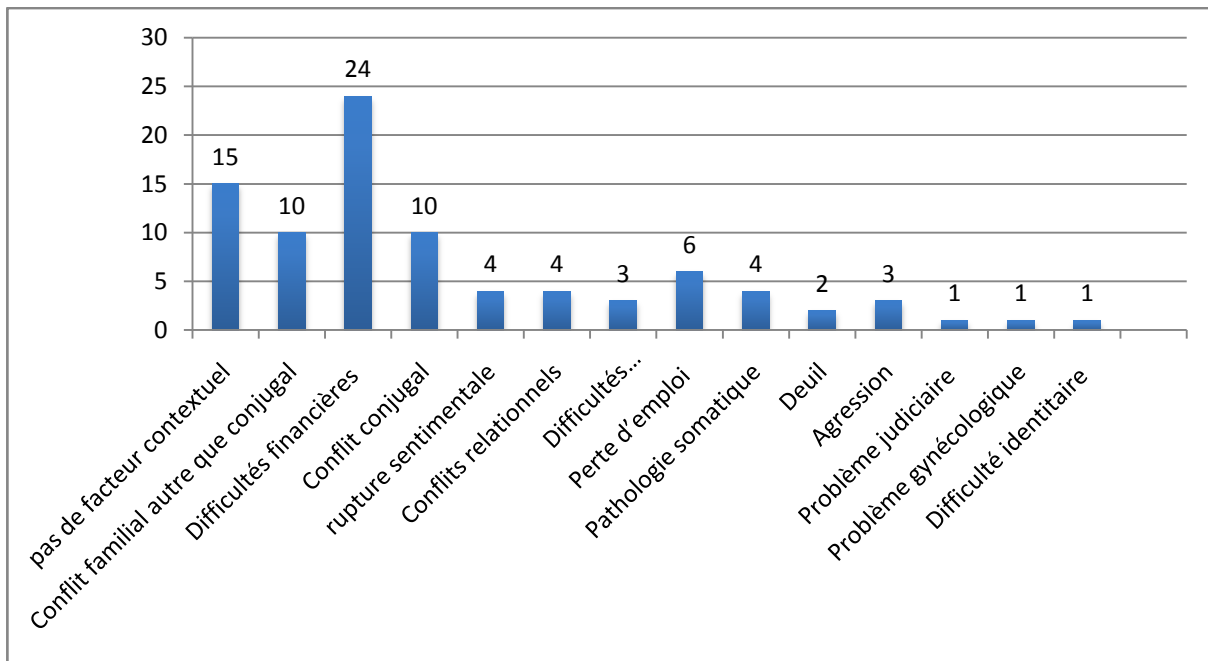
Figure XLI - Evénements de vie difficiles au cours des 6 mois - Facteur principal isolé



Si l'on cumule les facteurs contextuels tels que cela a été fait pour les résultats de l'inclusion (Figure XLII, et revoir la Figure XXIII des résultats à l'inclusion), on constate **une très nette**

augmentation des difficultés financières, avec près d'un patient sur deux concernés (47%, N=24) dans notre échantillon de rappel. On constate également une stabilité des pertes d'emploi ; 6 avaient signalé un tel événement dans la situation initiale les ayant conduit aux urgences, de nouveau 6 personnes différentes des premières signalent une perte d'emploi dans les 6 mois de leur passage. Dans notre échantillon, **18% (N=12) des patients ont vécu une perte d'emploi en amont ou au décours de la crise suicidaire.**

Figure XLII - Evénements de vie difficiles au cours des 6 mois - Tous facteurs cumulés



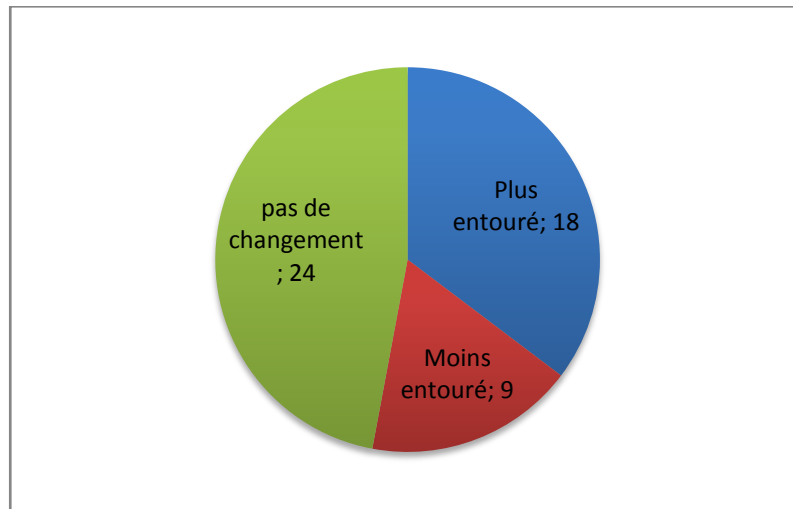
Pour complexifier sur ce point, si l'on s'intéresse à la densité perçue de l'étyage, on constate que pour 82% des patients de notre échantillon du rappel (N=42 /51) il y a stabilité voire augmentation. Ceci nous renvoie à l'hypothèse formulée en introduction, pour tenter de comprendre la sous-mortalité par suicide dans les Antilles françaises : il pourrait s'agir en partie de l'effet des tissus familial et social.

N'oublions néanmoins pas que pour 18% des patients, il y a la perception d'une diminution de la densité de leur entourage relationnel. **Cet appauvrissement de l'étyage pourrait même concerner 1 tiers des patients**, si l'on considère que les perdus de vue sont les patients les plus isolés, voire décédés, réalisant alors l'extrémité de cet axe de réflexion ; rappelons qu'aucune personne de confiance des perdus de vue n'a pu être jointe. C'est une autre façon de comprendre la diminution des conflits relationnels sociaux par rapport aux conflits familiaux déclarés, et d'insister encore une fois sur **les rôles de la famille et du couple, où pourrait se jouer en dernier lieu cette crise suicidaire.**

Pour finir sur ce point, remarquons que la perception de la densité de l'étyage social a tendance à se modifier pour 53% (N=27) des patients. L'environnement social et relationnel est en

mouvement pour de nombreux patients, dans les 6 mois de leur passage aux urgences, renvoyant à l'idée d'une période de changement à laquelle faire face pour les patients, leurs familles et leurs proches, à accompagner pour les soignants et travailleurs sociaux.

Figure XLIII - Densité de l'entourage



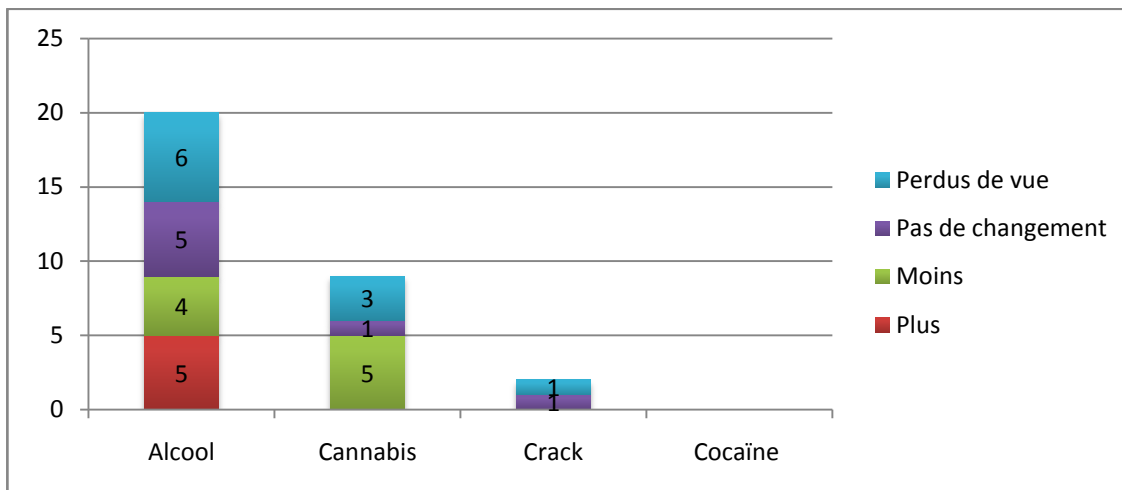
3.4 La trajectoire ou évolution clinique

Les 3 variables cliniques sélectionnées nous permettent d'approcher la trajectoire clinique à 6 mois : l'évolution des consommations de substances psychoactives non-médicamenteuses, des symptômes anxio-dépressifs et du risque suicidaire.

Concernant l'évolution des consommations de toxiques, nous pouvons proposer un commentaire des résultats uniquement pour l'alcool et le cannabis, du fait des perdus de vue et des faibles effectifs des autres catégories(Figure XLIV).

Constatons **une tendance à la diminution du cannabis à 6 mois du passage aux urgences pour crise suicidaire chez 45% à 83% des consommateurs**, selon que l'on prenne en compte les perdus de vue; ce qui est plutôt cohérent avec les données martiniquaises concernant la consommation de cannabis, comme évoqué dans l'introduction. Pour l'alcool, l'évolution est plus contrastée, avec globalement 1 tiers des patients ayant diminué leur consommation, 1 tiers ayant poursuivi à un niveau jugé subjectivement similaire par les patients eux-mêmes, et 1 tiers ayant augmenté leur consommation de leur déclaration même. En gardant à l'esprit le biais déclaratif de cette question tendant à la sous-estimer, on peut estimer **une tendance à l'augmentation de la consommation d'alcool à 6 mois du passage aux urgences pour crise suicidaire avec certitude chez 26% des consommateurs** ; ce qui est plutôt cohérent là aussi avec les données martiniquaises concernant la consommation d'alcool, comme évoqué dans l'introduction.

Figure XLIV - Evolution des consommations de toxiques



Concernant les symptômes anxio-dépressifs, les résultats globaux montrent une moyenne de 7,7 sur la sous échelle d'anxiété au rappel (versus 12 à l'inclusion), et une moyenne de 5,8 sur la sous-échelle de dépression au rappel (versus 8,4 à l'inclusion). Ces résultats concernent les 50 patients pour lesquels il a été possible de faire remplir une échelle HAD au rappel. On constate une chute nette pour les deux scores par rapport au passage aux urgences, avec **une persistance de la prédominance de la dimension anxieuse**. Néanmoins, la chute du score d'anxiété (4,3 points de moyenne) est plus importante que la chute du score de dépression (2,6 points de moyenne), et la prédominance du score d'anxiété ne concerne plus que 68% des patients (versus 80% aux urgences). D'un point de vue dimensionnel, la symptomatologie anxieuse potentiellement significative (« certaine » et « douteuse ») ne concerne plus que 42% des patients (versus 83% à l'inclusion), tandis que la symptomatologie dépressive potentiellement significative décroît moins et concerne 32% des patients (versus 57% à l'inclusion). **Si le recul des symptômes anxieux et dépressifs est global à 6 mois du passage aux urgences pour crise suicidaire, il concerne plus la dimension anxieuse que la dimension dépressive**, qui semble plus résistante bien qu'au second plan.

Les résultats suivants comparent les données des 45 patients pour lesquels il a été possible de faire remplir une échelle HAD par téléphone à 6 mois et qui l'avaient également rempli à l'inclusion aux urgences. Les résultats sont similaires aux résultats globaux. Dans une perspective catégorielle, **on constate une diminution des diagnostics d'épisode dépressif majeur, passant de 51,1% (n=23/45) à l'inclusion à 31,1% (n=14/45) au rappel** ; à noter qu'en considérant les perdus de vue, l'hypothèse pessimiste nous donnerait 44% (n=29/66) de tels diagnostics, relativisant l'évolution positive à 6 mois.

Concernant la sous-échelle d'anxiété, le score moyen passe de 12,1 à 8,2 ; la médiane passe de 12 à 6,5. Les figures XLV et XLVI proposent une représentation visuelle de cette évolution. Le second met en évidence **une sous-population de patients persistants à des scores élevés**

d'anxiété. Comme par contraste, la chute de la médiane (5,5 points) objective quant à elle **une seconde sous-population de patients à des scores d'anxiété très abaissés par rapport à l'inclusion**, risquant de masquer la première.

Figure XLV - Sous-échelle d'anxiété de la HAD :

évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois – représentation visuelle A

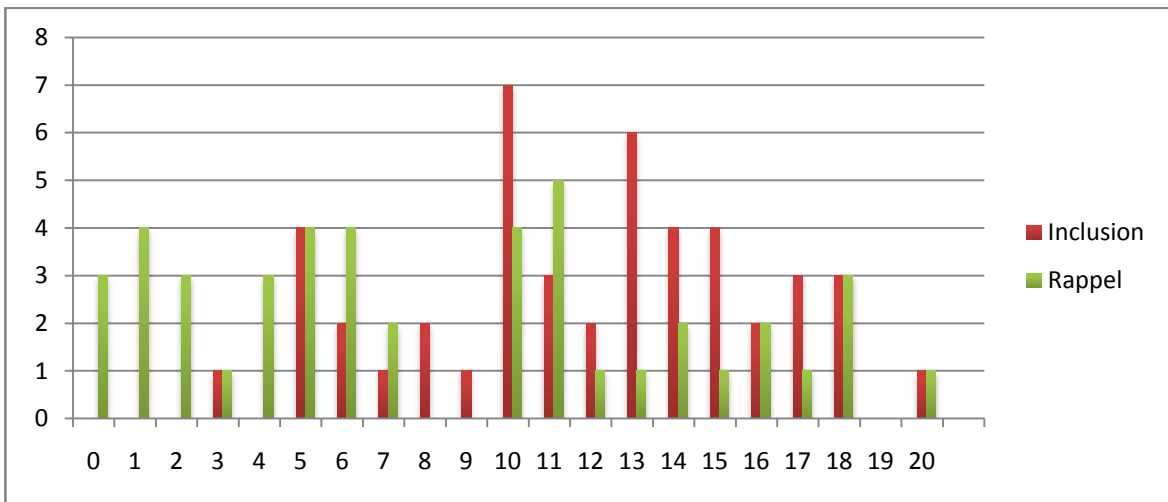
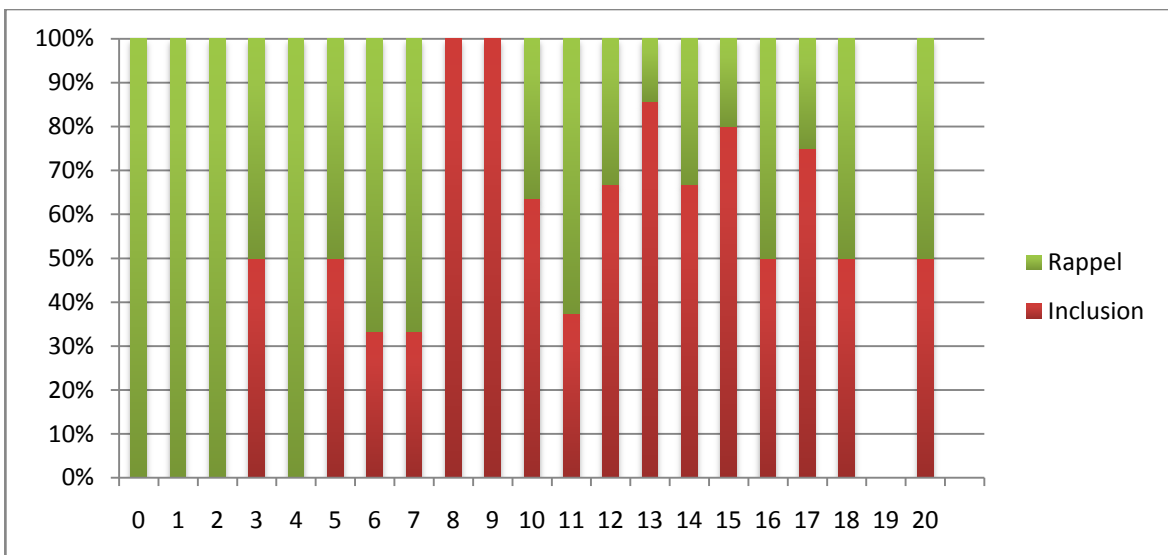


Figure XLVI - Sous-échelle d'anxiété de la HAD :

évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois - représentation visuelle B



Concernant la sous-échelle de dépression, le score moyen passe de 8,4 à 5,9 ; la médiane passe de 8 à 4,5. Les figures XLVII et XLVIII proposent une représentation visuelle de ces résultats.

Ils nous montrent bien la baisse des scores moyens, mais également un plus grand équilibre entre l'inclusion et le rappel, par rapport à ce qui se passe pour la dimension anxieuse, confirmant **le poids relativement plus persistant et diffus de la dimension dépressive, bien que secondaire.**

Figure XLVII - Sous-échelle Dépression de la HAD :

évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois – représentation visuelle A

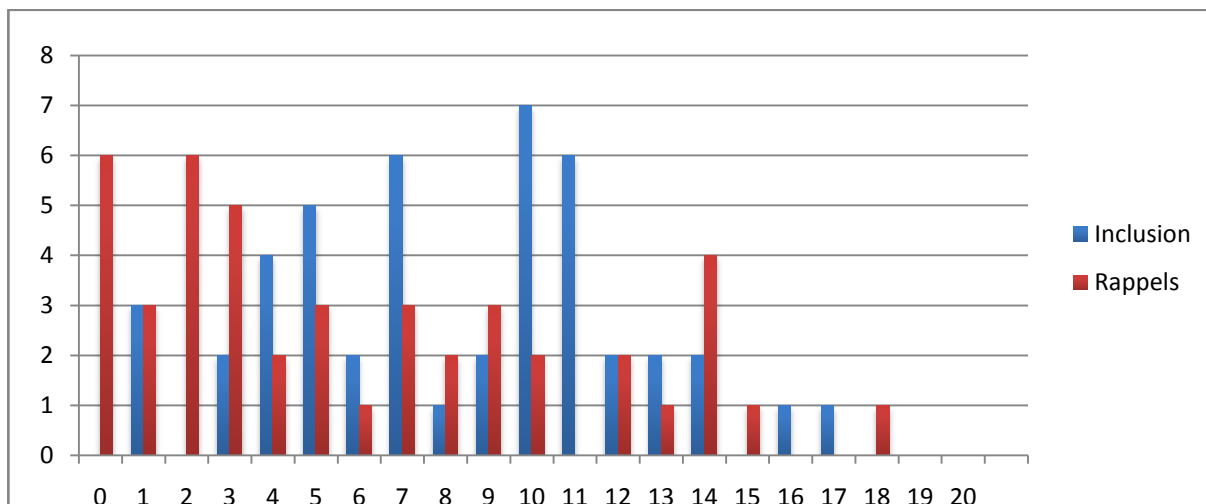
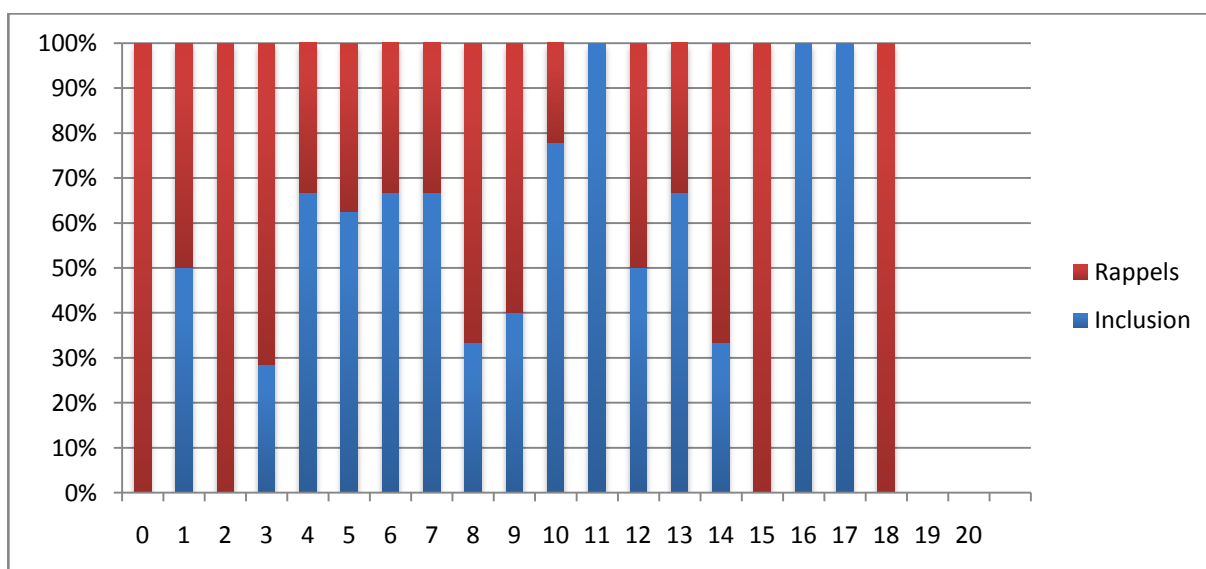


Figure XLVIII - Sous-échelle Dépression de la HAD :

évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois – représentation visuelle B



Malgré sa prédominance majeure, depuis les urgences jusqu'au rappel à 6 mois, il ne faudrait pas que l'anxiété masque la problématique dépressive sous-jacente. Pour autant, certains patients se disent encore largement insuffisamment soulagés sur le plan de leur anxiété. Ces informations seraient à relier à ce que l'on a vu plus haut, concernant les évolutions des

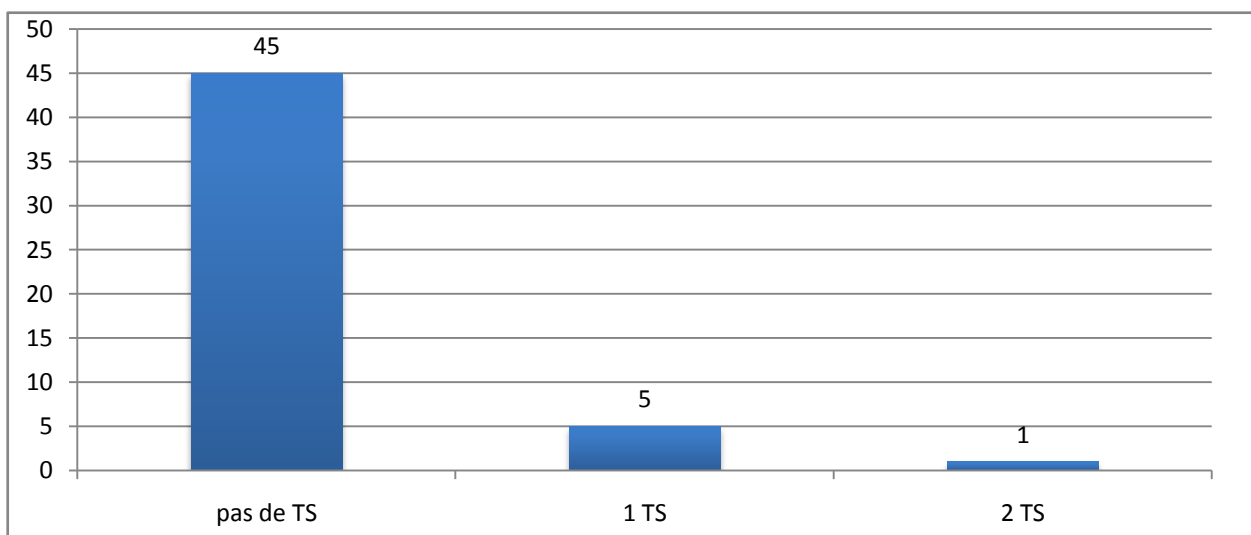
ordonnances de psychotropes et des diagnostics psychiatriques catégoriels, pour parvenir à comprendre anxiété et dépression de façon conjointe et pas seulement distincte. D'autant que pour ces 45 patients, l'écart moyen entre le score d'anxiété et de dépression est de seulement 4 points, montrant dans cet échantillon leur évolution relative proche.

Concernant l'évolution du risque suicidaire à 6 mois de la crise suicidaire ayant nécessité un passage aux urgences, pour l'ensemble de l'échantillon du rappel le **taux de réitérations d'idéations suicidaires à 6 mois est de 47% (N=24)**, le **taux de réitération du geste suicidaire à 6 mois est de 11,7% (N=6)** (figure XLIX).

Dans le sous-groupe de patients suicidants (TS) à l'inclusion et ayant répondu au rappel, quasiment 1 patient sur 2 rapporte de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois, 9,7% (N=4) des patients ont réitéré un geste suicidaire.

Dans le sous-groupe de patients suicidaires (IDS) à l'inclusion et ayant répondu au rappel, 40% (N=4) des patients ont rapporté de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois, 20%(N=2) des patients ont réitéré un geste suicidaire.

Figure XLIX - Réitérations de tentatives de suicide au cours des 6 mois



Pour les 51 patients de notre échantillon de rappel (Figure L) :

- 59% (N=30) de RUD de niveau faible, versus 31% (N=16) à l'inclusion.
- 31% (N=16) de RUD de niveau moyen, versus 51% (N=26) à l'inclusion.

- 10% (N=5) de RUD de niveau élevé, versus 18% (N=9) à l'inclusion.

On note d'emblée au rappel à 6 mois la disparition de la tendance à médio-centrer l'évaluation, qui avait été constatée pour l'évaluation aux urgences. Le degré d'incertitude semble donc s'être progressivement dissipé pour 20% de la catégorie de RUD moyenne, pendant que la dangereuse catégorie de RUD élevés'est allégée de 8%. Ces rééquilibrages des trois catégories sont la conséquence à la fois d'un abaissement du niveau de risque suicidaire de certains patients, parallèlement à l'augmentation, plus faible mais inquiétante, du risque suicidaire d'autres patients. Ay regarder en détail, nous pouvons faire trois remarques :

- A noter un abaissement du niveau du RUD pour 20 patients, ce qui signifie que **le système de soins actuel permet une amélioration cliniquement significative du risque suicidaire à 6 mois de 39%** ; pour préciser encore, 16 de ces 20 patients sont descendus jusqu'à un niveau de risque faible, représentant un taux d'amélioration du risque suicidaire que l'on pourrait qualifier de stable de 31%.
- On note également une augmentation du niveau du RUD pour 5 patients, ce qui pourrait signifier **un taux de péjoration du risque suicidaire à 6 mois de 10%**.
- Notons de nouveau que **le taux de patients à risque suicidaire faible à 6 mois d'un passage aux urgences pour crise suicidaire est de 59%**.

Ces trois taux seraient **des indicateurs positifs de la qualité du système de santé mentale** quant à la question du suicide en Martinique, facilement utilisable en pratique courante. Nous y reviendrons dans la discussion.

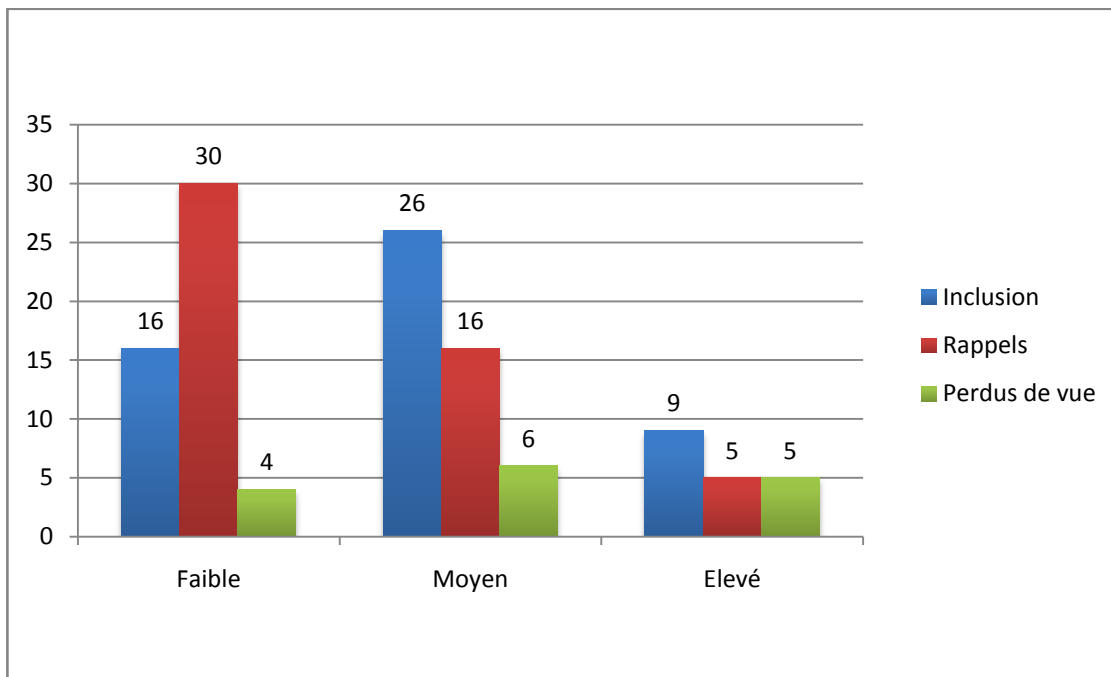
Si l'on ajoute les perdus de vue dans cette analyse, on obtient ces résultats, avec l'effectif total des 66 patients inclus :

- 45% (N=30) de RUD de niveau faible, versus 30% (N=20) à l'inclusion
- 24% (N=16) de RUD de niveau moyen, versus 49% (N=32) à l'inclusion
- 8% (N=5) de RUD de niveau élevé, versus 21% (N=14) à l'inclusion
- 23% (N=15) de niveau inconnu : les perdus de vue.

Soient en intention de traiter:

- un taux de réitérations d'idéations suicidaires à 6 mois pouvant aller jusqu'à 59% (N=39)
- un taux de réitération du geste suicidaire à 6 mois pouvant aller jusqu'à 32% (N=21)
- un taux de suicide à 6 mois pouvant aller jusqu'à 23% (N=15)
- un taux d'amélioration cliniquement significative quant au risque suicidaire à 6 mois pouvant se limiter à 15% (soit N=10)

Figure L - Evolution entre l'inclusion et les rappels, au niveau des groupes homogènes du RUD



Cette figure nous permet donc d'ouvrir vers une question précieuse : quels patients ont été perdus de vue ? Ils semblent se distinguer globalement en trois tiers, au vu du risque suicidaire initial :

- Perte de 4 patients au RUD faible, soit 20% de cet effectif.
- Perte de 6 patients au RUD moyen, soit 19% de cet effectif.
- Perte de 5 patients au RUD élevé, soit **36% de cet effectif**.

D'où ces deux remarques :

- Tout d'abord le constat paradoxal que **plus d'1 patients sur 3 estimés à risque suicidaire « élevé » aux urgences sera perdu de vue dès 6 mois**, réalisant ainsi le plus fort taux de perte par catégorie de RUD, alors même qu'ils avaient tous été hospitalisés.
- Ensuite le fait que **2 patients sur 3 perdus de vue présentent un risque suicidaire « moyen » à « élevé »**, et qu'il s'agirait pourtant d'en suivre l'évolution au plus près.

Nous tenterons dans la discussion de mieux cibler le profil de ces personnes perdues de vue, puis *a contrario* celui des personnes dont le parcours pendant ces 6 mois leur a été le plus bénéfique.

3.5 Les indices de satisfaction

Décrivons dans un premier temps chacun des 5 scores de satisfaction, avant de les mettre en lien pour conclure cette troisième partie de nos résultats. Ces indices reflètent la satisfaction et l'insatisfaction des 51 patients ayant pu être suivi jusqu'au terme de notre étude. Les données

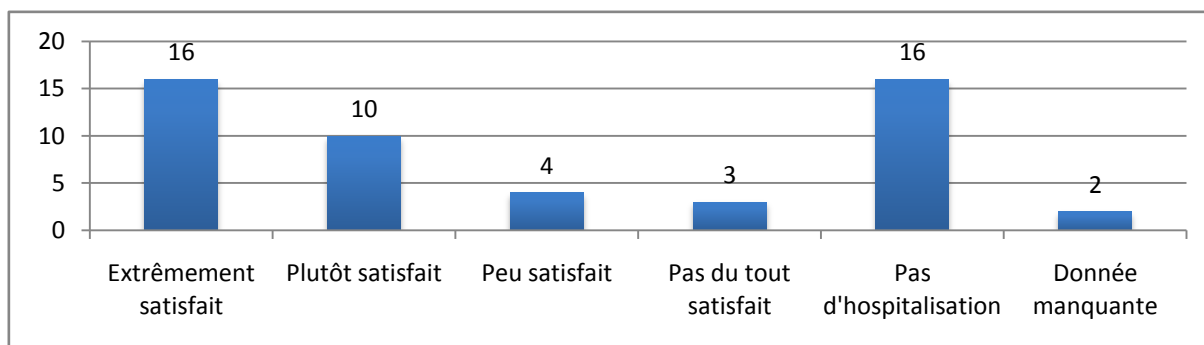
manquantes correspondent à des situations de risque suicidaire élevé à l'évaluation au rappel téléphonique, ce qui conduisait à une réorientation et un appel au psychiatre des urgences du CHU de Martinique, comme déjà indiqué dans la méthodologie.

Concernant l'hospitalisation(figure LI), une grande majorité des patients de notre échantillon de rappel s'est dite satisfaite ; 79% (N=26) des hospitalisés se déclarent plutôt voire extrêmement satisfaits.

Le biais d'information est important ici, puisque nous ne récoltons pas l'avis des 12 patients perdus de vue hospitalisés, ni même des 7 patients non-inclus hospitalisés dont 4 sous contrainte. La prise en compte des perdus de vue nous donne **un taux de satisfaction avec certitude de 57%**(N=26 /45).

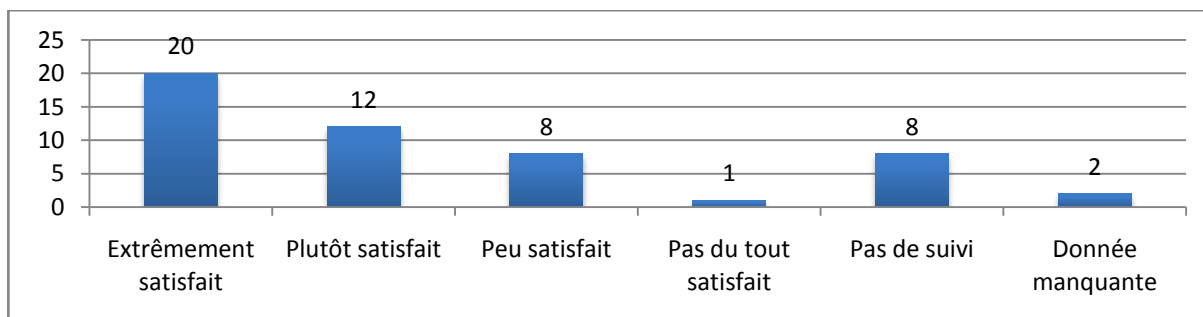
Figure LI - Satisfaction de l'hospitalisation

Concernant le suivi (Figure LII), les résultats sont similaires avec 78% (N=32) de satisfaction parmi les personnes en ayant bénéficié. Là encore et pour les mêmes raisons, le biais est important. A confronter aux résultats exposés dans la trajectoire de soins, concernant les motifs du



non-suivi, et à ceux exposés concernant les perdus de vue ; on obtient en les prenant en compte, **un taux de satisfaction avec certitude de 50%** (N=32 /64).

