



HAL
open science

Stratégies d'interventions brèves dans la prévention de la récurrence suicidaire. Le dispositif VIGILANS en Haute-Normandie

Jean de Boisset de Torsiac

► **To cite this version:**

Jean de Boisset de Torsiac. Stratégies d'interventions brèves dans la prévention de la récurrence suicidaire. Le dispositif VIGILANS en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01919353

HAL Id: dumas-01919353

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919353v1>

Submitted on 12 Nov 2018

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

2018

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par
de BOISSET de TORSIAC Jean
Né le 04/02/1989 à SURESNES

**STRATEGIES D'INTERVENTIONS BREVES
DANS LA PREVENTION DE LA RECIDIVE
SUICIDAIRE :
LE DISPOSITIF VIGILANS EN HAUTE
NORMANDIE**

PRESIDENT DU JURY : Pr GUILLIN Olivier
MEMBRES DU JURY : Pr JOLY Luc-Marie
Pr DUREUIL Bertrand
Dr ROUX Philippe
DIRECTEUR DE THESE : Dr FOULDRIN Gaël

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Épidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence (<i>dtchmnt</i>)
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Éric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Élisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Élisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (méd.)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (pharm.)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (méd.)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (méd.) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (méd.)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (méd.)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (méd.)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (méd.)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (méd.)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (méd.)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (méd.)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (méd.)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (méd.)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS

Au Pr. Olivier Guillin qui a accepté de présider ce jury. Pour son enseignement, et plus particulièrement sa transmission de l'exigence d'apporter des réponses exactes, compréhensibles et constructives à nos patients et à leurs proches.

Au Pr Priscille Gerardin pour son enseignement, son humanité et sa gentillesse dans les moments plus difficiles de l'internat.

Au Pr Luc Marie Joly pour sa présence aujourd'hui et surtout son attention au quotidien pour les patients souffrant de difficultés psychiques et sa gentillesse à l'endroit des jeunes internes de psychiatrie dont j'ai fait partie.

Au Pr Bertrand DUREUIL qui a gentiment accepté de prendre part à ce jury ainsi qu'au Dr Philippe ROUX pour sa présence aujourd'hui.

Au Dr Gaël Fouldrin qui parmi tout ce qu'il m'a apporté et appris aura ajouté à ma formation clinique un sourire. Vous me permettez, au quotidien, au cours de tous mes entretiens, de prendre un visage non seulement plus humain, mais aussi plus proche de ma personnalité.

Au Pr Marie-Odile Krebs qui me permet d'apprendre l'exigence de la recherche au quotidien, et l'incroyable énergie nécessaire pour améliorer la prise en charge de nos patients.

Au Pr Raphaël Gaillard pour ses conseils, du choix de la spécialité psychiatrique, à sa clairvoyance quant à mon avenir proche et plus lointain comme psychiatre et comme homme.

Au Dr Valérie Péra qui m'a accueilli et rendu psychiatre. Pas une semaine ne passe sans que les conseils prodigués au cours de mes premiers semestres ne me soient indispensables.

Au Dr Audrey Pinaud qui, probablement sans en avoir la moindre idée, est un modèle que je m'efforce de suivre.

Au Dr Hervé Abekhzer pour son accueil, son soutien moral et ses conseils de prudence au moment où l'expérience naissante pouvait me laisser aller à une trop grande assurance.

Aux Dr Marion Plaze et Sarah Smadja qui m'ont aidé à comprendre qu'en psychiatrie, comme ailleurs, je me trompe et dois me remettre en question pour progresser.

Au Dr Masson qui me permet de garder pieds dans la psychiatrie.

Aux Pr Claire Lejeune et Alain Cariou sans qui je ne serais pas médecin.

Aux Docteurs Malekpour, Ferrafiat, Payen-Logli et Ponin-Ballom pour leur amitié et leur soutien indispensable.

A mes collègues internes, aux patients et aux équipes soignantes, plus particulièrement celles du CAC d'Évreux, de Rimbaud et du CMP enfant de Bernay auxquels je dois énormément et pense très souvent.

A ma famille, mes amis.

A mes parents et relecteurs en chefs.

A ma Valentine.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	13
TABLE DES MATIERES.....	15
INTRODUCTION.....	17
PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS ET CONTEXTE	18
I DEFINITIONS	18
I.1 Le suicide.....	18
I.2 La tentative de suicide.....	18
I.3 Suicidaire, suicidant, suicidé.....	18
I.4 Facteurs de risque.....	18
I.4.1 Facteurs de risque primaires.....	18
I.4.2 Facteurs de risque secondaires.....	20
I.4.3 Facteurs de risque tertiaires.....	20
II HISTORIQUE.....	22
II.1 Le suicide dans l'histoire.....	22
II.1.1 Asie.....	22
II.1.2 Égypte.....	22
II.1.3 Grèce.....	22
II.1.4 Rome.....	22
II.1.5 Gaule et Germanie.....	23
II.1.6 Le christianisme interdit le suicide.....	23
II.1.7 De la Renaissance à la Réforme et à la Révolution.....	23
II.1.8 Révolution et Empire.....	24
II.1.9 Les temps modernes.....	24
II.2 L'histoire du concept de suicide.....	25
II.3 Aspects politiques et sociaux contemporains.....	26
III ÉPIDEMIOLOGIE	29
III.1 Données OMS.....	29
III.2 Le Suicide en Europe.....	33
III.3 Le suicide en France.....	35
III.3.1 Aujourd'hui.....	35
III.3.2 Évolution depuis 1975.....	35
III.3.3 Différences hommes / femmes.....	36
III.3.4 Sous-estimation des chiffres.....	42
III.3.5 Disparités régionales.....	43
III.4 La région Haute Normandie.....	45
DEUXIEME PARTIE : PREVENTION SUICIDAIRE	50
I SUICIDE, RECIDIVE ET PREVENTION DANS LA LITTERATURE	50
I.1 Psychiatrie, tentatives de suicide et récidives.....	50
I.2 Stratégies de prévention.....	52
I.2.1 Médicamenteuse.....	52
I.2.2 Psychothérapies et interventions psychosociales.....	55
I.3 Interventions brèves.....	56

II POLITIQUE DE PREVENTION DU SUICIDE.....	58
II.1 Généralités	58
II. 2 Situation régionale	58
II.2.1 Prévention primaire.....	58
II.2.2 Prévention secondaire (dispositifs adultes et enfants/ados)	59
II.2.3 Prévention tertiaire : Groupe : « endeuillés par suicide ».....	61
TROISIEME PARTIE : LE DISPOSITIF VIGILANS	62
I VIGILANS NORD – PAS-DE-CALAIS.....	63
I.1 Principe d’action	63
I.2 Mise en place et résultats.....	65
II VIGILANS HAUTE NORMANDIE	67
II.1 Calendrier	67
II.2 Moyens et financement	68
II.3 Adaptation aux services rouennais	68
III EVALUATION.....	69
III.1 Problématique	69
III.2 Population recrutée	69
III.3 Objectif.....	71
III.4 Présentation des résultats.....	71
III.4.1 Données sociodémographiques	73
III.4.2 Activité des « vigilanseurs »	73
III.4.3 Activité administratives et médicales	74
III.5 Perspectives.....	75
IV DISCUSSION.....	77
CONCLUSION	80

INTRODUCTION

« Dès que l'on aborde la question du suicide, on se trouve face à un problème médical, psychologique et sociologique des plus vastes, objet le plus souvent de débats animés, d'autant que s'affrontent dès lors des positions souvent hermétiques, au maximum personnalisées par l'histoire vécue et la culture de chaque interlocuteur. C'est que le suicidant n'est jamais seul en cause, son geste concerne aussi l'entourage, le médecin, le témoin..., qui sont toujours plus ou moins contraints à prendre position sur la question de leur propre suicide »¹

« Si les philosophes voient dans le suicide une affirmation de la liberté humaine, si les sociologues en font un fait social limité à un concept réductible à une analyse factorielle, pour les psychiatres le suicide constitue une préoccupation majeure, quotidienne, concrète. Mettant entre parenthèses toutes considérations morales, religieuses ou philosophiques, ils ont traité du suicide en partant de cas cliniques et en essayant de saisir la réalité même du suicide à travers le suicidant. Il est difficile, avec des données aussi diverses, d'adopter pour le suicide une définition qui ne préjuge pas de la finalité de l'acte, ni à plus forte raison de ses motivations ; celle de Deshaies² la moins restrictive, semble la plus satisfaisante ; pour lui, le suicide est l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente en prenant la mort comme moyen ou comme fin »³

Dans le monde, plus de 800 000 personnes par an meurent en se suicidant et le nombre des tentatives est encore beaucoup plus élevé⁴. Chaque année, des millions de personnes sont donc confrontées à des pertes cruelles dues à des suicides. Ces décès peuvent intervenir à n'importe quel âge de la vie. Le suicide représentait la seconde cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde en 2012.

Ce travail s'intéresse plus précisément à la prévention suicidaire. A ses moyens et à ses difficultés à l'international, ou même à l'échelle nationale voir régionale.

Le dispositif VIGILANS constitue une réponse locale innovante à la problématique du suicide en misant sur des stratégies dites « d'interventions brèves ».

Ce projet vise à prévenir le suicide par un accompagnement des personnes les plus à risque en améliorant leur suivi au décours d'un geste suicidaire. Ces méthodes ont prouvé leur efficacité et sont particulièrement adaptées au contexte économique actuel où les moyens accordés à de nouvelles initiatives sont très limités.

¹ Miedzyrzecki, *Les fonctions suicidaires*.

² Deshaies, *La psychologie du suicide*.

³ Izard, *Les conduites suicidaires*.

⁴ World Health Organization, *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*.

PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS ET CONTEXTE

I DEFINITIONS

I.1 Le suicide

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

« On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. »⁵

I.2 La tentative de suicide

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

I.3 Suicidaire, suicidant, suicidé

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

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

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

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

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

I.4 Facteurs de risque

I.4.1 Facteurs de risque primaires

- Antécédents personnels de suicide : c'est le premier facteur de risque avec un taux élevé de récurrence de passage à l'acte durant les 3 années suivantes⁶
- Antécédents de suicide ou de tentatives dans la famille

⁵ Durkheim (E.), *Le suicide*.

⁶ Johnsson Fridell, Ojehagen, et Träskman-Bendz, « A 5-Year Follow-up Study of Suicide Attempts ».

- Expression d'une intention suicidaire

- Pathologies psychiatriques associées.

Si la psychopathologie est à l'origine d'un grand nombre de suicides, elle n'en est pas pour autant la cause unique. Les troubles mentaux provoquent un état de vulnérabilité du sujet qui joue un rôle critique dans beaucoup de passages à l'acte.

– S'il ne faut pas associer d'emblée suicide et trouble de l'humeur, on retrouve néanmoins une symptomatologie dépressive dans 60% des cas de passage à l'acte⁷ sans oublier l'alcool-dépendance⁸ qui est, incontestablement, un trouble psychiatrique qui accroît le risque de comportement suicidaire. La dépendance à l'alcool pourrait être impliquée dans 25% des suicides. Les patients atteints d'un trouble bipolaire présentent eux un risque relatif ajusté de suicide de 2,5 pour les femmes et 3,5 pour les hommes.