Figure LII - Satisfaction du suivi

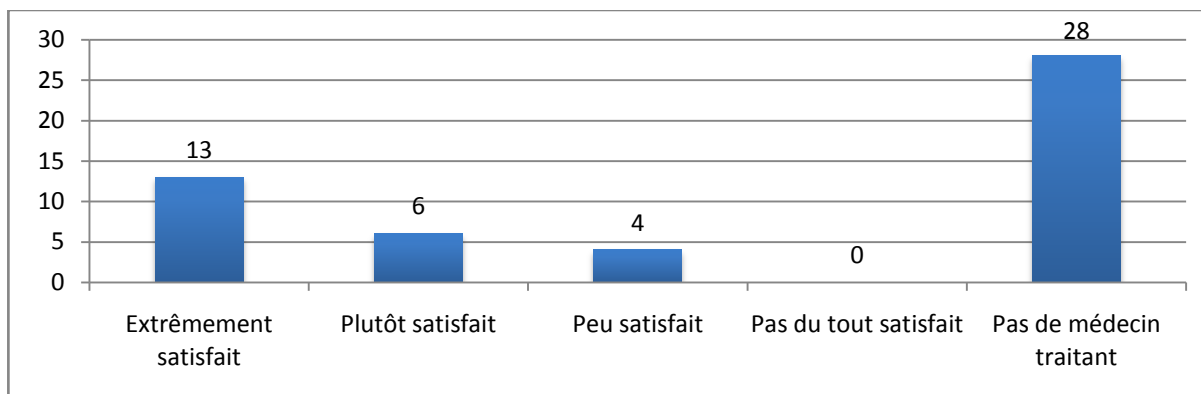


Concernant le lien avec leur médecin traitant (figure LIII), plus de la moitié de notre échantillon de rappel (55%, N=28) ne bénéficie pas d'une telle ressource professionnelle et relationnelle. La prise en compte des perdus de vue porte ce constat à près des 2 tiers des patients

(65%, N=43). Quand ce lien est mis en place, on note un taux de satisfaction discrètement supérieur à ceux de l'hospitalisation et du suivi, à 83% (N=19).

La question du lien avec la médecine générale sera détaillée dans la partie spécifique.

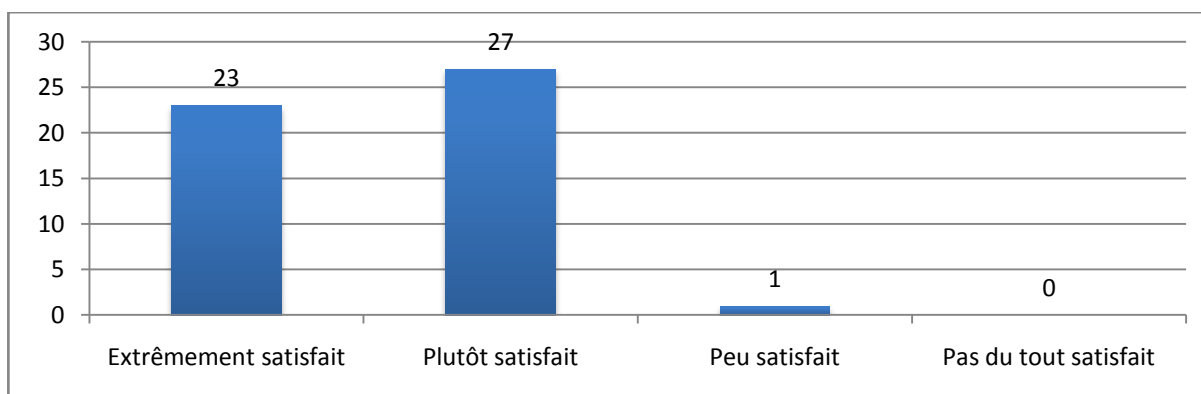
Figure LIII - Satisfaction de la prise en charge par le médecin traitant



Concernant la démarche de rappel (figure LIV), les résultats sont francs puisque **98% des patients concernés se disent satisfaits**.

Le biais de déclaration est ici important puisque nous demandons l'évaluation au cours même de la démarche de rappel, ce que peut révéler le sur-emploi de la catégorie « plutôt satisfait » au détriment peut-être de la catégorie « peu satisfait ». De plus, le fait de demander une évaluation sur l'instant, plutôt qu'*a posteriori* comme c'est le cas pour les autres critères de satisfaction, rend cette évaluation moins riche, moins complexe. Pour autant, ce qui est porté à l'évaluation est moins complexe qu'une hospitalisation ou un suivi, facilitant mais appauvrissant encore la qualité de ce taux de satisfaction.

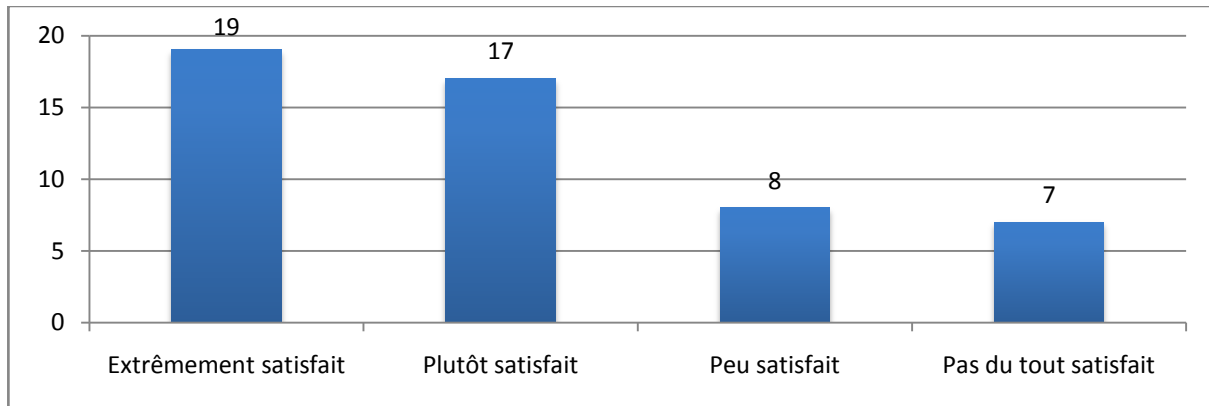
Figure LIV - Satisfaction de la démarche de rappel



Concernant la prise en charge globale (figure LV), les résultats viennent étayer les commentaires précédents. Le taux de satisfaction est de 71% (N=36), plus faible que les

précédents. La prise en compte des perdus de vue donne **un taux de satisfaction avec certitude de 54%** (N=36 /66).

Figure LV - Satisfaction de la prise en charge globale



Pour conclure, il s'agirait de faire des hypothèses sur ce que ces taux de satisfaction peuvent bien évaluer, au-delà des énoncés proposés. Si nous classons ces « taux de satisfaction avec certitude à 6 mois » par ordre croissant, nous obtenons que le suivi, puis la prise en charge globale, puis l'hospitalisation, puis la démarche de rappel, offrent satisfaction aux patients dans le parcours de soins, suite à leur passage aux urgences pour crise suicidaire.

Au-delà du contenu de chacun de ces items (hospitalisation, suivi, ...), que le niveau de complexité de notre travail descriptif ne permet pas d'évoquer, nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse que ce qui les relie, c'est **le niveau de sollicitude soignante**. Une des multiples variables qui interviennent dans l'élaboration et la déclaration de leur avis sur ces questions subjectives, bien que fermées, pourrait être **cette valeur éthique du soin**, majeure quand il s'agit d'aborder le phénomène suicidaire.

D'autres hypothèses seraient bien évidemment formulables à ce sujet. Ce qui nous semble important ici, c'est de montrer que dans les choix nécessaires d'orientation et d'adaptation du système de santé mentale et de médecine générale, **l'éthique ne soit pas subordonnée, mais première**. Et que c'est précisément elle qu'il faudrait promouvoir, seule capable de ne jamais nous faire oublier que derrière les chiffres se situent des personnes.

4. Comparaisons selon le statut vis-à-vis de la répétition du geste suicidaire

Nous avons distingué 2 sous-groupes de patients : ceux ayant fait un seul passage à l'acte suicidaire au cours de leur vie (N=34 ; 51,5%) versus ceux ayant fait plus d'un passage à l'acte, comprenant les primo-suicidants à l'inclusion ayant réitéré un geste suicidaire sur la période de suivi de 6 mois (N=32 ; 48,5%). Autrement dit, on s'intéresse aux **facteurs qui sont corrélés à la répétition du passage à l'acte suicidaire**, nous donnant par généralisation des informations sur les facteurs corrélés au passage à l'acte suicidaire lui-même.

4.1 Analyses univariées

Aucune caractéristique générale sociodémographique ne permet de distinguer ces deux groupes sur le plan statistique.

Concernant les antécédents, le fait d'avoir au moins un antécédent de maladie somatique grave et/ou chronique est corrélée au fait d'être en situation de réitération du geste suicidaire (0 vs 11 ; $p=0,0033$). De façon plus précise, l'obésité est significativement associée à cette situation de réitération du geste suicidaire (0 vs 8 ; $p=0,0155$), ce qui n'est pas le cas des problématiques en lien avec la reproduction, dont l'IVG. Le fait d'avoir un diagnostic de pathologie psychiatrique ou addictologique n'en ressort pas comme significativement associé, tout comme les antécédents familiaux. De même pour les prises de traitements psychotropes, qui n'apparaissent pas ici avoir d'influence sur le statut vis-à-vis de la réitération suicidaire.

Pour autant, les patients en situation de réitération du geste suicidaire sont significativement plus nombreux à avoir déjà été hospitalisés en psychiatrie (4 vs 21 ; $p=0,002$).

Les patients en situation de réitération du geste suicidaire sont significativement plus nombreux à déclarer aux urgences des antécédents d'événements à potentiel traumatique (12 vs 27 ; $p=0,0484$), en particuliers des agressions sexuelles (3 vs 14 ; $p=0,0206$).

Concernant les caractéristiques de la crise suicidaire, aucun élément ne ressort comme significativement corrélé au statut de récidivant.

Concernant l'évaluation psychiatrique initiale, deux éléments apparaissent significativement associés à la situation de réitération : le fait d'avoir aux urgences un score dimensionnellement élevé à la sous-échelle d'anxiété de la HAD ($p=0,0252$) et le fait d'avoir aux urgences une évaluation du risque suicidaire de forte intensité (élevé versus moyen ou faible) ($p=0,0107$). En revanche, la sous-échelle de dépression ainsi que la nécessité de surveillance somatique aux urgences ne distinguent pas ces deux groupes de patients, dans cet échantillon.

Finalement, parmi les données récoltées au rappel téléphonique, seule la diminution des revenus disponibles dans les 6 mois (5 vs 15 ; $p=0,0205$) permet de distinguer de façon statistiquement significative les patients en situation de réitération des patients primo-suicidants.

Aucun élément de satisfaction (de l'hospitalisation, du suivi en médecine générale ou spécialisé, de la prise en charge globale depuis les urgences) ne permet de distinguer statistiquement ces deux groupes.

Les principales analyses univariées statistiquement positives sont résumées dans le tableau II.

Tableau II - récapitulatif des résultats univariés significatifs de la comparaison selon le statut vis-à-vis de la réitération

	Groupe Primo-suicidants N=34	Groupe Récidivants N=32	Test statistique
ATCD de maladie somatique grave et/ou chronique	0	11	P=0,003 (Chi2)
Obésité	0	8	P=0,015 Test exact de Fisher)
ATCD d'hospitalisation en psychiatrie	4	21	P=0,002 (Chi2)
ATCD d'événements à potentiel traumatique	12	27	P=0,05 (Chi2)
ATCD d'agression sexuelle	4	21	P=0,02 (Chi2)
Score d'anxiété dimensionnellement élevé (HAD aux urgences)	Moyenne des rangs : 20,575	Moyenne des rangs : 30,203	P=0,025 U de Mann-Whitney)
Groupe de RUD élevé vs moyen et faible (aux urgences)	1e	12e	P=0,01 (Chi2)
Diminution des revenus disponibles à mois	5	15	P=0,02 (Chi2)

e = élevé ; RUD = Risque Urgence Dangerosité ; ATCD = antécédent

4.2 Régression logistique

Après sélection des variables statistiquement significatives les plus pertinentes cliniquement, la régression logistique pas-à-pas n'est pas concluante ; l'antécédent traumatique d'agression sexuelle est le seul item qui apparait ressortir comme significatif ($p=0,0211$) mais le niveau du R^2

est jugé trop faible pour pouvoir conclure. Pour autant, il s'agit d'une donnée connue de la littérature, sur laquelle nous reviendrons dans la discussion.

Tableau III : tableau initial de la régression logistique pas à pas

	Valeur de p	OR	IC 95%
Agression sexuelle	0,1446	3,486	0,65 - 18,6
Groupes de RUD : élevé vs moyen et faible (aux urgences)	0,2136	5,101	0,4 - 66,5
Antécédent de maladie somatique	0,9818	5005507,265	0
Score d'anxiété à l'échelle HA	0,6511	1,033	0,9 - 1,2

Nombre de sujets = 43 ; R² = 0,294

Tableau IV : tableau final de la régression logistique pas à pas

	Valeur de p	OR	IC 95%
Agression sexuelle	0,0211	5,627	1,3 - 24,4
Groupes Homogènes de RUD élevé vs moyen et faible	0,0629	8,275	0,9 - 76,7

Nombre de sujets = 50 ; R² = 0,158

5. Comparaisons selon le motif d'admission

Nous avons distingué 2 autres sous-groupes de patients : ceux dont le motif d'admission était une tentative de suicide (N=53 ; 80%) versus ceux dont le motif d'admission était des idéations suicidaires (N=13 ; 20%). Cette dernière catégorie de patients ayant, pour rappel, au moins un antécédent de tentative de suicide. Il ne s'agit donc pas au sens strict d'une distinction suicidaires/sucidants, l'objectif est plutôt de s'interroger sur *la différence de forme de l'accès aux soins*, après passage à l'acte ou non. On s'intéresse donc ici aux **facteurs qui sont corrélés au fait d'être en situation d'admission aux urgences pour des idéations suicidaires sans être passé à l'acte cette fois-ci**, c'est-à-dire en situation de mise en protection.

5.1 Analyses univariées

Aucune caractéristique générale sociodémographique ne permet de distinguer ces deux groupes sur le plan statistique.

Concernant les antécédents, le fait d'avoir une consommation pathologique (abus ou dépendance) (16 vs 9 ; $p=0,0225$), le fait d'avoir bénéficié d'un suivi psychothérapeutique (25 vs 12 ; $p=0,003$), et le fait d'avoir été antérieurement hospitalisé en psychiatrie (17 vs 9 ; $p=0,0101$) ainsi que le nombre de telles hospitalisations ($p=0,003$) sont associés au fait de se présenter aux urgences pour idéations suicidaires sans être passé à l'acte. Un nombre croissant de tentatives de suicide antérieures ($p=0,036$) est négativement associé au fait de consulter aux urgences sous cette forme, et donc plutôt suite à un passage à l'acte. Sur le plan familial, un antécédent de tentative de suicide dans la famille (7 vs 5 ; $p=0,04$) et un antécédent de maladie psychiatrique dans la famille (25 vs 9 ; $p=0,047$) distinguent également ces deux groupes de manière statistiquement significative, en faveur des patients se présentant pour des idéations suicidaires sans être passés à l'acte cette fois-ci.

Les éléments caractéristiques de la crise suicidaire ne permettent pas de distinguer les deux groupes de cet échantillon sur le plan statistique.

Concernant l'évaluation psychiatrique initiale, le fait d'avoir aux urgences une évaluation du risque suicidaire d'intensité croissante (élevé versus moyen ou faible) ($p=0,0073$) est corrélé au fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires, c'est-à-dire sans passage à l'acte.

Les éléments d'orientations apparaissent pour autant sans distinction statistiquement significative.

Finalement, parmi les données récoltées au rappel téléphonique, ces deux sous-groupes se distinguent par le fait d'avoir bénéficié d'un traitement psychotrope au cours des 6 mois (28 vs 10 ; $p=0,05$) et de bénéficier encore d'un traitement psychotrope à 6 mois (18 vs 10 ; $p=0,001$) ; ceux venus aux urgences pour idéations suicidaires ont plus bénéficié et bénéficient encore de tels traitements, et ont tendance à être encore suivis à 6 mois (19 vs 8 ; $p=0,05$), comparés à ceux dont le motif d'admission était une tentative de suicide. Par ailleurs, ces mêmes patients sont

statistiquement plus en lien avec leur médecin traitant (23 vs 10 ; $p=0,009$), ce qui peut se comprendre à la fois par l'intensité de leur problématique les amenant à consulter ; effectivement, ce sous-groupe se distingue par le fait d'avoir au rappel téléphonique un score dimensionnellement plus élevé à la sous-échelle de dépression de la HAD ($p=0,018$) et le fait d'avoir à 6 mois une évaluation du risque suicidaire d'intensité croissante ($p=0,0004$) - et par la façon qu'ils ont d'interagir avec leur problématique ; les données d'observance ne permettent néanmoins pas de distinguer les deux groupes.

Par ailleurs aucun élément de satisfaction (de l'hospitalisation, du suivi en médecine générale ou spécialisé, du rappel téléphonique, de la prise en charge globale depuis les urgences) ne permet de distinguer statistiquement ces deux groupes.

Les principales analyses en univarié sont résumées dans le tableau V.

Tableau V : récapitulatif des résultats univariés significatifs de la comparaison selon le motif d'admission

	Groupe TS N=53	Groupe IDS N=13	Test statistique
Consommation pathologique (abus ou dépendance)	16	9	$P=0,02$ Test exact de Fisher)
ATCD de suivi psychothérapeutique	25	12	$P=0,003$ (Chi2)
ATCD d'hospitalisation en psychiatrie	17	9	$P=0,01$ Test exact de Fisher)
Nombre d'hospitalisations en psychiatrie	Moyenne des rangs : 28,5	Moyenne des rangs : 43,8	$P=0,003$ J de Mann-Whitney)
Nombre de tentatives de suicide vie-entière	Moyenne des rangs : 35,7	Moyenne des rangs : 24,3	$P=0,04$ J de Mann-Whitney)
ATCD de tentative de suicide dans la famille	7	5	$P=0,04$ Test exact de Fisher)
ATCD psychiatrique dans la famille	25	9	$P=0,05$ (Chi2)
Groupe de RUD élevé vs moyen et faible (aux urgences)	9e	5e	$P=0,007$ (Chi2)
Suivi à 6 mois	19	8	$P=0,05$ (Chi2)
Traitement psychotrope à 6 mois	18	10	$P=0,001$ Test exact de Fisher)

Lien avec le médecin traitant	23	10	P=0,01 Test exact de Fisher)
Score de dépression dimensionnellement élevé (HAD au rappel à 6 mois)	Moyenne des rangs : 23,6	Moyenne des rangs : 35,9	P=0,02 U de Mann-Whitney)
Groupe de RUD élevé vs moyen et faible (au rappel à 6 mois)	4e	1e	P=0,0004 (Chi2)

e = élevé ; RUD = Risque Urgence Dangerosité ; ATCD = antécédent

5.2 Régression logistique

Après sélection des variables statistiquement significatives à la fois les plus fortes statistiquement et les plus pertinentes cliniquement, la régression logistique pas-à-pas met en évidence **une corrélation positive entre un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie et le fait d'être admis aux urgences sous la forme d'idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 17 (p=0,0011, IC95% : 3,1-95,4)** par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. L'hospitalisation en psychiatrie semble ainsi être un facteur protecteur de passage à l'acte suicidaire au sein de cet échantillon.

L'analyse multivariée met également en évidence **une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 0,2 (p=0,0078, IC95% : 0,06-0,7)** par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. Un nombre croissant de gestes suicidaires semble être un facteur de risque de nouveau passage à l'acte suicidaire au sein de cet échantillon.

Tableau VI : tableau initial de la régression logistique pas à pas

	Valeur de p	OR	IC 95%
Nombre de tentatives de suicide (vie entière)	0,9761	5,179 ^{E-13}	0-0
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	0,7922	0,697	0,48-10,2
Antécédent de suivi psychothérapeutique	0,9745	2,442 ^{E24}	0-0
Consommation pathologique	0,7922	0,697	0,48-10,2
Risque suicidaire : Groupe de RUD moyen	0,9915	2,653 ^{E7}	0-0
Risque suicidaire : Groupe de RUD élevé	0,9857	4,769 ^{E13}	0-0
Antécédent de tentative de suicide dans la famille	0,9758	1,633 ^{E18}	0-0

Nombre de sujets = 63 ; R² = 0,791

Tableau VII : tableau final de la régression logistique pas à pas

	Valeur de p	OR	IC 95%
Nombre de tentatives de suicide (vie entière)	0,0078	0,2	0,06-0,7
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	0,0011	17,2	3,1-95,4

Nombre de sujets = 64 ; R² = 0,280

DISCUSSION ET PROPOSITIONS

1 Discussion sur le phénomène suicidaire et sa prise en charge en Martinique

1.1 Les estimations d'incidence de tentatives de suicide prises en charge au CHU de Martinique (site Pierre Zobda-Quitman)

Plus d'une tentative de suicide par jour en Martinique en 2013. Une estimation d'incidence annuelle de 432 admissions pour tentative de suicide aux urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitman), soit 108 tentatives de suicide / 100 000 habitants. Avec 34 patients hospitalisés depuis les urgences pour tentative de suicide, nous avons une estimation annuelle de 204 séjours hospitaliers, correspondant à un taux annuel de séjours hospitaliers pour tentative de suicide de 5,1 / 10 000 habitants en Martinique.

Ces chiffres concernent les tentatives de suicide ayant conduit à une prise en charge médicalisée par les urgences. Pour avoir une idée de l'ensemble des tentatives de suicide, l'enquête en population générale de l'INPES est précieuse [15] et rapporte que pour la population des 15-75 ans, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie semble stable depuis 2000, aux alentours de 6% en France métropolitaine. Les résultats du premier baromètre santé DOM réalisé en 2014 sont attendus pour comparer ces données. Il serait par ailleurs intéressant d'avoir les ratios par classe d'âge entre suicide accomplis et tentative de suicide en Martinique.

Notre résultat est nettement inférieur à ce qui est estimé en France métropolitaine, avec 176 000 à 200 000 admissions annuelles aux urgences pour tentative de suicide, approchant les 300 tentatives de suicide / 100 000 habitants ; et avec un taux annuel de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en moyenne de 17,7 / 10 000 habitants entre 2004 et 2011 [40]. A titre de comparaison nationale, le taux trouvé en Martinique pour les deux sexes est proche de ceux des hommes en Corse (6,2/10 000 habitants en 2004) et en Alsace (5,8/10 000 habitants en 2011), et des femmes en Alsace (8,3/10 000 habitants en 2011), sans que nous puissions en dire davantage ici (pratiques professionnelles locales, caractéristiques sociodémographiques communes, organisation des soins, etc.). Une étude en Polynésie française rapporte 200 admissions annuelles pour tentative de suicide au Centre Hospitalier de Polynésie française entre 2008 et 2010, correspondant à un taux d'incidence annuelle de 79,4/100 000 habitants [174], malgré un taux de mortalité par suicide supérieur à la Martinique avec 11,3 décès / 100 000 habitants [3].

D'autant que notre résultat peut s'avérer surestimé, limité qu'il est par *la méthode de calcul*, basée sur une durée d'inclusion non-annuelle, dans une période classiquement considérée comme à risque plus élevé de survenue de tels événements (septembre), bien que cette dernière information semble contredite par l'analyse des hospitalisations (l'InVS met en avant les mois de mars, mai et juin). En 1984, le Dr GUILLARD objective une incidence, de 73 admissions pour tentatives de suicide/100 000 habitants sur 15 mois consécutifs [76]. En 2007 en Guadeloupe, le SESAG estime une prévalence annuelle plus faible, de 66,5 admissions pour tentatives de suicide

/100 000 habitants, évaluée de manière multicentrique sur une durée annuelle depuis les admissions aux urgences [122].

Cependant, d'autres éléments nous font penser que ce résultat peut tout aussi bien être sous-estimé ; en 1993, le Dr BEN ABDALLAH objective 443 événements (suicides et tentatives de suicide), résultat proche de notre estimation (compte tenu du faible nombre de suicides rapportés par l'Inserm CépiDc) [17]. L'étude réalisée sur le même site en 2008 a objectivé un chiffre tout à fait comparable, avec 109 admissions pour tentatives de suicide / 100 000 habitants [149]. D'une part *le caractère monocentrique du recrutement*, n'incluant pas les autres lieux de soins susceptibles de prendre en charge ou d'être informés des patients suicidants, nous a certainement fait passer à côté de situations suicidaires (gestes considérés comme non-graves sur le plan somatique n'ayant pas conduit à une admission aux urgences, refus d'accéder aux urgences, gestes survenus quelques jours auparavant,...) ; *exit* les autres lieux d'accueil d'urgence (Centre Hospitalier Louis Domergue de Trinité), les cabinets des médecins généralistes, les centres médico-psychologiques et l'EPSM Colson, les cabinets des professionnels libéraux, la clinique de l'Anse Colas , etc. D'autre part, *le caractère généraliste du lieu de recrutement* peut avoir été une limite au recrutement de certains publics à risque (population carcérale, sujets âgés en institution, monde du travail, minorités sexuelles, adolescents, migrants en situation de précarité administrative, personnes sans domiciles). Les mineurs étaient d'ailleurs exclus de cette étude, et nous renvoyons aux travaux du Dr D.CARMELO qui objective 1 tentative de suicide tous les 3 jours pris en charge sur le site de Pierre Zobda-Quitman pendant la durée d'inclusion en 2013 chez les adolescents martiniquais de 11-18ans [32]. Troisièmement, notre mode de recrutement pose le problème plus global de *la stigmatisation des comportements suicidaires, avec le risque de nonaccès aux soins*. Quatrièmement, il pose également la question de *l'information de la population générale* sur la possibilité d'admission aux urgences du CHU pour de telles situations de crise suicidaire.

Dans nos entretiens avec les médecins généralistes, les trois quart d'entre eux estiment qu'il s'agit d'un phénomène rare en Martinique. Pourtant, au niveau national, 60% à 70% des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, 36% l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. Ces chiffres sont à corrélérer avec l'incidence extrêmement faible de cette pathologie en médecine de ville : 1 cas sur 5 000 actes en moyenne. [94] Dans une enquête épidémiologique réalisée auprès des médecins généralistes de Normandie, chaque médecin est amené à prendre en charge entre 2 et 3 tentatives de suicide chaque année [50].

Quoiqu'il en soit, les chiffres que nous trouvons de manière répétée en Martinique sont inférieurs aux estimations nationales d'admissions.

Discutons ici du *problème classique de définition opérationnelle du suicide et des comportements suicidaires*, en particulier de la tentative de suicide. Dans son rapport de 2014, l'OMS précise que cette question a donné lieu à de nombreuses discussions, ne permettant pas de donner de terminologie officielle [139]. Elle utilise la définition suivante de la tentative de suicide : « le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'auto-mutilation, ou d'auto-agression avec intention de

mourir ou pas », soulignant au passage que « l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées ». Cette difficulté diagnostique est quotidienne pour les psychiatres des urgences, et peut avoir modifié les effectifs dans notre étude.

Terminons ce point en rappelant les recommandations de l'ONS [131] concernant l'amélioration du suivi épidémiologique des suicides et des tentatives de suicide :

- Rendre effective la refonte du certificat de décès et l'accélération du déploiement de la certification électronique
- Permettre l'appariement de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases de données
- Renforcer la participation des services de médecine légale
- Améliorer les données concernant les tentatives de suicide dans les bases médico-administratives (Oscour, PMSI-MCO, RIM-P) : systématisation du codage aux urgences et en hospitalisation, chaînage des identifiants-patients, intégration des données concernant l'emploi.
- Développer et renforcer la surveillance des suicides et tentatives de suicide selon l'emploi.

1.2 Les caractéristiques générales de la population suicidante en Martinique

Sur un plan simplement descriptif, cette population suicidante accueillie sur le site de PZQ est majoritairement composée d'individus féminins (68,1%), d'une moyenne d'âge de 40,4 ans, se déclarant majoritairement catholiques et créoles antillais, disposant principalement d'un emploi (45,5%) de catégorie « employé » (27,3%).

Comparativement à la population martiniquaise, on constate une surreprésentation féminine, avec deux pics d'âges (18-30ans et 45-59ans), d'individus célibataires, séparés ou divorcés, vivant en collectivité familiale ou sociale, plutôt diplômés (fin de cycle secondaire), inactifs (hors étudiants et retraités) ou au chômage. Concernant les actifs ayant un emploi, on constate une surreprésentation d'employés et d'artisans-commerçants-chefs d'entreprise, dans une moindre mesure de cadres-professions intellectuelles supérieures. Les ouvriers sont en nombre, mais très discrètement surreprésentés. Il s'agit d'une population précaire : quasiment 1 individu sur 2 (45%) de cet échantillon bénéficie de la CMU-C, 1 personne sur 3 bénéficie du RSA (33%).

Environ 50% de cette population rapporte des antécédents psychiatriques, en particulier 44% de dépression, 29% de consommation pathologique d'alcool et 14% de troubles anxieux ; 51,5% rapportent des antécédents psychiatriques dans la famille. A l'échelle HAD réalisée aux urgences, 53% des patients sont trouvés en épisode dépressif majeur. Compte tenu de notre mode de recueil déclaratif des antécédents psychiatriques, nos résultats sous-estiment probablement cette variable. Pour autant, l'InVS [40] rapporte une cotation diagnostique psychiatrique pour 58,9% des séjours entre 2004 et 2011, concluant à des estimations basses (séjours courts, non spécialisés en

psychiatrie, ...), avec 59,8% de dépression, 36% de troubles liés à la consommation d'alcool (48,8% chez les hommes), 15% de troubles anxieux.

Cette population suicidante se compose presque à 50% (N=32) de patients ayant réalisés plus d'une tentative de suicide au cours de leur vie. Cette proportion est comparable à ce qui a été trouvé dans l'étude du dispositif ALGOS, avec 54% de primo-suicidants [169] ; c'est également comparable avec l'étude réalisée sur l'ensemble des sites d'accueil d'urgence en Martinique en 2008, avec 45,3% de récidivants [149].

Près des deux tiers de cette population rapporte des antécédents d'événements de vie à potentiel traumatique, dont 39% de violences physiques et 30% de violences sexuelles.

A noter **une sous-représentation de patients en provenance du secteur psychiatrique Nord.** Les hypothèses seraient multiples à ce sujet. Ceci est certainement dû en partie à notre mode de recrutement monocentrique, à distance des communes du Nord Martinique dont les habitants sont prioritairement dirigés vers les urgences du CH Louis Domergue de Trinité. Une autre hypothèse émerge, à entendre les médecins généralistes interviewés dans le cadre de l'étude ; effectivement, le CMP de Sainte-Marie a été identifié comme un bon partenaire pour les médecins généralistes, qui semblent y adresser plus facilement qu'ailleurs leurs patients en difficulté psychique. Cela est en accord avec les pratiques de médecins généralistes métropolitains de Haute Normandie et de Région Parisienne, qui orientent les patients vers des structures d'accueil différentes selon le lieu d'implantation des cabinets [6]. Enfin, les populations du Nord Martinique décrivent peut être des caractéristiques sociologiques plus favorables quant aux tentatives de suicide en Martinique (population plus âgée,...). Les évaluations des diagnostics territoriaux de santé du Nord Atlantique et du Nord Caraïbe mettent en évidence respectivement les faiblesses suivantes : une offre de soins peu satisfaisante, la densité de médecins généralistes la plus faible, la plus forte proportion de personnes non diplômées, la plus forte proportion de bénéficiaires de la CMU [78] ; dernier arrondissement en terme d'emploi, population vieillissante, taux de mortalité générale et prématurée supérieurs aux autres secteurs de la Martinique, un déficit en médecins généralistes et en spécialistes, une offre en établissement de soins peu satisfaisante [79].

Nos résultats sont globalement conformes à ce qui est rapporté par les études sur la France métropolitaine et à l'international : enquête en France métropolitaine de l'INPES du baromètre santé 2010 [15], enquête SMPG en France métropolitaine 1999-2003 [16, 39, 55], enquête européenne sur 6 pays ESEMeD 2001-2003 [18, 127], étude internationale sur 21 pays WMHS (World Mental Health Survey) de l'OMS 2001-2007 [24], dans l'attente des revues de littérature internationale que devrait publier l'ONS dans ces prochains rapports, et dans l'attente du baromètre santé DOM. La population suicidante en Martinique correspond effectivement à plusieurs facteurs de risque connus. On y retrouve :

La prédominance féminine. Cette surreprésentation des tentatives de suicide chez les femmes, et cette surmortalité par suicide chez les hommes, est systématique dans les pays

industrialisés, ce qui a été nommé « the gender paradox in suicide » [29], comme le précise l'InVS [40]. Dans l'étude martiniquaise de 2008 [149], les femmes étaient majoritaires, que ce soit pour les primo-suicidants (63%), les moyens suicidants (72,3%) ou les multirécidivistes (100%).

L'âge. D'une part les jeunes adultes. C'est dans cette classe d'âge que la prévalence des tentatives de suicide sur les 12 derniers mois est la plus élevée (0,6% chez les hommes, 2% chez les femmes) [15]. Les analyses croisées de l'enquête SMPG rapporte également une proportion significativement plus forte d'individus âgés de 18 à 24 ans avec un risque suicidaire « moyen » à « élevé » [39]. Pour rappel, notre étude excluant les sujets mineurs, nos résultats concernant les 15-25 ans sont sous-évalués, mais nous avons fait une classe d'âge plus large 18-30 ans. D'autre part, la population des 45-59 ans ; si la survenue des tentatives de suicide diminue avec l'âge, c'est entre 45 et 54 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. (5,1% chez les hommes, 5,2% chez les femmes) [15]. On constate également un pic de mortalité par suicide entre 45 et 54 ans avec un taux de 26,6/100 000 habitants selon l'Inserm CépiDc. Enfin, c'est la seule classe d'âge pour laquelle une augmentation du taux de mortalité par suicide a été constatée entre 2002 et 2006 [5]. Enfin, l'absence de déclaration de TS chez les sujets de 75 ans coïncide avec les données du baromètre santé 2010 [15].