– La schizophrénie représente un facteur de risque important de passage à l'acte suicidaire. Le taux de tentatives de suicide chez les patients psychotiques est évalué entre 10 et 50%. Un risque 28 fois plus élevé de décès par suicide avec un rapport de 239/100 000 selon une étude de septembre 2014. Le risque de décès par suicide serait de 15% sur la vie entière.

– Les troubles du comportement alimentaire, en particulier l'anorexie mentale restrictive, représentent aussi un facteur de risque non négligeable en matière de risque de passage à l'acte suicidaire.

Selon une étude récente reprenant l'anamnèse de patients souffrant de cette pathologie, 11,8% auraient un antécédent de passage à l'acte suicidaire et 43,3% auraient déjà eu des idées suicidaires. Dans cette étude, des co-morbidités psychiatriques ont été retrouvées : dépression, insécurité sociale.

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

⁷ Pitchot, Paquay, et Anseau, « [Suicidal behaviour: psycho-social and psychopathological risk factor] ».

⁸ Anderson P., Gual A., Colom J, « Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves ».

⁹ Portzky, van Heeringen, et Vervaet, « Attempted Suicide in Patients with Eating Disorders ».

1.4.2 Facteurs de risque secondaires

- Isolement socioprofessionnel :

La fréquence des comportements suicidaires est plus élevée chez les sujets sans emploi. La perte d'emploi peut parfois être considérée comme un facteur précipitant. Plusieurs études ont fait état de liens entre l'évolution des taux de suicide et de ceux du chômage.

Cependant, les relations entre chômage et suicide apparaissent complexes, en effet, certains pays d'Europe comme l'Espagne où le nombre de chômeurs est particulièrement élevé ont un taux de suicide étonnamment bas comparé à la moyenne européenne.

- Isolement affectif :

Veufs, divorcés, célibataires

- Évènements de vie négatifs :

Des événements de vie négatifs (séparation, deuil, problèmes judiciaires ou financiers...) sont retrouvés chez 65% des patients dans les trois mois précédant le suicide, et chez 42% des patients, dans la dernière semaine¹⁰. L'implication des événements de vie dans les comportements suicidaires est plus grande chez les patients souffrant d'état dépressif.

1.4.3 Facteurs de risque tertiaires

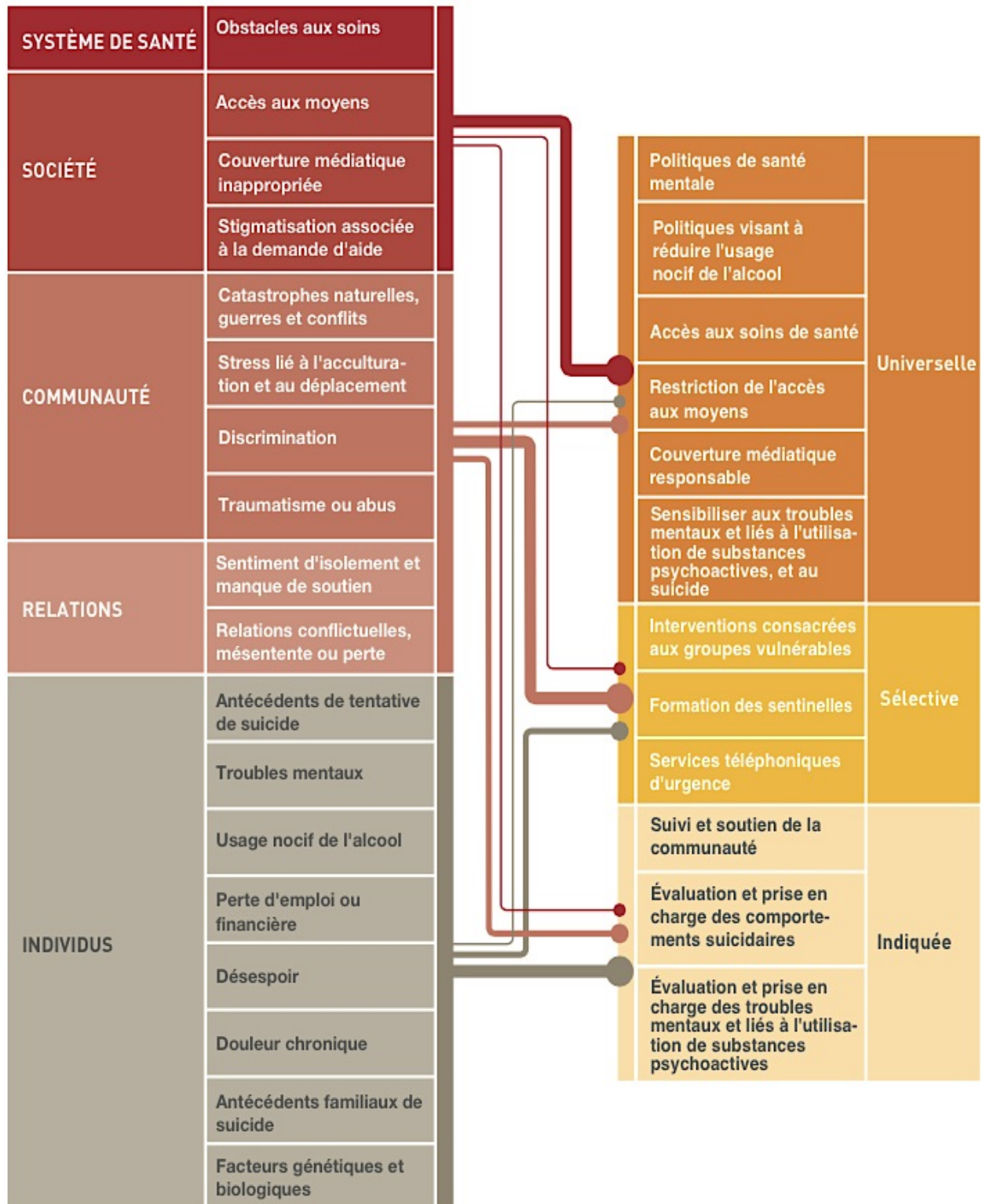
Ces facteurs correspondent à des éléments épidémiologiques qui ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur que lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs de risque :

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

¹⁰ Pitchot, Paquay, et Anseau, « [Suicidal behaviour: psycho-social and psycho-pathological risk factor] ».

Figure n°1 : Les principaux facteurs de risque du suicide associés à de potentielles interventions

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



II HISTORIQUE

II.1 Le suicide dans l'histoire.

De tous temps, les hommes ont cherché à exercer sur eux-mêmes le droit de vie et de mort. En passant en revue les grandes périodes de l'histoire, on peut essayer de comprendre les facteurs qui, dans un pays donné, à une certaine époque, ont poussé les hommes au suicide.¹¹

II.1.1 Asie

Aux Indes, dès l'Antiquité, sous l'influence considérable du brahmanisme, les sages, à la recherche du Nirvanâ (délivrance de tous les maux dans le « Néant absolu »), se suicidaient fréquemment au cours des fêtes religieuses, des épouses « accompagnant » leur mari mort dans son bûcher de crémation.

Au Tibet et en Chine, cette doctrine s'étend sous l'impulsion du bouddha Siddharta Gantama. On distinguait alors deux sortes de suicidants : celui qui recherchait la perfection ; celui qui fuyait devant l'ennemi. Les réactions suicidaires étaient parfois massives : après la mort de Confucius, 500 disciples se précipitèrent dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres.

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

II.1.2 Égypte

On demandait à la mort la délivrance. Les partisans allaient jusqu'à se grouper en association dont les membres recherchaient les moyens les plus agréables pour mourir.

II.1.3 Grèce

Le suicide à Athènes était puni : le cadavre était privé de sépulture, sa main droite coupée et enterrée dans un autre endroit. Les stoïciens, sous l'influence de Platon, faisaient peu de cas de la vie (« on sort de la vie avec autant de satisfaction que d'une chambre enfumée »), sans être à proprement parler partisans du suicide comme les cyniques (suicide de Diogène) ; parmi ceux-ci, le philosophe Hegesias, surnommé Pisathanate (« celui qui pousse à la mort ») faisait une si éloquente apologie du suicide à ses disciples qu'ils se tuaient en le quittant. Les sceptiques furent également des apôtres du suicide.

II.1.4 Rome

C'est surtout à la période décadente de l'Empire que les suicides devinrent nombreux à Rome. Il faut y voir l'influence des philosophes (pour Sénèque, « penser à la mort, c'est

¹¹ Moron, *Le suicide*.

penser à la liberté ») et d'écrivains comme Lucain, appelé « le poète du suicide », mais aussi l'influence de la politique : en disgrâce auprès de l'empereur, les personnages importants se suicidaient pour soustraire leurs biens à la convoitise du tyran. Le suicide des esclaves était fréquent mais interdit, les rescapés sévèrement punis. Il en était de même pour les soldats romains qui appartenaient à l'État et ne pouvaient disposer de leur vie. Tous avaient cependant le droit de se supprimer en cas de souffrance intolérable.

II.1.5 Gaule et Germanie

Il y eut de très nombreux suicides religieux. Afin de voir s'ouvrir devant eux les portes du Walhalla (Germanie), les vieillards et les femmes se suicidaient fréquemment ; on se tuait entre amis à la fin des banquets. Les veuves se sacrifiaient sur le corps de l'époux disparu. Les Gaulois préférèrent souvent la mort à l'esclavage des envahisseurs romains ; certaines tribus incitaient par ailleurs les vieillards à quitter ce monde afin de n'être plus un poids pour la communauté. Ultérieurement, les Wisigoths vieillissants se précipitaient d'un rocher (Rocher des Aïeux) pour s'assurer par leur courage l'entrée du paradis.

II.1.6 Le christianisme interdit le suicide

« Tu ne tueras point, ni un autre, ni toi-même, car celui qui se tue n'est-il pas le meurtrier d'un homme ? » Plusieurs conciles se prononcèrent successivement dans le même sens : la sépulture religieuse est refusée aux suicidés. En fait, cette pénalité religieuse se substitue à la législation séculière de l'époque, inexistante à ce sujet. Le droit canon en était alors le seul gardien de la discipline morale. Au Moyen Age, le suicide est condamné dans toute la chrétienté par le droit canon¹².

En France, Saint Louis établit la première peine laïque. Malgré la misère sociale d'alors, peu de suicides sont décrits du Ve au XIe siècles. Par contre, aux XIIe et XIIIe siècles, de nombreux cas furent répertoriés : l'hérésie cathare incite certains membres, les « Parfaits », à réaliser le « suicide sacré ». La répression fut violente, aussi bien religieuse que séculière : le cadavre du suicidé était traîné sur une claie, la face contre terre, puis exposé aux carrefours. Cependant, saint Thomas d'Aquin précisa la doctrine de l'Église qui admit peu après les exceptions du « Furiosus » et de « l'Insanus » du droit romain, introduisant ainsi la notion du suicide pathologique et, de ce fait, le déculpabilisant.

II.1.7 De la Renaissance à la Réforme et à la Révolution

Avec l'engouement pour les auteurs gréco-latins apparaissent de nouveaux apôtres du suicide. Luther et Calvin, eux, prêchaient la soumission aux volontés de Dieu et le protestantisme se prononce contre la légitimité du suicide.