Les antécédents de violence. Les analyses croisées de l'enquête européenne ESEMeD ont mis en évidence que les expériences précoces de violence subies dans l'enfance étaient corrélées avec la suicidalité [80]. C'est également la conclusion de l'étude WMHS [24]. Les violences (hors sexuelles) subies dans les 12 derniers mois sont un facteur de risque de tentative de suicide chez les hommes (OR=5,1). Chez les femmes, les violences physiques subies dans les 12 derniers mois et les violences sexuelles vie-entière sont des facteurs de risque également (OR=2,7 pour chaque type de violence) [15]. L'étude réalisée en 2008 en Martinique rapporte que l'existence d'antécédents de maltraitance physique, psychique ou sexuelle était d'autant plus fréquente que les personnes avaient des antécédents nombreux de tentatives de suicide [149]. Avec une plus forte puissance statistique à la comparaison entre primo-suicidants et récidivants, il est possible que la régression logistique fasse ressortir plus nettement l'antécédent d'agression sexuelle comme facteur de risque suicidaire ($p=0,02$ mais $R^2=0,158$). Cette donnée est effectivement désormais bien connue. Dans le baromètre santé 2010 de l'INPES, le facteur de risque le plus important à la fois dans la survenue des pensées suicidaires et des tentatives de suicide est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles, mais aussi non sexuelles) [15]. Une méta-analyse [45] a démontré une association statistiquement significative entre l'agression sexuelle et plusieurs diagnostics psychiatriques vie-entière, dont les tentatives de suicides (OR=4,14) mais aussi la dépression (OR=2,66) l'état de stress post-traumatique (OR=2,34), les troubles anxieux (OR=3,09), les troubles du comportement alimentaire (OR=2,72), les troubles du sommeil (OR=16,17).

Le non-mariage, la séparation et le divorce. Selon les résultats sur l'ensemble de la France métropolitaine de l'enquête SMPG, le risque suicidaire « élevé » est plus fréquemment repéré chez 4,7% des personnes séparées ou divorcées, ce qui correspondant à un risque multiplié par 4 par rapport aux personnes mariées [16, 39]. Les résultats de l'enquête européenne ESEMeD rapportent

également une plus forte prévalence d'idéations suicidaire et de tentatives de suicide chez les personnes divorcées [18, 127]. De même, l'OMS rapporte que le non-mariage est un facteur de risque de comportements suicidaires [24].

Le chômage et l'inactivité professionnelle. L'enquête SMPG publie un risque suicidaire élevé chez les personnes en inactivité ou au chômage (4,7% des chômeurs) [16, 39]. Le BEH publie que le chômage est un facteur de risque d'idéations suicidaires dans les 12 derniers mois (OR=1,8 chez les hommes, 1,4 chez les femmes), l'inactivité également pour les femmes (OR=1,4) [15]. Un risque relatif de 2,2 (IC95% : 1,75-2,77) pour les chômeurs par rapport aux actifs occupés a été mis en évidence en France [48]. L'étude WMHS de l'OMS rapporte également que le fait de ne pas travailler est un facteur de risque de comportements suicidaires [24].

La précarité économique. Un faible revenu est décrit comme facteur de risque suicidaire par les résultats des études SMPG et WMHS [16, 24, 39]. Au contraire, le baromètre santé 2010 publie qu'un revenu mensuel supérieur à 1800€ est protecteur tant chez les hommes que chez les femmes en ce qui concerne les idéations suicidaires dans les 12 derniers mois. Plus spécifiquement chez les hommes, ce revenu mensuel est protecteur (OR=0,2) en ce qui concerne les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, par rapport aux revenus inférieurs à 1100€ [15]. La diminution des revenus à 6 mois apparaît corrélée au statut vis-à-vis de la réitération, à la comparaison univariée (5 versus 15, $p=0,02$), mais notre échantillon est de trop faible effectif et la régression logistique manque de puissance pour estimer le poids de cette variable.

Les troubles psychiatriques et les consommations de substances psychoactives. L'enquête SMPG rapporte une relation significative entre la présence d'un trouble psychopathologique et un risque suicidaire « moyen » ou « élevé », d'autant plus s'il y a association de troubles comorbides. Les prévalences de risque suicidaire les plus élevés ont été observés pour les diagnostics de dépression et de troubles psychotiques [16, 39]. La faible proportion de patients aux antécédents de troubles psychotiques dans notre échantillon est en ce sens étonnante ; notre mode de recueil déclaratif a probablement induit une sous-évaluation de tels diagnostics aux urgences, ce qui semble confirmé par les résultats à 6 mois (modifications des ordonnances). Les résultats de l'enquête SMPG spécifiques à la Martinique [160] rapportent une corrélation positive entre l'antécédent personnel de tentative de suicide et les diagnostics d'épisode dépressif majeur (OR=4,66, $p<0,0001$), de bipolarité (OR=7,84, $p=0,007$), de trouble panique (OR=3,29, $p=0,03$) et de dépendance à l'alcool (OR=6,61 $p=0,05$) trouvés au questionnaire Mini International Neuropsychiatric Interview. Le baromètre santé 2010 décrit un risque accru de survenu de pensées suicidaires dans les 12 derniers mois en cas de consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes [15]. Au niveau européen, l'enquête ESEMeD rapporte que les troubles psychiatriques sont fortement associés à la suicidalité (vie-entière) ; concernant l'association aux tentatives de suicide, on retrouve la dépression (RR=4,8), la dysthymie (RR=1,6), l'anxiété généralisée (RR=2,3), l'état de stress post-traumatique (RR=2), et la dépendance à l'alcool (RR=2,5). Le risque de tentative de suicide vie-entière concerne 28% des personnes diagnostiquées dépressives [18, 127]. L'étude WMHS de l'OMS retrouve que la présence de plusieurs troubles psychiatriques est un facteur de

risque de comportements suicidaires ; de même que les troubles psychopathologiques chez la parenté [24].

Les antécédents de tentative de suicide. Le lien entre les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide est tout à fait reconnu [83, 84, 93]. A la comparaison univariée entre primo-suicidants et récidivants, ces derniers sont d'ailleurs plus souvent corrélés au risque suicidaire élevé que les primo-suicidants (1 versus 12, $p=0,01$). Leur niveau d'anxiété apparaît par ailleurs en moyenne plus élevé que pour les primo-suicidants aux urgences ($p=0,025$). L'analyse multivariée pour la comparaison entre les patients admis aux urgences pour tentative de suicide et ceux admis pour idéations suicidaires a fait émerger une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences sous la forme d'idéations suicidaires, sans être passé à l'acte cette fois-ci. Cette mise en acte ne modifie pas durablement la façon qu'ont les patients d'interagir avec leur souffrance psychique. En plus d'être à risque majeur de suicide, ce résultat met en évidence à la fois la tendance à la répétition des passages à l'acte, et leur caractère inopérant à apporter une solution durable et sécurisante aux patients.

Enfin, d'autres éléments connus ressortent de nos résultats univariés à la comparaison entre primo-suicidants et récidivants, telle que **la présence d'une maladie somatique grave et/ou chronique** (0 versus 11, $p=0,003$), et d'une **obésité** (0 versus 8, $p=0,015$). Une revue de littérature concernant les caractéristiques des récidivants a mis en évidence : absence d'emploi, non mariage, trouble mental, idéations suicidaires, événements de vie stressants et antécédents familiaux de comportements suicidaires [86]. Une étude française a montré quant à elle : suivi et traitement à 2 ans du geste suicidaire index, antécédents de tentatives de suicide multiples, état de stress post-traumatique, syndrome psychotique récurrent et abus de substance [124].

Nos résultats mettent aussi en évidence quelques particularités, eu égard aux facteurs de risque suicidaires décrits dans les études au niveau français, européen et international. Cette population suicidante est effectivement marquée par :

La vie en collectivité plutôt que seule. Alors que vivre seul apparaît comme un facteur de risque de tentative de suicide chez les hommes (OR 2,9) [15], et un facteur de risque d'idéations suicidaires chez les hommes et chez les femmes, le mode de vie en collectivité est surreprésenté dans la population suicidante martiniquaise, par rapport à la population générale. L'étude réalisée en Martinique en 2008 objectivait également une majorité de patients suicidants vivants en famille [149]. La socialité antillaise en Martinique s'exprime différemment qu'en France métropolitaine en ce qui concerne le phénomène suicidaire, et une méthodologie qualitative auprès des patients suicidants permettrait de la préciser et d'émettre des explications quant à cette particularité. Dans notre étude, certains généralistes exprimaient clairement les difficultés à associer l'entourage dans la prise en charge du patient, évoquant l'aspect « tabou », voire « honteux » de la tentative de suicide. Autorisons-nous quelques hypothèses ; d'une part, nous avons vu que parmi les difficultés contextuelles de crise rapportées aux urgences et à 6 mois, les conflits familiaux, conjugaux et sociaux occupent une place importante, ce qu'une vie en collectivité peut majorer d'autant plus sur un territoire insulaire qui constitue la région française la plus densément peuplée après l'Ile-de-

France. Ce territoire et son histoire peuvent également rendre plus sensibles aux conflictualités interpersonnelles, quoiqu'il en soit différemment de ce que l'on pourrait observer en Ile-de-France. Autre élément qui peut participer à construire cette particularité, nous avons vu avec l'enquête ENVEFF-Martinique que la prévalence des agressions sexuelles dans les relations conjugales est nettement plus importante en Martinique, puisque sur les 1152 femmes de Martinique interrogées en 2008, 7,6% déclarent avoir subi des « atteintes et des violences sexuelles » par leur compagnon dans les 12 derniers mois, contre 0,8% des 5793 femmes interrogées en métropole en 2000.

Certaines catégories socioprofessionnelles plus représentées, compte tenu des données du suicide relatives à l'emploi en France métropolitaine. Si les employés sont majoritaires et largement surreprésentés par rapport à la population générale active (x 1,4), les ouvriers sont en proportion moins concernés dans notre échantillon (x 1), ce qui apparaît déjà comme une différence par rapport à la métropole. Les agriculteurs sont surreprésentés par rapport aux effectifs en population martiniquaises (quasiment x2), mais nos effectifs sont trop faibles pour en tirer des informations fiables. Plus inhabituel encore, les artisans commerçants et chefs d'entreprises, ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures sont surreprésentés dans notre échantillon, par rapport à la population martiniquaise active. Le baromètre santé 2010 publie pourtant que pour les hommes, un revenu mensuel supérieur à 1800€ constitue un facteur protecteur (OR=0,2), par rapport aux revenus inférieurs à 1100€ [15]. Les études sur le risque suicidaire et l'activité professionnelles [48] indiquent que chez les hommes, le risque suicidaire suit un gradient social, concordant avec les anciennes analyses du sociologue Hawlbachs [77] ; la tendance est moins marquée chez les femmes mais bien présente, puisque les plus faibles prévalences sont observées chez les cadres, les plus fortes prévalences sont observées chez les employées et les ouvrières. Néanmoins, les analyses multivariées sont significatives uniquement chez les hommes pour les employés (OR=2,4) et les ouvriers (OR=2,3). De même que précédemment, la catégorie socioprofessionnelle semble jouer différemment en Martinique, et une méthodologie qualitative devrait s'attacher à mieux comprendre cette particularité, si elle tendait à se confirmer auprès d'effectifs plus importants. D'autant qu'il est possible que la clinique de l'Anse Colas prenne en charge des patients suicidaires appartenant à des catégories socioprofessionnelles aisées, compte tenu du mode d'admission dans cette structure privée, et compte tenu des propos des médecins généralistes interviewés qui disent plus facilement travailler avec cette structure qu'avec les urgences du CHU de Martinique. De plus grands effectifs permettraient également d'estimer plus exactement la situation des agriculteurs, et permettraient de faire des distinctions selon le sexe. Notons que Durkheim avait mis en évidence une plus faible prévalence chez les ouvriers, et faisait l'hypothèse d'une plus forte solidarité de classe, à la fin du XIXe siècle [12, 65]. De quelles solidarités pourrait-il s'agir en Martinique au début du XXIe siècle ?

Le niveau d'éducation. Nous avons constaté une population suicidante martiniquaise plutôt diplômée, avec un diplôme de fin de secondaire (BEP, CAP, BAC ou supérieur). C'est également ce qui avait été constaté chez les 245 patients sur lesquels porte l'analyse dans l'étude réalisée en Martinique en 2008 ; en particulier, les auteurs mettent en évidence une corrélation entre un niveau d'étude supérieur au bac et le statut de multirécidiviste par comparaison aux primo-

suicidants et aux moyennement récidivants (entre 2 et 5 tentatives) : 45,5% des patients de ce sous-groupe ($p=0,003$) [149]. Dans une autre étude réalisée en Martinique par l'équipe de psychiatrie du secteur Nord Atlantique auprès de 362 patients dudit secteur [159], la présence d'une qualification professionnelle est associée à l'antécédent personnel de tentative de suicide à la régression logistique ($OR=2,22$, $p=0,02$). L'étude WMHS cite qu'un bas niveau d'éducation constitue un facteur de risque de comportements suicidaires [24]. Le baromètre santé 2010 indique que chez les femmes, un diplôme supérieur au bac est protecteur ($OR=0,4$), par rapport aux non diplômées [15]. Notre façon de regrouper nos données ne permet pas une comparaison adéquate ici, mais les tendances qui se dégagent de notre travail nous incitent à soulever cette question, compte tenu de la sous-représentation des personnes non diplômées.

L'absence du tabac. Le tabagisme quotidien est décrit comme un facteur de risque de tentative de suicide dans les 12 derniers mois chez les femmes ($OR=1,9$), et un facteur de risque de survenues d'idéations suicidaires dans les deux sexes ($OR=1,4$), faisant dire aux auteurs du baromètre santé 2010 que le tabac est un moyen de gestion des symptômes anxieux et dépressifs [15]. Nous avons signalé en introduction la faible prévalence de la consommation de tabac, par rapport en France métropolitaine, en particulier chez les femmes. Cela nous fait poser la question des moyens utilisés en Martinique pour gérer ces symptômes anxio-dépressifs du quotidien. La prédominance de l'alcool est une hypothèse probable, renforçant la place qu'il occupe déjà, bien que cette consommation ne ressorte pas à l'analyse statistique entre primo-suicidants et récidivants. Une autre hypothèse est celle de l'obésité, significativement associée à cette situation de réitération (0 vs 8 ; $p=0,0155$). Troisième hypothèse que nous pouvons formuler et qu'il serait intéressant d'explorer est celle de la prise de risque dans la sexualité, étant donnée la proportion importante d'IVG constatée dans notre échantillon et plus généralement chez les jeunes femmes en Martinique (nous y reviendrons plus bas).

Tout ce que nous venons de discuter soulève trois questions primordiales, sans minimiser notre inquiétude pour celles et ceux néanmoins concernés. **Comment comprendre la plus faible suicidalité qui se dégage des études en Martinique** (mortalité par suicide publiée via l'Inserm CépiDc, et études sur les tentatives de suicide depuis les établissements de soins en 1984, 1993 et 2008) ? Des hypothèses ont été formulées dans l'étude de 2008 réalisée en Martinique. Les auteurs citent Raymond MASSE, selon qui les martiniquais auraient plutôt, face à la détresse psychique, un mécanisme projectif favorisant des symptomatologies dépressives avec des caractéristiques psychotiques du type délire de persécution [108]. La question est ici plus globalement celle des modes de gestion des symptômes anxieux et dépressifs. Reprenant les travaux du Pr CHARLES-NICOLAS, ils estiment également que les conduites ordaliques qui sont fréquentes chez les jeunes martiniquais (conduite autoroutière à risque, prises de risque dans la sexualité, ...), si elles constituent un diagnostic différentiel, pourraient néanmoins servir d'exutoire au passage à l'acte suicidaire [44]. Enfin, les auteurs évoquent également les difficultés d'accès aux soins (stigmatisation, offre de soins,...) : seuls 38% des patients récidivants dans leur étude avaient consulté aux urgences pour les passages à l'acte antérieurs, ceci n'expliquant toutefois pas la sous-mortalité par suicide.

Après avoir posé ces hypothèses socioculturelles, psychopathologiques et pragmatiques, qui peuvent minimiser les suicides et l'enregistrement des comportements suicidaires depuis les établissements de soins, il nous faut reposer cette question en termes épidémiologiques. **Quels sont les facteurs protecteurs en Martinique ?** Comment se fait-il que les nombreuses personnes concernées par les facteurs de risque connus et dont nous venons de faire une liste non exhaustive, n'en arrivent pas à des comportements suicidaires ? Nous avons déjà évoqué des hypothèses en introduction.

D'une part, en reprenant les résultats de l'enquête SMPG réalisée en 2000 en Martinique, on constate la forte prévalence des croyances et pratiques religieuses sur l'île, avec 89,6% des interrogés se déclarant croyants et 67,2% régulièrement pratiquants [160]. L'influence protectrice de la religion sur le suicide semble pour autant contrastée et moins forte dans nos sociétés actuelles, selon les conclusions d'une étude anglaise sur plus d'un million de personnes : seuls les pratiquants des courants chrétiens conservateurs sont apparus moins à risque de suicide que les personnes ne rapportant pas de croyances religieuses [130], posant la question des mécanismes par lesquels agit cette protection (moins consommation d'alcool, moins comportement à risque, ...).

D'autre part, le tissu familial et social aux Antilles semble fournir un étayage favorable aux individus, marqueur d'intégration. Dans l'étude réalisée en 2000 sur le secteur Nord Atlantique [159], la présence de contacts sociaux ressort négativement corrélée à l'antécédent personnel de tentative de suicide à la régression logistique (OR=0,45, p=0,006), chez les patients pris en charge par le secteur. Dans notre étude, à la comparaison entre les patients admis aux urgences suite à une tentative de suicide, et les patients admis pour idéations suicidaires avec pourtant antécédent de geste suicidaire, l'analyse univariée ne fait pas ressortir de distinction concernant l'étayage socio-familial, mais plutôt concernant l'étayage soignant : antécédent de suivi psychothérapeutique (25/53 versus 12/13, p=0,003), lien avec le médecin traitant à 6 mois (23/53 versus 10/13, p=0,01). La régression logistique fait ressortir une corrélation positive entre un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie et le fait d'être admis aux urgences sous la forme d'idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 17 (p=0,0011). En population psychiatrique, l'étayage socio-familial et l'étayage soignant semblent protéger significativement les personnes. En population général, la question du rôle et des déterminants de l'intégration sociale en Martinique quant aux comportements suicidaires devrait être largement détaillée.

Enfin, la durée quotidienne d'ensoleillement pourrait agir sur le suicide, selon les résultats d'une étude rétrospective mesurant l'association entre les taux de suicide et d'ensoleillement entre 1970 et 2010 en Autriche. Les auteurs rapportent qu'après élimination de l'effet des saisons, plus d'ensoleillement quotidien entre le 14^{ième} et le 60^{ième} jour précédant l'événement est associé à de plus faibles taux de suicide. En revanche, entre le 10^{ième} jour précédant l'événement et le jour de l'événement, cela augmenterait le taux de suicide [173]. Nous présentons ces résultats plutôt de manière anecdotique, l'ensoleillement étant fréquemment convoqué dans la pratique clinique en Martinique !

Quels sont les facteurs de risque en Martinique ? Nous l'avons vu, la plupart des facteurs de risque décrits dans la littérature se retrouvent dans la description de cette population suicidante. Nous avons cependant signalé des différences, qu'il s'agirait de pouvoir confirmer et en déterminer le degré d'influence le cas échéant : la vie en collectivité plutôt que seul, les catégories socioprofessionnelles élevées, un bon niveau d'éducation.

De nombreuses questions restent en suspens. Par exemple, quelle influence de l'insularité, ou encore des contacts personnels et familiaux entre l'île et la métropole ? Si notre durée et notre mode de recrutement limitent l'analyse en ne prenant pas en considération les personnes n'ayant pas accédé aux soins, les données en population générale à venir du **baromètre santé DOM 2014** devraient nous éclairer grâce aux questions spécifiques au phénomène suicidaire qui lui sont consacrées. **Des études qualitatives et pluridisciplinaires**, faisant appel aux sciences sociales trouveraient du sens à s'appliquer dans notre contexte.

1.3 Les caractéristiques générales de la crise suicidaire en Martinique

Il s'agit majoritairement de passages à l'acte qualifiés d'impulsifs (85%), avec un contexte de consommation de substances psychoactives non médicamenteuses dans 37,7% des situations. Le mode opératoire le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse (70%), puis la phlébotomie (13%). Les autres modes concernent chacun moins de 4% des situations de tentatives de suicide. On constate que les femmes passent plus souvent à l'acte sous la forme d'intoxications médicamenteuses ou de phlébotomie, dans des contextes de conflits conjugaux et de deuils. Les passages à l'acte plus violents (pendaison, immolation, défenestration) concernent exclusivement des hommes dans cet échantillon, dans des contextes de difficultés financières et de ruptures sentimentales.

Dans l'étude réalisée en 2008 sur les sites d'urgences en Martinique, les auteurs rapportent qu'une polymédication concomitante au passage à l'acte était corrélée au nombre de réitération ($p=0,007$). Notre travail confirme qu'il s'agit d'une population impulsive, puisque les auteurs rapportent que l'intentionnalité suicidaire était très forte au moment du geste ($p=0,3$), que l'expression du désir de mort était souvent faible à très faible lors de l'entretien ($p=0,1$), que la planification était majoritairement faible à nulle ($p=0,5$). La majorité des modes opératoires étaient aussi des intoxications médicamenteuses volontaires (65,3%), 27,8% des tentatives de suicide étaient réalisées avec une prise concomitante d'alcool, et le nombre de gestes cliniquement graves était important dès la première tentative de suicide (33,5%) [149].

Dans notre travail, plus de 2 patients sur 3 rapportent avoir été de nouveau confrontés à des événements de vie difficiles dans les 6 mois de leur passage aux urgences pour crise suicidaire. D'une part, reviennent les situations contextuelles déjà les plus représentées lors du passage aux urgences : difficultés financières et conflits conjugaux notamment. Ce résultat peut se discuter comme une persistance de la difficulté contextuelle de crise, à comprendre comme un processus qui agit déjà en amont de la crise, et qui s'étale encore dans les 6 mois du passage aux urgences : la crise suicidaire n'est pas un événement ponctuel isolé de la trajectoire de vie sociale. D'autre part,

les « conflits familiaux autres que les conflits conjugaux » émergent parmi les plus représentés à 6 mois du passage par les urgences, nous faisant faire l'hypothèse de l'importance des rôles de la famille et du couple, où pourrait se jouer en dernier lieu cette crise suicidaire : la crise suicidaire n'est pas une problématique purement individuelle. Enfin, rappelons que les difficultés financières sont les difficultés contextuelles les plus déclarées à 6 mois, ce que nous discuterons plus spécifiquement dans la partie sur l'impact médico-économique.

L'analyse du PMSI-MCO par l'InVS fournit des données précieuses grâce aux cotations des hospitalisations pour tentative de suicide [40]. L'auto-intoxication médicamenteuse est le mode opératoire de loin le plus fréquent et concernait 82% des hospitalisations pour tentative de suicide entre 2004 et 2011 en France métropolitaine. Les médicaments les plus utilisés sont les psychotropes dans environ trois quarts des cas, ce qui amplifie notre inquiétude quant à l'augmentation de la circulation et l'automédication concernant ces traitements médicamenteux, que nous avons pu observer dans notre échantillon de rappel. A titre de comparaison, les classes médicamenteuses secondairement les plus employées concernaient les antalgiques, avec en particulier le paracétamol utilisé dans 6% des cas. S'il est majoritaire dans notre échantillon, ce mode de passage à l'acte prend une place moins importante qu'en France métropolitaine. Nous n'avons pas relevé dans notre travail les types de médicaments utilisés, et les dosages sanguins de benzodiazépine n'ont pas été menés comme souhaités par le protocole, du fait d'une mauvaise coordination entre soignants.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, caustiques, pesticides) arrive en seconde position selon l'InVS (11% des séjours masculins, 6% des séjours féminins), ce qui n'est pas le cas dans notre échantillon. Ce mode de passage à l'acte a été très minoritaire dans notre étude, et nous n'avons pas été confrontés à l'emploi de Rubigine, ce qui avait été étudié par le Dr JAMBOU dans les années 1980 en Martinique, et que l'on peut occasionnellement voir resurgir dans la pratique clinique en Martinique. A noter que nous avons notifié le mode de passage à l'acte principal, sans considération pour l'éventuelle association de modes opératoires, ce qui peut avoir minimisé cette catégorie par la non-inscription de situations de recours suicidaire à l'alcool. Mais si 37,7% admettent une consommation de substance au moment du passage à l'acte, l'intention désinhibante ou létale associée à cette consommation est souvent difficilement estimable en pratique clinique, et indécidable dans le cadre de nos résultats.

Selon l'InVS, la phlébotomie (et équivalents) arrivait en troisième position et concernait 5% des situations. Dans notre échantillon, elle occupe la seconde position avec 13%. Cette prévalence de l'usage d'objets tranchants en Martinique peut s'expliquer par la circulation de ces objets liée aux nécessités du territoire (végétation luxuriante, récolte et consommation sauvages de fruits et légumes,...). Nous pouvons également faire l'hypothèse de représentations socioculturelles concernant l'emploi et la létalité de cette méthode (d'ou l'expression « se faire piquer » en créole).

Enfin, les tentatives de pendaison concernait 1,6% des passages à l'acte et les autres modes de passage à l'acte étaient chacun inférieurs 1% (saut et tentatives de saut d'un lieu élevé, emploi

d'armes à feu, noyade, accidents autoroutiers provoqués, saut d'un véhicule en mouvement,...). Ceci coïncide avec nos résultats, puisque tous ces modes opératoires sont minoritaires.

En ce qui concerne leur répartition selon le sexe, on retrouve la connotation genrée des méthodes utilisées déjà établie en France métropolitaine décrite par l'InVS, participant à expliquer la plus forte mortalité masculine par suicide en dépit d'une surreprésentation féminine pour les tentatives de suicide. Effectivement, les femmes passent plus souvent à l'acte sous la forme de l'auto-intoxication médicamenteuse et de la phlébotomie, alors que les modes les plus violents et dont la létalité est la plus forte concernent majoritairement des hommes. Aux Etats-Unis, il a été trouvé que les gestes suicidaires avaient un risque fatal cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes en raison de l'utilisation plus fréquente de méthodes hautement létales [161]. Selon l'InVS, si 66,6% des intoxications médicamenteuses et 54,6% des phlébotomies concernent les femmes, 60,8% des lésions par fumée/gaz/flammes, 74,5% des tentatives de pendaison et 86,1% des utilisations d'armes à feu concernent les hommes. Cette distinction genrée apparaît encore plus marquée dans notre population suicidante martiniquaise, puisque la totalité des passages à l'acte violent concerne les hommes, ce qui n'est pas aussi bien démarqué puisque 54,5% des sauts dans le vide et 47,9% des noyades concernent les femmes, selon l'interprétation des données du PMSI-MCO de l'InVS. Néanmoins, notre effectif est faible, et ces éléments dépendent de notre propre représentation de ce qui est violent comme mode de passage à l'acte. De plus, cette interprétation, désormais et actuellement classique, ne doit pas faire sous-estimer certains modes de passages à l'acte. N'oublions pas que les prises de médicaments arrivent en seconde position des modes de suicide, à égalité avec le recours aux armes à feu (14% des suicides) ; 28% des femmes suicidées sont décédées par intoxication médicamenteuse [40].

Nous constatons également une répartition genrée en ce qui concerne les difficultés contextuelles de crise. Par exemple, les difficultés financières sont principalement rapportées par des hommes aux urgences, ce qui peut être compris comme un sentiment de remise en question de l'identité masculine [12, 13]. Autre exemple en ce qui concerne le couple ; si les femmes rapportent surtout des conflits conjugaux, c'est la rupture sentimentale qui semble précipiter la crise suicidaire chez les hommes, nous incitant à nous demander à qui profite le couple en termes de protection quant aux comportements suicidaires en Martinique ? La sociologie nous propose là aussi des clés de compréhension : selon la théorie Durkheimienne de la régulation conjugale, le mariage profite aux hommes mais non aux femmes, y compris en termes de suicidalité, ce qui a tendance à être confirmé par les travaux sociologiques plus récents [21]. A noter que selon le rapport d'activité de la permanence téléphonique de S.O.S Amitié, si la solitude est évoquée massivement par les deux sexes, les femmes mentionnent des problèmes familiaux et sentimentaux, les hommes rapportent des problématiques de ruptures, incluant le deuil [135]. L'étude réalisée en Martinique en 2008 [149] ne propose pas de distinction selon le sexe mais pour l'ensemble des 245 patients : par ordre décroissant, les motivations évoquées sont un problème avec le partenaire sexuel (61,6%), puis un problème relationnel, puis une maladie somatique chronique ou une maladie mentale.

1.4 L'évaluation à 6 mois de la prise en charge par le système de soins psychiatriques actuel

Le taux de réitération d'idéations suicidaires à 6 mois est de 47% (N=24), le taux de réitération de tentative de suicide à 6 mois est de 11,7% (N=6). Le taux de perdus-de-vue à 6 mois est de 22,7% (N=15)

Dans le sous-groupe de patients suicidants (TS) à l'inclusion et ayant répondu au rappel, quasiment 1 patient sur 2 rapporte de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois, 9,7% (N=4) des patients ont réitéré un geste suicidaire.

Dans le sous-groupe de patients suicidaires (IDS) à l'inclusion et ayant répondu au rappel, 40% (N=4) des patients ont rapporté de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois, 20% (N=2) des patients ont réitéré un geste suicidaire.

Si l'on ajoute les perdus de vue dans cette analyse, on obtient :

- un taux de réitération d'idéations suicidaires à 6 mois pouvant aller jusqu'à 59% (N=39)
- un taux de réitération de tentative de suicide à 6 mois pouvant aller jusqu'à 32% (N=21)

Selon une méta-analyse internationale, le taux d'incidence de réitérations de tentatives de suicide à 1 an est de 16,3%, 16,8% à 2 ans et 22,4% à 5 ans [34]. Selon l'étude évaluant l'effet du rappel téléphonique menée par Vaiva et al [166], un tiers des patients étaient non-joignables après 3 essais à 3 mois. Nos données apparaissent dans ces ordres de grandeur.

Si l'on considère les patients ayant répondu au rappel téléphonique à 6 mois, le système de soins psychiatriques actuel permet :

- Une amélioration cliniquement significative du risque suicidaire à 6 mois de 39% (baisse du niveau de RUD).
- Un taux de péjoration cliniquement significative du risque suicidaire (majoration du niveau de RUD) à 6 mois de 10%.
- Le taux de patients à risque suicidaire faible à 6 mois d'un passage aux urgences pour crise suicidaire est de 59%.
- Un taux de suivi à 6 mois de 50%, sans prendre en compte les perdus-de-vue.

Ces taux seraient des indicateurs positifs de la qualité du système de soin médico-psycho-social quant à la prévention du suicide en Martinique, facilement utilisables en pratique courante pour évaluer l'impact et la qualité des soins, en plus du taux annuel de suicide publié par l'Inserm

CépiDc et des taux de passages aux urgences (données Oscour) et d'hospitalisations (PMSI-MCO, RIM-P) pour tentatives de suicide.

Au risque d'être positivistes, si l'on oublie que ces estimations reposent sur des hypothèses simplificatrices et réductrices de complexité, puisqu'elles ne tiennent pas compte des multiples autres mouvements qui peuvent agir sur cet échantillon de patients, en ne faisant que l'hypothèse de l'incidence isolée du système de soins ; pour expliquer « l'effet des 6 mois », il ne faudrait pas oublier le rôle des aidants familiaux, ainsi que l'influence du contexte économique, pour prendre deux exemples discutés plus bas. Il ne faudrait pas non plus oublier les choix des personnes elles-mêmes, poussés et tirés vers la vie. Autrement dit, qu'évaluerait-on à travers la péjoration du risque suicidaire à 6 mois ? Si les soignants ont une responsabilité éthique et déontologique à cet égard, qu'en est-il de la responsabilité juridique ? Plutôt que de cibler uniquement les psychiatres (comme le propose le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015), l'ONS propose qu'un accent particulier soit mis sur les expériences ou des coordinations d'acteurs (associations, médecins généralistes, psychiatres,...) ou des liens entre différents modes de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ont été établis ou renforcés. Ces interventions dites communautaires, du fait de la mise en réseau et de l'implication synergique des populations et acteurs locaux qu'elles promeuvent, sont évaluées comme efficaces. Nous allons y revenir dans nos discussions thématiques. L'ONS recommande également de mieux évaluer les actions de prévention à l'aide d'études qualitatives, pour comprendre par quels mécanismes elles réduisent le comportement suicidaire [131].

2 Discussions thématiques

Nous avons ici croisé et rappelé les principaux résultats des tomes I et II de l'étude POSTA, pour en dégager des thématiques de discussion importantes pour ce qui concerne la prévention du suicide en Martinique.

2.1 En prévention primaire

2.1.1 *La prise en charge de la dépression*

Nous avons vu que l'antécédent psychiatrique le plus fréquent concernait la dépression ; de plus, l'échelle HAD réalisée aux urgences a permis d'objectiver 53% d'épisodes dépressifs majeurs à l'inclusion, 31,1% au rappel à 6 mois (sans considérer les perdus de vue). Dans une perspective dimensionnelle, nous avons également constaté le poids relativement plus persistant et diffus de la dimension dépressive, qui bien que secondaire après la dimension anxieuse, doit être pensée de façon conjointe à celle-ci. Tout ceci confirme l'importance parfaitement reconnue de ce diagnostic dans la question de la prévention du suicide. Selon l'OMS, reprise en ses termes par le rapport 2014 de l'ONS, « *la dépression est le trouble mental le plus souvent associé au suicide. L'angoisse, moteur puissant du suicide, est étroitement liée à la dépression, et les deux troubles sont parfois indissociables. Les études montrent que 80% des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de dépression* » [131, 139]. Selon les résultats de l'enquête SMPG conduite en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur 36 000 personnes de plus de 18 ans, avoir un risque suicidaire élevé apparaît fortement lié aux troubles dépressifs, ces derniers multipliant par 11,6 le risque suicidaire. Cette même enquête montre que plus d'un quart des personnes identifiées comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont également connu un épisode dépressif dans les deux dernières semaines précédant l'enquête ; les auteurs précisent qu'être séparé, divorcé ou au chômage sont des facteurs très liés aux épisodes dépressifs, ce qui caractérise notre échantillon [16].