Au XVIIe siècle, la répression fut vigoureuse ; le suicide est un crime de lèse-majesté, divine et humaine. Au XVIIIe siècle, les idées nouvelles accordent une vogue au suicide.

¹² Ibid.

Montesquieu, Rousseau qui effleure le problème dans *la Nouvelle Héloïse*, puis *l'Encyclopédie* dont l'esprit commun est « d'abattre les préjugés et de faire triompher la raison », avec d'Alembert ; Diderot, pose le suicide comme gage de liberté individuelle. Voltaire aussi admet la légitimité du suicide dans la dernière partie de *l'Ingénu*.

En 1774 paraît l'œuvre de Goethe : Les souffrances du jeune Werther dont A. Gorceix et N. Fournier ont rappelé le bicentenaire dans une communication intitulée : Qui pouvait sauver Werther ? ; L'issue fatale de ses souffrances eut sur la jeunesse d'alors un effet foudroyant : « Les garçons des quatre coins du monde, costumés à la Werther d'un frac bleu et d'une culotte jaune, effrayants de gaieté, se précipitèrent dans l'autre monde avec un exemplaire du livre dans leur poche » (Antoine Blondin). Les souffrances du jeune Werther ne font pas l'apologie du suicide, elles le provoquent par contagion. « Il s'agit moins d'une thèse que d'une sollicitation émotive », dit encore Antoine Blondin. L'ouvrage, pour l'auteur lui-même, « manifestait les rêves pénibles d'une jeunesse malade, l'expression et l'écho d'un sentiment universel ». A cette époque, on note la parution d'un ouvrage intitulé *Traité du suicide ou du meurtre de soi-même*, défenseur des doctrines du droit canon, par le pasteur Paul Dumas. A la veille de la Révolution, la répression du suicide est maintenue.

II.1.8 Révolution et Empire

La Déclaration des droits de l'homme, en proclamant la liberté humaine, fit tomber toutes les pénalités encourues ; avec le déroulement des événements, les suicides devinrent de plus en plus nombreux. Le premier consul enraya, par un ordre du jour déshonorant les suicidés, une épidémie de suicides dans l'armée d'Italie. Napoléon dira d'ailleurs à l'île d'Elbe : « J'ai souvent réfléchi à ce point de morale. J'ai demandé leur avis à plusieurs personnes et je crois qu'au fond, il vaut mieux souffrir qu'un homme finisse sa destinée quelle qu'elle soit. »

II.1.9 Les temps modernes

Au XIXe siècle, le nombre de suicides augmente beaucoup. Faut-il incriminer les facteurs sociaux (influence des transformations économiques, politiques, humaines) ou les facteurs culturels (ce « mal du siècle » répandu par les grands auteurs comme Chateaubriand, Vigny...) ? Dans le dernier quart du siècle, on trouve en Grande-Bretagne et aux États-Unis des clubs de suicidaires. De nos jours se créent des associations de type « Droit de mourir dans la dignité » voire des « cliniques » pour l'euthanasie volontaire.

II.1.10 Conclusion

Ce court aperçu du suicide « à travers les âges » nous apporte diverses notions et tout d'abord celle de l'universalité de l'idée de suicide dans l'histoire, les pays, les sociétés. Ensuite, la signification du comportement suicidaire à ces diverses périodes, ses liens avec les religions, les philosophies, la littérature, le climat socioculturel et l'époque. Et enfin, la notion du suicide comme fait social longtemps puni par la loi et entraînant encore des réactions sociales variées parfois contradictoires.

II.2 L'histoire du concept de suicide¹³

Le mot de « suicide » aurait été pour la première fois utilisé par l'abbé Desfontaines en 1737. Il fut repris ensuite par les Encyclopédistes, mais il fallut attendre le XIXe siècle, pour que son étude soit véritablement abordée. Dès cette époque, deux écoles devaient s'opposer, chacune proposant une thèse sur la détermination de se suicider :

L'une, psychiatrique, cherchait un principe d'explication dans l'individu ; L'autre, sociologique, dans le milieu social.

Chef de la doctrine psychiatrique, Esquirol, en 1838, arguant de la fréquence de la réaction suicidaire dans l'étude de la pathologie mentale alors naissante, en fait un symptôme psychopathique : « Il n'est pas d'individu qui n'ait eu des idées de suicide, et même le désir de se précipiter lorsqu'il s'est trouvé sur un lieu élevé, ou auprès d'une croisée, ou de se noyer lorsqu'il passait sur un pont. L'homme n'attend à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés » (Esquirol). Cette théorie est adoptée par la plupart des psychiatres (Georget, Cazauvieilh, Brière de Boismont, Falret, Chaslin, M. de Fleury, Adler, Charles Blondel) ; certains élargirent encore ses frontières au point qu'Achille Delmas (1932), retrouvant parmi les suicidés 90 % de cyclothymiques et 10 % d'hyperémotifs, en arrivait à conclure « qu'il fallait être plus ou moins fou pour se suicider ». ¹⁴

Moins dogmatiques, d'autres auteurs admettent que tous les suicidants ne sont pas des malades, mais que, lors de l'acte suicidaire au moins, ils se trouvent dans un état affectif ou émotionnel pathologique.

Par contre pour Durkheim (1897) et l'école sociologique qui avaient basé leur interprétation sur une étude statistique systématisée, le suicide représente un phénomène constant que ne peuvent expliquer les actes individuels ; aussi en font-ils la résultante d'un conditionnement d'ensemble : influences familiale, sociale, religieuse... Halbwachs (1930), superposant le taux constant de suicides à la constance du taux des procédés de suicide, fait appel dans un sens large au type même de civilisation. Pour lui, c'est le « vide social » créé autour de l'individu qui cause, seul, le suicide.

Contrairement à Durkheim d'ailleurs, Halbwachs sépare le sacrifice du suicide en prenant pour principe de définition sociologique « qu'on doit tenir compte principalement de l'attitude de la société et des jugements différents qu'elle porte sur des actes extérieurement semblables » ; or, la société réproouve le suicide et organise le sacrifice ; ces deux actes relèvent donc d'impératifs collectifs différents. Une sociologie marxiste fait du suicide un phénomène lié avant tout à la structure capitaliste de la société. Dans une société saine, idéalement communiste, il n'y aurait pas de suicide. Il est clair qu'il s'agit là d'une interprétation des faits qui se situe sur un plan behavioriste et cette psychologie en troisième personne méconnaît le problème essentiel de la personnalité même du suicidant, en un mot renonce à aborder le problème du suicide sur le plan clinique et refuse à la limite de reconnaître le sens même de l'acte suicidaire.

Cette thèse et cette antithèse devaient amener une synthèse dont Deshaies se fait le défenseur dans son ouvrage sur le suicide (1947), basée d'une part sur la critique des méthodes et des conceptions psychiatriques et sociologiques et d'autre part sur l'étude concrète des suicidants. C'est ainsi que devait naître la théorie psychologique du suicide

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

qui, utilisant à la fois les méthodes statistiques et psychopathologiques, envisage le suicidant sous son aspect physique, psychique et social. Des travaux (Lyon-Toulouse) ont réactualisé les fonctions suicidaires déjà décrites par Stengel et Cook dans leur monographie, c'est-à-dire le sens de la conduite suicidaire. Il paraît en effet évident que l'intentionnalité de la tentative de suicide n'est pas la mort seule : elle est une prise de position par rapport au groupe et à la société. Cette conception de l'acte suicidaire permet aux sociologues, aux statisticiens, tout autant qu'aux psychologues et aux psychiatres, de l'étudier dans leurs différentes perspectives.

II.3 Aspects politiques et sociaux contemporains

C'est dès le début des années 1970 que la thématique du suicide est mise en avant sous la tutelle de Robert Boulin, alors Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Instituait une commission, le Ministre entend faire le point sur ce fléau refoulé de la conscience collective en vue de combler « *le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide* » et d'organiser « *une éventuelle prévention* ». ¹⁵

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

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

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

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

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

Très rapidement, une prise de conscience internationale de la nécessité d'agir émerge et transforme le suicide en un enjeu social à défendre. L'un des événements marquants dans l'officialisation progressive de la thématique est la reconnaissance publique du

¹⁵ Jougla et al., « Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide ».

problème par l'OMS, qui publie en 1969 (puis en 1975) un document consacré à la prévention du suicide dans le monde.¹⁶

Faute de mobilisation effective, d'actions suffisamment opérationnelles par rapport à la mesure de l'enjeu, le problème du suicide se voit relégué au dernier rang des préoccupations étatiques : « *On connaît l'anecdote : un mort c'est un drame, cinq morts c'est un évènement, cent morts c'est une statistique* ». A travers ces propos, André Haim témoignait finalement d'une situation qui n'avait guère évoluée depuis les années 1960, faisant craindre pour beaucoup l'acceptation implicite de la mortalité suicidaire par les pouvoirs publics.

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

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

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

Considéré par beaucoup comme la pierre angulaire de l'institutionnalisation du suicide en enjeu de santé publique, le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992 sous l'égide du Professeur Michel Debout proclame que le suicide est la « *seule grande question de société qui n'ait jamais été abordée jusque-là par le Conseil économique et social* ».¹⁷

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

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

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

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

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

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

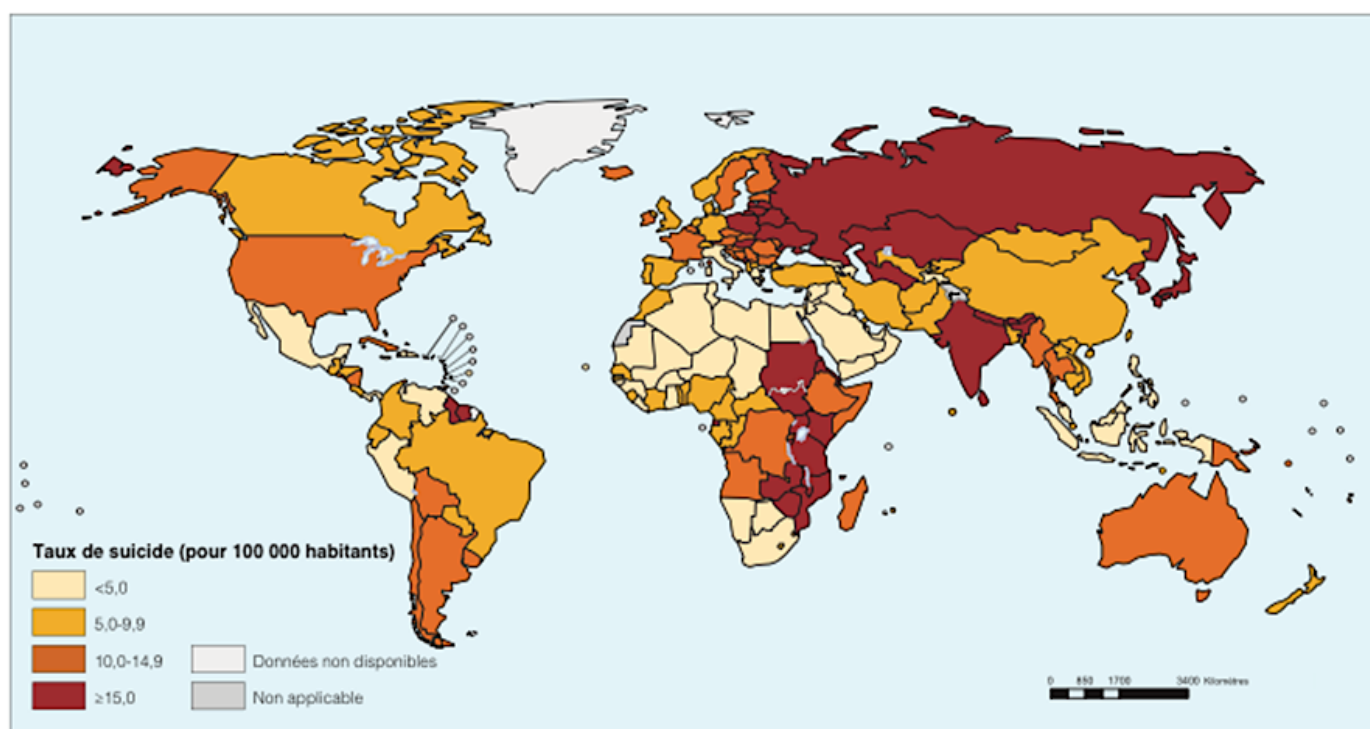
III ÉPIDEMIOLOGIE

III.1 Données OMS

Toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée.