Or, si l'on regarde les consommations de psychotropes, on observe une plus forte consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques que de traitements antidépresseurs, tant aux urgences qu'à 6 mois. Si nous avons évoqué dans nos résultats l'augmentation du nombre de diagnostics et de leur sévérité et/ou de leur chronicité, impliquant des réorientations des stratégies thérapeutiques, nous pouvons toutefois formuler l'hypothèse que certains patients en dépression ne sont pas correctement traités, en premier lieu du fait d'une absence/non-observance de suivi. Les médecins généralistes interviewés disent bien la difficulté de l'observance de ces traitements, encore trop stigmatisés. Rappelons que si quasiment 50% des patients ne sont pas suivis à 6 mois, nous avons constaté 15,7% d'automédication en psychotrope, signant la persistance d'une souffrance psychique significative.

L'enquête SMPG réalisée en 2013 en Guadeloupe a mis en évidence que 20% des 884 personnes interviewées en population générale rapportent une consommation actuelle de psychotropes (résultats transmis par Dr EYNAUD, CH Montéran).

Une étude réalisée en 2013 au centre de crise du CHU de Martinique [69] rapporte 71% de diagnostic de dépression chez les patients hospitalisés interviewés par la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), sachant que la crise suicidaire fait partie des indications principales d'admission dans cette structure.

Enfin, nous avons parlé de la nécessité de complexifier les prises en charges, après avoir entendu les ressentis des patients sur l'efficacité des traitements médicamenteux ; association aux psychothérapies, interventions communautaires de prévention, etc. Rappelons ici que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a publié des recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, reprises par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui fait de la dépression l'une de ses trois priorités pour la psychiatrie et la santé mentale 2013-2016 [2, 82].

2.1.2 La prise en charge de l'alcoolisme (abus et dépendance)

Deux tiers des hommes de notre échantillon (N=14) sont concernés par au moins une consommation avec abus ou dépendance de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, crack) ; l'alcool est la substance la plus rapportée (N=10). A noter que les femmes sont concernées dans une moindre mesure, avec 1/4 (N=11) de consommations pathologiques de substances psychoactives, l'alcool jouant pour 9 d'entre elles. Au total, la consommation pathologique d'alcool concerne 29% (N=19) de cet échantillon. Ces suicidants concernés par des antécédents addictologiques n'ont majoritairement pas bénéficié d'une prise en charge spécialisée : seuls 6 d'entre eux le déclarent. Nous avons d'ailleurs estimé une tendance à l'augmentation de la consommation d'alcool à 6 mois du passage aux urgences pour crise suicidaire, avec certitude chez 26% des consommateurs.

Si les martiniquais sont plus concernés que les martiniquaises par les consommations pathologiques d'alcool, notons bien que le facteur de risque de survenue d'idéations suicidaires qui occupe la troisième place chez les femmes est la consommation d'alcool (OR=1,9) à risque chronique au sens du test AUDIT-C (non buveur, sans risque, à risque ponctuel, à risque chronique) [15].

Là encore, il y a nécessité d'améliorer l'accès aux prises en charges addictologiques, en particulier pour les consommations pathologiques d'alcool, pour une meilleure prévention du suicide, ce qui est parfaitement reconnu [18, 127, 139]. L'ouverture récente (2014) en Martinique d'une unité d'alcoologie sous la responsabilité du Dr LACOSTE est en ce sens une excellente nouvelle. D'autant que nos résultats sont limités par le biais de déclaration, classique en addictologie, et par notre méthode d'évaluation uniquement basée sur l'entretien clinique sans recours à des outils standardisés. Dans l'étude réalisée en 2013 au centre de crise du CHU de Martinique, 12% des patients interrogés par Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) étaient trouvés dépendants à l'alcool, ce qui avait été jugé faible eu égard au contexte martiniquais, que nous avons nous-même évoqué en introduction [69]. A noter que l'analyse des

séjours hospitaliers pour tentatives de suicide de l'InVS [40] objective 7% de comorbidité entre consommation pathologique d'alcool et dépression.

Compte tenu des faibles effectifs, nous ne pouvons raisonnablement discuter les résultats concernant le cannabis et le crack, ce qui serait important à faire. Enfin, rappelons que du fait de difficultés d'organisation des soins ou de mise à disposition de matériel, les dosages biologiques de toxiques n'ont pu être réalisés de manière systématique, ce qui serait un objectif important.

2.1.3 La prise en charge du psycho-traumatisme

Près de 2/3 de ces patients (N=42, 10 hommes, 32 femmes) rapportent des événements de vie à potentiel traumatique ; en particulier, 39% (N=26 ; 5 hommes, 21 femmes) évoquent des agressions physiques, 30% (N=20 ; 1 homme, 19 femmes) évoquent des agressions sexuelles.

Ces chiffres sont probablement sous-estimés, sachant que dans le contexte des urgences, 7 personnes n'ont pas souhaité se prononcer concernant les agressions physiques, 9 personnes n'ont pas souhaité se prononcer concernant les agressions sexuelles. Dans une étude réalisée en 2013 au centre de crise du CHU de Martinique, 98% des patients interrogés par le Trauma History Questionnaire (THQ) rapportaient un ou plusieurs événements à potentiel traumatique, avec en particulier 45% d'expériences d'agressions physiques, et 39% d'agressions sexuelles. Cette étude a également fait émerger la proportion plus importante des événements à potentiel traumatique d'origine naturelle, du fait des spécificités du territoire martiniquais [69].

Plus généralement, nous l'avons vu plus haut, la question du lien entre suicide et psycho-traumatisme est bien documentée [28, 163]. Des analyses croisées des résultats de l'enquête SMPG menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes, ont permis d'objectiver 15 fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé chez les personnes présentant un état de stress post-traumatique [167]. Les auteurs rapportent un gradient progressif très net entre le risque suicidaire et les quatre types de retentissement psychotraumatique (sujets exposés à un événement à potentiel traumatique, sujets confrontés à un trauma, sujets psychotraumatisés, états de stress post-traumatique). Comme évoqué en introduction, les auteures de l'enquête ENVEFF Martinique mettent en évidence « le lien très fort, pour les deux sexes, entre la déclaration de violences subies avant 18 ans et celle de tentatives de suicide » [27].

Pourtant, seulement 5 situations suicidaires de notre échantillon sont exprimées comme directement en lien avec de telles problématiques. L'évaluation systématique du profil traumatique est donc fondamentale dans la prise en charge de la crise suicidaire [68, 69]. D'autant que ces données contrastent avec le faible nombre d'antécédents d'état de stress post-traumatique rapportés, concernant 4 patients seulement. Pourtant, dans l'étude du centre de crise du CHU de Martinique sus-citée, 22 à 51% des patients présentaient un diagnostic d'état de stress post-traumatique, selon qu'on prenne les résultats selon la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ou l'Impact of Event Scale-Revised (IESR).

L'orientation vers une consultation spécialisée (disponibles au CHU de Martinique) voire vers une hospitalisation de crise, devra permettre une évaluation adéquate, diagnostique et

thérapeutique, et une mise en lien adaptée de la symptomatologie avec l'histoire traumatique ; le contexte des urgences, s'il doit permettre la verbalisation volontaire de tels événements, ne peut être que difficilement un lieu adapté à l'évaluation complète du profil psycho-traumatique des patients suicidaires et suicidants, d'autant plus s'il s'agit de situations diagnostiques complexes, concernant des faits anciens et répétés (typiquement d'état de stress post-traumatique de type 2). Gardons en mémoire que parmi les patients avec un diagnostic d'état de stress post-traumatique hospitalisés au centre de crise du CHU de Martinique, 67% ont subi une agression sexuelle dans l'enfance ou l'adolescence.

Discutons ici également de l'importance de prendre en charge les auteurs de violences. Dans l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple de 2014, la Délégation aux victimes du Ministère de l'intérieur rapporte que 30,7% des auteurs se sont suicidés (43 hommes, 1 femme), et 11,2% des auteurs ont tenté de se suicider (13 hommes, 3 femmes) [60].

2.1.4 *La santé des femmes*

Dans cette population suicidante, les femmes sont majoritaires et surreprésentées par rapport à la population martiniquaise. Concernant la santé sexuelle et reproductive :

- 40% (N=18) de ces 45 femmes rapportent des difficultés en lien avec la reproduction (Interruption Volontaire de Grossesse, Interruption Thérapeutique de Grossesse, fausse couche, mort subite du nouveau-né, grossesse extra utérine, hypo- ou infertilité). Plus précisément, 12 ont vécu une Interruption Volontaire de Grossesse, sachant que 7 d'entre elles ne se sont pas prononcées sur cette question sensible, dans le contexte des urgences.
- Rappelons que 42,2% (N=19) de ces 45 femmes rapportent des antécédents d'agressions sexuelles ; et que le biais de sous-déclaration est ici également majeur.
- Si l'on croise ces informations, on obtient que 62,2% (N=28) de ces femmes sont concernées par un problème de santé sexuelle ou reproductive.

Nous avons entendu les difficultés en lien avec la grossesse dans une assertion large. Si seulement 2 situations suicidaires sont déclarées en lien direct avec une problématique liée à la santé reproductive dans notre échantillon, nos résultats suggèrent l'importance de spécifier et d'étudier plus en détails les liens entre la souffrance psychique et la santé sexuelle et reproductive des femmes en Martinique, dont on peut espérer des bénéfices secondaires concernant la prévention du suicide. En particulier, la question de l'IVG pourrait être une interface intéressante, sachant que près d'une femme sur deux y aura recours dans les DOM au cours de sa vie [123].

Nous avons déjà évoqué la question des violences faites aux femmes en Martinique [27], avec des prévalences de femmes victimes d'agressions sexuelles dans l'espace public (5,7%) et dans le couple (7,6%) dans les 12 derniers mois, toutes deux beaucoup plus élevées en Martinique qu'en France métropolitaine. Selon l'étude réalisée au Centre de crise du CHU de Martinique, 42% des femmes hospitalisées rapportent des antécédents d'agressions sexuelles, ce qui coïncide tout à fait avec nos résultats [69]. Selon le baromètre Santé 2010 de l'INPES, les facteurs associés à la survenue de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois chez les femmes sont les violences

subies : les violences sexuelles au cours de la vie (OR=2,7) et les violences non sexuelles au cours des 12 derniers mois (OR=2,7) [15].

D'une manière générale, il s'agirait donc d'ouvrir à la santé globale des femmes et à leurs places dans la société. Le baromètre santé INPES nous indique d'ailleurs que chez les femmes, la situation d'inactivité au sens large apparaît propice à la survenue de pensées suicidaires, alors que chez les hommes seule la situation de chômage l'est.

Parmi les 15-75 ans, les femmes s'avèrent près de deux fois plus nombreuses que les hommes à recourir aux médicaments psychotropes. Elles sont aussi diagnostiquées dépressives nettement plus souvent que les hommes [123]. Un document de l'INSEE de 2007 sur les « Martiniquaises d'hier et d'aujourd'hui » [51] rapporte une situation précaire des femmes, plus vulnérables que les hommes sur le marché du travail ; d'autant plus qu'avec 39% de familles monoparentales, c'est la femme qui dans 9 cas sur 10 s'occupe seule des enfants. Le lien avec l'Union des Femmes de la Martinique est alors obligatoire.

Cette réflexion est à mettre en lien avec les inégalités sociales de santé, ou encore avec les approches intersectionnalistes en santé publique ; ceci dépasse nos compétences d'exercice mais ouvre des pistes intéressantes.

2.1.5 Les demandeurs d'asile et personnes en situation de précarité administrative

Ce sous-groupe est totalement absent de notre travail. Et pourtant.

L'exil social et culturel, la précarité socio-économique et les trajectoires souvent traumatiques de ces personnes en font un groupe à risque sur le plan psychique, notamment en ce qui concerne le psycho-traumatisme et le suicide [51]. Les causes de limitation d'accès aux soins sont nombreuses et connues (économiques, culturelles, linguistiques, policières, etc.).

Selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA), les DOM sont la troisième zone d'accueil de demandeurs d'asile après l'Île de France et Rhône-Alpes [136]. Les haïtiens constituent la plus forte communauté de demandeurs d'asile en France, et dans les DOM plus spécifiquement (99% des demandeurs d'asile en Martinique). Les demandes d'asiles atteignaient le nombre de 2764 en 2010. Nous n'avons pas de données concernant les personnes en situation de précarité administrative en Martinique, c'est à dire sans titre de séjour sur le territoire français.

Aller à la rencontre de ces personnes s'avère nécessaire mais compliqué en l'absence de Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) dans les DOM, et le lien avec le secteur associatif est une piste à considérer (Exemple : ASSOKA, Asosyasion solidarité Karaïb, partenaire de Migrants Outre-Mer). Les demandeurs d'asiles et personnes en situations de précarité administrative ne constituent pas le seul groupe spécifique que l'étude POSTA n'atteint pas. Nous tenions à les rendre visibles ici, les deux auteurs de cette thèse ayant réalisé en commun un stage d'externat au COMEDE en 2011 (CH Kremlin-Bicêtre, Dr VEISSE). L'absence d'autres groupes, tout aussi importants, a déjà été évoquée plus haut et sera discutée dans les limites de l'étude.

2.1.6 L'information de la population et la déstigmatisation de l'accès aux soins

Si la majorité de cette population, plutôt jeune, n'a pas de contacts réguliers avec le système de soins physiques, plus de 2/3 de ces patients suicidants (N=47) ont déjà été directement en contact avec le système de santé mentale. Cette rencontre avec la psychiatrie pourrait également avoir été indirecte, puisque 51,5% (N=34) signalent des antécédents psychiatriques dans la famille, ce qui apparaît comparable avec les résultats en population générale avec 48% des martiniquais enquêtés qui rapportent avoir ou avoir eu dans la famille un « fou », un « malade mental » ou un « dépressif » [118]. Pourtant, sur les 90 patients admis aux urgences pendant la période d'inclusion, 20 décrivaient des idéations suicidaires sans avoir réalisé de tentative de suicide, tandis que 70 étaient passés à l'acte.

Nous l'avons déjà évoqué plus haut, il y a un enjeu d'information de la population générale sur l'existence des dispositifs d'accueil et de prise en charge de la souffrance psychique, et l'implication de la médecine scolaire et de la médecine du travail est à ce titre recommandée [53]. Des actions comme la « journée mondiale de la prévention du suicide » du 10 septembre, ou encore la « semaine d'information en santé mentale » en mars, sont l'occasion de sensibiliser et d'informer la population. Le lien partenarial avec les associations d'usagers et de familles est un autre vecteur à saisir. D'autres interventions peuvent également être davantage ciblées sur des groupes spécifiques à risque (exemple des adolescents). Cette information peut également cibler des dispositifs psychiatriques particuliers et des missions méconnues du grand public : nous avons déjà parlé plus haut de l'importance que soit diffusée l'information d'une consultation du psycho-traumatisme disponible en Martinique, ou encore de l'existence d'un centre de crise et des types de problématiques qu'il permet de travailler.

La revue de littérature internationale conduite par l'INPES [155] rapporte que concernant l'information du public, celle-ci doit être couplée avec une prise en charge et une offre de soins, être conduite à un niveau local et informer non pas directement sur la prévention du suicide (exemple au Québec) mais sur les facteurs de risque, en l'occurrence la dépression (exemples au Japon et à Nuremberg).

Quand l'information est connue, reste le problème de la stigmatisation, transversal à l'ensemble du champ de la santé mentale, et les médecins généralistes interviewés nous ont expliqué leurs difficultés à composer avec les représentations sociales de la psychiatrie dans leurs stratégies de prise en charge des patients suicidants, notamment dans le lien avec les secteurs psychiatriques. Les enquêtes de représentations en population générale, tant en France métropolitaine qu'aux Antilles, font émerger une distinction [16, 118, 160]. D'un côté, le fou et le malade mental constituent deux figures liées aux actes violents (envers soi et envers les autres) et transgressifs (notamment sur le plan sexuel ; viol, inceste), le plus souvent marquées par l'incurabilité, selon l'enquête SMPG réalisée en Martinique en 2000. Plus spécifiquement, le fou est identifié comme celui qui délire et hallucine à l'extrême, le malade mental comme quelqu'un de déficient intellectuel, d'attardé, qui peut aussi délirer et halluciner. En 2013 en Guadeloupe, l'enquête SMPG rapporte les mêmes tendances ; le malade mental est lié à la violence (contre soi

pour 42%, contre les autres pour 38%), au délire (45%), au déficit intellectuel (45%). De l'autre côté, le dépressif est vu notamment comme quelqu'un qui tente de se suicider ou qui pleure souvent, mais aussi comme quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherchant à être seul, ou encore comme quelqu'un d'anxieux. Le dépressif est perçu comme mieux intégré, pouvant guérir, et souffre de représentations moins négatives que les deux autres catégories. Celui qui tente de se suicider est ainsi perçu comme dépressif par environ 80% des interviewés, tant en France métropolitaine qu'en Martinique. A noter cependant que celui qui est violent envers lui-même est perçu comme dangereux par plus de 80% des personnes enquêtées, reflétant une nouvelle fois toute l'ambivalence qui entoure le phénomène du suicide.

L'accès aux soins en santé mentale souffre donc de représentations sociales encore largement négatives. L'enquête SMPG réalisée en Guadeloupe en 2013 met en évidence des représentations que l'on retrouve également en France métropolitaine et en Martinique : « le psy, c'est pour les autres ». En termes de trajectoires de soins, si un proche semble souffrir psychologiquement, 63% des personnes interrogées l'envoient vers un spécialiste de la santé mentale ; en revanche si elles se retrouvent elles-mêmes dans une telle situation (sachant que 34% des enquêtés ont présenté ou présentent des troubles psychiques), 40% vont voir leur médecin généraliste, 36% vont voir des amis. Ainsi, si 32% des personnes interrogées en Martinique en 2000 présentent ou ont présenté au moins un trouble psychiatrique, 61% n'avaient pas le sentiment d'être malades au moment des troubles, et 28% n'ont rien fait pour tenter d'améliorer leur état. Le recours aux traitements traditionnels (soins magico-religieux, guérisseurs, quimbois,...) n'était rapporté que dans 3% des cas, ce qui est possiblement sous-évalué du fait de la méthodologie de l'enquête SMPG. A ce sujet, une méthodologie qualitative pourrait enrichir nos représentations de ces pratiques traditionnelles.

2.1.7 La prise en charge des patients par les médecins généralistes

En prévention primaire, sur les 20 généralistes interviewés, les trois quarts commencent par évaluer la situation. Cinq généralistes sur vingt préfèrent ne pas prendre du tout en charge ces patients, et redirigent systématiquement vers des spécialistes. Presque un tiers des médecins généralistes prennent en charge eux-mêmes les patients à risque suicidaire, ce qui est comparable aux pratiques métropolitaines [70, 97].

Les méthodes d'évaluation de ce risque sont très variables d'un praticien à un autre, et l'on sent bien à travers les témoignages les difficultés ressenties et les peurs associées. Dans une étude sur les pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires en métropole, plus de trois quarts des médecins considéraient comme difficiles le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire [70].

Même si l'on sait que poser la question de l'existence ou non d'idées de suicide à un patient peut réduire l'angoisse corollaire, le patient étant invité à exprimer ses troubles [61, 94], les médecins de notre échantillon ont les mêmes difficultés qu'en métropole à aborder clairement le propos. Dans les pays de la Loire, il n'y a pas de différence significative entre médecins formés et

médecins non formés à la question du suicide concernant « le fait de ne pas oser aborder le sujet du suicide avec les patients » [133].

Pour ce dernier résultat, on peut faire l'hypothèse que ce type de difficulté relève de ressorts plus profonds, plus personnels, et est de ce fait moins susceptible d'être résolu par une formation, ces dernières étant en général plutôt axées sur les savoir-faire.

Les médecins généralistes ayant participé à l'étude épidémiologique coordonnée par l'ORS de Normandie [50] avaient dans la plupart des cas recours aux traitements médicamenteux (88,4 % dont 80 % en association avec d'autres mesures). Dans notre échantillon, sans pouvoir vraiment chiffrer, il semble y avoir la même tendance, lorsque le patient n'est pas directement orienté vers un spécialiste, et que le risque suicidaire est faible. Par contre, lors de risque élevé, les patients seront redirigés et la médication sera souvent laissée aux spécialistes.

Dans le document « *Crise suicidaire et médecine Générale, rappel des 5 points clefs de la conférence de consensus de 2000* » publié en 2008 [94], il est stipulé clairement que la prise en charge de ces patients ne peut relever d'un seul professionnel et nécessite une intervention pluridisciplinaire. Il est donc bien clair que le rôle du médecin traitant n'est pas de supporter seul la responsabilité de son évaluation et de sa prise en charge. Il se doit d'orienter et si possible coordonner, cependant en pratique, beaucoup de situations ne permettent pas ce travail en équipe.

2.1.8 La formation des médecins généralistes et des autres professionnels

Concernant les adressages des patients, nous avons vu que 60% arrivent par les pompiers, le SAMU ou par ambulances privées. Une fois aux urgences, 38% des patients suicidaires et suicidants nécessitent une prise en charge avec surveillance somatique, plus ou moins lourde (de la zone de soins de courte durée à la réanimation) ; d'autant que 18% des patients rapportent des antécédents de maladie chronique et/ou grave, et que 36% utilisent des médicaments à visée somatique, hors psychotropes. Tout ceci confirme la nécessité de l'évaluation somatique aux urgences, et plus globalement le caractère pluri-professionnel de la trajectoire de soins de ces patients.

Les médecins généralistes ne semblent que peu adresser directement les patients aux urgences médico-psychologiques, mais notre étude ne permet pas de connaître leur éventuelle intervention en amont. Les médecins généralistes interviewés ont exprimé leur réticence à orienter leurs patients vers les équipes du CHU, du fait du passage obligatoire par les urgences et l'impossibilité de faire des admissions directes ; ils seraient pourtant nombreux à souhaiter des avis et des relais spécialisés, et les réseaux avec le privé semblent plus évidents en ce qui concerne la question du suicide.

Parmi les médecins interviewés, plus de la moitié d'entre eux souhaitent participer à des formations sur la thématique du suicide. Seulement 3 sur les 20 avaient déjà réalisé une formation.

Les médecins métropolitains sont très demandeurs de formation médicale continue dans le domaine du suicide [70]. En Basse Normandie, une formation sur ce thème est estimée nécessaire par 74% des praticiens [50]. En pays de la Loire, Un médecin sur deux a déjà suivi une formation en matière de repérage et de prise en charge du risque suicidaire. Les besoins de formation des médecins généralistes de la région restent importants, puisque près de 30 % d'entre eux ne s'estiment pas suffisamment formés [133]. Une étude menée par les ORS dans cinq régions (Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Bretagne) montre qu'«aussi bien à l'hôpital qu'en médecine libérale, il existe une demande de formation très importante. Elle concerne les médecins mais aussi les personnels paramédicaux et sociaux [38].

La revue de littérature internationale de l'INPES [155] a montré que la formation des médecins généralistes est également efficace pour la prévention du suicide, à condition d'être répétée et généralisée.

L'expérience de Götland (relatée par la HAS [1]), île de Suède où les taux de suicide étaient importants et supérieurs à la moyenne nationale, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation des médecins généralistes. L'étude de Götland a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est possible et efficace en termes de morbidité et de mortalité. Dans le cadre d'un programme spécifique de formation des médecins généralistes de l'île de Gotland, on a retrouvé 2 ans après la mise en place de ce programme :

- Une diminution des suicides de 60 % ;
- Une consommation d'antidépresseurs en augmentation de 52 % sur l'île de Gotland, (augmentation de 17 % en Suède sur la même période) ;
- Une diminution de la prescription de benzodiazépines et de neuroleptiques de 25% comparée à la moyenne suédoise ;
- Une diminution de 50 % des consultations en psychiatrie ;
- Une diminution de 85 % des consultations pour état mélancolique ;
- Une diminution de 50 % des congés maladie dus à la dépression.

Une analyse coût/bénéfice de ce programme a également révélé une balance très fortement excédentaire en faveur du programme [10, 157]. Il est aussi à noter qu'à la suite de cette étude, une seconde a été réalisée 3 ans plus tard pour évaluer l'expérience à moyen terme. Les taux de suicide étaient revenus pratiquement au niveau comparable précédant les formations. Les auteurs concluent que les formations dispensées aux médecins généralistes doivent être réalisées de manière périodique (tous les 2 ans), afin que l'effet escompté soit pérenne [156]. D'autres travaux internationaux ont confirmé l'efficacité de la prise en charge de la dépression en médecine générale [1].

Concernant la dépression, elle expose à un risque de suicide 20 fois supérieur à celui de la population générale [81]. La prévention du suicide passe donc par une meilleure reconnaissance et

prise en charge thérapeutique de la dépression en médecine générale. Verger et al. ont ainsi observé une augmentation du taux de détection des idées suicidaires par les médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation continue sur la dépression [171]. Mann et al. Considèrent quant à eux la formation continue des généralistes comme l'une des deux méthodes les plus fiables (avec la restriction de l'accès aux moyens létaux) pour prévenir le suicide [106].

De nombreux programmes de formation à destination des médecins généralistes [142, 151] préconisent d'associer, aux initiatives cliniques et médicales, des activités de réseaux et des services associatifs ainsi que des permanences téléphoniques pour soulager les problèmes psychosociaux et réduire ainsi la dépression des patients. Cependant, s'il paraît nécessaire à tous de développer de tels réseaux, encore faudrait-il une certaine réciprocité d'échanges : on peut en effet être surpris de constater que le médecin traitant n'est que très rarement contacté (moins de 10% des cas en métropole [70]) par le médecin hospitalier ou les travailleurs sociaux pour prendre en charge un patient suicidaire. La construction d'un réseau nécessite une confiance réciproque de la part des partenaires. La satisfaction n'en sera que plus importante et le résultat meilleur pour les patients.

2.1.9 Le travail en réseau de santé mentale et les interventions communautaires

La revue de littérature internationale de l'INPES [155], reprise par l'ONS, rapporte que les interventions visant à faire participer en réseau l'ensemble des acteurs, professionnels ou non, à différentes actions de prévention du suicide combinées semblent efficaces. L'efficacité des actions apparaît améliorée lorsque l'information sur leur existence est connue de tous, le signalement de personnes en crise suicidaire pouvant provenir d'un large spectre de personnes formées. Ainsi, l'efficacité s'accroît lorsque les interventions ne reposent pas sur le seul secteur sanitaire mais aussi sur les secteurs sociaux et médico-sociaux.

Soulignons donc l'importance à la fois du travail en réseau de santé mentale, et partant, de la formation des acteurs non spécialisés. Outre les intervenants de l'urgence et les médecins généralistes, citons la médecine scolaire, la médecine du travail, mais aussi un certain nombre de travailleurs sociaux et d'acteurs associatifs (usagers, familles,...). Rappelons que la seconde proposition du CESE [53] consiste en la promotion des dispositifs d'alerte de la crise suicidaire ; sensibilisation des proches, mobilisation et formation des professionnels notamment les médecins généralistes, augmentation des moyens alloués à la médecine scolaire et à la médecine du travail. La création de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) pourrait constituer des interfaces adaptées entre usagers, professionnels et élus locaux. L'ONS consacre ainsi une partie de son premier rapport aux interventions dites communautaires de prévention du suicide, à savoir des interventions combinant différents types d'actions par opposition à des actions isolées, et visant à

coordonner un grand nombre d'acteurs de divers secteurs ainsi qu'à mettre en place des politiques de prévention à différents niveaux en partant du niveau local.

Finalement, nous avons abordé l'importance des temps de formation et d'échanges en éthique de la santé et du soin, seule capable de garantir une sollicitude et une responsabilité soignante à l'égard des patients. C'est d'autant plus important ici que l'on traite de comportements voire de pathologies d'une part fortement stigmatisés dans l'entourage et la communauté, d'autre part souvent en lien direct avec les conditions de vie socio-économiques (précarité, isolement, ...). Les enjeux d'anonymat sont également importants, sur un territoire insulaire et densément peuplé. Il s'agira enfin pour les professionnels d'être à l'aise avec les discussions concernant l'autonomie des patients, le consentement aux soins et le respect des libertés, largement mobilisées dans le cadre du suicide et de sa prévention.

2.2 En prévention secondaire

Les données de la littérature sur la prévention du suicide sont abondantes pour la prévention primaire et la prévention tertiaire mais pauvres pour la prévention secondaire. Cela tient au fait que les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner : ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents, lorsqu'ils existent ils se manifestent par des signes peu spécifiques et permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition [1].

2.2.1 *Les médecins généralistes : acteurs de première ligne en difficulté.*

Nous avons vu que les médecins généralistes martiniquais sont directement confrontés aux tentatives de suicide. Les médecins restent pour plus de la moitié d'entre eux en difficulté face aux patients présentant un risque suicidaire sans passage à l'acte. Lorsqu'il a eu lieu, tous les généralistes interviewés s'accordent pour dire qu'une orientation spécialisée est absolument nécessaire, ce qui est en accord avec les recommandations de la HAS [1], et son récapitulatif de 2008 à destination des généralistes [94]. En métropole, le médecin généraliste peut rencontrer des difficultés pour orienter les patients qu'il a identifiés comme étant à risque suicidaire. Ces difficultés peuvent être liées à sa pratique, sa connaissance du patient, à l'offre et l'utilisation du système de soins, variables selon le lieu d'implantation du médecin généraliste [151]. Dans nos résultats, il y a en Martinique les mêmes problèmes d'accès aux différents professionnels de santé mentale, que ce soit en ambulatoire ou bien en structure hospitalière. Il s'agit de la revendication première et

principale, la difficulté ne se situant pas seulement dans la capacité à avoir un rendez-vous rapidement, mais aussi dans le fait de réussir à avoir un avis spécialisé téléphonique. Une étude métropolitaine étudiant les difficultés des généralistes pour orienter les patients à risque suicidaire [6] corrobore les mêmes problèmes. La relation entre les médecins généralistes et les psychiatres est rendue compliquée par la difficulté et la pauvreté des échanges d'informations. Les psychiatres sont décrits comme difficiles d'accès et peu enclins à partager les informations. Les médecins généralistes se sentent isolés et dépourvus des informations qui leur semblent pourtant nécessaires pour prendre en charge et suivre les patients. Quelle que soit la démarche adoptée, le patient revient souvent vers son médecin généraliste qui peut se trouver mis en difficulté. D'après l'ORS de Bourgogne [119], on retrouve les mêmes difficultés de compréhension et de communication entre médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie.

Néanmoins, ces difficultés sont nettement dépendantes de facteurs individuels, puisqu'au sein d'un même secteur psychiatrique les relations sont décrites comme faciles pour un médecin généraliste et compliquées pour un autre. Les raisons en sont multiples. Certaines ne sont pas spécifiquement liées à cette spécialité : par exemple, les problèmes de démographie médicale en Martinique où le nombre de psychiatres libéraux est très faible. Quelques nouvelles installations ont d'ailleurs été d'une grande aide pour les médecins généralistes. Il y a tout de même 6 médecins sur 20 qui se sont organisés pour se créer des réseaux personnels et informels, qui semblent efficaces.

L'étude à partir des données des ORS de 5 régions de France [38] retranscrit les mêmes attentes que les médecins généralistes interviewés en matière de coordination, de liens, d'articulation entre les prises en charge. Elles concernent les relations généralistes-spécialistes, mais aussi les relations ville-hôpital.

D'après une étude sur les pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires [70], le développement de réseaux formels ou informels est une des tâches à laquelle les professionnels de la santé mentale devront rapidement s'atteler s'ils souhaitent une participation active et indispensable des médecins généralistes à la prise en charge des conduites suicidaires.

2.2.2 Le lien ville – hôpital

En métropole, plusieurs études montrent que la plupart des patients hospitalisés pour tentative de suicide sont orientés par les généralistes [50, 70, 94].

Dans notre étude, les médecins généralistes ne semblent que peu utiliser ce système de prise en charge, puisque seuls 2 patients ont été adressés par leur médecin traitant. Toutefois, nous n'avons pas les moyens de savoir si le médecin généraliste est intervenu et de quelle façon, dans l'adressage via les pompiers, ambulanciers ou SAMU ; de même les situations pour lesquelles un tel médecin a informé le service des urgences par téléphone ou par courrier médical n'ont pas été notifiées. Du côté des médecins interviewés, la plupart orientent les patients vers une structure hospitalière, sauf certains qui ont facilement accès aux quelques psychiatres libéraux.

Trois médecins travaillent avec le secteur hospitalier privé, la structure étant la clinique privée de l'Anse Colas. Comparativement à certaines régions de métropole, l'orientation vers une clinique privée est assez élevée, sans doute du fait de la pauvreté et de la méconnaissance des autres réseaux existants. Mais l'étude de format qualitative n'est pas adaptée à ce type de comparaison.

Les autres médecins orientent les patients vers les urgences du CHU, souvent avec un courrier et un accompagnant. Cette orientation est parfois réalisée en dernier recours, du fait de la problématique déjà évoquée d'un accueil commun sans réel lieu d'accueil individualisé. Les retours nous montrent que les représentations des médecins généralistes ne travaillant pas avec les équipes du CHU sont assez négatifs. La structure hospitalière semble difficile d'accès, et les personnels de santé mentale injoignables.

Par contre, les retours des médecins généralistes qui ont l'habitude de travailler avec le CHU sont globalement positifs, avec des courriers et compte-rendus d'hospitalisation, des retours qui sont assez rares dans cette spécialité, que ce soit dans notre étude ou en métropole [6]. Le point restant gênant est une grande difficulté à l'obtention d'une hospitalisation directe en service. Nous avons aussi constaté que le numéro direct mis à disposition des professionnels pour avis psychiatrique 24H/24 n'est connu que de 5 généralistes sur 20, dont 3 qui ont eu recours à une formation sur le suicide dispensée par les équipes du Pr JEHEL. Seulement 2 d'entre eux utilisent ce numéro en première intention.

Comme nous l'avons vu dans les résultats, la première revendication des médecins généralistes est d'avoir accès à un avis spécialisé, ce qui est aussi le cas en métropole [70]. Il y a donc une importance majeure à rendre ce service téléphonique à la fois connu et réellement efficace, avec des avis pratiques, qui permettraient plus facilement l'accès à l'hospitalisation directe en service adapté.

2.2.3 Des lieux d'hospitalisation adaptés

Les urgences médico-psychologiques sont un lieu de passage et d'instabilité. Les patients y transitent seuls pour 2/3 d'entre eux, dans un état psychique marqué par une forte symptomatologie anxieuse (83% de symptomatologie anxieuse potentiellement significative à l'HAD) et dépressive (53% de diagnostic d'épisode dépressif majeur à l'HAD). Le transitoire peut parfois durer, et près d'un tiers des patients suicidants passeront au moins une nuit dans les box dédiés à la psychiatrie. Nous avons constaté une tendance à médio-centrer l'évaluation de la crise suicidaire aux urgences, pouvant refléter le potentiel évolutif difficilement prévisible de près d'une situation sur deux. Si l'on rapporte un recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour 60 à 68% des patients, l'évaluation psychiatrique initiale pourrait ainsi justifier d'un taux d'hospitalisation allant de 72% à 85%, compte tenu de l'offre de soins actuelle (en particulier de l'absence d'équipe mobile de crise). Dans plus de la moitié des cas, c'est le Centre de crise du CHU de Martinique qui assure la prise en charge. Nos données sont concordantes avec ce que rapporte l'InVS de l'analyse des données du réseau Oscour, avec 63% des passages aux urgences pour tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation entre 2007 et 2011 [40].

La revue de littérature internationale conduite par l'INPES [155] concernant les méthodes de prévention efficaces stipule qu'une prise en charge médicale effective, directement dans la structure d'accueil ou à l'extérieur, permet d'obtenir des résultats positifs. Si les résultats des études analysées sont contrastés, il semble néanmoins que les prises en charges efficaces soient celles qui engagent directement un recours au soin pendant et après une tentative de suicide. Une revue de littérature ciblant l'engagement dans les soins après une tentative de suicide a mis en évidence l'efficacité des interventions brèves sur les lieux mêmes des services d'urgence [102]. Cela dépend donc du contexte local de l'offre de soins ; détaillons cette idée.

Le centre de crise, implanté au sein même du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitman), présente l'avantage de déstigmatiser le recours à l'hospitalisation temps-plein pour les patients et les familles. De plus, par les présupposés théoriques dans lesquels il se situe (intervention systémique et thérapies brèves), ce lieu d'hospitalisation propose des hospitalisations courtes, ce qui semble adapté aux caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide [40] : 89% des hospitalisations ont duré moins de 5 jours, entre 2004 et 2011. Si le recours à l'hospitalisation n'est pas le seul moyen permettant d'effectuer un travail de crise, l'étude POSTA est intervenue dans un contexte où les ressources humaines et matérielles ne permettaient que difficilement la mise en place d'actions multifocales et pluridisciplinaires de prévention du suicide, telles qu'espérées par les stratégies internationales et nationales. Nous n'avons certes pas spécifiquement notifié l'utilisation de consultations post-urgences, proposées par certains psychiatres des urgences médico-psychologiques. Se pose alors la question des places disponibles et des conditions d'accueil permettant en pratique de proposer et de réaliser un tel travail de crise auprès des patients suicidaires et suicidants de Martinique. Se pose également la question de la formation et de la constitution d'une équipe transdisciplinaire suffisamment large en termes de ressources humaines et de compétences, pour assurer des prises en charges diversifiées, dans l'objectif final d'éviter le recours systématique à l'hospitalisation, coûteuse sur le plan économique, stigmatisante et isolante sur le plan communautaire.

Cette perspective de soins directement intégrés dans la cité est importante à considérer. Citons ici les expériences innovantes sur le secteur 59G21 (Lille Est) et de l'équipe intersectorielle ERIC (service mobile d'urgence, hôpital Charcot, Plaisirs), ayant abouti à ce que l'hospitalisation soit une alternative de prise en charge, la majorité des interventions étant réalisées directement au domicile des patients. Rappelons qu'en Martinique l'équipe EMRIC a travaillé en ce sens.

2.2.4 La prise en compte des proches et des familles

Les facteurs contextuels de la crise suicidaire mis en avant par les patients ont souvent un rapport direct avec l'entourage : conflits conjugaux, ruptures sentimentales, deuils, sont parmi les plus rapportés aux urgences et à 6 mois, tandis que les conflits familiaux (autres que conjugaux) émergent notamment à 6 mois. L'enquête SMPG réalisée en 2000 en Martinique a montré que lorsque les personnes ayant présenté des troubles ont entrepris des démarches pour tenter d'améliorer leur état, il a surtout été question d'aide ou de conseil des proches (59% des cas), bien avant la prise de médicaments (34%). Nous avons ainsi insisté sur les rôles de la famille et du

couple, où pourrait se jouer en dernier lieu cette crise suicidaire. D'autant plus qu'au plan familial, 27,3% de cette population (N=18) ont déjà été confrontés au phénomène suicidaire ; 12 dans le cadre de tentatives de suicide de parents au premier degré, 6 pour suicides de parents au premier degré. Pourtant, bien que 72,7% (N=48) des patients ont le sentiment de disposer habituellement d'un étayage social et/ou familial suffisant, ils transitent seuls aux urgences pour près de 2/3 d'entre eux (N=41). Dans les 6 mois, nous avons constaté que la perception de la densité de l'étayage social a tendance à se modifier pour 53% (N=27) des patients interrogés au rappel.

Dans l'étude martiniquaise de 2008 [149], les auteurs rapportent que pour les 245 patients suicidants évalués, la demande de consultation émanait principalement de la famille (68,7%) et le lieu du passage à l'acte le plus fréquent était le domicile (82%).

Que l'environnement familial et amical soit identifié par les patients comme aidant ou au contraire comme participant aux difficultés contextuelles de crise, on constate que la crise suicidaire a une dimension collective et induit en retour des retentissements sur l'entourage des patients. Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [120] parle de la nécessité de développer la postvention. Notre travail n'évalue pas l'implication effective des proches et des familles dans les prises en charge, mais cette dimension doit être prise en compte. C'est par définition la vocation d'un travail de crise, que d'apporter une vision systémique de la crise suicidaire, ce qui implique la possibilité de recevoir et de mener des entretiens avec les proches et les familles. L'implication des familles est ainsi recommandée par l'association européenne de psychiatrie [174]. Encore une fois le lien avec le médecin de famille ou tout autre intervenant socio-sanitaire habituel est fondamental [56].

En cas de suicide, la Fédération Française de Psychiatrie a publié des recommandations concernant les modalités d'aide et de soutien à l'entourage endeuillé [71], marqué par la culpabilité, la stigmatisation sociale, et parfois le psycho-traumatisme. La FFP affirme que l'évaluation clinique des endeuillés est indispensable, et que les professionnels intervenant au contact des endeuillés après suicide (exemple des pompiers, de la police, du Samu, ...) doivent bénéficier de sensibilisation et de formation.

Une étude sur « l'impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant » [168], avait pour objectif secondaire la mesure de l'impact en terme de stress traumatique et de détresse psychique, de la tentative de suicide sur les proches du suicidant ayant été confronté à la scène suicidaire. Ils rapportent que 19% des proches se déclarent « moroses » à 12 mois, parmi lesquels 72% présentent un psychotraumatisme à 12 mois. Ainsi, si l'état de santé des proches s'améliore globalement à 12 mois, les auteurs insistent sur la nécessité d'évaluer les proches des patients suicidants y compris à distance de l'événement. Une étude nord-européenne avait déjà fait des constatations similaires, rapportant que la moitié des proches interrogés à 1 an de l'événement aurait souhaité avoir une assistance professionnelle de préférence rapidement après la tentative de suicide de leur proche, et que si la majorité des proches allaient bien, ce n'était pas le cas pour un sous-groupe [105].

2.3 En prévention tertiaire

2.3.1 *Continuité des soins : suivi des patients suicidaires et suicidants et système de veille*

Cette population suicidante se compose presque à 50% (N=32) de patients ayant réalisés plus d'une tentative de suicide au cours de leur vie. Le taux de réitérations d'idéations suicidaires à 6 mois est de 47% (N=24), le taux de réitération de tentative de suicide à 6 mois est de 11,7% (N=6). Dans le sous-groupe de patients suicidaires (IDS avec antécédent de tentative de suicide) à l'inclusion et ayant répondu au rappel, 40% (N=4) des patients ont rapporté de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois et 20% (N=2) des patients ont réitéré un geste suicidaire, alors même qu'ils avaient été admis aux urgences sans être passé à l'acte.

L'analyse multivariée met en évidence une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 0,2 ($p=0,0078$, IC95% : 0,06-0,7) par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. Un nombre croissant de gestes suicidaires semble être un facteur de risque de nouveau passage à l'acte suicidaire dans cet échantillon. D'autant plus que n'étaient pas inclus les patients admis pour idéations suicidaires sans antécédent de tentative de suicide, ce qui aurait encore plus majoré la différence entre les deux groupes.

De plus, nous avons constaté une persistance à 6 mois de la difficulté contextuelle de crise ; bien qu'elle ne fasse pas crise sous la forme d'un passage à l'acte suicidaire, elle est à comprendre comme un processus qui agit déjà en amont de la crise, et qui s'étale encore dans les 6 mois du passage aux urgences, pour quasiment 2 tiers de notre échantillon.

Pour autant, pour les 32 à 40% de patients qui retournent à leur domicile suite à l'orientation des urgences médico-psychologiques, dans 81% des cas le suivi est proposé mais non-organisé.

Plusieurs généralistes suivent les patients au décours d'un passage aux urgences pour tentative ou idéations suicidaires, d'abord en s'assurant qu'il y a une prise en charge spécialisée, quitte à les réorienter le cas échéant. Certains médecins généralistes nous ont fait part de leurs difficultés à prendre en charge ces patients. À travers des réponses aux enquêtes métropolitaines réalisées par les ORS de 5 régions différentes [38], il semble que leur rôle, tant au moment de la tentative de suicide que dans la prise en charge ultérieure, reste souvent flou par rapport aux services d'urgence comme par rapport aux prises en charge spécialisées en psychiatrie. Les généralistes se sentent par ailleurs démunis et en difficulté face aux personnes ayant effectué plusieurs tentatives. Certains généralistes ne font pas de réelle prise en charge au décours d'une tentative et préfèrent s'appuyer sur les structures existantes, beaucoup pointant par exemple les délais de rendez-vous sur les CMP, qui semblent non adaptés.

Ainsi, quasiment 50% (N=24) des patients ne seront pas suivis à 6 mois, sachant que nous avons perdu de vue 15 patients, non joignables par téléphone à 6 mois, ainsi que leurs proches de confiance. L'InVS nous apprend pourtant que s'il y a ré-hospitalisation pour réitération suicidaire (ce qui est le cas de 20% des patients hospitalisés pour tentative de suicide), ce sera dans les 6 mois pour une personne sur deux [40].

Pour au moins 75% de ces situations de rupture des soins, il y aurait matière et possibilités d'améliorations. D'une part, 21,15% (n=11) des patients de l'échantillon de rappel ont prétexté un manque d'intérêt qu'ils y percevaient, ce qui nous a fait poser l'hypothèse d'une alliance thérapeutique initiale insuffisante, à prendre au sens large du fait que les raisons puissent être multiples et indécidables dans le cadre de ce travail (caractéristiques psychopathologiques, complexité de la problématique, spécificité du travail aux urgences, faible expérience de l'interne, manque de temps, stigmatisation de l'accès, etc.). D'autre part, 13,7% (N=7) disent ne pas avoir accédé aux soins du fait d'un manque d'information ou d'une contrainte directe d'accès aux soins (horaires incompatibles, manque de place disponible en consultation, renoncement aux soins pour raisons financières).

Cela pose d'une part la question de la continuité des soins et du suivi de ces patients. Dans une revue de littérature de suivi de cohortes de patients après tentative de suicide, la mortalité par suicide est estimée à 1,6% à un an, 3,9% à 5 ans de suivi [34]. Le maintien d'un contact avec des personnes à risque de réitération suicidaire, surtout s'il est proactif et « humain », fait partie des trois interventions reconnues particulièrement efficaces au terme d'une revue de littérature internationale conduite par l'INPES [155], et son organisation ne devrait pas être laissée à l'initiative des patients. D'autant qu'une étude danoise entre 1992 et 2010 a mis en évidence le moindre risque de réitération de geste suicidaire et de mortalité générale chez les suicidants bénéficiaires d'une thérapie psychosociale par comparaison avec les suicidants n'en ayant pas bénéficié. Cette même étude a montré un effet protecteur pour le suicide d'un suivi à long terme [66].

Ce suivi doit donc s'inscrire dans la durée et comporter une dimension personnelle et relationnelle. Les effets (intérêts et limites) d'un système d'envoi de lettres ou de cartes postales [14, 35, 125], de la remise d'une carte ressource indiquant un numéro d'appel joignable 24h/24 [67], d'un système de recontact téléphonique [166], ou encore d'un système d'envoi de SMS [19, 20], ont été ou sont en cours d'évaluation par des essais contrôlés randomisés ces 15 dernières années. Il s'agirait de se saisir de ces initiatives, voire d'en créer de nouvelles.

Le dispositif ALGOS regroupe sous forme d'algorithme de veille, plusieurs dispositifs déjà évalués séparément (cartes ressources, appels téléphoniques, cartes postales). Cette étude multicentrique (23 centres en France) a permis d'inclure 1055 patients, quittant directement les urgences ou hospitalisées moins de sept jours au décours d'un geste suicidaire. Elle a mis en évidence un taux de conduites suicidaires plus faible au plan statistique avec le système de veille, par rapport à une prise en charge classique (simple transmission au médecin traitant) ; plus précisément, le dispositif ALGOS a impacté non pas le nombre de patients récidivants, mais le nombre de récurrences chez les patients ayant réitérés un geste [169]. Désormais, la région Nord-Pas-de-Calais s'est dotée d'un dispositif régional de veille post-hospitalière pour les patients suicidants. Le dispositif Vigilans maintient effectivement un contact personnalisé au moins 6 mois après le geste suicidaire.

Nos résultats suggèrent de ne pas se limiter aux patients ayant réalisé un geste suicidaire, mais d'inclure dans la même problématique les patients sollicitant une consultation pour des idées suicidaires, en particulier ceux ayant au moins un antécédent de tentatives de suicide. Il

semblerait effectivement que ce soit l'occasion à saisir pour diminuer la probabilité de survenue d'une réitération, et le nombre de ces réitérations, augmentant alors les chances de voir ces patients accéder aux soins sans être passés à l'acte, comme le suggère la régression logistique à la comparaison selon le motif d'admission.

Rappelons de nouveau la nécessité de travailler à une stratégie de prise en charge en lien avec les médecins généralistes, les différents secteurs psychiatriques de la Martinique ainsi qu'avec les professionnels du privé, pour un maillage suffisamment protecteur en prévention tertiaire du suicide pour les patients. Enfin, il serait important d'associer différentes stratégies dans une dynamique algorithmique. A ce titre, les envois de SMS simplifieraient peut être le maintien du secret et la non stigmatisation plutôt que l'envoi de carte postale, dans un contexte antillais socialement dense et familial.

2.3.2 L'éducation thérapeutique : alliance et psychoéducation

L'analyse multivariée met en évidence une corrélation positive entre un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie et le fait d'être admis aux urgences sous la forme d'idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 17 ($p=0,0011$, IC95% : 3,1-95,4) par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. L'hospitalisation en psychiatrie semble ainsi être un facteur protecteur de passage à l'acte suicidaire, pour les patients avec antécédent de tentative de suicide, ayant modifié sensiblement la façon qu'ils ont eu d'interagir avec leurs symptômes au sein de leurs milieux de vie, les incitant à se protéger et à demander des soins.

La force de ce chiffre est cependant à relativiser, puisqu'étaient inclus d'un côté des patients primo-suicidants (avec moins de chance d'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie), et que n'étaient pas inclus de l'autre côté les patients décrivant des idéations suicidaires mais sans antécédent de tentative de suicide (eux-mêmes ayant moins de chance de rapporter de tels antécédents). Ceci ayant pu contribuer à majorer le poids de l'antécédent d'hospitalisation dans le sous-groupe des patients suicidaires par contraste avec le sous-groupe de patients suicidants.

Ce résultat nous semble mettre en exergue la force de la rencontre et de la prise en charge soignantes, et nous fait poser l'hypothèse de la place de la psychoéducation mais aussi l'hypothèse de la place de l'alliance thérapeutique ; les patients n'étant pas passés à l'acte mais venus consulter en urgence. Notre travail ne permet toutefois pas de repérer à quel niveau se situe cette alliance, n'ayant pas notifié les personnes ayant adressé les patients aux urgences. Les résultats univariés vont dans le sens d'un étayage soignant pour les patients se présentant aux urgences sans être passés à l'acte. Ils rapportent plus d'antécédent de suivi psychothérapeutique (25/53 vs 12/13, $p=0,003$), plus de lien avec le médecin traitant à 6 mois (23/53 vs 10/13, $p=0,01$), et plus de traitements à 6 mois (18/53 vs 10/13, $p=0,001$).

Il est possible que cet étayage soignant soit le signe d'une intensité clinique plus importante de ce sous-groupe de patients, faisant poser l'hypothèse de particularités cliniques pour expliquer ce mode de consultation (ce qui n'est pas exclusif des hypothèses précédentes, les efforts de psychoéducation et d'alliance thérapeutique pouvant se porter avec plus d'attention sur les

patients jugés les plus graves). Ainsi, ils sont trouvés plus souvent consommateurs avec abus ou dépendance ($p=0,02$). De plus, ces patients se caractérisent par une plus forte association avec les antécédents familiaux de tentative de suicide ($p=0,04$) et avec les antécédents psychiatriques familiaux ($p=0,05$).

Ces éléments évoquent des problématiques chroniques, dont le mode d'admission aux urgences pour idéations suicidaires plutôt que pour tentative de suicide pourrait marquer un tournant. Il semblerait d'autant plus important de s'en saisir qu'à 6 mois, 40% ($N=4$) de ces patients ont rapporté de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois, 20% ($N=2$) ont réitéré un geste suicidaire.

Ces particularités cliniques évoquent également la gravité, ce qui apparaît plus paradoxale. Ainsi, ces patients sont plus corrélés à la catégorie élevée de l'évaluation du risque suicidaire, tant aux urgences ($p=0,007$) qu'à 6 mois ($p=0,0004$) ; ils sont également associés à des scores en moyenne plus élevés à la sous-échelle de dépression de l'HAD à 6 mois ($p=0,02$). Autre paradoxe : cette gravité clinique ne serait pas tant marquée par la répétition des passages à l'acte, et nous avons mis en évidence à la régression logistique une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 0,2 ($p=0,0078$, IC95% : 0,06-0,7) par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. La répétition des passages à l'acte ne serait pas le mode d'expression de la souffrance de ce sous-groupe de patients.

Ce résultat serait ainsi à confirmer et à étayer, mais nous pouvons néanmoins affirmer qu'il montre une tendance à l'importance de l'alliance thérapeutique et de la psychoéducation en prévention des passages à l'acte suicidaires : deux caractéristiques importantes qui se jouent dans le soin, tant lors de la prise en charge aux urgences que pour le suivi des patients. A noter que l'impact de l'éducation thérapeutique sur la prévention du suicide ne fait pas partie des actions qui sont ressorties de la revue de littérature internationale de l'INPES. De nombreuses études y font pourtant référence.

L'étude réalisée en 2000 en Martinique [159] auprès des patients du secteur Nord Atlantique a mis en évidence à la régression logistique une corrélation négative entre la compliance au traitement et l'antécédent personnel de tentative de suicide ($OR=0,51$, $p=0,03$), montrant indirectement l'importance de la psychoéducation et de l'alliance.

Pour comprendre la vulnérabilité au suicide et approcher sa dimension familiale, des études s'intéressent aux parents de premier degré de personnes décédées par suicide. Par exemple dans une récente étude canadienne, il a été mis en évidence un lien entre capacité décisionnelle et comportement suicidaires : par comparaison avec un groupe de personnes sans antécédents familiaux au premier degré de suicide, les parents au premier degré de personne décédées par suicide ont une capacité décisionnelle altérée [87]. Plus précisément, ces personnes ont tendance à faire des choix risqués privilégiant des solutions qui apportent un bénéfice à court terme malgré des risques élevés, plutôt que des solutions à long terme plus sûres. Elles ont aussi du mal à identifier les solutions alternatives face à un problème. Les choix désavantageux pouvant alors jouer au moment de la crise suicidaire, comme tout au long de la vie, renforçant les facteurs de stress qui interagissent avec cette vulnérabilité. En revanche, ces personnes ont développé des

capacités à contrôler leurs pensées. Les auteurs estiment ainsi pouvoir développer des formes de thérapies cognitivo-comportementales ciblées sur la prise de décision pour protéger ces personnes. Les thérapies cognitivo-comportementales sont d'ailleurs recommandées pour le traitement des patients suicidants par l'Association Européenne de Psychiatrie [174]. Constatons que notre sous-groupe de patients venus consulter pour idéations suicidaires semblent parfaitement s'intégrer dans ce profil, vulnérables par leurs antécédents familiaux, mais étant néanmoins venus consulter aux urgences sans être passés à l'acte, montrant leurs capacités à contrôler leurs pensées plutôt que la répétition des passages à l'acte.

Ce travail stratégique concernant la survenue d'idéations suicidaires devrait être fait avec tous les patients, avec une précaution particulière pour ceux avec un diagnostic de troubles psychotiques. Une méta-analyse de l'association entre idéations suicidaires et suicide ultérieur parmi des patients porteur soit d'un trouble psychotique soit d'un trouble de l'humeur, a effectivement mis en évidence une plus forte prédiction dans le cas des troubles psychotiques (OR=6,45) que dans le cas des troubles de l'humeur (OR=1,49) [42].

Pour autant, l'insight du trouble pourrait être dangereux pour les patients, concernant le risque suicidaire. Une revue de littérature a récemment cherché l'association entre trouble mental et comportement suicidaire, mettant en évidence une faible mais significative association [172]. Tout ceci ne faisant qu'appuyer la nécessité de l'étayage soignant.

2.4 L'impact médico-économique

Rappelons ici l'ensemble des données nous permettant de discuter des aspects médico-économiques, ou comment système de santé et système économique interagissent concernant la question du phénomène suicidaire ; autrement dit, quel est le coût économique du suicide, mais aussi quel est le coût sanitaire de la difficulté socioéconomique et de la précarité ?

Nous avons déjà évoqué plusieurs fois qu'il s'agit d'une population précaire, avec une nette surreprésentation d'individus percevant le RSA ou étant bénéficiaire de la CMU Complémentaire. Pour rappel : quasiment 1 individu sur 2 (45%) de cet échantillon bénéficie de la CMU-C, 1 personne sur 3 bénéficie du RSA (33%).

Nous avons aussi évoqué une population cliniquement en souffrance. L'analyse descriptive des résultats à l'inclusion et à 6 mois nous a fait soulever les hypothèses d'une augmentation de la circulation et de la consommation de traitements psychotropes, d'une augmentation des diagnostics psychiatriques catégoriels et d'une augmentation de la sévérité et/ou de la chronicité de ces mêmes diagnostics ; à mettre en lien avec les données concernant l'Allocation Adulte Handicapée puisque pour rappel nous avons déjà noté une surreprésentation de personnes percevant cette aide avec 9,8% de cet échantillon, par rapport à la répartition en population générale. De plus, un tiers de l'échantillon a déclaré être en Affection Longue Durée pour motif psychiatrique.

Nous avons pu constater une très nette augmentation des difficultés financières rapportées à 6 mois, avec près d'un patient sur deux concernés (47%, N=24) dans notre échantillon de rappel.

Concernant l'évolution des revenus disponibles, 39% (N=20) estiment avoir subi une baisse dans les 6 mois suivant la crise suicidaire, parmi lesquels : 50% des inactifs (hors étudiants et retraités), 43% des actifs au chômage et 43% des actifs ayant un emploi. En termes de catégories socioprofessionnelles, les professions intermédiaires (66%, N=4) et les employés (50%, N=7) apparaissent les plus en difficultés sur le plan économique. De même, 18% (N=12) des patients ont vécu une perte d'emploi en amont ou au décours de la crise suicidaire. En moyenne, dans les 6 mois suivants le passage aux urgences pour crise suicidaire, une période de quasiment 1 mois d'hospitalisation est utilisée dans cet échantillon. En moyenne, dans les 6 mois suivant le passage aux urgences pour crise suicidaire, plus de 2 mois prendront la forme d'un arrêt de travail, c'est-à-dire d'une inactivité économique professionnelle.

Au total, ces résultats nous décrivent une population déjà précaire sur le plan socioéconomique, pour qui la crise suicidaire va avoir un effet de renforcement, en partie par l'inactivité économique et professionnelle au décours, voire la perte d'emploi. Mais aussi une population déjà cliniquement sévère, dont la crise suicidaire est un pallier, un signe supplémentaire d'objectivation de la souffrance psychique et sociale, et va avoir de même un effet de renforcement, ce qui peut impliquer économiquement une augmentation de la circulation et de la consommation de psychotropes, une majoration des moyens employés avec des hospitalisations plus longues, un allongement des durées de suivi et de traitement à long terme avec possibles mises en ALD, voire passage dans la sphère du handicap psychique avec l'AAH.

Pour de nombreux patients, la crise suicidaire s'inscrirait dans une trajectoire déjà précarisée, et semble renforcer cette précarisation tel un processus, alors même que nos résultats ne ciblent et n'évaluent que trop vaguement l'effet sur les plus fragilisés : les perdus de vue, les chômeurs, les individus sans activité professionnelle. Il semble donc y avoir un lien systémique écologique, entre l'amplification de la problématique psychiatrique et économique, à travers la crise suicidaire. Dit autrement, dans un contexte martiniquais déjà marqué par la précarité socioéconomique (voir les taux de chômage et de pauvreté évoqués dans l'introduction), la souffrance psychique et la précarité économique individuelles semblent s'amplifier, causes et conséquences l'une de l'autre, ce que la crise suicidaire vient révéler. Ainsi parmi les données récoltées au rappel téléphonique, seule la diminution des revenus disponibles dans les 6 mois (5 vs 15 ; $p=0,0205$) permet de distinguer de façon statistiquement significative les patients en situation de réitération du geste suicidaire par rapport aux patients primo-suicidants. A noter que notre travail manque de puissance statistique pour établir des relations causales et reste à un niveau écologique et systémique. La notion de « trajectoire » apparaît ici opportune ; dans un récent rapport d'études de la DREES, comparant les personnes âgées de 40 à 59 ans déclarant avoir eu des idées suicidaires dans les 2 semaines, avec les personnes du même âge ne déclarant pas de telles idées, les auteurs rapportent que ce mal-être s'inscrit « dans des carrières spécifiques ». Les personnes déclarant des idées suicidaires passent plus de temps hors de l'emploi, sont moins satisfaites de leur parcours professionnel et ont des sentiments exacerbés sur la place du travail dans leur vie [57]. Discutons ainsi de cette circularité entre l'économique et le psychiatrique, pour étayer notre commentaire.

Concernant le coût économique du suicide. Les premiers résultats des études médico-économiques en France nous informent sur le coût du suicide et des tentatives de suicide [39]. Cette évaluation comprend deux catégories de coûts : les coûts formels sont liés à la prise en charge des suicides et des tentatives de suicide par le système de santé ainsi que les autres dépenses publiques liées aux coûts médicaux légaux, aux interventions de la police et des pompiers, mais aussi aux indemnités journalières des suicidants ; les coûts informels sont liés à la perte de productivité engendrée par les suicides et les tentatives de suicide pour la victime et ses proches. Le coût des suicides et des tentatives de suicide est ainsi estimé à 5 milliards d'euros par an en France.

Une étude sur « l'impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant » [168], a mesuré auprès de 171 ménages l'impact médico-économique du suicide au cours des 12 mois suivants l'acte en comparaison des consommations de soins d'un échantillon apparié issu des enquêtes IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en population générale. Les auteurs mettent en évidence une augmentation de la consommation de médicaments d'un facteur 2,37 à 12 mois, soit un coût de 323 millions d'euros par an lié aux effets du suicide sur l'entourage.

Concernant le coût sanitaire (sur la santé mentale et le suicide) de la crise économique. Le risque de l'inactivité professionnelle et du chômage quant au suicide est documenté, nous l'avons évoqué plus haut [48], ce qui apparaît majoré en période de crise. Comme indiqué dans le baromètre santé 2010 [15], une diminution constante du taux de suicide a été enregistrée entre 1987 et 2008 ; de 24,1 décès / 100 000 habitants entre 1985 et 1987, le taux de suicide est descendu à 16,4 / 100 000 habitants entre 2006 et 2008. Dès la fin des années 2000, il a au contraire été constaté une tendance à la hausse des tentatives de suicide entre 2005 et 2010 : de 0,3% au cours des 12 derniers mois à 0,5% au cours des 12 derniers mois, parmi les 15-75ans. ($p=0,09$). L'InVS, dans son bulletin épidémiologique de janvier 2015, publie que pour une augmentation de 10% du taux de chômage, le taux de suicide tous sexes confondus a augmenté significativement de 1,5% (IC95% : 0,7-2,3). Cette association reste significative uniquement chez les hommes avec une augmentation de 1,8% (IC95% : 0,9-2,7), en particulier les hommes de 25-49 ans avec une augmentation de 2,6% (IC95% : 1,3-3,9) [75]. Leur modèle statistique a permis d'estimer à 584 (IC95% : 234-886) le nombre de suicides en excès attribuable aux variations du taux de chômage pendant la période 2008-2010, par rapport au nombre de suicides attendu si le taux de chômage était resté stable à partir du dernier trimestre 2007. Au niveau international, une étude a estimé à 4983 l'excès de suicides entre 2008 et 2011 en lien avec le chômage [129]. Il a de même été constaté une augmentation des taux de mortalité par suicide dans certains pays européens, en lien avec la crise de 2008 [164] et la montée du chômage [165]. Les hommes et les personnes en âge de travailler sont là encore davantage touchés par une hausse du nombre de suicides lorsque le taux de chômage augmente [9, 41, 103]. L'ONS a consacré une revue de littérature aux effets de la crise de 2008 sur le suicide et sur la santé mentale, qui élargie et confirme ces tendances, établissant que les pays ou les régions où l'augmentation du chômage a été la plus importante connaissent l'augmentation la plus forte de suicides, mais regrettant néanmoins « le manque de travaux sur les canaux par lesquels la crise impacte le suicide » [131].

Des hypothèses sont proposées : la dégradation des relations maritales par les difficultés financières, l'anxiété liée aux prêts immobiliers notamment pour les hommes, ... Ainsi, les études s'intéressant plus globalement aux effets sur la santé mentale montrent également une détérioration suite à la crise de 2008.

Toujours selon le rapport de l'ONS, il n'existe pas de données fiables sur les suicides liés au travail en France. En particulier, il n'est pas possible à l'heure actuelle de quantifier les suicides en liens avec le travail, ni même ceux survenus sur un lieu de travail. Par ailleurs, les connaissances épidémiologiques sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires sont encore insuffisantes. Il s'agira d'être attentif à ces évolutions. Une voie de recherche a ainsi été particulièrement mise en avant par l'ONS : l'impact des évolutions actuelles du travail et des politiques managériales sur le risque de suicide. La causalité entre suicide et travail est une thématique qui doit par ailleurs être développée d'un point de vue juridique. A noter qu'en 2014, le tribunal administratif de Poitiers a reconnu le lien entre le suicide d'un policier survenu en 2004, et son travail ; il s'agit là d'une des premières décisions d'imputabilité du suicide au service. D'autre part, les troubles psychiques pourraient à l'avenir être considérées comme des maladies professionnelles.

Pour conclure, l'effet du suivi des suicidants serait à analyser plus précisément, et devrait être en pratique transdisciplinaire entre acteurs du sanitaire et du social, pour permettre une meilleure analyse et une réorientation de ces circularités médico-économiques. Comme le fait remarquer le sociologue Nicolas HEINCKES, « *les personnes concernées cumulent aujourd'hui des formes de vulnérabilités sociales et psychologiques qui rendent difficiles la compréhension des dynamiques en jeu : qu'est ce qui, du processus pathologique lui-même, des conditions qui ont pu favoriser son émergence, ou de ses conséquences sur le plan social, est déterminant pour le statut de ces personnes ?* » [86].

3 Profils de patients

Nous avons ici cherché à identifier et présenter deux profils de patients pouvant objectiver des données importantes concernant la prise en charge des patients suicidaires et suicidants, et la prévention du suicide en Martinique. Si les biais sont importants (notamment pour de si petits effectifs), l'objectif est de permettre la discussion concernant de potentielles tendances.

3.1 Qui sont les perdus-de-vue à 6 mois ?

Rappelons ce que nous avons déjà identifié, concernant les 15 perdus de vue :

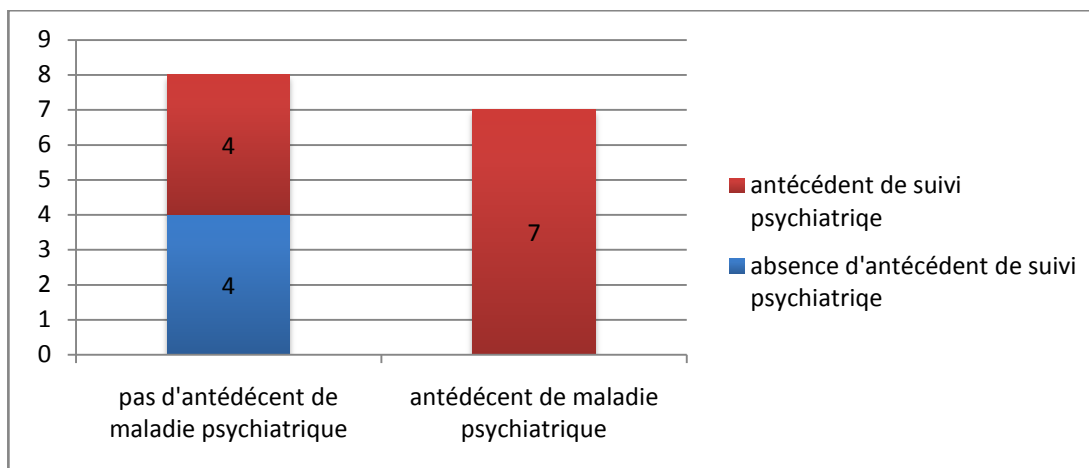
- **plus d'1 patient sur 3 estimés à risque suicidaire « élevé » aux urgences sera perdu de vue dès 6 mois**, réalisant ainsi le plus fort taux de perte par catégorie de RUD, alors même qu'ils avaient tous été hospitalisés.

- **2 patients sur 3 perdus de vue présentent un risque suicidaire « moyen » à « élevé », et qu'il s'agirait d'en suivre l'évolution au plus près.**

A ces données s'ajoute le fait que **73% (N=11/15) des patients perdus-de-vue ont déjà été suivis sur le plan psychothérapeutique, ce qui est supérieur à l'ensemble de notre échantillon (56%, N=37/66)**. En revanche, une proportion similaire de patients perdus-de-vue rapportent des antécédents psychiatriques.