Le suicide touche toutefois particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale. On estime à 800 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants chez les hommes et 8 chez les femmes¹⁸

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



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

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

¹⁸ World Health Organization, *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*.

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

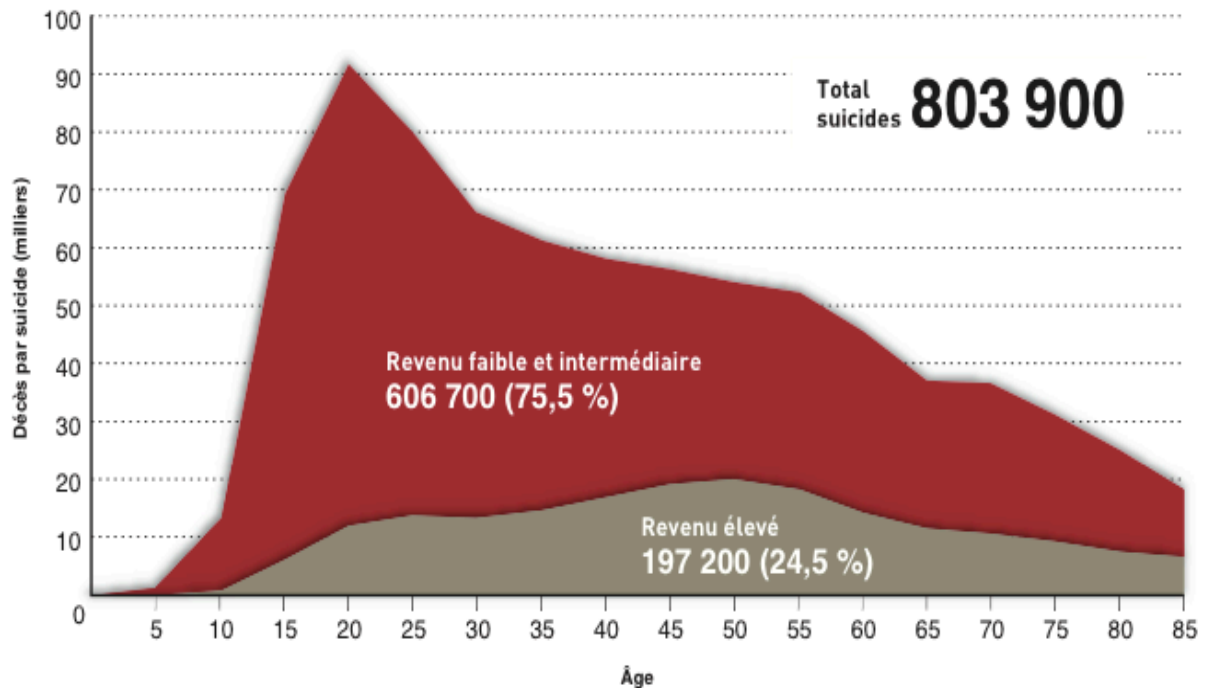
Région	% de la population mondiale	Nombre de suicides en 2012 (milliers)	% du nombre de suicides dans le monde	Taux de suicide standardisés selon l'âge* (pour 100 000), 2012			Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2012
				Tous	Femmes	Hommes	
Monde**	100,0 %	804	100,0 %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

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

Parmi les PRFI des six régions OMS, le taux de suicide standardisé selon l'âge varie du simple au triple, passant d'un taux faible de 6,1 pour 100 000 dans la région des Amériques à un taux élevé de 17,7 pour 100 000 dans la région de l'Asie du Sud-Est¹⁹.

¹⁹ Ibid.

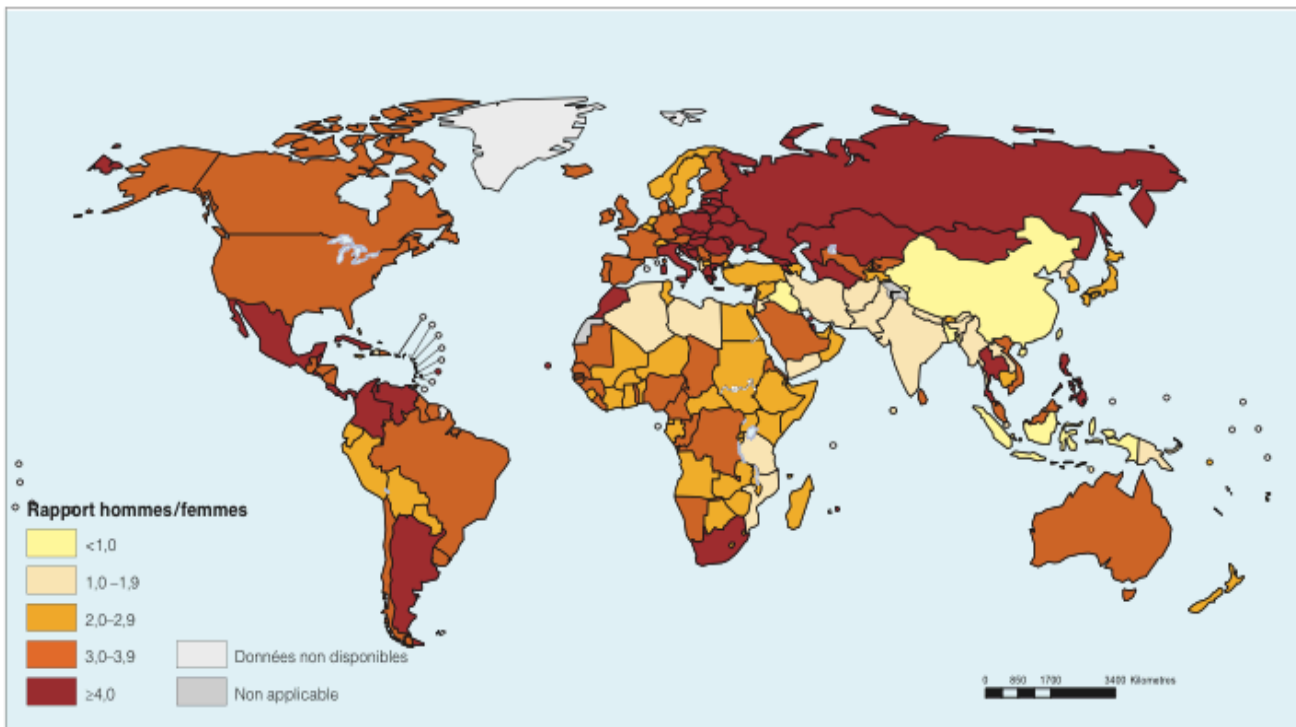
Figure n°2 : Suicides mondiaux par âge et niveau de revenu des pays (2012)



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

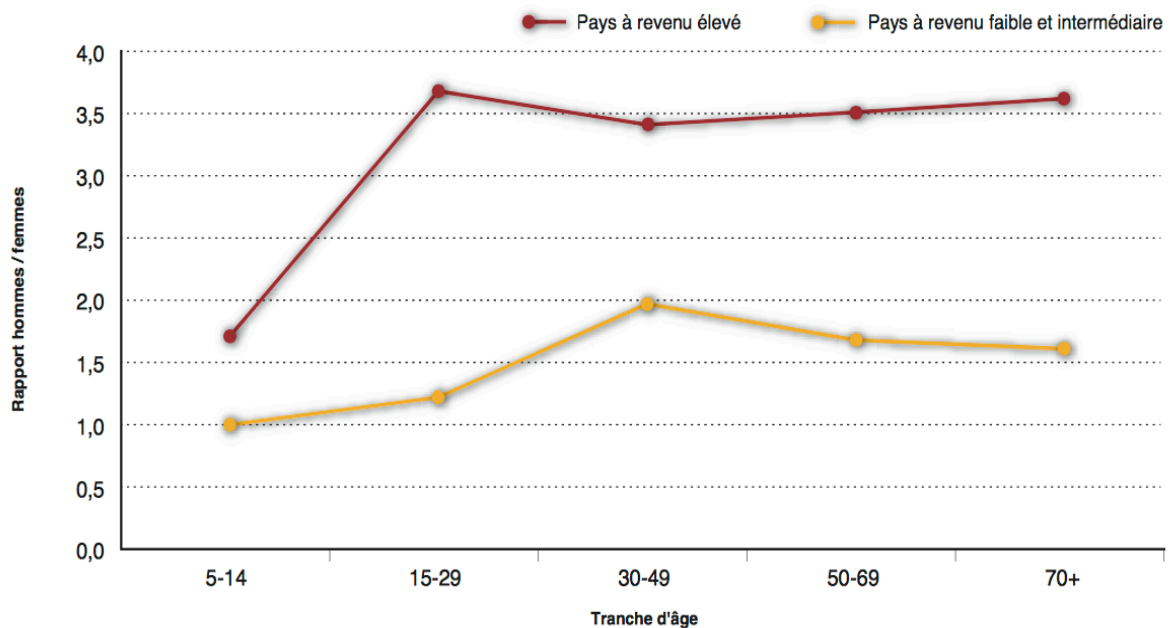
A noter un pic important de décès par suicide sur la tranche d’âge 20-25 ans au sein des pays moins aisés avec plus de 90 000 décès repertoriés en 2012 sur cette tranche d’âge soit 15% des décès totaux par suicide sur l’année 2012 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

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



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

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



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

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

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

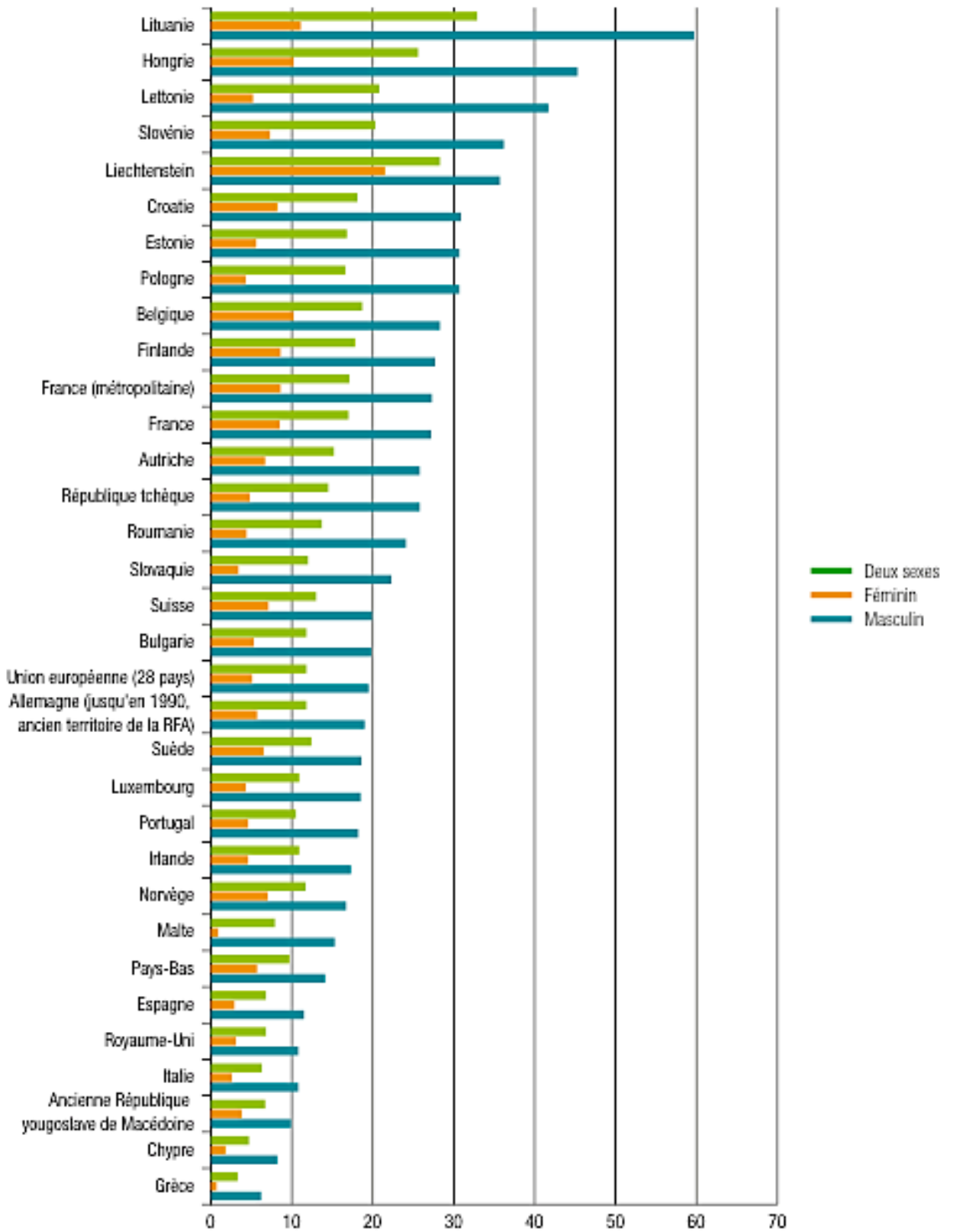
- Différences entre les méthodes socialement acceptables de gestion du stress et des conflits pour les hommes et les femmes ;
- Disponibilité des moyens de suicide et préférences en la matière ;
- Disponibilité de l'alcool et schémas de consommation ;
- Différences des taux de recours aux soins en cas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

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

III.2 Le Suicide en Europe

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union Européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,8 pour 100 000 habitants en 2010, la France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (voir Figure n°4 ci-dessous). **Les comparaisons inter-nationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de définitions du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations.**

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



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

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

III.3 Le suicide en France

III.3.1 Aujourd'hui

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

Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe avec 16,7 pour 100 000.²⁰

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

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

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

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

III.3.2 Évolution depuis 1975

Le taux de suicide a augmenté significativement en France depuis le milieu des années 1970.

Antérieurement de 1950 à 1970, l'incidence du suicide était stable, mais cette stabilité était due à deux évolutions contraires à savoir : une augmentation légère de la part du suicide féminin (tout âge confondu) et des jeunes hommes, ainsi qu'une diminution du suicide chez les hommes de plus de 40 ans.²¹

Après 1975, il a été noté une augmentation générale du suicide avec entre 1975 et 1985 une aggravation de 38% devenant ainsi une réelle problématique de santé publique.

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

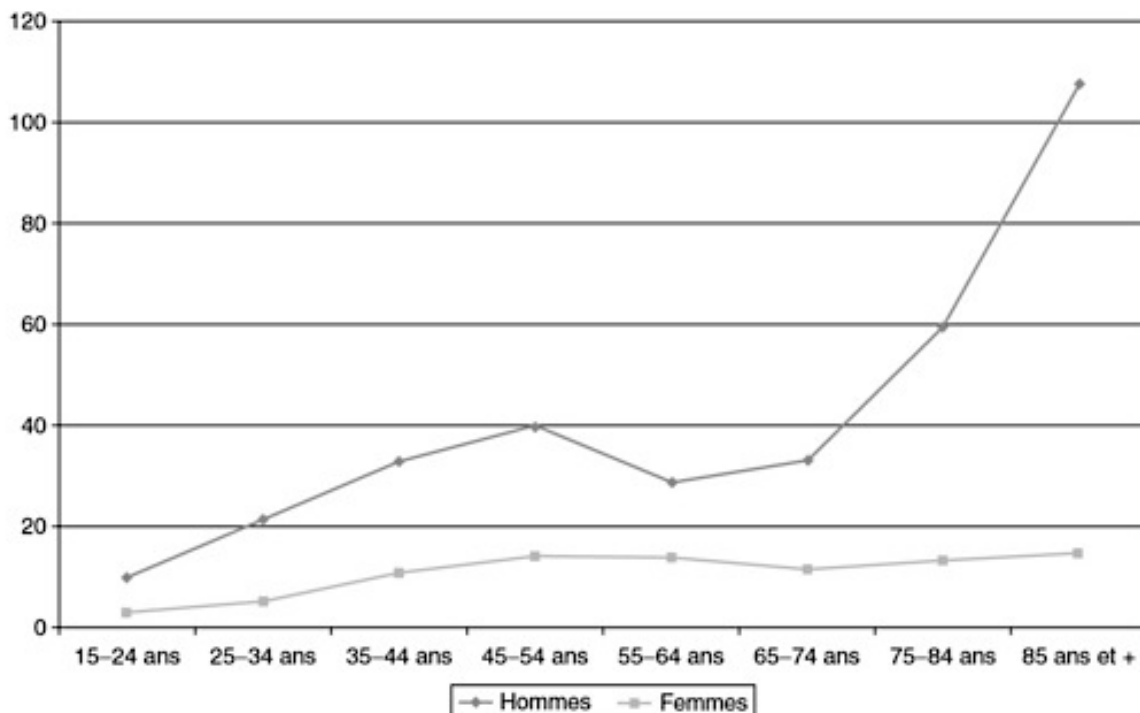
²¹ Ibid.

Depuis 1985, l'incidence a diminué et est même inférieure en 2007 à 19% pour les hommes et 21% chez les femmes.

III.3.3 Différences hommes / femmes

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

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

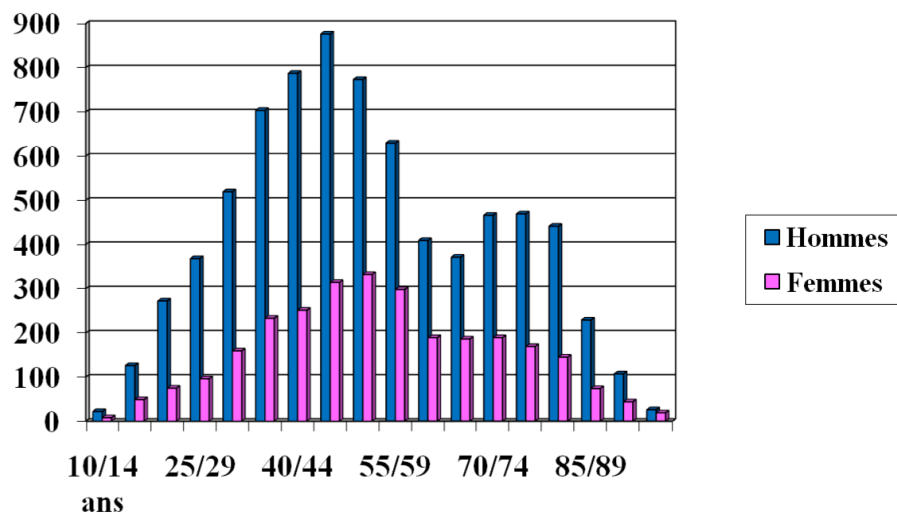


La figure n°5 présentée ci-dessus montre que la surmortalité masculine par suicide se confirme à tous les âges.

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

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

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



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

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

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

Figure n°6bis : Répartition par mode de passage à l'acte suicidaire et par sexe des décès par suicide en France en 2006 (CépiDc INSERM)