Mais à y regarder plus près, aucun autre élément administratif, socioéconomique, médical, clinique ou d'orientation, ne ressort notablement distinct du reste de cette population suicidante. Ces 15 patients semblent même en proportion plus nombreux à déclarer un étayage suffisant (80% versus 72,7%).

Figure LVI - Antécédents de suivi et de maladie psychiatrique chez les perdus-de-vue



Si perdus-de-vue par l'étude POSTA n'implique pas perdus-de-vue par le système de soin, et si le tiers de ces patients évalué à risque suicidaire faible aux urgences peut avoir trouvé dans son environnement social les moyens de faire face à la crise suicidaire, ces remarques nous incitent à considérer les perdus-de-vue comme les patients parmi les plus en difficulté, les plus en souffrance, ne parvenant pas à bénéficier des suivis psychothérapeutiques et à changer leur situation individuelle. Dans une perspective de prévention du suicide, ces patients méritent quoiqu'il en soit d'être considérés comme tels par les soignants qui avancent forcément dans l'incertitude, comme à l'aveugle des limites précises de leurs fonctions soignantes et de leurs responsabilités éthiques à l'égard de ces personnes. Se trouvent probablement là les patients les plus complexes à accompagner, à comprendre, à soigner.

3.2 Quels patients se sont améliorés et stabilisés à 6 mois ?

Il s'agit là des 16 patients qui sont passés d'un RUD moyen ou élevé à un RUD faible au rappel. Ces patients semblent se distinguer des autres par 4 éléments.

Premièrement, ces 16 patients s'avèrent **moins précaire** par rapport au reste de notre échantillon de patients suicidants.

Deuxièmement, ces 16 patients se disent **plus entourés**, tant à l'inclusion aux urgences qu'au rappel à 6 mois. Leur étayage a eu plus tendance à augmenter ou à rester stable dans les 6 mois de la crise suicidaire, comparativement au reste de notre échantillon.

Troisièmement, ces 16 patients ont passé **moins de temps en arrêt de travail**, avec une durée moyenne de 59 jours versus 86,5 pour le reste de notre échantillon.

Quatrièmement, ces 16 patients ont été en proportion **plus nombreux à être suivis au décours du passage aux urgences**. Néanmoins on constate que la moitié des patients initialement suivis ne le sera plus à 6 mois, tandis que parallèlement aucun des autres patients n'interrompra le suivi à 6 mois. Nous pouvons donc constater **une tendance à l'arrêt précoce des suivis**, dont l'origine est indécidable dans le cadre de notre travail (sentiment d'amélioration rapide des patients, moindre inquiétude des soignants, hasard,...).

Il semblerait que les patients ayant le mieux profité du système de santé mentale dans la traversée de leur crise suicidaire, sont des patients plus avantagés sur le plan de l'étayage social et du niveau socioéconomique, mieux suivi initialement mais avec une tendance à l'arrêt précoce du suivi, et ayant nécessité des durées d'arrêt de travail moins longues, ce qui pourrait renforcer encore leur avantage social et économique. Ces 4 éléments sont tous modifiables et améliorables, par des décisions politiques et par l'implication active des soignants dans le suivi et la veille des patients suicidaires et suicidants.

Figure LVII - Comparaison de l'étayage initial et à 6 mois, chez les 16 patients les plus améliorés par rapport aux autres

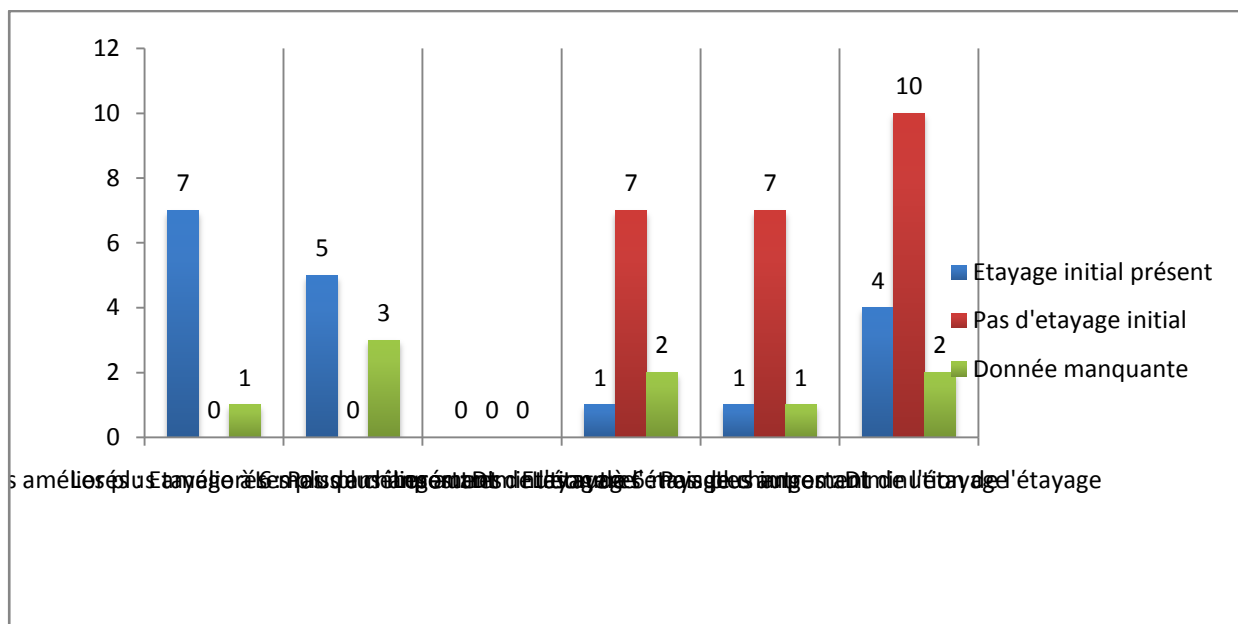
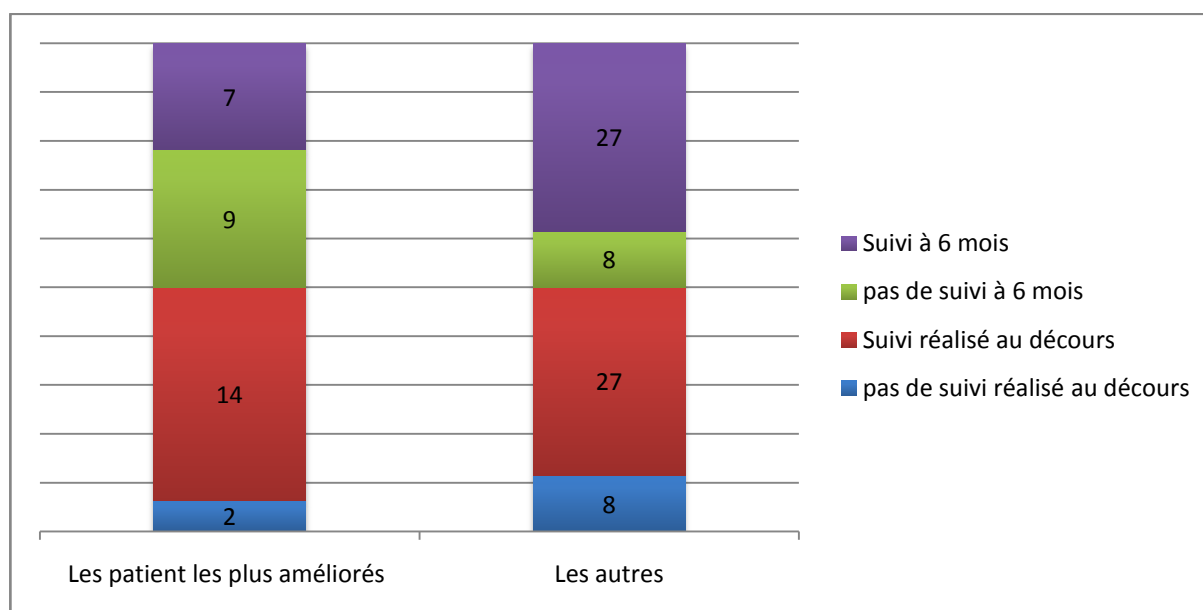


Figure LVIII - Comparaison de l'évolution du suivi psychiatrique



4 Les biais et limites de l'étude POSTA

Pour le versant quantitatif, notre travail repose sur une étude statistique principalement descriptive, manquant de puissance pour la partie analytique : comme on l'a vu pour le résultat de la comparaison entre les primo-suicidants et les récidivants, l'antécédent d'agression sexuelle est un facteur de risque connu de conduites suicidaires, mais le niveau de R^2 jugé faible nous empêche de pouvoir conclure pleinement. Un recrutement sur une année entière permettrait d'avoir un nombre de patients suicidaires et suicidants conséquent et suffisant pour permettre des analyses statistiques plus robustes. Les résultats descriptifs seraient eux-mêmes plus intéressants, nous permettant notamment de faire des comparaisons systématiques selon le sexe et l'âge, mais aussi selon les différentes caractéristiques sociales et économiques (mode de vie, situation par rapport à l'emploi, ...).

En outre, un tel recrutement permettrait d'avoir des chiffres de prévalences d'admission plus valides et plus fiables. Effectivement, nos estimations reposent sur une généralisation sur l'année de données obtenues en deux mois.

Le lieu de recrutement est monocentrique, ce qui constitue une faiblesse pour l'enregistrement des tentatives de suicide sur le territoire martiniquais. Outre les autres lieux et

acteurs de l'urgence, les professionnels de premier recours devraient être impliqués pour avoir une estimation la plus proche de la population générale.

Notre mode de recrutement est généraliste, ce qui a pu nous faire manquer certaines populations spécifiques à risque (détenus, demandeurs d'asile, minorités sexuelles, ...). Précisément, notre travail excluait les adolescents, et aucune coordination n'a été faite avec le travail du Dr CARMELO, réalisé la même année chez les 11-18 ans.

Concernant les recueils de données, il s'agit en majorité d'un recueil déclaratif, dont les biais peuvent être nombreux selon les items (consommations, traitements, antécédents diagnostic psychiatriques, ...). Nous n'avons pas utilisé d'outil diagnostic standardisé (tel le Mini Internationale Neuropsychiatric Interview), ni d'outil validé pour le recueil des événements à potentiel traumatique (tel le Trauma History Questionnaire), mais les urgences demeurent un lieu inadapté à ce type d'investigations. Nous n'avons pas contacté les médecins et/ou psychiatres traitants depuis les urgences pour connaître avec certitude les antécédents et les traitements, même si le logiciel des urgences a été systématiquement utilisé pour rechercher la cohérence de telles informations. Nous n'avons pas pu réaliser les dosages des toxiques, pourtant prévus dans le protocole initial, du fait d'un manque de coordination entre les soignants et d'un manque de matériel disponible pour ce qui est des bandelettes urinaires. D'autres explorations biologiques pourraient être pertinentes pour les prochains protocoles, pour rechercher les stigmates d'une imprégnation alcoolique : Carbohydre Déficier Transferrin (CDT), Volume Globulaire Moyen (VGM), Transaminases (ASAT/ALAT) et Gammaglutamyl-Transpeptidase (Gamma-GT), ainsi que le questionnaire DETA voire le questionnaire AUDIT.

Notre protocole ne prévoyait pas de récolter des informations sur les secteurs d'activités professionnels et les types de contrat de travail, ce qui est pourtant d'actualité en recherche en suicidologie. De plus, nous n'avons pas recueillis d'informations sur les niveaux de salaires, ce qui aurait permis de détailler l'impact médico-économique. Les modes de vie et les situations matrimoniales gagneraient à être mieux spécifiés, bien que les comparaisons avec la population martiniquaise soient difficiles du fait de l'approximation des données INSEE (biais de déclaration administratif pour les personnes en couples mais non mariées, ainsi que les personnes séparées mais non divorcées).

Notre protocole ne permettait pas non plus un recueil de différents modes opératoires de passage à l'acte, et seul le mode jugé principal aux urgences a été notifié. Nous avons distingué les patients primo-suicidants des patients récidivants, mais nos faibles effectifs ne nous ont pas permis de distinguer les patients moyennement récidivants des patients multi-récidivants, ce qui serait pertinent sur le plan psychopathologique.

Finalement, nous n'avons pas les moyens de connaître la survenue de cas de suicides parmi les perdus-de-vue à 6 mois, les personnes de confiance étant de même injoignables.

5 Les points forts de l'étude POSTA

Notre travail nous paraît original et pertinent à plusieurs égards. Tout d'abord, il s'inscrit dans une dynamique nationale et mondiale de prévention du suicide et d'élargissement de la psychiatrie au champ de la santé mentale communautaire. Plus localement, il est le signe d'une volonté de recherche clinique nécessaire pour un lieu universitaire.

Ainsi, il apporte des données à une problématique qui interpelle en Martinique, compte tenu de la sous-mortalité par suicide. Il propose des éléments de discussion à la question de la spécificité de ce territoire en matière de comportements suicidaires.

D'autant qu'en dehors d'une étude non publiée en 2008 par l'équipe de psychiatrie universitaire du CHU de Fort-de-France, les données sur les tentatives de suicide chez les adultes en Martinique sont anciennes.

Ensuite, il associe une méthodologie qualitative à la plus classique méthodologie quantitative depuis les lieux de l'urgence.

Partant, il fait le lien entre la psychiatrie et la médecine générale, ce qui est massivement recommandé dans l'ensemble du champ de la santé mentale. L'association d'un interne en psychiatrie avec un interne en médecine générale traduit déjà cette volonté de transversalité.

Un grand nombre de données ont été recueillies depuis les urgences, par entretien médical, faisant toute la place à la démarche clinique et thérapeutique. Cela nous paraît être une force, même si le corolaire est que nous avons régulièrement des données manquantes pour certains items et certains résultats statistiques.

Le rappel téléphonique des patients à 6 mois apporte de précieuses informations longitudinales sur l'évolution et le suivi de ces patients, avec le système de soins actuel. En faisant intervenir la temporalité dans cette mise à plat descriptive, il permet des descriptions statistiques et des hypothèses de travail importantes (automédication, augmentation de la circulation des psychotropes, péjoration clinique,...). En lui-même, ce rappel est thérapeutique pour les patients, qui s'en sont montrés très majoritairement satisfaits, même s'il intervient tardivement par rapport au passage par les urgences.

Le recrutement des patients suicidaires ayant des antécédents de tentative de suicide permet une comparaison statistique originale entre ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte, et ceux ayant un antécédent de tentative de suicide mais n'étant pas passé à l'acte cette fois-ci.

Enfin, disons que ce travail volontairement généraliste et transversal n'oublie pas la santé publique, dégagant ainsi des perspectives pour la pratique clinique et pour la recherche plus spécifiques (prévention de la dépression, santé des femmes, réfugiés et demandeurs d'asile, psychotraumatisme et agressions sexuelles, circulation des psychotropes, ...). Des méthodologies qualitatives ou mixtes, pourraient permettre de cibler ces axes de recherche, tandis que des

modifications dans l'organisation des soins en Martinique peuvent déjà s'opérer, notamment par le biais de la fiche destinée aux médecins généralistes.

CONCLUSION ET OUVERTURES

Depuis les années 2000, la prévention du suicide fait l'objet de nombreux plans et est officiellement et régulièrement déclarée priorité nationale et mondiale. Nous ne pouvons que nous en réjouir, compte tenu de ce que le suicide engendre de drames humains, de ce qu'il signifie sur le plan sociétal, et des répercussions économiques qu'il engendre notamment pour les pays déjà les plus en difficulté.

Pourtant, notre inquiétude est grande si l'on regarde du côté des évolutions législatives concernant la fin de vie et le suicide assisté. Sur la même période de temps, des rapports et des avis se succèdent (Rapport Sicard, Avis 121 du Comité National Consultatif d'Éthique sur la « fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir »), dans l'objectif d'apporter des modifications à la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Léonetti » (2005). La dernière évolution en date de 2015 introduit ainsi « la sédation profonde et continue » et rend les directives anticipées « contraignantes », renforçant la parole et le choix des patients auprès des équipes de soins palliatifs ou encore de réanimation.

Cette ambivalence doit être comprise sur le plan éthique. Les discussions dans le champ de la fin de vie et du suicide assisté sont à mettre en perspective avec les lois des années 2000 dans le champ plus global de la santé. En particulier, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé met l'accent sur le respect de l'autonomie des patients dans la relation de soin, jusque-là dominée par le paternalisme médical. Si cette évolution est nécessaire, elle nous met face à un paradoxe et nous questionne sur nos valeurs et nos engagements dans le soin.

Ainsi pourrions-nous voir arriver ce qui s'initie déjà dans les pays du Benelux, dont les législations sur l'euthanasie et le suicide assisté sont très similaires, avec des demandes d'euthanasie considérées recevables pour certaines personnes atteintes de troubles mentaux. Si nous amplifions cette tendance, pourrions-nous imaginer voir surgir un droit au suicide assisté non opposable ? Dès lors, comment comprendre son engagement professionnel et éthique auprès des patients suicidants ? Plus globalement, comment se positionner et prendre les risques nécessaires dans la relation de soins auprès des personnes dont l'existence passe par une telle crise ?

Ainsi, en complémentarité avec les éthiques de l'autonomie largement dominantes dans nos sociétés occidentalisées, devons-nous déployer les éthiques de l'hétéronomie pour nous aider à penser non plus seulement l'indépendance mais l'inter-dépendance. Car s'il est fondamental de respecter les choix individuels, il faut dans le même temps être capable d'avoir une intelligence collective, sociétale et systémique des situations. C'est précisément ce que nous semble signifier le virage de la psychiatrie vers la santé mentale, avec sa perspective communautaire et transdisciplinaire, allant vers la discussion citoyenne pour sortir d'une vision qui serait trop uniquement sanitaire des questions de société.

En plus d'être politiquement et philosophiquement juste, elle est scientifiquement efficace. C'est ce que nous nous sommes efforcés de discuter dans ce travail, et c'est sur cette idée que nous souhaiterions conclure l'étude POSTA et nos thèses d'exercice. En ce sens, la mise en place prochaine de l'étude ASPOM est d'excellent augure pour une veille active et communautaire des comportements suicidaires en Martinique, en important l'algorithme ALGOS désormais validé, et en ajoutant l'implication des médecins généralistes. Il s'agira également d'être attentif aux publications des résultats des enquêtes en population générale. D'une part, 2000 martiniquaises et martiniquais ont été interrogés dans le cadre du baromètre santé DOM 2014, qui incorpore des questions sur la santé mentale et le suicide. D'autre part, l'enquête Santé Mentale en Population Générale a permis d'interroger près de 900 personnes en Guadeloupe en 2013, dont l'analyse des larges résultats pourra faire émerger des spécificités antillaises.

En matière de recherche, l'Observatoire National du Suicide et l'Institut de Recherche en Santé Publique ont mis en avant trois axes pour des études quantitatives et qualitatives au carrefour de plusieurs disciplines : l'étude des dispositifs de prévention (pourquoi et comment ils préviennent le suicide ?), l'étude des facteurs de risque et de protection, et enfin la recherche neurobiologique (absente de notre travail de thèse compte tenu de nos objectifs et de nos moyens). Insistons donc encore une fois sur l'importance de développer des études qualitatives, puisque l'ONS recommande des études portant sur les trajectoires de vie, les profils psychologiques et les parcours de soins des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou décédées par suicide. L'ONS recommande également des recherches sur la variabilité entre territoires des tentatives de suicide et du suicide, et des facteurs de risques et de protections associés : en effet, l'identification et la hiérarchisation des déterminants du suicide d'une part, et la connaissance des inégalités sociales et territoriales du comportement suicidaire d'autre part, peuvent s'éclairer mutuellement. Finalement, l'ONS estime que le suicide devrait être un indicateur national et régional des stratégies de santé. De même, le rapport de l'OMS sur la prévention du suicide estime que « *placer l'accent sur les facteurs de protection jettera des bases solides pour l'avenir. Un avenir dans lequel les organisations communautaires offriront leur soutien et une orientation appropriée aux personnes nécessitant de l'aide, les familles et le cercle social renforceront la résilience et interviendront de façon efficace pour aider les êtres aimés* ». Nous rajouterions volontiers qu'il serait important de faire émerger des facteurs protecteurs qui ne soient pas seulement le corolaire positif des classiques facteurs de risque, pour maintenir un haut degré de complexité.

Entre prévention du suicide et suicide assisté, entre espoirs et renoncements, n'est-ce pas cela qui fait du suicide une question paradigmatique de ces évolutions sociétales ? Rappelons-nous que c'est avec le suicide qu'est née la sociologie sous la plume d'Emile Durkheim, qui faisait émerger dès la fin du XIXe siècle l'importance de l'intégration comme protection face au suicide. Selon lui, être intégré signifie non seulement être relié à ses semblables, mais surtout participer activement à ce qui dans une société donnée constitue le foyer de la vie sociale [12]. Poursuivant, il précise que le suicide comme fait social relève d'abord d'une microsociologie familiale, et que la protection dont bénéficie un individu à l'égard du suicide est fonction du nombre et de la

profondeur des relations qu'il noue avec son milieu familial. Les caractéristiques microsociologiques du milieu primaire jouent donc le rôle de médiation entre des forces relevant de la macrosociologie et les passages à l'acte suicidaire. En contexte antillais, comment ne pas prendre en compte l'histoire esclavagiste et coloniale, ce que l'anthropologue Raymond Massé nous incite à déceler à des « niveaux intermédiaires », citant l'exemple du taux de chômage [109]. Certains ont formulé en Martinique l'hypothèse de l'influence des contacts avec la métropole, ce qui pourrait constituer un autre exemple de tel niveau intermédiaire (Slama F. et al.).

« Il y a quelque chose dans le suicide qui dépend, de manière régulière et intelligible, de grandeurs qui caractérisent l'état d'une société » [12]. Quel meilleur terrain d'observation sociologique que la question de la sous-suicidalité aux Antilles françaises pour déceler ce que la socialité antillaise a à nous apprendre de l'inter-dépendance et du vivre ensemble ? Les nombreux travaux socio-anthropologiques qui interrogent la famille antillaise sont déjà des sources de savoirs fondamentales. Un travail qualitatif auprès des familles endeuillées par suicide ou encore auprès des patients suicidants et de leurs proches pourrait fournir des éléments importants plus spécifiques quant à la question de l'intégration familiale et du suicide.

Cette tendance à la sous-mortalité par suicide en Martinique ne doit pas nous faire oublier de maintenir la vigilance, car de nombreux facteurs de risque connus se retrouvent bel et bien dans la population suicidante et apparaissent également de façon marquée dans la population générale martiniquaise. Notre travail fait émerger des pistes de réflexion intéressantes, qui devront être confirmées. En particulier, l'ONS précise que des travaux de recherche restent nécessaires pour mieux connaître le poids des différents facteurs de risque et leurs modalités d'interaction en fonction des individus, du contexte et de la période de la vie. Comment se fait-il que les catégories socioprofessionnelles élevées semblent comparativement moins protégées ? Quels sont les modes de gestion des symptômes anxieux et dépressifs, en l'absence notable du tabac, et quelle place pour les conduites ordaliques ou encore les éléments cliniques projectifs ? Quelles influences du diplôme sur les facteurs protecteurs, dans un contexte précarisé et massivement touché par la crise économique ? Quelles influences du mode de vie seul, en territoire insulaire au tissu social resserré et densément peuplé ? Quid des savoirs religieux et traditionnels ainsi que des solidarités sociales et historiques ? Les Antilles ont certainement beaucoup à nous apprendre sur la protection face au suicide.

EPILOGUE

Dans sa préface à l'ouvrage de Frantz FANON « les damnés de la terre », Jean Paul SARTRE écrit :

« Européens, ouvrez ce livre, entrez-y. Après quelques pas dans la nuit vous verrez des étrangers réunis autour d'un feu, approchez, écoutez : ils discutent du sort qu'ils réservent à vos comptoirs, aux mercenaires qui les défendent. Ils vous verront peut-être, mais ils continueront de parler entre eux, sans même baisser la voix. Cette indifférence frappe au cœur : les pères, créatures de l'ombre, vos créatures, c'étaient des âmes mortes, vous leur dispensiez la lumière, ils ne s'adressaient qu'à vous, et vous ne preniez pas la peine de répondre à ces zombies. Les fils vous ignorent : un feu les éclaire et les réchauffe, qui n'est pas le vôtre. Vous, à distance respectueuse, vous vous sentirez furtifs, nocturnes, transis : chacun son tour ; dans ces ténèbres d'où va surgir une autre aurore, les zombies, c'est vous ».

Ce feu qui éclaire et qui réchauffe nous semble constituer une belle métaphore pour le contexte antillais de « l'intégration protectrice », chère à Emile DURKHEIM, là où d'autres ont décrit la famille antillaise comme un lieu d'identité et de résistance « en pays dominé », pour reprendre les termes de Patrick CHAMOISEAU. Nous pensons de manière analogique à « la théorie du feu de camp » de Maurice HALBWACHS, selon laquelle les groupes sont répartis plus ou moins près du foyer central de la vie sociale. Les valeurs qui alimentent le feu de camp déterminent la position de chaque groupe et de chacun par rapport au foyer central, où la vie sociale est la plus intense, c'est-à-dire la plus intégrée. Robert CASTEL parlera de « désaffiliation », Serge PAUGAM parlera de « pauvreté intégrée, marginale ou disqualifiante », complexifiant le regard trop binaire et économique sur l'exclusion.

Dès lors, comment être réchauffés par ce feu ? N'est-ce pas le plus bel apprentissage de nos internats en psychiatrie et en médecine générale aux Antilles françaises : cette tentative toujours fragile, jamais définitive, d'être à la fois suffisamment proche du foyer central du feu de camp pour s'y réchauffer et pouvoir l'alimenter, et à la fois à distance suffisamment respectueuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : Conférence de consensus. 2000, 31 p.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris : Recommandations pour la pratique clinique. 2002, 13p.
3. Amadeo S., Rereao M., Malogne A., Favro P., NGuyen L.G. Suicides et tentatives de suicide en Polynésie française : résultats de l'enquête START de l'OMS, 2008 – 2010. Bises N°15, mai 2015.
4. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jouglà E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide. Bull Epidemiol Hebdo. 2011 ; 47-48 : 497- 500.
5. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglà E. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et Résultats. 2009 ; (702) : 1-8.
6. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann-Coblentz L., Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine. 2008 ; 4(6) : p. 279-283.
7. Badeyan G, Parayre C, Mouquet MC, Tellier S, Dragos S, Ellenberg E. Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique. Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES), Etudes et résultats 2001 ; 109 : 8 p.
8. Ballon N., Ursulet G., Merle S., Eynaud M., Charles-Nicolas A., Michalon M., Excess of psychoses among the French West Indian population. Can J Psychiatry. 2004 May ; 49 (5): 335-8.
9. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D. Suicides Associated with the 2008-10 Economic Recession in England : Time Trend Analysis. *BMJ*, 2012 Aug 13.
10. Batt A. dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience. ADSP. 2003 ; N°45 : 26.
11. Batt A., Bohec C., Frattini M. Les tentatives de suicide dans la clientèle des médecins généralistes : enquête dans les cantons de nord de l'Ille-et-Vilaine. Observatoire régional de la santé de Bretagne. 1997.

12. Baudelot C., Establet E. Durkheim et le suicide. 1984, PUF, « Philosophies », 2011.
13. Baudelot C., Establet E. Suicide : l'envers de notre monde, Seuil, « Essais », 2006.
14. Beautrais AL., Gibb SJ., Faulkner A., Mulder RT. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt. *Annals of Emergency Medicine*. 2008 ; 51 : 474.
15. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011 ; (47-48): 488-92.
16. Bellamy V., Roelandt JL., Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Études et résultats. DREES 2004 ; 347 : 1-12. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
17. Ben Abdallah F. Les tentatives de suicide à la Martinique. Étude épidémiologique des observations recueillies en 1993. Thèse de doctorat en médecine ; Université de Nancy 1. 1994.
18. Bernal M., Haro JM., Bernert S., Brugha T., de Graaf R., Bruffaerts R., *et al*. Risk factors for suicidality in Europe : Results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007 ; 101 (1-3): 27-34.
19. Berrouiguet S., Alavi Z., Vaiva G., Courtet P., Baca-García E., Vidailhet P., Gravey M., Guillodo E., Brandt S., Walter M. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*. 2014 Nov 18 ; 14 : 294.
20. Berrouiguet S., Gravey M., Le Galudec M., Alavi Z., Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention : a pilot study. *Psychiatry Res*. 2014 Jul 30 ; 217 (3): 154-7.
21. Besnard P. Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle. *Revue française de sociologie*. Le suicide un siècle après Durkheim. 1997 ; 38-4 : 735-758.
22. Bibliomed. Prévalence et reconnaissance de la dépression en médecine générale. *Bibliomed*. 2000 ; 170.
23. Blanchet A. L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens. Dunod (coll « psycho sup »), 1993.

24. Borges G., Nock MK., Haro Abad JM., Hwang I., Sampson NA., Alonso J., et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010 ; 71 (12) : 1617-28.
25. Bosquart O. Prévention du suicide et évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée en médecin générale. Université de Nantes, 2007 ; N°43.
26. Bourgeois ML. Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. *Neuro-psy* 1998, N° spécial, avril: 20-24.
27. Brown E., Lefaucheur N. « L'enquête Enveff-Martinique », *Pouvoirs dans la Caraïbe*, 17 - 2012 : <http://plc.revues.org/862> ; in Brown E., Lefaucheur N., *Pouvoirs dans la caraïbe, genre et violences interpersonnelles à la Martinique*. L'Harmattan 2011.
28. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G., Haro JM., Chiu WT., Hwang I., et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010 ; 197 (1): 20-7.
29. Canetto SS., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998 ; 28 (1): 1-23.
30. Cape J., McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *BMJ* 1999 ; 49:875-9.
31. Cario C., Levesque JL., Bouche G. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. Étude transversale descriptive menée dans une population de médecins généralistes. *Rev Prat* 2010 ; 60 : 24-8.
32. Carmelo D. Les tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans, dans les services d'urgence et de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique, Etude pilote sur 4 mois. Thèse de doctorat en médecine ; Université des Antilles et de la Guyane, 2013.
33. Carney PA. et al. How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J Fam Pract*. 1999 ; 48 (12): 858-64.
34. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non- fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014 ; 9 (2): e89944.
35. 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 ; 331 : 805.

36. Catherine A., Paraire X. Martiniquaises d'hier et d'aujourd'hui : une place grandissante dans la société. Insee, 2007. http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=17464
37. Catu-Pinault A., Velluet L. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale Mise au point théorique et clinique. La Revue Exercer. 2004 ; 70 : 69-74.
38. Cayla F., Gayrard P., Spinosi L., Garros B., Tréhony A. Suicide un bilan pour l'action. ADSP 1999 ; n°26, p. 67-69.
39. Chabaud F., Debarre J., Serazin C., Bouet R., Vaïva G., Roelandt JL. Etude des profils de population selon le niveau de risque suicidaire en France : Enquête « santé mentale en population générale. Encéphale 2010 ; 36, 33-8.
40. Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France.
41. Chang S.-S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 Global Economic Crisis on Suicide : Time Trend Study in 54 Countries. British Medical Journal, 2013 Sept 17.
42. Chapman CL., Mullin K., Ryan CJ., Kuffel A., Nielssen O. Large MM. Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. Acta Psychiatr Scand. 2015 Mar ; 131 (3): 162-73.
43. Charles-Nicolas A. (Sous la direction de). Crack et cannabis dans la Caraïbe. L'Harmattan, 1997.
44. Charles-Nicolas A., Valleur M. Les conduites ordaliques. La vie du toxicomane. Paris : PUF 1982 ; p. 82-99.
45. Chen LP., Murad MH., Paras ML., Colbenson KM., Sattler AL., Goranson EN., Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders : systematic review and meta-analysis. Mayo Clinic Proceedings. 2010 ; 85, 618-629.
46. Chevreul K., Vinet MA., Le Jeannic A., Lefèvre T., Quelen C. Unité de recherche en économie de la santé (URC ECO). Estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009. <http://www.urc-eco.fr/Estimation-du-cout-du-suicide-et>
47. Cochrane-Brink KA., Lofchy JS., Sakinofsky I. Clinical Rating Scales in Suicide Risk Assessment. Gen Hosp Psychiatry 2000 ; 22, 445-451.