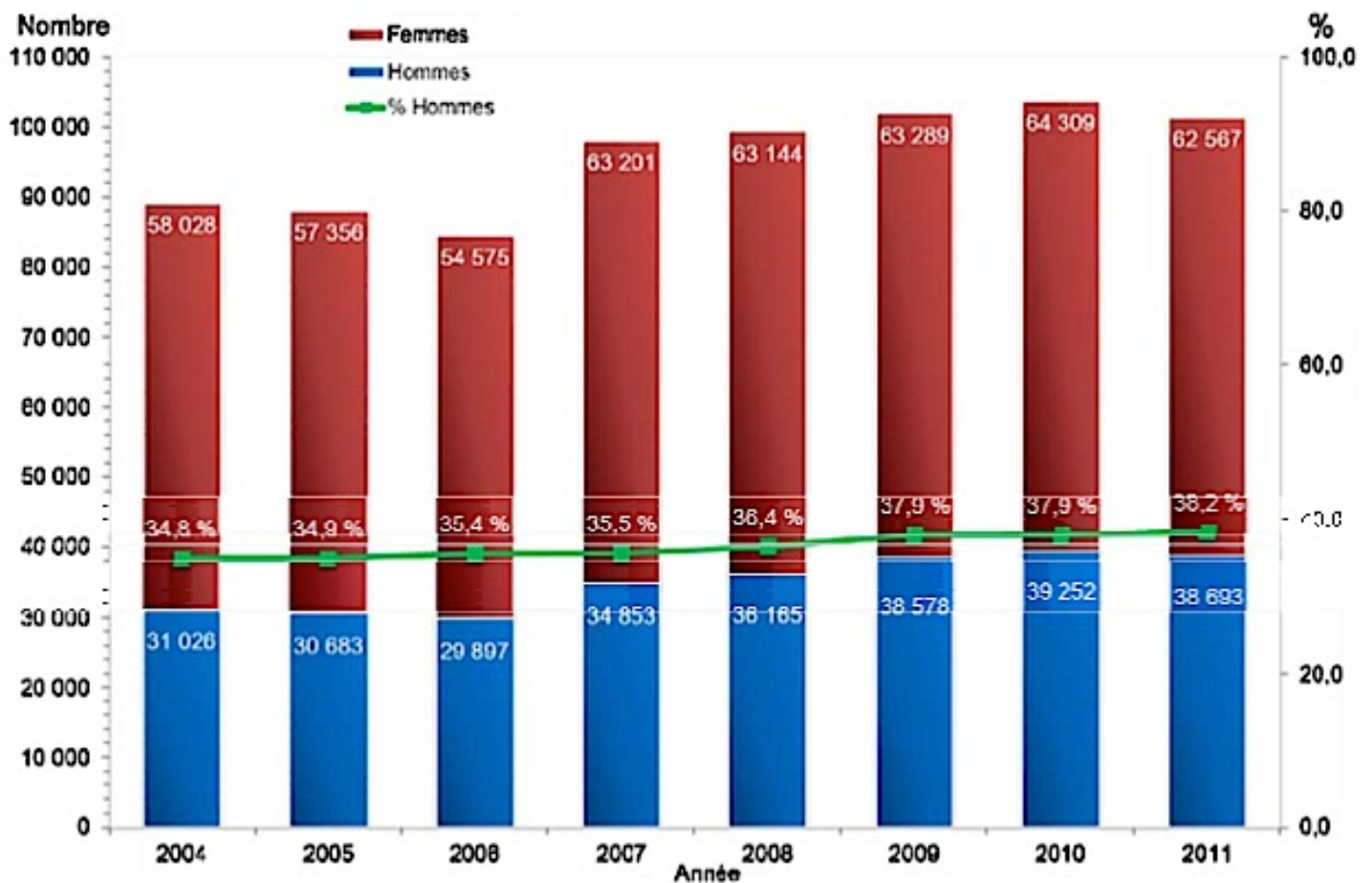
Mode de Décès	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Pendaison	3933 (51.79)	829 (29.29)
Ingestion Médicamenteuse	826 (10.87)	887 (31.34)
Armes à feu	1482 (19.51)	96 (3.30)
Saut	413 (5.43)	355 (12.54)
Noyade	258 (3.39)	315 (11.13)
Autres	258 (3.39)	348 (12.29)
Total	7593	2830

La figure n°6bis ci-dessus nous permet d'analyser ces décès de la manière suivante : En ce qui concerne les hommes, il est important de noter la forte prédominance de décès par mort violente à savoir la pendaison à 52%, suivi par le suicide par arme à feu 20% puis avec 11% l'ingestion médicamenteuse.

Les femmes présentent un taux de décès par ingestion médicamenteuse volontaire de 31%, ce qui place ce mode opératoire au premier rang, le deuxième étant la pendaison (29%).

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

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

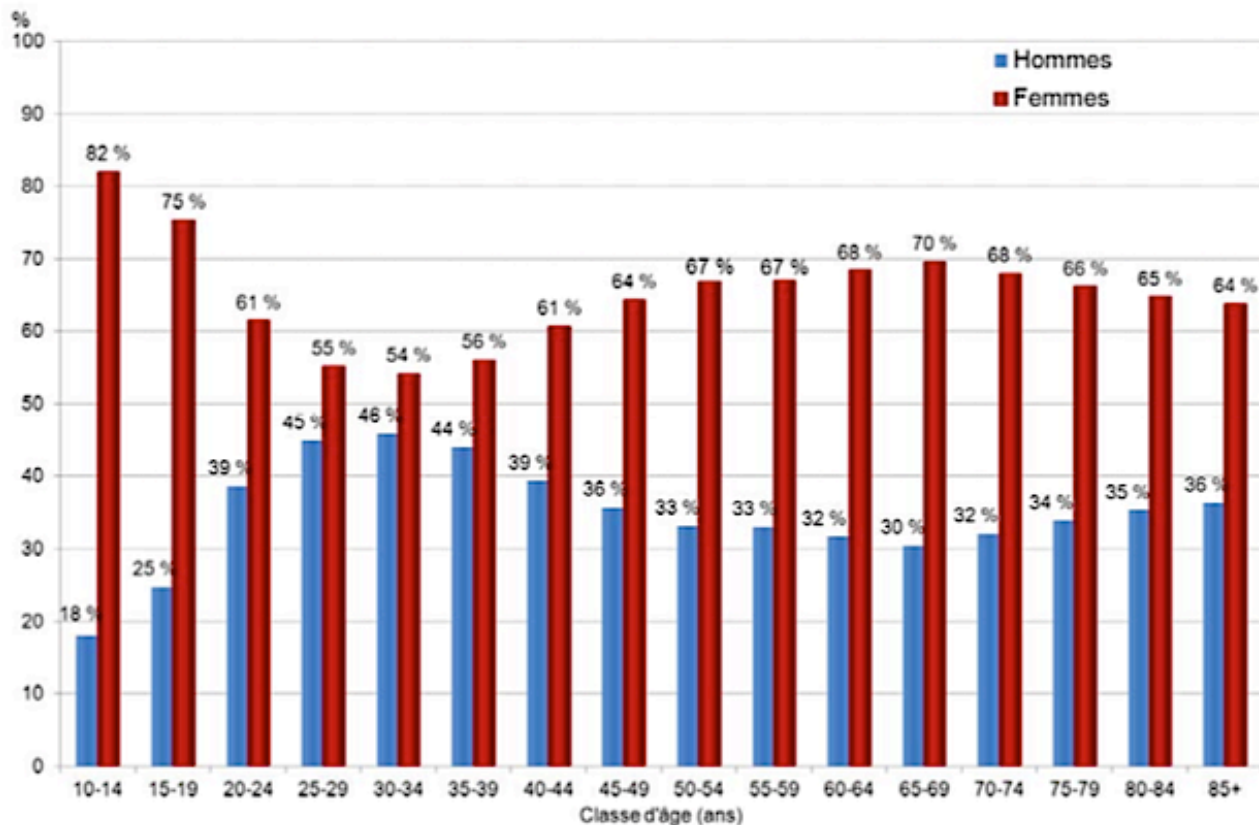


Source ATIH, analyses InVS.

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

La répartition selon le sexe était globalement de 1,7 femmes pour 1 homme. Toutefois, au cours des années, la part des séjours concernant les hommes était en augmentation : en 2004, les séjours masculins représentaient 34,8% de l'ensemble des séjours pour tentative de suicide tandis qu'en 2011, ce pourcentage était passé à 38,2 %.²²

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



Source ATIH, analyses InVS.

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

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

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

²² « Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011 - Invs ».

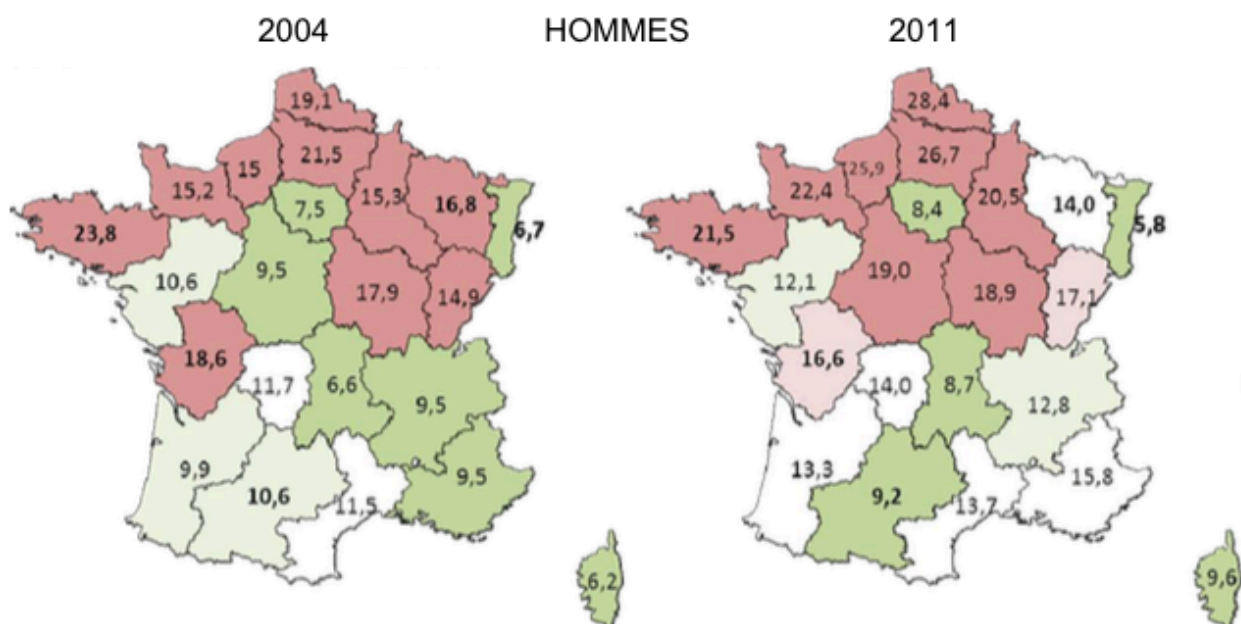
À partir de 50 ans, les séjours hospitaliers pour tentative de suicide concernaient deux femmes pour un homme.

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

Néanmoins, pour la classe d'âge 15-64 ans, de 2004 à 2011, la part relative des hospitalisations masculines pour tentative de suicide a augmenté de 3 à 7 points.²³

Une disparité entre hommes et femmes existe à la fois en termes de mortalité, de mode de passage à l'acte mais aussi de nombre de séjours hospitaliers.

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



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

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

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

²³ Ibid.

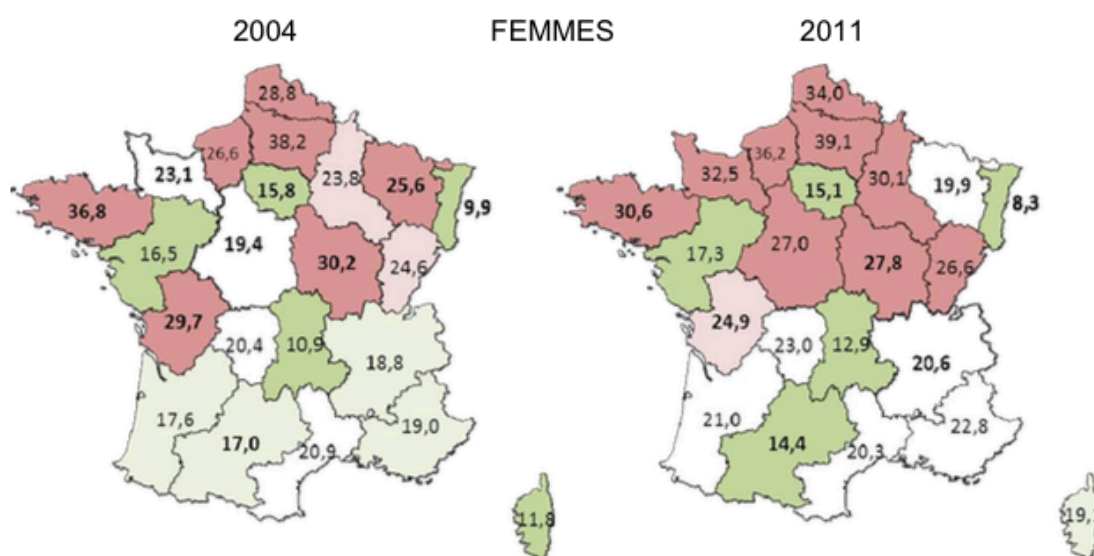
En 2004, les taux régionaux variaient de 6,2 pour 10 000 en Corse à 23,8 pour 10 000 en Bretagne, en 2011, ces taux allaient de 5,8 pour 10 000 en Alsace à 28,4 pour 10 000 en Nord-Pas-de-Calais.

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

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

Par conséquent, en région Centre, le taux qui était inférieur de 20 % au taux national en 2004 était supérieur de 30 % au taux national en 2011. D'importants pourcentages d'évolution annuelle des taux entre 2004 et 2011 ont aussi été observés en *Corse (+11,6 % d'évolution annuelle)*, *Haute-Normandie (+11,2 % d'évolution annuelle)* et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) (+10,7 % d'évolution annuelle).²⁴

Figure n°10 : les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en France pour 10 000 femmes par région en France en 2004 et 2011.



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

²⁴ Ibid.

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

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

III.3.4 Sous-estimation des chiffres

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

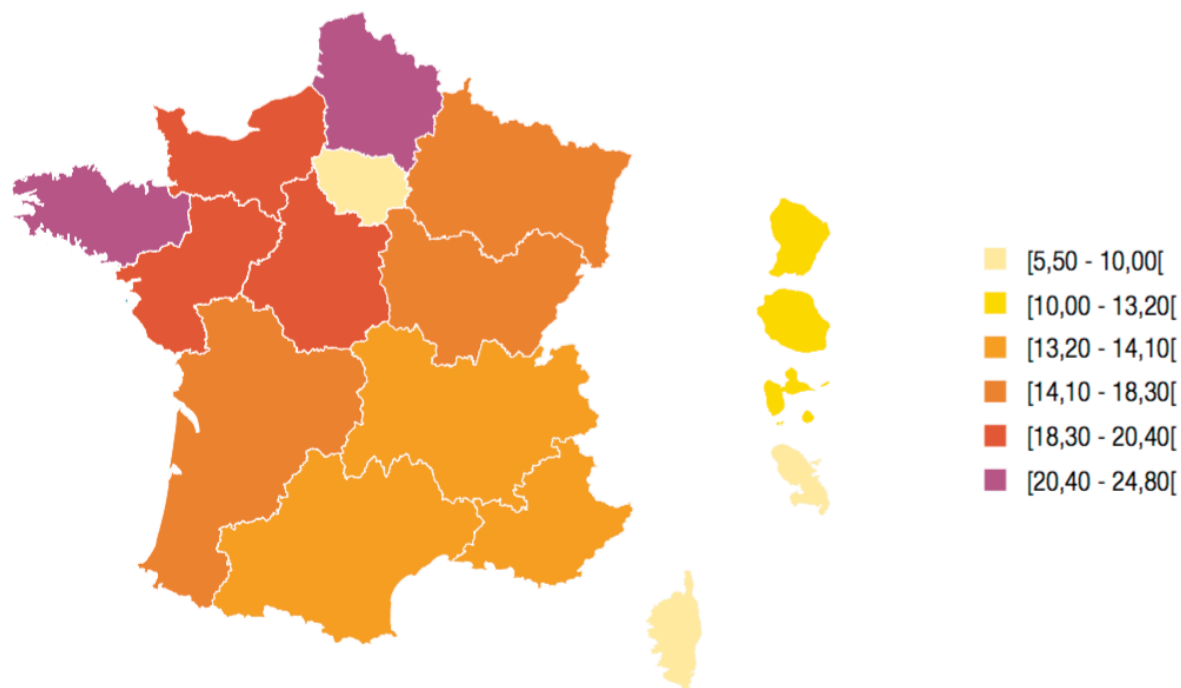
- Elles ne distinguent pas les personnes de leurs séjours (ainsi, les personnes qui commettent plusieurs tentatives de suicide au cours d'une même année sont comptées plusieurs fois) ;
- Elles n'excluent pas les personnes décédées à l'hôpital pendant le traitement de l'acte suicidaire ou renvoyées chez elles pour y mourir (ce qui ne constitue donc pas une tentative de suicide) ;
- Elles ne font pas de différence entre l'automutilation non suicidaire et l'automutilation suicidaire ;
- Elles n'incluent pas les personnes prises en charge dans les services d'urgence et qui sortent avant d'être officiellement hospitalisées ;
- Elles n'incluent pas les personnes directement admises dans différents services hospitaliers sans passer par les urgences ;
- Elles n'enregistrent pas la méthode employée lors de la tentative de suicide (ce qui exclut toute évaluation des taux de létalité selon la méthode) ;
- Elles enregistrent le plus souvent les tentatives de suicide comme des « accidents » en raison de la stigmatisation associée aux conduites suicidaires, de l'absence d'assurance en cas de comportement suicidaire ou d'inquiétudes concernant les complications juridiques potentielles. ²⁶

²⁵ Ibid.

²⁶ World Health Organization, *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*.

III.3.5 Disparités régionales

Figure n° 11 : Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants en 2012 (source CépiDc, réalisation DREES et InVS)



On observe une disparité régionale avec un gradient Nord-Ouest ainsi qu'un taux de suicide plus important dans les régions Nord-Ouest avec la Bretagne et la région Nord Pas de Calais ayant les taux le plus élevés.

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

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

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

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

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

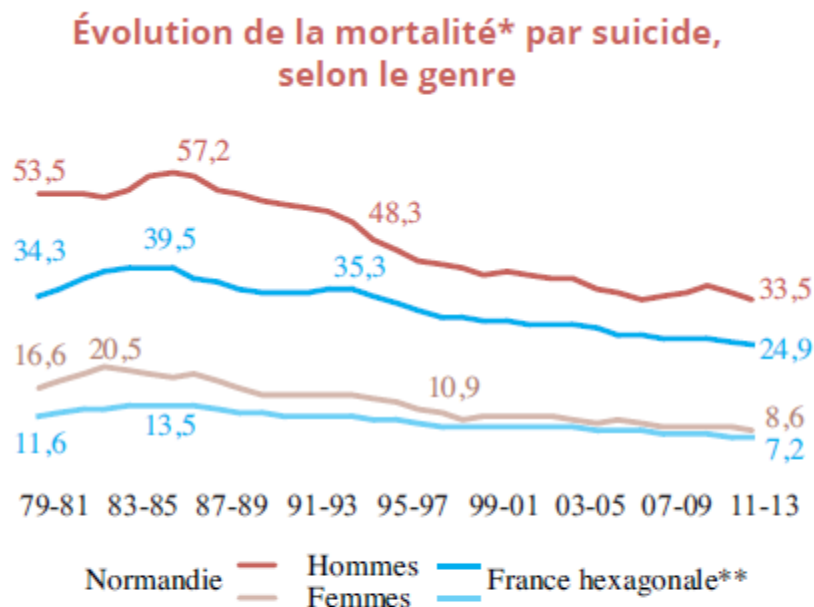
Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15 % au taux moyen de France métropolitaine).

Les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Pour six régions, le Limousin, l'Alsace, la Corse, la Basse-Normandie, le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées, cette baisse n'est toutefois pas significative, la seule région où le taux de suicide a augmenté est la Lorraine.²⁷

III.4 La région Haute Normandie

La région Haute Normandie était classée, selon les chiffres de l'INSERM recueillis entre 2008-2010, au 8ème rang des régions les plus touchées par le suicide avec 366 décès par an en moyenne. En 2012 en Haute Normandie 278 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc.²⁸

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



* taux standardisés suivant l'âge calculés sur des périodes successives de trois années pour 100 000 hommes ou femmes

** France hexagonale hors Corse de 1979-1981 à 1982-1984

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

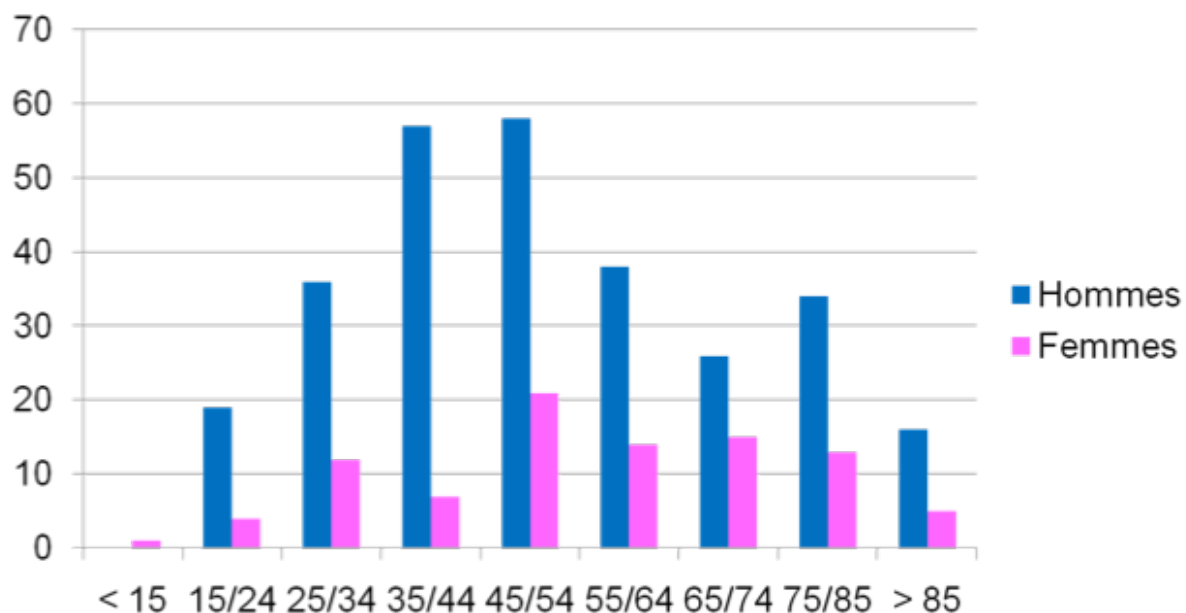
Tant au niveau national qu'au niveau régional, la mortalité globale a diminué depuis le début des années 1990. Tous genres confondus entre 1990-92 et 2008-2010, elle a **diminué de 35% en Haute-Normandie** et de 24% sur l'ensemble du territoire français métropolitain.

Malgré une diminution importante, la mortalité chez l'homme et la femme en Haute Normandie reste supérieure au taux national.

²⁷ « Rapport novembre 2014 Observatoire national du suicide ».