48. Cohidon C., Santin G., Geoffroy-Perez B., Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev Epi- démiol Santé Publique. 2010 ; 58 (2) : 139-50.
49. Collectif. Pourquoi la dépression est souvent méconnue en médecine générale ? Bibliomed. 2000 : 172.
50. Collignon A., Lefebvre M., Burnouf L. Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie. Le médecin généraliste face aux tentatives de suicide en Basse-Normandie. Caen, 1998 ; 31p.
51. Comité Médical pour les Exilés (COMEDE), Migrants et étrangers en situation précaire, soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, 2013. http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf
52. Commission Européenne. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. 2008 ; 5p.
53. Conseil économique, social et environnemental, Bernus D. Suicide : plaidoyer pour une prévention active : mandature 2010-2015 – séance du 12 février 2013, Journal Officiel, Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental n°2013-06, 30 janvier 2013 ; 50p.
54. Cornely V., Merle S. Le tabagisme et ses caractéristiques en Martinique en 2003, enquête ESCAL. Observatoire de la Santé de la Martinique. Janvier 2005 ; 17p.
55. Danel T., Vilain J., Roelandt JL., Salleron J., Vaiva G., Amariei A., Plancke L., Duhamel A. Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population. Encephale. 2010 ; 36 : 39-57.
56. De Clercq M. 1997, Urgences psychiatriques et intervention de crise, De Boeck, « Oxalis », 2005.
57. De Riccardis N., Moisy M., Mouquet MC. Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires. Etudes et résultats, DREES 2014 ; 886 : 1-6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er886.pdf>
58. Debout M. Le suicide Ed. Ellipses, collection « vivre et comprendre », 1996.
59. Debout M. Le suicide. Rapport du Conseil économique et social, 1993.
60. Délégation aux victimes, Ministère de l'intérieur, Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2014. <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/84148/616887/file/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014.pdf>

61. Département de Santé Mentale et Toxicomanies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide indications pour les médecins généralistes. Genève, 2001.
http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medecins/fr/
62. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and Suicide attempts in General Medical Illnesses. Arch Intern Med 2000, 160 : 1522-1526.
63. Dubois-Fabing D., Pichon P., Arnevielhe A., Sussillon M.A., Caron B., Saillard F., and al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. Santé Publique 2011/HS (Vol. 23).
64. Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale?. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html>
65. Durkheim E. 1897, Le suicide. Paris, PUF, « Quadrige », 1930.
66. Erlangsen A., Lind BD., Stuart EA., Qin P., Stenager E., Larsen KJ., Wang AG., Hvid M., Nielsen AC., Pedersen CM., Winslov JH., Langhoff C., Mühlmann C., Nordentoft M. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. Lancet Psychiatry. 2015 Jan ; 2 (1) : 49-58.
67. 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, 187 : 186-187.
68. Evans M., et Jehel L. Des violences de l'enfance aux symptômes traumatiques de la femme adulte. la lettre du psychiatre 2013, vol. 9, p. 92-97.
69. Evans M., Vacher E., Lamy S., Seridi H., Jan M., Debien C., Sigward J.-M, Jehel L. First stage in indentifying traumatic profil inpatients hospitalised in psychiatry in Martinique. Sante Ment Que 2014 ; 39 (2): 253-69.
70. Fanello S., Paul P., Delbos V., Gohier B., Jousset N., Duverger P. et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé Publique 2002/3; (Vol. 14), p. 263-273. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-263.htm>
71. Fédération Française de Psychiatrie. Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Paris : Recommandations 2009 ; 32p.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/cd.pdf>

72. Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) Nord-Pas-de-Calais, Plancke L., Amariei A., Clement G. Les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais, une synthèse des données disponibles. 2014 ; 40p. http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/monographie_conduites_suicidaires_bd.pdf
73. Feldman MD., Duberstein PR., Vannoy S., Epstein R., Kravitz RL. Let's not talk about it : suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med* 2007 ; 5 : 412-8.
74. Fonds CMU, Rapport d'activité 2013. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf
75. Gautier A. Baromètre santé médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES ; 2005.
76. Guillard P. La tentative de suicide en Martinique. Thèse de doctorat en médecine ; Université de Bordeaux II 1985.
77. Halbwachs M. 1930, Les causes du suicide. Paris, PUF, « Le lien social », 2002.
78. Hanany E., Pluton J., Merle S. Diagnostic territorial de santé, arrondissement Nord Atlantique. Observatoire de la Santé de la Martinique. Mai 2010 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/diagnostic_territorial_nord_atlantique_mai_2010.pdf
79. Hanany E., Pluton J., Merle S. Diagnostic territorial de santé, arrondissement Nord Caraïbe. Observatoire de la Santé de la Martinique. Mai 2010 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/diagnostic_territorial_nord_caraibe_mai_2010.pdf
80. Hardt J., Bernert S., Matschinger H., Angermeier MC., Vilagut G., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Graaf R., Haro JM., Kovess V., Alonso J. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: results from the ESEMeD study. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1 ; 175 : 168-74.
81. Harris EC., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 205-28.
82. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours (Actualisations). Paris : Recommandations de bonnes pratiques 2014 ; 36p.
83. Hawton K., Arensman E., Wasserman D., Hulten A., Bille-Brahe U., Bjerke T., et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998 ; 52 (3) : 191-4.

84. Hawton K., Van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009 ; 373 : 1372-81.
85. Heckman V., Horiuchi C. Photographie de la prise en charge médicale précédant une intoxication médicamenteuse volontaire. A propos d'une enquête portant sur 215 intoxications admises au CHU de Grenoble. Psychol Med 1994 ; 26 : 1192-1197.
86. Heinckes N. Les nouvelles frontières de la santé mentale. revue Actualité et Dossier en Santé Publique, 2013, Vol.84 : 16-19.
87. Hoehne A., Richard-Devantoy S., Ding Y., Turecki G., Jollant F. First-degree relatives of suicide completers may have impaired decision-making but functional cognitive control. J Psychiatr Res. 2015 Sep ; 68 : 192-7.
88. Horiuchi M., Mallaret M., Heckman V., Debru JL., Guignier M. Une meilleure prévention du suicide par le médecin est-elle possible ? Conc Med 1996 ; 118 : 67-70.
89. Howland R.H. General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia. Int. J Psychiatr. Med., 1993, 23/3, 211-238.
90. INSEE, Enquête emploi 2013 en Martinique ; http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=21043http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=21043
91. Jambou P. Les intoxications aiguës volontaires par antirouille en Martinique. Thèse de doctorat de médecine ; Université de Nice, 1980.
92. Kahn A., Warner H., and al. Symptom reduction and Suicide Risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials. Arch Gen Psychiatry 2000, 57 : 311-317.
93. Kessler RC., Borges G., Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999 ; 56 (7): 617-26.
94. La rédaction de Médecine. Crise suicidaire et médecine générale Rappel des 5 points-clés de la conférence de consensus de 2000. Médecine. 2008 ; 4(6) : p. 265-268.
95. laanani M., ghosn W., Jougla E., Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. bull épidémiol Hebd. 2015 ; (1-2): 2-6. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/1-2/2015_1-2_1.html
96. Lane J., Archambault J., Collins-Poulette M., Camirand R. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de

services sociaux. Québec : Direction des communications ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2010.

97. Le Pont F., Letrilliart L., Massari V., Dorléans Y., Thomas G., Flahaut A. Suicide and attempted suicide in France : results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract.* 2004 Apr ; 54 (501): 282-4.
98. Lebovici S. La dépression suivie par le médecin généraliste. *Atelier de médecine générale* 1982 ; 3 : 39-52.
99. Lepine JP., Godchau M., Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet.* 1985 ; 2 (8469-70) : 1425-26.
100. Lepine JP., Godchau M., Brun P., Lemperiere T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol.* 1985 ; 143(2) : 175-89.
101. Links P. and al. Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician* 1999, 45 : 2656-2660.
102. Lizardi D., Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 2010 ; vol. 61, n° 12 : p. 1183-1191.
103. Lopez Bernal J.A., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M. The Effect of the Late 2000s Financial Crisis on Suicides in Spain : an Interrupted Time-series Analysis. *European Journal of Public Health*, 2013 ; 23 (5), p. 732-6.
104. Luoma JB., Martin CE., Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16.
105. Magne-Ingvar U., Ojehagen A. One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 Sep ; 34 (9): 470-6.
106. Mann JJ., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005 ; 294 : 2064-74.
107. Marquet S. Evolution de la dépression en médecine générale. *Exercer*, 1999, N° spécial, recherche 11-15.
108. Massé R. Détresse créole: ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique. Québec (QC): Presses de l'Université Laval, 2008.
109. Massé R. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sci Soc Sante* 2001 ; 19 (1): 45-78.

110. Maurin L., Bernier M. Des départements d'Outre-mer marqués par les difficultés sociales et les inégalités, Compas Etudes n°9, octobre 2013 ; 8p. http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes9_octobre2013.pdf
111. Maurin L., Mazery V. Les taux de pauvreté des 100 plus grandes communes de France, Compas Etudes n°11, janvier 2014 ; 4p. http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes11_janvier2014.pdf
112. Mendez-Bustos P., De Leon-Martinez V., Miret M., Baca-Garcia E., Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. Harv Rev Psychiatry. 2013 Nov-Dec ; 21 (6): 281-95.
113. Merle S. et al. Enquête CAME : Crack A la Martinique : Etat des lieux. Observatoire de la santé de la Martinique, septembre 2008 ; 66p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_came.pdf
114. Merle S. Le cannabis en Martinique, Observatoire de la santé de la Martinique, 2005 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/cirdd/telechargements/Addictions_Martinique/cannabis_martinique_2005.pdf
115. Merle S., Boudan V., Rosine J. Principaux résultats de l'enquête Alcool en médecine générale. OSM Flash n°28. Observatoire de la santé de la Martinique. Décembre 2001 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_28.pdf
116. Merle S., Chatenay S., Cornely V., Dufeal A., Prada I., Pierre-Louis K. Tendances récentes et Nouvelles Drogues, Rapport 2004 du site Martinique. Observatoire de la Santé de la Martinique, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Novembre 2005 ; 42p. <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/mart04.pdf>
117. Merle S., Rhinan S., Vaissade L. Estimation locale de la prévalence de l'usage problématique de drogues : l'enquête NEMO. OSM Flash n°40. Observatoire de la santé de la Martinique. Juin 2007 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_40.pdf
118. Merle S., Rosine J., Ursulet G. La santé mentale en population générale : images et réalités, OSM Flash n°27. Observatoire de la Santé de la Martinique. Octobre 2001 ; 6p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_27.pdf
119. Millot I., Foglia T., Bokobza Y., Lemery B., Fiet B., Navillon B. Etude en médecine ambulatoire sur les suicides et tentatives de suicide en Bourgogne. Enquête épidémiologique en 3 volets : santé scolaire, médecine du travail, médecine générale. Dijon : ORS Bourgogne, 2001 ; 108p. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/242533/>

120. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 ; 96p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme national d actions contre le suicide de 2011-2014-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_de_2011-2014-2.pdf)
121. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 ; 42p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)
122. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane, Approche statistique du suicide. 2008. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/suicides971-2007-2.pdf>
123. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014 ; 55p. [http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite Femmes Hommes 2014.pdf](http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite_Femmes_Hommes_2014.pdf)
124. Monnin J., Thiemard E., Vandell P., Nicolier M., Tio G., Courtet P., Bellivier F., Sechter D., Haffen E. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts : gender differences in a prospective study. J Affect Disord. 2012 Jan ; 136 (1-2): 35-43.
125. Motto JA., Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatr Serv, 2001 ; 52:828-833.
126. Mouquet MC., Bellamy V., Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études et résultats, 2006 ; 488: 1-8.
127. Nicoli M., Bouchez S., Nieto I., Gasquet I., Kovess V., Lepine JP. Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the French general population. Results from the ESEMeD study. Encephale 2012 ; 38, 296—303.
128. Nicot P., Bouet R. Risque suicidaire : peut-on mieux faire ? Le système de soins français entre paradoxes et tabous. Médecine. 2008 ; 4(6) : 244-246.
129. Nordt C., Warnke I., Seifritz E., Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. Lancet Psychiatry. 2015 Mar ; 2 (3): 239-245.
130. O'Reilly D., Rosato M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. Br J Psychiatry. 2015 Jun ; 206 (6): 466-70.

131. Observatoire National du Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche, premier rapport. Paris, DICOM, novembre 2014 ; 221 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
132. Observatoire Régional de la Santé en Martinique. La santé mentale et le suicide. 2012;3p.
http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/sante_mentale_2012.pdf
133. Observatoire régional de la santé, Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux. Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire.2013.
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2013_6_risquesuicidaire_panel2mgpdl.pdf
134. Observatoire Régional de Santé Bretagne. Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo – Étude qualitative. Janvier, 2011.
http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2011/02/inline-gestion-du-risque-suicidaire-par-les-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-lib%C3%A9raux-dans-les-pays-de-guingamp.html
135. Observatoire S.O.S. Amitié des souffrances psychiques. <https://www.sos-amitie.com/observatoire>
136. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. Rapport d'activité, 2012.
<https://www.ofpra.gouv.fr/documents/OfpraRA2012.pdf>
137. Organisation Mondiale de la Santé. Guide d'intervention mhGAP. 2011 ; 121p.
138. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020. 2013 ; 52p.
139. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. 2014 ; 93p.
140. Organisation Mondiale de la Santé. Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. 2008 ; 48p.
141. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994 ; 23 : 147-181. <http://erudit.org/revue/crs/1994/v/n23/1002253ar.pdf>
142. Paykel E. Prevention of depression : The royal college of Psychiatric Prevention Committee and defeat depression Campaign. Hippus H, Stafnis C Eds. Research in mood disorders. Seattle : Hogrefe and Huber publishers, 1993 : 131-48.

143. Peyron PA., David M. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. Presse Med. 2015; 44: 590–600.
144. Philippe A. Les tentatives de suicide en médecine générale. Enquête PRISME (prise en charge d'un suicidant en médecin générale). Non publié.
145. Plancke L., Ducrocq F., Clement G., Chaud P., Haeghebaert S., Amariei A., Chan-Chee C., Goldstein P., Vaiva G. Source of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014 Dec ; 62 (6): 351-60.
146. Ploin M. Tentatives de suicide et suicides à Paris. In " Gros plan sur le suicide, en pratique quotidienne de ville ", La gazette médicale (n° spécial) 1993 ; 3-10.
147. Préfecture de la Martinique ; <http://www.martinique.pref.gouv.fr/Prefecture/Nos-missions/Securite-publique/Actualites/Presentation-des-chiffres-de-la-delinquance-en-2012-en-Martinique>
148. PREMUTAM, fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Bilans régionaux – prévention des suicides et tentatives de suicide – état des lieux 1995-1997. 1998.
149. Priou C., Lacoste J., Merle S., Ursulet G., Thomas L., Courter P., Charles-Nicolas A. La « sous-suicidalité » des Martiniquais serait-elle un mythe ? Étude prospective épidémiologique et clinique des suicidants aux Urgences du CHU de Fort de France, Martinique. 2008. Non-publiée.
150. Reshetukha T., Alavi N., Prost E. Several Suicide Risk Factors Commonly Missed in ER Assessments. American Psychiatric Association (APA) 2015 Annual Meeting. SCI 2. Présenté le 18 mai 2015.
151. Rihmer Z., Rutz W., Philgren P. Depression and suicide in Gotland. An intensive study of all suicides between and after the educational training program for general practitioners. J Affect Disord. 1998 ; 35 : 147-52.
152. Roelandt JL., Caria A., Mondière G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. L'Information Psychiatrique, 2000 ; 76 : 279-92.
153. Rogers CR. The non directive Method as a technic for social research. American Journal of sociology, 1945, 50-4, pp.279-283.
154. Rolle W. De la mutation de la famille martiniquaise, in Charles-Nicolas A., Crack et cannabis dans la Caraïbe. L'Harmattan, 1997. p67-86.

155. Roscoat (du) E., Beck F. Efficient interventions on suicide prevention : a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2013 Aug ; 61 (4) : 363-74.
156. Rutz W., Von Knorring L., Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr scand*. 1992 Jan ; 85 (1): 83-8.
157. Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. *et al.* An educational program on depressive disorders for general practitioners on Götland : background and evaluation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 : 79 : 19-26.
158. Simon GE et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl Med J*. 1999 ; 341 (18): 1329-35.
159. Slama F., Dehurtevent B., Even J.D., Charles-Nicolas A., Ballon N., Slama R. Characteristics of a French African Caribbean epidemiological psychiatric sample with a history of suicide attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008 ; 38, 720–727.
160. Slama F., Merle S., Ursulet G., Charles-Nicolas A., Ballon N. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies. *Psychiatry Res*. 2011 Dec 30 ; 190 (2-3) : 271-4.
161. Spicer RS., Miller TR. Suicide acts in 8 states : incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*, 2000 ; 90 (12): 1885-91.
162. Staikowsky F., Describes N. Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicide dans les Services d'Urgences (GETSSU). Les tentatives de suicide examinées dans les services d'urgence en France. Résultats d'une étude multicentrique. *BEH*, 1999 déc 21 ; n°51 : 7-10. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2439
163. Stein DJ., Chiu WT., Hwang I., Kessler RC., Samp- son N., Alonso J., et al. Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior : findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*, 2010 ; 13-5 (5): e10574.
164. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 2011 ; 378 (9786): 124-5.
165. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009 ; 374 (9686): 315-23.
166. Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D., Philippe A., Libersa C., et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an

emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 2006 ; 332 (7552): 1241-5.

167. Vaiva G., Jehel L., Cottencin O., Ducrocq C., Duchet C., Omnes C., Genest P., Rouillon F., Roelandt JL. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 2008 ; 34, 577-583.
168. Vaiva G., Jehel L., Ducrocq F., Poulet E., Demarty AL., Duhem S., Seguin M. Impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant. Cours du Pr VAIVA, DIU Santé Mentale dans la Communauté. Lille, mars 2015.
169. Vaiva G., Walter M., Al Arab A., 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 ; 11 (1): 1-7.
170. Vegas R., Crampe J. Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne. *BEH*, 2000 mai 30 ; n°22 : p.3-6. <http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0022/index.html>
171. Verger P., Brabis PA., Kovess V., Lovell A., Sebbah R., Villani P., and al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice : a multilevel analysis. *J Affect Disord* 2007 ; 99 : 253-7.
172. Vilaplana M., Richard-Devantoy S., Turecki G., Jaafari N., Jollant F. Insight into mental disorders and suicidal behavior: a qualitative and quantitative multimodal investigation. *J Clin Psychiatry*, 2015 Mar ; 76 (3): 303-18.
173. Vyssoki B., Kapusta ND., Praschak-Rieder N., Dorffner G., Willeit M. Direct Effect of Sunshine on Suicide. *JAMA Psychiatry*, 2014 ; 71 (11) : 1231-1237.
174. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., Zalsman G., Zemishlany Z., Carli V. European Psychiatric Association. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb ; 27 (2): 129-41.
175. Yen kai Sun L. Caractéristiques épidémiologiques e la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005 – 2010. *Bises N°15*, mai 2015.
176. Zigmond AS., Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983 ; 67 (6) : 361-70.

ANNEXES

I. Liste des figures

Figure I - Taux de suicide tout âge confondu (pour 100 000 personnes), en 2012 – OMS	18
Figure II - Répartition en fonction du sexe	37
Figure III- répartition en fonction de l'âge	38
Figure IV- Communautés sociales	38
Figure V – Religions	38
Figure VI- Origine géographique selon les secteurs psychiatriques	39
Figure VII - Situation maritale	40
Figure VIII - Conditions de vie habituelles	40
Figure IX - Niveau d'études	41
Figure X- Catégories socio-professionnelles	41
Figure XI - Situation par rapport à l'emploi	42
Figure XII - Relations entre marqueurs de précarité et situation vis-à-vis de l'emploi	42
Figure XIII - Marqueurs de précarité : RSA et CMU complémentaire	43
Figure XIV - Allocataires pour l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)	44
Figure XV- Consommations de substances psychoactives	45
Figure XVI - Prise En Charge (PEC) psychothérapeutique et/ou en addictologie, ou passée	45 actuelle
Figure XVII – Consommation de traitements psychotropes	46
Figure XVIII – Nombre de traitements psychotropes par patient	46
Figure XIX - Répartition du nombre d'hospitalisations par patient	46
Figure XX- statut vis-à-vis de la récidive	47
Figure LIX - Caractérisation du motif d'admission selon le sexe	47

Figure LX - Modes opératoires en fonction du sexe [CIM-10]	48
Figure LXI - Facteurs contextuels en fonction du sexe	49
Figure LXII - Patients adressés par	50
Figure LXIII - Etayage social et familial	51
Figure LXIV - Nombre de nuits passées aux urgences psychiatriques	51
Figure LXV - Nécessité d'une surveillance somatique	51
Figure LXVI - Lieux d'hospitalisation en psychiatrie selon le sexe	52
Figure LXVII - Evolution du suivi au cours des 6 mois	53
Figure LXVIII - Les traitements médicamenteux après la prise en charge initiale	54
Figure LXIX - Lien entre suivi et traitement à 6 mois	55
Figure LXX - Les psychotropes prescrits	55
Figure LXXI - Evolution de la prise de psychotropes médicamenteux	56
Figure LXXII– Observance	56
Figure LXXIII - raisons de l'interruption des traitements	57
Figure LXXIV - Perception de l'efficacité des psychotropes	57
Figure LXXV - Evolution des revenus en fonction de la catégorie professionnelle	58
Figure LXXVI - Evolution des revenus en fonction de la situation par rapport à l'emploi lors de la prise en charge initiale	59
Figure LXXVII - Durées d'hospitalisation post-admission	60
Figure XL - Durée de l'arrêt de travail	60
Figure XLI- Evènements de vie difficiles au cours des 6 mois - Facteur principal isolé	61
Figure XLII - Evènements de vie difficiles au cours des 6 mois - Tous facteurs cumulés	62
Figure XLIII - Densité de l'entourage	63
Figure XLIV - Evolution des consommations de toxiques	64
Figure XLV - Sous-échelle d'anxiété de la HAD : évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois – représentation visuelle A	65

Figure XLVI- Sous-échelle d'anxiété de la HAD : évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois - représentation visuelle B	65	
Figure XLVII - Sous-échelle Dépression de la HAD : évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois – représentation visuelle A	66	et le
Figure XLVIII- Sous-échelle Dépression de la HAD : évolution entre l'inclusion et le rappel à 6 mois – représentation visuelle B	66	
Figure XLIX- Répétitions de tentatives de suicide au cours des 6 mois	67	
Figure L- Evolution entre l'inclusion et les rappels, au niveau des groupes homogènes du RUD	69	des
Figure LI- Satisfaction de l'hospitalisation		70
Figure LII- Satisfaction du suivi		70
Figure LIII- Satisfaction de la prise en charge par le médecin traitant		71
Figure LIV- Satisfaction de la démarche de rappel		71
Figure LV - Satisfaction de la prise en charge globale		72
Figure LVI - Antécédents de suivi et de maladie psychiatrique chez les perdus-de-vue		121
Figure LVII - Comparaison de l'étayage initial et à 6 mois, chez les 16 patients les plus améliorés par rapport aux autres		123
Figure LVIII - Comparaison de l'évolution du suivi psychiatrique		123

II. Liste des tableaux

Tableau I – Modes opératoires en fonction du sexe (classification CIM -10)	48
Tableau II - récapitulatif des résultats univariés significatifs de la comparaison selon le statut vis-à-vis de la répétition	74
Tableau III : tableau initial de la régression logistique pas à pas	74
Tableau IV : tableau final de la régression logistique pas à pas	75
Tableau V : récapitulatif des résultats univariés significatifs de la comparaison selon le motif d'admission	77
Tableau VI : tableau initial de la régression logistique pas à pas	79
Tableau VII : tableau final de la régression logistique pas à pas	79

III. Cahier de recueil de données initiales

POSTA

QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DE DONNEES

Version du 30 août 2013

Etude épidémiologique descriptive de soins courants, de la prise en charge d'avale des patients admis aux urgences du CHUM pour tentative de suicide, ou pour idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide

Etude POSTA

N° IDENTIFICATION du dossier anonymisé

/ _ / _ / _ /

N° d'Inclusion

Investigateur Coordonnateur

Professeur Louis JEHEL
Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale
CHU de Martinique
Hôpital Pierre Zobda Quitman
BP 632 97261 Fort de France
Tél. : 05.96.55.22.11- Fax : 05.96.75.84.49
Courriel : louis.jehel@chu-fortdefrance.fr

Promoteur

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
BP 632 - 97261 Fort de France Cedex

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE

- ✓ **Identification du patient**
 - N° patient :
 - 3 chiffres correspondant au numéro du patient donné par ordre d'inclusion
- ✓ **Ecrire de manière lisible au stylo noir**
- ✓ **Ecrire un seul caractère par case** (chiffre, lettre ou marque de ponctuation)
- ✓ **Ecrire en lettre majuscule**
- ✓ **Pour les dates, respectez l'ordre (Jour/Mois/Année (jj/mm/aaaa))**
Exemple : |_2_|_2_| |_0_|_1_| |_0_|_8_|
- ✓ **Pour l'heure, utilisez la numérotation sur 24 heures**
Exemple : |_2_|_1_| H : |_0_|_0_| min
- ✓ **Les données numériques doivent être entrées à partir de la droite et un « 0 » doit être inscrit dans la ou les cases vides**
Exemple : |_0_|_7_|_5_|

Si le nombre n'est pas connu précisément parce que multiple (ex : pour un nombre de verre d'alcool important mais pas chiffrable) :
noter : |_9_|_9_|
- ✓ **Les données manquantes doivent être notifiées de la manière suivante :**
 - NSP (Ne Sait Pas)
 - DM (Donnée Manquante)
 - NA (Non Applicable)*Exemple : |__|_D_|_M_|*
- ✓ **En cas de correction, ne pas utiliser de liquide correcteur**
- ✓ **Les données erronées doivent être rayées puis datées et paraphées par l'investigateur ou la personne autorisée de son équipe**
- ✓ **Toute page du cahier d'observation remplie, vérifiée par le médecin coordonnateur, est disponible pour la saisie lorsque l'ensemble du cahier est validé par l'investigateur en page de fin d'étude.**

Abréviations

j : jour(s), a : année(s), m : mois, min : minute(s)

M : Masculin, F : Féminin

CP : Code Postal

Psych. : Psychiatrique

CE CAHIER EST ANONYME, SANS INITIALE

VERIFICATION DES CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION

CRITERES D'INCLUSION

	OUI	NON
Sujet ayant réalisé un passage à l'acte qualifié de tentative de suicide aux urgences du CHUM, OU sujet ayant déjà un antécédent de tentative de suicide et présentant des idéations suicidaires aux urgences du CHUM	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Être âgé de 18 ans au moins	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Affilié à la sécurité sociale	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Avoir été informé des objectifs de la recherche, lu la note d'information, et signé le consentement	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Une seule réponse NON ne permet pas l'inclusion du patient dans le protocole

CRITERES DE NON INCLUSION

	OUI	NON
Sujet faisant l'objet d'une mesure de protection judiciaire	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Sujet refusant de participer à l'étude	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Sujet ne comprenant pas ou mal le Français	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Sujet ayant des troubles cognitifs ne permettant pas la compréhension de l'étude	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Une seule réponse OUI ne permet pas l'inclusion du patient dans le protocole

INFORMATIONS GENERALES / FAMILIALES / SOCIO-PROFESSIONNELLES

Date de naissance : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ / _ /

Sexe : M(asculin) ₍₁₎ F(éminin) ₍₂₎

De quelle communauté vous sentez vous le plus proche (un seul choix possible) ? / _ / _ /

1 Créole Martiniquais – 2 Créole Guadeloupéen – 3 Sainte Lucie – 4 Dominique – 5 Béké – 6 Blancs-pays – 7 Métropolitain – 8 Hindou – 9 Haïtien – 10 Européen (sauf France) – 11 Américain – 12 Amérique du sud – 13 Asie – 14 Guyane – 15 Autre île caraïbe :

Nationalité :

1 Française – 2 Etrangère / _ /

Si étrangère, statut : / _ /

1 carte de résident (10 ans) – 2 carte de séjour (1 an) – 3 migrant illégal – 4 en cours de procédure

Lieu de résidence :

1 Martinique – 2 séjour temporaire en Martinique / _ /

Si habite en Martinique : Commune : / 9 / 7 / 2 / _ / _ /

Secteur psychiatrique concerné : / _ /

1 Sud – 2 Centre – 3 Nord

Patient adressé par : / _ /

1 Médecin généraliste – 2 Psychiatre – 3 Psychologue – 4 Autre médecin – 5 SAMU – 6 Ambulance – 7 Pompiers – 8 Amené par l'entourage – 9 Venu de lui-même

Patient accompagné par : / _ /

1 Famille – 2 Ami – 3 Voisin – 4 Professionnel (éducateur, aide au domicile, ...) – 5 Collègue de travail – 6 Seul

Situation familiale : / _ /

1 Marié – 2 En couple – 3 Veuf – 4 Séparé – 5 Divorcé – 6 Célibataire

Conditions de vie habituelles : / _ /

1 avec conjoint et enfants – 2 avec conjoint seulement – 3 avec enfants seulement – 4 avec parents – 5 avec famille – 6 avec amis – 7 seul

Etayage familial et amical (1 – Oui / 0 – Non) / _ /

Si oui : 1 Très important – 2 Important – 3 Suffisant / _ /

Niveau d'étude : / _ /

1 École primaire – 2 Secondaire – 3 BEP/CAP – 4 Niveau bac – 5 Enseignement supérieur

Activité professionnelle : / _ /

1 Actif – 2 Retraité – 3 Au foyer – 4 Congé parental – 5 Chômeur – 6 Elève, étudiant ou en formation – 7 Autre inactif

Catégorie professionnelle : / _ /

1 Agriculteur exploitant – 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise – 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure – 4 Profession intermédiaire – 5 Employé – 6 Ouvrier

Croyances magico-religieuses : / _ /

0 absence de croyance – 1 Catholique – 2 Adventiste – 3 Évangéliste – 4 Témoin de Jéhova – 5 Rites magiques (Quimbois) – 6 Musulman – 7 Juif – 8 Hindouiste – 9 Autre, précisez :

Pratiquant (1 – Oui / 0 – Non) / _ /

INFORMATIONS MEDICALES

Problème(s) somatique(s) actuel(s) (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Antécédents de maladie somatique (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si non, passer directement à la page n° 8

Antécédent de retard mental (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Maladie endocrinienne nutritionnelle et métabolique : (1 - Oui / 0 - Non) /_/_/

Si oui, précisez :

1 Diabète type I (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

2 Diabète type II (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

3 Hypothyroïdie (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

4 Hyperthyroïdie (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

5 Dyslipidémie (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

6 Obésité (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

7 Autre : (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

si oui, précisez.....

Maladie respiratoire : (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

1 Asthme (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

2 Broncho-pneumopathie chronique obstructive (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

3 Syndrome d'apnée du sommeil (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

4 Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

précisez.....

Maladie cardiovasculaire : (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

1 Syndrome coronarien aigu (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

2 Accident vasculaire cérébral (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

3 Accident Ischémique Transitoire (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

4 Trouble du rythme cardiaque (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

5 HTA (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

6 Artérite MI (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

7 Thrombose veineuse profonde (phlébite)c (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

8 Insuffisance cardiaque (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

9. Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

si oui, précisez.....

Tumeur maligne en évolution (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

1 cancer de la prostate (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

2 cancer de la thyroïde (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

3 cancer de la peau (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

4 cancer du poumon (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

5 carcinome hépatique (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

6 cancer des voies digestives (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

7 cancer du sein (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

8 Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Maladie du système digestif (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

- 1 Ulcère gastroduodénal / Gastrite (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 2 Maladie de Crohn / RCH (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 3 Hépatite(s) virale(s) (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 4 Cirrhose du foie (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 5 Affection hépatique attribuée aux médicaments (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 6 Pancréatite Aigüe ou chronique (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 7 Reflux Gastro Oesophagien / Hernie hiatale (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 8 Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
si oui, précisez.....

Pathologie de l'appareil locomoteur (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

- 1 Rhumatisme inflammatoire chronique (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 2 Arthrose (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 3 Autre :(1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Pathologie de l'appareil génito-urinaire (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

- 1 Insuffisance rénale chronique (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 2 Coliques néphrétiques (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 3 Infections urinaires à répétition (>4/an) (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 4 Hypertrophie bénigne de prostate
- 5 Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
si oui, précisez.....

Pathologies de la peau (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

- 1 Psoriasis (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 2 Eczéma (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 3 Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
si oui, précisez.....

Maladie du système nerveux (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, précisez :

- 1 Maladie de Parkinson (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 2 Epilepsie (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 3 Sclérose en plaques (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 4 Démences (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 5 Céphalées / Migraines (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 6 Tremblement essentiel (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 7. Autre (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
si oui, précisez.....

Maladie de l'œil et de l'oreille (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, types de l'œil et de l'oreille :

- 1 Cataracte (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 2 Perte de l'audition (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 3 Glaucome (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 4 Cécité (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 5 Autre : (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Autres antécédents somatiques :

.....

.....

Difficultés liées à la grossesse (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui :

- 1 IVG (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- Si oui, Nombre d'IVG : /_/_/_/
- 2 Fausse couche spontanée (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- Si oui, Nombre de Fausses couches : /_/_/_/
- 3 Déné de grossesse (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 4 Enfant mort né ou décédé en période périnatale (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 5 Interruption Thérapeutique de grossesse (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
- 6 Infertilité / Hypofertilité /_/_/
- 7 Grossesse extra utérine (1 - Oui / 0 - Non) /_/_/

ATCD de maladie psychiatrique (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Si oui, précisez :

- Episode dépressif majeur (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Trouble bipolaire (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Trouble anxieux (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Etat de stress post-traumatique (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Personnalité borderline (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Autre trouble de personnalité (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Schizophrénie (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Autre psychose chronique (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Trouble délirant aigu (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Anorexie (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
- Boulimie (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

ATCD de suivi psychothérapeutique (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

ADDICTIONS

Présence d'une addiction (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Si oui, précisez l'addiction

Alcool : abus (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Alcool : dépendance (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Crack (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Cannabis (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Tabac (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Cocaïne (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Internet (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Sexe (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Jeux d'argent (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Jeux vidéos (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Alimentaire (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Autre : (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Antécédent prise en charge pour ce problème (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Médecin généraliste (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Addictologue (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Gastro entérologue (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Psychiatre (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Psychologue (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Autre : (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Le patient a une prise en charge actuellement (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Médecin généraliste (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Addictologue (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Gastro entérologue (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Psychiatre (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Psychologue (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Autre : (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Le patient demande une prise en charge en addictologie (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

MEDICAMENTS

Liste des médicaments :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre de traitements somatiques actuels /_/_/

Nombre de traitements psychiatrique actuels /_/_/

Si >0, précisez :

Antidépresseurs (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Benzodiazépines (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Hypnotiques (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Thymorégulateurs (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Neuroleptiques de première génération (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Neuroleptiques de deuxième génération (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Médicaments pour sevrage tabagique (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Médicaments pour sevrage alcoolique (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Psychostimulant (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/
Antiépileptique (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/

ANTECEDANTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

ATCD psychiatrique familiaux (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

METTRE 1 OU 0 POUR LES ELEMENTS QUI SONT CERTAINS

Côté Maternel			Côté Paternel			Fratric					
	CSD	Toxiques	Psych.		CSD	Toxiques	Psych.		CSD	Toxiques	Psych.
Gd Père	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Gd Père	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Frère 1	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Gd mère	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Gd Mère	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Frère 2	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Mère	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Père	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Sœur 1	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Oncle	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Oncle	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Sœur 2	/ _ /	/ _ /	/ _ /
Tante	/ _ /	/ _ /	/ _ /	Tante	/ _ /	/ _ /	/ _ /				

ATCD familiaux de tentative de suicide : (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, Quel degré de parenté :

- 1 Parents / _ /
- 2 Fratrie / _ /
- 3 Autre / _ /

ATCD familiaux de mort par suicide : (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, Quel degré de parenté :

- 1 Parents / _ /
- 2 Fratrie / _ /
- 3 Autre / _ /

HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE

Déjà hospitalisé en psychiatrie (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Si oui, précisez : Nombre d'hospitalisations

/_/_/_/

Décrire les hospitalisations les plus pertinentes :

1^{ère} hospitalisation : Date (année) : /_/_/ /_/_/

Type d'hospitalisation correspondant :

/_/_/

1 Admission à la demande d'un tiers – 2 Admission sur demande d'un représentant de l'état – 3 Hospitalisation libre

Lieu d'hospitalisation :

/_/_/_/

1 UAD – 2 Colson – 3 Mangot Vulcin – 4 Clinique Anse Colas – 5 SSR Valériane – 6 SSR Saint Esprit – 7 SSR Emma Ventura – 8 SSR Carbet 9
Hôpital Trois îlets – 10 Métropole – 11 U72 – 12 CAC

Motif (s) hospitalisation

Tentative de suicide (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Syndrome dépressif (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles anxieux (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

PTSD (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Décompensation psychotique (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Trouble maniaque (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Idéations suicidaires (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Addictions (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles du comportement alimentaire (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Autre (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

2^{ème} hospitalisation : Date (année) : /_/_/ /_/_/

Type d'hospitalisation correspondant :

/_/_/

1 Admission à la demande d'un tiers – 2 Admission sur demande d'un représentant de l'état – 3 Hospitalisation libre

Lieu d'hospitalisation :

/_/_/_/

1 UAD – 2 Colson – 3 Mangot Vulcin – 4 Clinique Anse Colas – 5 SSR Valériane – 6 SSR Saint Esprit – 7 SSR Emma Ventura – 8 SSR Carbet 9
Hôpital Trois îlets – 10 Métropole – 11 U72 – 12 CAC

Motif (s) hospitalisation

Tentative de suicide (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Syndrome dépressif (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles anxieux (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

PTSD (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Décompensation psychotique (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Trouble maniaque (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Idéations suicidaires (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Addictions (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles du comportement alimentaire (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Autre (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

3^{ème} hospitalisation : Date (année) : /_/_/_/_/_/

Type d'hospitalisation correspondant :

/_/_/

1 Admission à la demande d'un tiers – 2 Admission sur demande d'un représentant de l'état – 3 Hospitalisation libre

Lieu d'hospitalisation :

/_/_/_/_/

1 UAD – 2 Colson – 3 Mangot Vulcin – 4 Clinique Anse Colas – 5 SSR Valériane – 6 SSR Saint Esprit – 7 SSR Emma Ventura – 8 SSR Carbet 9
Hôpital Trois îlets – 10 Métropole – 11 U72 – 12 CAC

Motif (s) hospitalisation

Tentative de suicide (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Syndrome dépressif (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles anxieux (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

PTSD (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Décompensation psychotique (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Trouble maniaque (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Idéations suicidaires (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Addictions (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles du comportement alimentaire (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Autre (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

4^{ème} hospitalisation : Date (année) : /_/_/_/_/_/

Type d'hospitalisation correspondant :

/_/_/

1 Admission à la demande d'un tiers – 2 Admission sur demande d'un représentant de l'état – 3 Hospitalisation libre

Lieu d'hospitalisation :

/_/_/_/_/

1 UAD – 2 Colson – 3 Mangot Vulcin – 4 Clinique Anse Colas – 5 SSR Valériane – 6 SSR Saint Esprit – 7 SSR Emma Ventura – 8 SSR Carbet 9
Hôpital Trois îlets – 10 Métropole – 11 U72 – 12 CAC

Motif (s) hospitalisation

Tentative de suicide (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Syndrome dépressif (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles anxieux (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

PTSD (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Décompensation psychotique (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Trouble maniaque (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Idéations suicidaires (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Addictions (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Troubles du comportement alimentaire (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Autre (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

INFORMATIONS SUR LE MOTIF D'ADMISSION

Motif d'admission

/_/_/

1 tentative de suicide – 2 problématique suicidaire avec ATCD de TS

Si TS, Mode opératoire :

1 Médicamenteux – 2 Toxiques non médicamenteux – 3 Phlébotomie – 4 Arme blanche – 5 Arme à feu –
6 Précipitation sous objet en mouvement – 7 Défenestration ou saut – 8 Tentative de noyade – 9 AVP – 10 Pendaison
11 Immolation – 12 Autre : /_/_/_/

Type de tentative :

/_/_/

1 planifiée – 2 impulsive

Consommation d'alcool ou de substances au moment de l'acte ? (1 – Oui / 0 – Non)

/_/_/

Si oui :

Alcool (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Crack (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Cannabis (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Cocaïne (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Autre(s)..... (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Dosage des toxiques à l'arrivée aux urgences :

Alcoolémie à l'admission aux urgences : /_/_/./_/_/_/g/L
Toxiques urinaires dosés :
1 Cannabis (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
2 Cocaïne (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Benzodiazépines (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Facteur(s) contextuel(s) :

Conflit conjugal (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Rupture sentimentale (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Conflit familial autre que conjugal (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Deuil (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Difficultés sociales, conflit dans les relations sociales (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Difficultés scolaires ou professionnelles (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Perte d'emploi (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Difficultés financières (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Agression ou expérience de menace vitale (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Problème judiciaire (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Rupture de soin ou de traitement (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Découverte ou aggravation d'une pathologie somatique (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Problème de grossesse, fausse couche, avortement (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Difficulté identitaire (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Intolérance à la frustration (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/
Autre..... (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

ANTECEDENTS DE TENTATIVE DE SUICIDE

ATCD de tentative de suicide : (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Nombre de tentatives de suicide (avec celle-ci) : /__/

Moyens létaux déjà utilisés pour les TS :

(Noter pour chaque item le nombre de fois que la méthode a été utilisée)

Médicamenteux (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Toxiques non médicamenteux (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Phlébotomie (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Arme blanche (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Arme à feu (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Précipitation sous objet en mouvement (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Défenestration ou saut (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Tentative de noyade (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
AVP (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Pendaison (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Immolation (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Autre : (1 – Oui / 0 – Non)	/__/

Consommation de substances au moment des actes précédents ? (1 – Oui / 0 – Non) /__/

Si oui :

Alcool (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Crack (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Cannabis (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Cocaïne (1 – Oui / 0 – Non)	/__/
Autre(s)..... (1 – Oui / 0 – Non)	/__/

A été hospitalisé au décours des tentatives de suicide (au moins une fois) (1 – Oui / 0 – Non) /__/

A refusé les hospitalisations (1 – Oui / 0 – Non) /__/

EVENEMENTS DE VIE A POTENTIEL TRAUMATIQUE

Evènements de vie à potentiel traumatique (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

(Verbalisés aux urgences ou antérieurement connu)

Si oui, type d'événement (Coter 1 ou 0 pour les événements certains) :

Catastrophe naturelle (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Cyclone (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Tremblement de terre (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Inondation (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Autres :(1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, à quel âge ? / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans

AVP (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, à quel âge ? / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans

Agression physique (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, caractère répété ? (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, agresseur connu ? (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, agresseur intra familial ? (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, à quel âge ? / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans

Agression sexuelle (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, caractère répété ? (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, agresseur connu ? (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, agresseur intra familial ? (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, plainte déposée (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Si oui, à quel âge ? / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans

Autre type d'événement à potentiel traumatique (1 – Oui / 0 – Non)

/ _ /

Précisez :

Si oui, à quel âge ? / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans ; / _ / _ / ans

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

Risque

/__ /

1 Faible (= 0 – 4 points) – 2 Moyen (= 5 – 9 points) – 3 Elevé (= 10 – 14 points)

- 1 Homme = 1 pt /__ /
- 2 Age < 19 ans ou > 45 ans = 1 pt /__ /
- 3 Déprimé ou désespéré = 2 pts /__ /
- 4 ATCD de TS = 1 pt /__ /
- 5 Ethylisme, abus de substance actuel = 1 pt /__ /
- 6 Jugement détérioré par psychose ou confusion = 2 pts /__ /
- 7 Séparé, divorcé ou vie isolé = 1 pt /__ /
- 8 Intention exprimée ou geste organisé = 2 pts /__ /
- 9 Absence de lien social significatif = 1 pt /__ /
- 10 Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs = 2 pts /__ /

Score total /__ /

Urgence

/__ /

Evaluation clinique sur les arguments suivants : 1 Faible – 2 Moyenne – 3 Elevée

Idéations suicidaires exprimées /__ /

1 Absence d'idée suicidaire – 2 Idéations floues et ponctuelles – 3 Pensées suicidaires occasionnelles – 4 Pensées suicidaires quotidiennes – 5 Planification en cours – 6 Planification complète

Existence d'un scénario /__ /

1 Oui, en cours de planification – 2 Oui, au-delà de 48h – 3 Oui, dans les 48h – 4 Oui, immédiate – 5 Non

Alternative(s) au suicide (1 – Oui / 0 – Non) /__ /

Dangerosité

/__ /

Evaluation clinique sur les arguments suivants : 1 Faible – 2 Moyenne – 3 Elevée

Létalité du moyen envisagé /__ /

1 Faible – 2 Forte

Accessibilité du moyen envisagé /__ /

1 Facile – 2 Difficile – 3 En possession

Accès à une arme à feu

/__ /

1 non – 2 accès indirect – 3 accès direct

ORIENTATION INITIALE

Durée de l'entretien psychiatrique : /__/_/ h /__/_/ min

Nécessité de soins ou surveillance somatique (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui, lieu :

ZSTCD (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
UMPU (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Hospitalisation en médecine (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Hospitalisation en chirurgie (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Réanimation ou Unité Soins Continus (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Hospitalisation en psychiatrie (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui, lieu :

Unité Anxiété Dépression (*CHUM*) (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Centre de Crise (*CHUM*) (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Hôpital Mangot Vulcin (*EPDSM Colson*) (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Hôpital Trois Ilets (*EPDSM Colson*) (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Clinique Anse Colas (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Autre :(1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si Hospitalisation, type : /__/_/

1 Libre – 2 Sous contrainte

Passe la nuit aux urgences psychiatriques (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui, nombre de nuits dans le box de psychiatrie /__/_/

Retour à domicile (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui :

Suivi ambulatoire par psychiatre organisé (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui :

Libéral (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
CMP (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Post-Urgences (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
CHU (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Suivi ambulatoire par psychologue organisé (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui :

Libéral (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
CMP (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
CHU (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Suivi ambulatoire par médecin traitant organisé (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Pas de place disponible pour hospitalisation donc RAD pour attendre place (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Refus d'hospitalisation (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

Si oui, précisez :

Refus d'aller à Mangot Vulcin (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Absence de mutuelle empêchant le privé (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Peur de manquement au secret médical (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Impératifs professionnels (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Impératifs familiaux (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
N'y trouvant pas d'intérêt (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Peur d'être étiqueté fou (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/
Autres motifs : (1 – Oui / 0 – Non) /__/_/

IV. Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Etude épidémiologique descriptive de soins courants, de la prise en charge d'aval des patients admis aux urgences du CHU de Martinique pour tentative de suicide ou pour idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide.

Etude POSTA

Gestionnaire de la recherche ; CHU de Martinique

Investigateur coordinateur : Pr Louis JEHEL

Je soussigné(e)..... (nom, prénom) certifie avoir lu et compris la note d'information qui m'a été remise. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au Pr/Dr (nom, prénom) qui m'a expliqué la nature, les objectifs et les contraintes liées à ma participation à cette recherche.

Je connais la possibilité qui m'est réservée d'interrompre ma participation à cette recherche à tout moment sans avoir à justifier ma décision et je ferai mon possible pour en informer le médecin qui me suit dans la recherche. Cela ne remettra naturellement pas en cause la qualité des soins ultérieurs.

J'ai eu l'assurance que les décisions qui s'imposent pour ma santé seront prises à tout moment, conformément à l'état actuel des connaissances médicales.

J'accepte que les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le gestionnaire, ainsi qu'éventuellement le représentant des Autorités de Santé, aient accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche comportent mes origines ethniques ainsi que mes croyances religieuses et des données relatives à la recherche de psychotraumatisme, y compris sexuels. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin qui contactera le promoteur de la recherche. Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous les droits garantis par la loi. Les résultats globaux de la recherche me seront communiqués directement, si je le souhaite, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement :

- De participer à l'étude POSTA Oui Non

- Que soit récolté des données relatives à mon ethnique, mes croyances et mes psychotraumatismes Oui Non

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au médecin qui m'a proposé de participer à cette recherche au 05 96 55 22 11.

Fait à _____ Date :/...../..... Fait à _____ Date :/.....

Signature du patient :

Signature du médecin :

Un exemplaire est à remettre au patient, un autre est à conserver sur le lieu d'inclusion.

V. Note d'information à destination des patients à inclure



POSTA
Version n° 1.0 du 28/08/2013



DOCUMENT D'INFORMATION

Etude épidémiologique descriptive de soins courants, de la prise en charge d'aval des patients admis aux urgences du CHU de Martinique pour tentative de suicide ou pour idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide. Etude POSTA

Version n°1

Gestionnaire de la recherche : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Martinique

Personne qui dirige et surveille la recherche : *Pr Louis JEHEL*

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose de participer à une recherche visant à évaluer les soins courants dont le CHU de Martinique est le gestionnaire. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à y participer. Dans ce cas-là, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche?

La mort par suicide reste la seconde cause de décès chez les jeunes de moins de 25 ans. En métropole, chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide. Il y a, à ce jour, peu de données sur le nombre de suicide et sur le profil des sujets ayant fait une tentative de suicide en Martinique. La prise en charge des patients ayant fait une tentative de suicide n'a jamais été évaluée en Martinique.

Grâce à cette étude nous disposerons de données sur le nombre de suicide en Martinique et sur le profil des personnes faisant une tentative de suicide. Les renseignements récoltés seront également utiles non seulement au médecin pour mettre en place une prise en charge mieux adaptée des personnes faisant une tentative de suicide mais elle permettra aussi de mieux former et sensibiliser le personnel soignant à la problématique des tentatives de suicide en Martinique.

Quel est l'objectif de cette recherche?

L'objectif de cette étude de soins courants est de réaliser un état des lieux d'aval de la prise en charge médicopsychosociale des patients admis aux urgences du CHU de Martinique à la suite d'une tentative de suicide ou avec idéations suicidaires avec antécédent de tentative de suicide.

Comment va se dérouler cette recherche?

L'étude se déroule sur trois mois consécutifs dans le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Martinique. Au total, nous demanderons à environ **150 personnes, qui comme vous ont été hospitalisées** suite à une tentative de suicide ou à des idées suicidaires, de participer à cette étude et d'accepter de répondre à un questionnaire sur l'origine géographique de leur famille, leur statut socio-économique, leur croyance et leur santé.

Toutes les données collectées pour cette étude seront centralisées et conservées dans le service de psychiatrie du CHU de Martinique sous la responsabilité du Pr Jehel, qui coordonne cette étude.

Au total votre participation à cette étude sera de 6 mois.

1. Un entretien initial. (environ une heure)

Le médecin recueillera diverses informations dans le respect de l'**anonymat** :

- Données personnelles (nom, prénom, date de naissance)

- Données médicales : antécédents psychiatriques et médico-chirurgicaux, antécédents familiaux de maladies psychiatriques, dosages toxicologiques réalisés aux urgences, consommation de substances, suivi psychologique, recherche de traumatisme (notamment agressions sexuelles),
- Données démographiques (date, commune de naissance, sexe)
- Données sur vos origines ethniques
- Données sur vos croyances
- Données sur le niveau d'éducation, statut professionnel, conditions de vie, couverture par l'assurance maladie

Le médecin remplira en parallèle une fiche comportant vos coordonnées (adresse postale valide, numéro de téléphone, coordonnées des médecins traitants). Ces informations personnelles sont collectées dans l'unique but d'organiser un rappel téléphonique dans 6 mois et seront détruites à l'issue de la recherche.

1. Un rappel téléphonique 6 mois après votre admission aux urgences.

Le médecin psychiatre du CHU de Martinique va vous contacter par téléphone 6 mois après votre admission dans le service d'urgences afin de savoir comment s'est passée la prise en charge à votre sortie d'hospitalisation. Votre médecin traitant et votre psychiatre seront également contactés par le médecin psychiatre du CHU de Martinique pour connaître leurs ressentis par rapport à la prise en charge des suicidants en Martinique. Nous ne leur demanderons pas d'informations complémentaires sur votre santé.

Qui peut participer ?

Pour participer, il faut que vous soyez âgé de 18 ans au moins, que vous ne soyez pas sous mesure de protection juridique, que vous compreniez correctement le français et que votre santé mentale et physique vous permettent de comprendre la recherche en cours.

Que vous demandera-t-on ?

Nous vous demandons de pouvoir utiliser et recueillir de façon anonymisée les données issues de votre passage aux urgences médicales et psychiatriques, ainsi que des données dites « sensibles » : appartenance communautaire, croyances religieuses, histoire traumatique (notamment agression sexuelle), histoire personnelle et familiale psychiatrique, comorbidités (maladies somatiques et psychiatriques), contexte dans lequel a été effectué l'acte suicidaire, données socio-économiques, consommation de toxiques, dosages toxicologiques (alcoolémie et dosages de toxiques urinaires)...etc. Nous vous demanderons aussi de pouvoir collecter les données recueillies lors de l'appel téléphonique à 6 mois.

Votre prise en charge aux urgences ne sera pas modifiée, que vous acceptiez de participer à cette étude ou pas. Si vous donnez votre accord pour participer à cette étude, les réponses que vous fournirez n'influenceront en rien votre prise en charge médicale.

Quels sont les inconvénients possibles?

En plus de votre prise en charge aux urgences psychiatriques, nous vous recontacterons environ 6 mois plus tard pour savoir comment est ce que vous allez et la prise en charge que vous avez eu au niveau médical et psychologique depuis votre passage aux urgences. Nous contacterons également votre médecin traitant et votre psychiatre le cas échéant pour savoir leur ressenti vis-à-vis de la prise en charge. Aucune information sur votre état de santé ne sera demandée à cette occasion.

Il n'y a **aucun risque prévisible** en rapport à cette étude.

Quelles sont les modalités de prise en charge médicale?

Si, au moment du rappel téléphonique, votre état de santé le nécessite, il pourra vous être proposé de revenir aux urgences psychiatriques afin d'assurer une prise en charge.

Quels sont vos droits ?

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous souhaitez ne pas y participer ou vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de la recherche à laquelle le CHU de Martinique vous propose de participer, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie, ainsi que, dans la mesure où ces données sont nécessaires à la recherche, vos origines ethniques, vos croyances religieuses ou la recherche de psychotraumatisme, y compris sexuels, seront transmises au CHU de Martinique ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un code. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères et à d'autres entités du CHU de Martinique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Conformément à la loi Politique de Santé Publique :

- un avis a été demandé au Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest Outre-Mer,
- lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.
- lorsque cette recherche sera terminée, la fiche comportant vos coordonnées (adresse postale valide, numéro de téléphone, coordonnées des médecins traitants), utilisée pour vous joindre 6 mois après votre admission aux urgences sera détruite par le Pr Jehel.

S'agissant d'une recherche visant à évaluer les soins courants, il vous sera demandé de signer un consentement écrit afin de confirmer votre désir de participer à cette recherche. Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez.

L'ensemble des cliniciens et des chercheurs qui participent à cette recherche vous remercie chaleureusement d'avoir pris sur votre temps pour comprendre notre démarche scientifique.

VI. Questionnaire de rappel à 6 mois



POSTA



QUESTIONNAIRE DE RAPPEL A 6 MOIS

Version n°4 du 14 mars 2014

**Etude épidémiologique descriptive des soins courants, de la prise en charge d'aval des patients admis aux urgences du CHUM pour tentative de suicide.
Etude POSTA**

N° IDENTIFICATION du dossier anonymisé

/ _ / _ / _ /

N° d'Inclusion

Investigateur Coordonnateur

Professeur Louis JEHEL
Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale
CHU de Martinique
Hôpital Pierre Zobda Quitman
BP 632 97261 Fort de France
Tél. : 05.96.55.22.11- Fax : 05.96.75.84.49
Courriel : louis.jehel@chu-fortdefrance.fr

Promoteur

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
BP 632 - 97261 Fort de France Cedex

Numéro d'inclusion : / _ / _ /

Date du passage aux urgences psychiatriques pour problématique suicidaire

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Idéation suicidaire /_/_/

Tentative de suicide /_/_/

Je suis un médecin de l'équipe des urgences médico-psychologiques. Suite à votre passage par les urgences il y a 6 mois, vous avez accepté de participer à notre étude concernant le suicide en Martinique. Je vous rappelle que c'est une discussion complètement anonyme, qui a pour but d'améliorer nos pratiques de soins.

LA TRAJECTOIRE DE SOINS

Suite à votre passage par les urgences psychiatriques il y a 6 mois ...

1. Si il y a eu une hospitalisation dans un service de psychiatrie :

La durée totale : /_/_/ mois /_/_/ semaines /_/_/ jours

En êtes-vous satisfait ? /_/_/

1 Extrêmement satisfait – 2 Plutôt satisfait – 3 Peu satisfait – 4 Pas du tout satisfait

Si non, rétrospectivement, auriez-vous préféré bénéficier d'une hospitalisation ?

(1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

2. Avez-vous bénéficié d'un suivi en dehors de l'hôpital à la suite du passage aux urgences ?

(1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Par qui (première case) ?

Etes-vous encore suivi (seconde case) ?

En êtes-vous satisfait (troisième case) ?

1 Extrêmement satisfait – 2 Plutôt satisfait – 3 Peu satisfait – 4 Pas du tout satisfait

Psychiatre	(1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/	/_/_/
Psychologue	(1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/	/_/_/
Médecin traitant	(1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/	/_/_/
Autre :	(1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/	/_/_/

Si non, pourquoi ?

N'y a pas trouvé d'intérêt (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Pas de place en consultations (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

N'a pas reçu l'information suffisante (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Manque de temps (impératifs familiaux, travail,...) (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Autre : (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

1. Votre médecin traitant est-il au courant (de votre tentative de suicide /ou/ de vos idées de suicide) ?

(0 – Non / 1 – Oui / 2 – n'a pas de MT)

/__/

Si oui, votre médecin traitant est-il impliqué dans votre prise en charge psychologique ? (*Est-ce qu'il en discute avec vous ?*)

(1 – Oui / 0 – Non) /__/

En êtes vous satisfait ? (*Ca vous aide ?*)

/__/

1 Extrêmement satisfait – 2 Plutôt satisfait – 3 Peu satisfait – 4 Pas du tout satisfait

Dans l'idéal, qu'attendez vous particulièrement de votre médecin traitant ?

/__/

(*Qu'est-ce qui vous semble le plus important de la part de votre docteur traitant ?*)

1 critères de compétence – 2 critères de personnalité – 3 critères financiers – 4 critères géographiques – 5 critères affectifs – 6 NSP – 7 autres

2. Avez-vous des médicaments prescrits (psychotropes) ? (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Si oui, précisez :

Le type de traitement :

Antidépresseur (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Benzodiazépine et hypnotique (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Thymorégulateur (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Neuroleptique (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Atarax (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Ne le connaît pas suffisamment pour le communiquer (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

La perception de l'efficacité (vous trouvez que ça vous aide ?)

/__/

1 Soulagé par le traitement – 2 Incomplètement soulagé par le traitement – 3 Pas du tout efficace

L'observance (vous le prenez bien ?)

/__/

1 Totale – 2 Partielle – 3 Nulle

Si non, en avez vous eu prescrits ces 6 derniers mois ? (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Dans les 2 cas, si le traitement a été interrompu, précisez :

Arrêt de la prescription (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Pas d'efficacité ressentie (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Effets secondaires (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Coût (1 – Oui / 0 – Non)

/__/

Autre (1 – Oui / 0 – Non) :

/__/

Si traitement psychiatrique : Perçoit une (ALD) Affection longue durée **psychiatrique** ?

/__/

(*est-ce que vous êtes à 100% pour ce problème- là ?*)

LA SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE

Quelle est votre activité professionnelle ?

Vos revenus ont-ils diminués ces 6 derniers mois ? (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/
 (Gagnez vous moins d'argent ces 6 derniers mois ?)

Bénéficie de la **CMU-C** (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Bénéficie du **RSA** (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Perçoit une **Allocation Adulte Handicapée** (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Si oui, pour quel handicap :

A eu un **arrêt de travail** au décours du passage aux urgences il y a 6 mois (1 - Oui / 0 - Non) : /_/_/

Y a-t-il eu d'autres arrêts de travail depuis 6 mois à cause de ce problème là ? /_/_/

Et finalement, vous pensez que ca fait combien de jours d'arrêt en tout ? /_/_/_/

LA TRAJECTOIRE DE VIE

Ces 6 derniers mois, depuis votre passage par les urgences psychiatriques, avez-vous été confronté à l'un ou plusieurs des événements suivants :

Facteur(s) contextuel(s) :	facteur principal	facteurs associées
Conflit conjugal (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Rupture sentimentale (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Conflit familial autre que conjugal (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Deuil (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Difficultés sociales, conflit dans les relations sociales (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Difficultés scolaires ou professionnelles (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Perte d'emploi (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Difficultés financières (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Agression ou expérience de menace vitale (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Problème judiciaire (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Rupture de soin ou de traitement (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Découverte ou aggravation d'une pathologie somatique (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Problème de grossesse, fausse couche, avortement (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Difficulté identitaire (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/
Autre..... (1 – Oui / 0 – Non)	/_/_/	/_/_/

Vous sentez-vous plus ou moins entouré que il y a 6 mois ? /_/_/
 1. Plus – 2. Moins – 3. pas de changement

EVOLUTION CLINIQUE A 6 MOIS

1. Modifications dans la consommation de substance par rapport à 6 mois ?

1. Plus – 2. Moins – 3. pas de changement – 4. Pas de consommation

Alcool	/_/_/
Cannabis	/_/_/
Crack	/_/_/
Cocaine	/_/_/
Autre :	/_/_/

I. Questionnaire HAD : Nous allons rapidement réaliser le même questionnaire qu'il y a 6 mois.

D8

<p>A1 Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> La plupart du temps <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>D8 3 2 1 0</p>	<p>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> Presque toujours <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>A9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Assez souvent <input type="checkbox"/> Très souvent</p>
<p>D2 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : <input type="checkbox"/> Oui, tout autant <input type="checkbox"/> Pas autant <input type="checkbox"/> Un peu seulement <input type="checkbox"/> Presque plus du tout</p>	<p>0 1 2 3</p>	<p>D10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> Plus du tout <input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> Il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que par le passé</p>	<p>A11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place: <input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas tellement <input type="checkbox"/> Pas du tout</p>
<p>A3 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : <input type="checkbox"/> Oui, très nettement <input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave <input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> Pas du tout</p>	<p>3 2 1 0</p>	<p>D12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> Autant qu'avant <input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> Presque jamais</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>D4 Je ris facilement et vois le bon côté des choses : <input type="checkbox"/> Autant que par le passé <input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> Plus du tout</p>	<p>0 1 2 3</p>	<p>A13 J'éprouve des sensations soudaines de panique: <input type="checkbox"/> Vraiment très souvent <input type="checkbox"/> Assez souvent <input type="checkbox"/> Pas très souvent <input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>3 2 1 0</p>
<p>A5 Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Assez souvent <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Très occasionnellement</p>	<p>3 2 1 0</p>	<p>D14 Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> Oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> Oui, en général <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>D6 Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Assez souvent <input type="checkbox"/> La plupart du temps</p>	<p>3 2 1 0</p>	<p>A7 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Très rarement</p>	<p>0 1 2 3</p>

Résultats HAD Anxiété /_/_/_/ 21

Dépression /_/_/_/ 21

1. Risque suicidaire à 6 mois

Avez-vous eu de nouveau des idées de suicide, ces 6 derniers mois ? (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Avez-vous refait une tentative de suicide, ces 6 derniers mois ? (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Si oui, nombre : /_/_/_/

Evaluation du RUD sur la dernière semaine

Risque /_/_/

1 Faible (= 0 – 4 points) – 2 Moyen (= 5 – 9 points) – 3 Elevé (= 10 – 14points)

Homme = 1 pt	/_/_/
Age < 19 ans ou > 45 ans = 1 pt	/_/_/
Déprimé ou désespéré = 2 pts	/_/_/
ATCD de TS = 1 pt	/_/_/
Ethylisme, abus de substance actuel = 1 pt	/_/_/
Jugement détérioré par psychose ou confusion = 2 pts	/_/_/
Séparé, divorcé ou vie isolé = 1 pt	/_/_/
Intention exprimée ou geste organisé = 2 pts	/_/_/
Absence de lien social significatif = 1 pt	/_/_/
Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs = 2 pts	/_/_/

Score total /_/_/_/

Urgence /_/_/

1 Faible – 2 Moyenne – 3 Elevée

Idéations suicidaires exprimées /_/_/
1 Absence d'idée suicidaire – 2 Idéations floues et ponctuelles – 3 Pensées suicidaires occasionnelles – 4 Pensées suicidaires quotidiennes – 5 Planification en cours – 6 Planification complète

Existence d'un scénario /_/_/
1 Oui, en cours de planification – 2 Oui, au-delà de 48h – 3 Oui, dans les 48h – 4 Oui, immédiate – 5 Non

Alternative(s) au suicide (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Dangerosité /_/_/

1 Faible – 2 Moyenne – 3 Elevée

Létalité du moyen envisagé /_/_/
1 Faible – 2 Forte

Accessibilité du moyen envisagé /_/_/
1 Facile – 2 Difficile – 3 En possession

Si RUD élevé, procédure pour que le patient soit pris en charge aux urgences : appeler le psychiatre des urgences du CHUM : 0596553551, poste infirmier 0596551209, standard du CHUM : 059655200

Si RUD moyen, orientation selon le suivi. Si absence de suivi, orientation vers CMP (cf fiches coordonnées des CMP) et/ou les urgences médicopsychologiques (15).

EVALUATION DE LA DEMARCHE DE RAPPEL

Etes-vous globalement satisfait de ce qui vous a été proposé suite à votre passage par les urgences
psychiatriques ?

/ _ /

1 Extrêmement satisfait – 2 Plutôt satisfait – 3 Peu satisfait – 4 Pas du tout satisfait

Etes-vous satisfait du principe d'un rappel téléphonique ?

/ _ /

1 Extrêmement satisfait – 2 Plutôt satisfait – 3 Peu satisfait – 4 Pas du tout satisfait

Evaluation clinique de l'investigateur concernant le rappel téléphonique du patient :

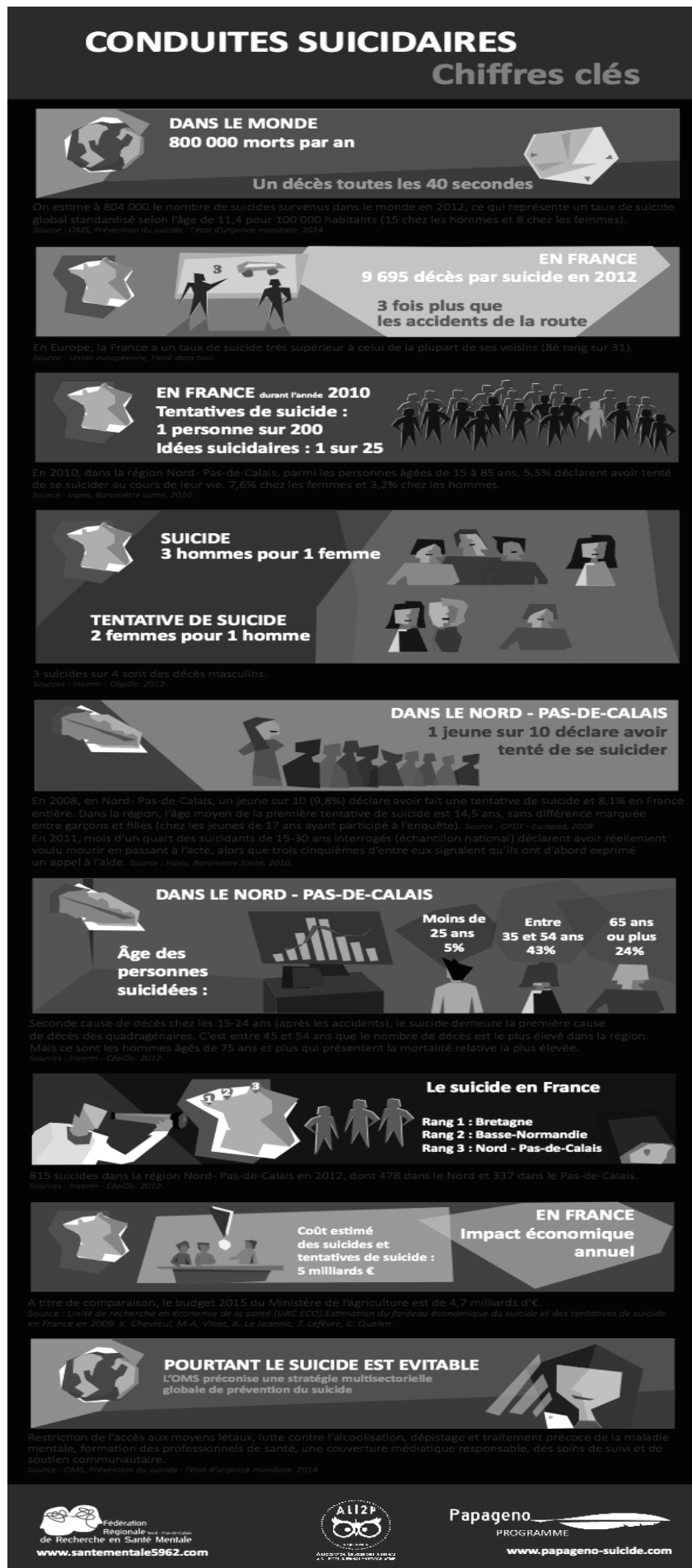
.....
.....
.....
.....
.....

« Je, soussigné(e) Dr, confirme que le suivi du participant a eu lieu sous ma
responsabilité conformément au protocole d'étude clinique ; toutes les données contenues dans ce cahier
d'observation sont complètes et exactes. »

Date

Signature

VII. Chiffres clés concernant les conduites suicidaires



VIII. Liste des enseignants à l'université des Antilles et de la Guyane 2015 - 2016

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge	ARFI	Médecine interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45
	Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal	BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel/Fax 05 90 89 17 45
	André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44
	Pierre COUPPIE	Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 88

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 58

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 28

André WARTER

Anatomopathologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 50

André CABIE

Maladies Infectieuses

	CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Microbiologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Philippe DABADIE	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Epidémiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY	Réanimation

Magalie DEMAR

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de FORT DE FRANCE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Professeurs des Universités Associés

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Karim FARID

Médecine Nucléaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 - Fax : 05 96

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de FORT- DE – France

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

el : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie &Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Lauren BRUNIER-AGOT

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

Xavier BOUILLOUX

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55, Tel : 05 90 89 14 66

Philippe CARRERE

Médecine Générale

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 99 99 11

Cédric Sandy PIERRE

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Pierre CARRET

Orthopédie

CHU de FORT –DE- FRANCE

Tel : 05 90 55 22 28

Julie SAMBOURG

Dermatologie – Maladies Infectieuses

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 59

Katlyne POLOMAT

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Teddy TOTO

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Laurent BRUREAU

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

GUILLE Jérémy

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

BLETTY Marie

Rhumatologie 5D

CHU de FORT- DE - FRANCE

el : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

el : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

ROUX Guillaume

Parasitologie

CH de CAYENNE

el : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 05

Professeurs EMERITES

Bernard CARME

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

IX. Imprimatur