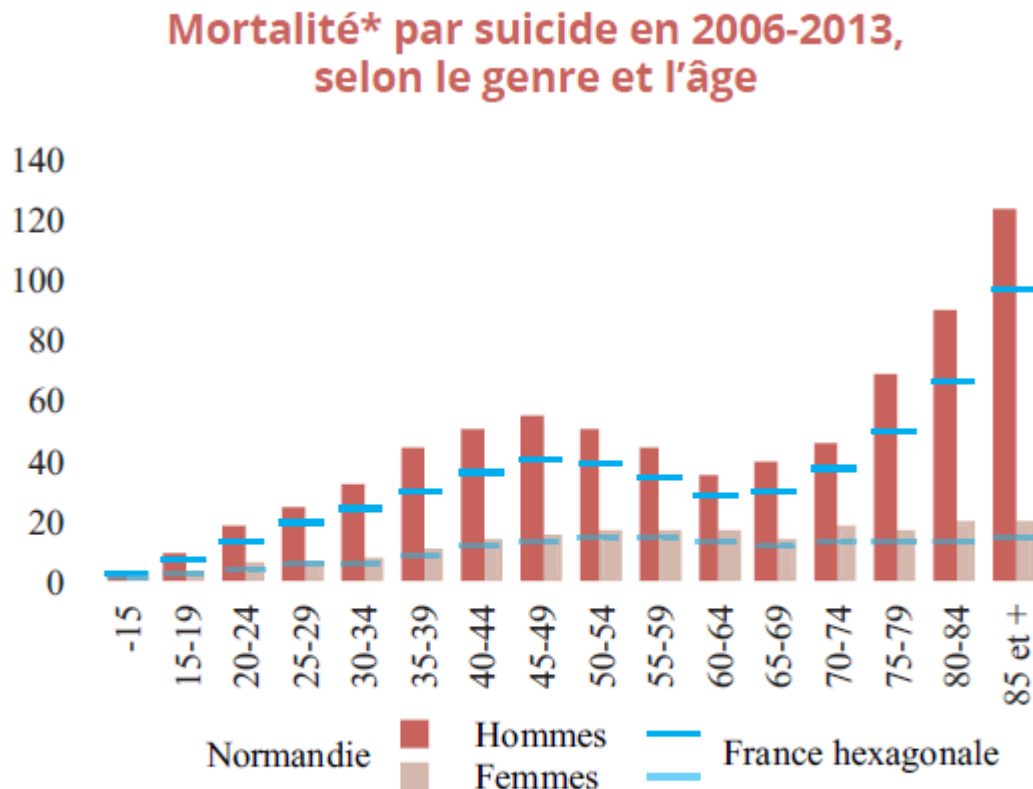
²⁸ « 2ème rapport de l'Observatoire National du Suicide - Janvier 2016 ».

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



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

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



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

Le taux de mortalité tous sexes confondus augmente progressivement jusqu'à la tranche 45-54 ans puis reste stable pour les femmes tandis qu'il diminue discrètement pour les hommes pour ré augmenter de manière importante par la suite à partir de 75 ans.

A noter que quelle que soit la tranche d'âge, la mortalité des hommes reste supérieure à celle des femmes avec un ratio près de 8 fois plus important pour les tranches d'âge de plus de 80 ans.

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

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

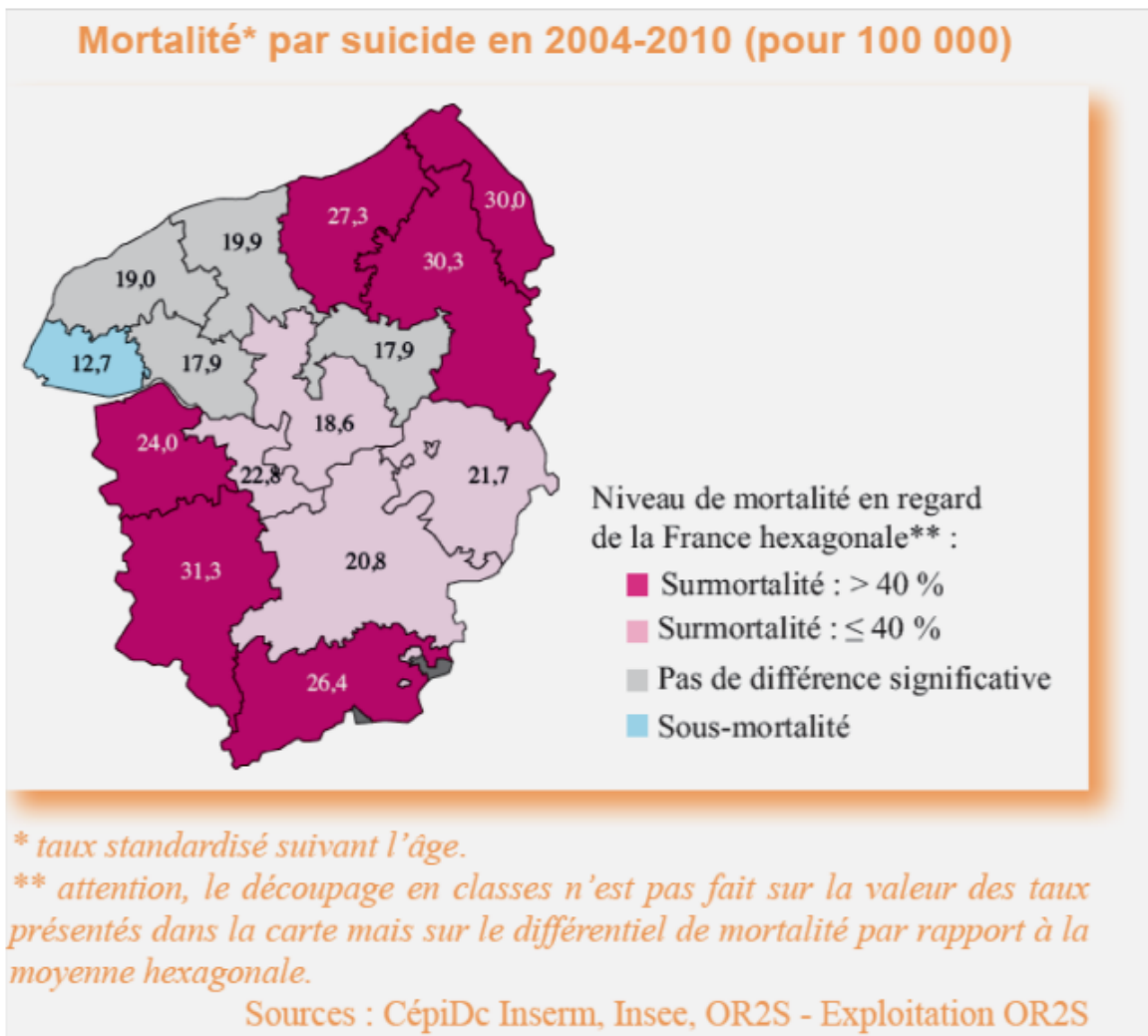
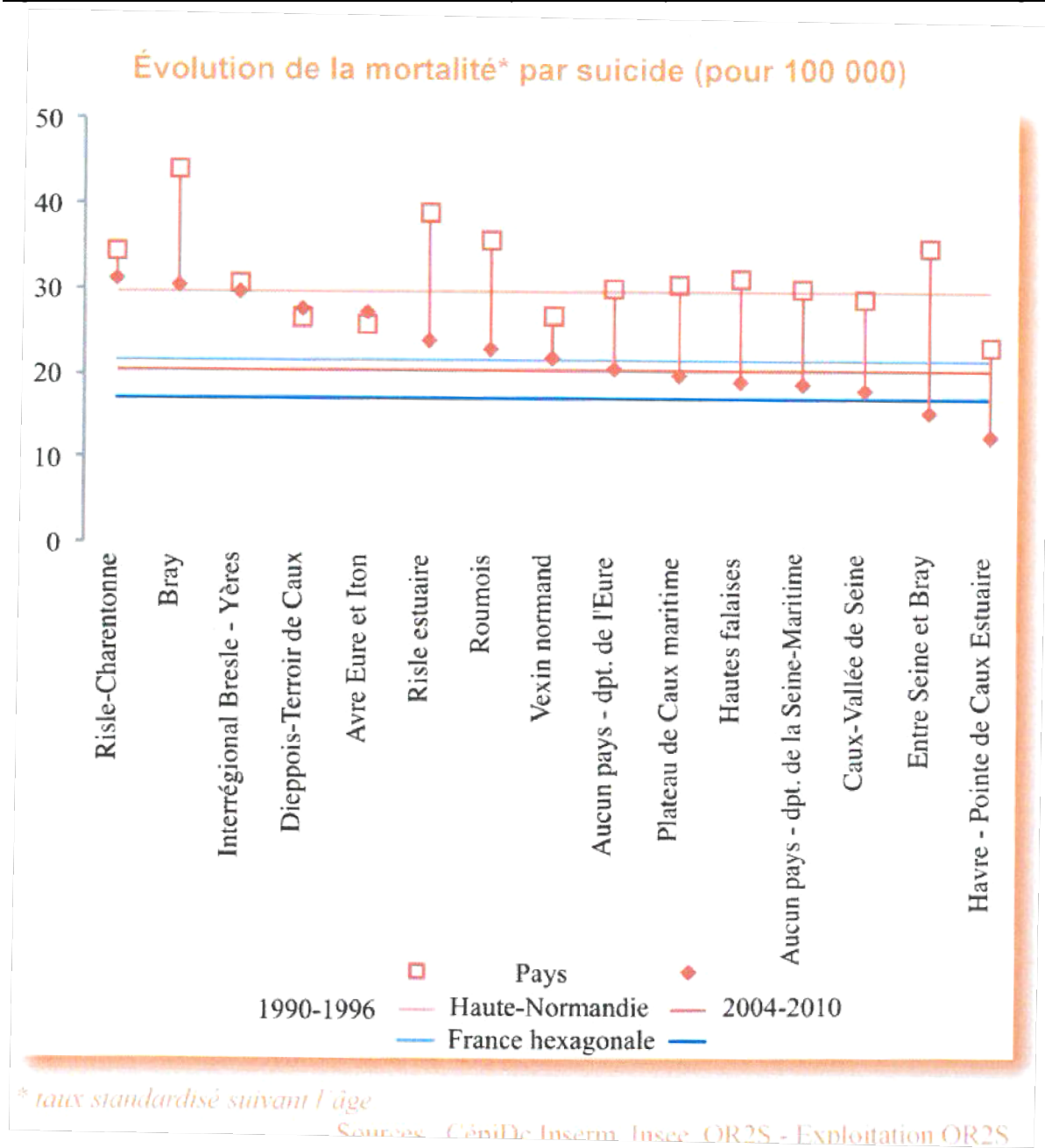


Figure n°16: Évolution de la mortalité par suicide par « territoire » dans la région



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

Le territoire de santé d'Évreux-Vernon (un cinquième de la population régionale) est également marqué par une surmortalité générale par rapport à la région notamment par une mortalité par suicide²⁹.

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

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

²⁹ « Insee AVAL haute Normandie Mars 2012 ».

DEUXIEME PARTIE : PREVENTION SUICIDAIRE

I SUICIDE, RECIDIVE ET PREVENTION DANS LA LITTERATURE

Les tentatives de suicides constituent un enjeu majeur de santé publique dans de nombreux pays avec une prévalence internationale de 3% de la population générale par an³⁰ (Nock MK, BJR 2008). La prévalence des actes auto-agressifs (avec ou sans intentionnalité suicidaire) est encore supérieure.^{31 32}

Environ un tiers des auteurs de gestes auto agressifs consultent aux urgences, leur prise en charge constitue un défi majeur étant donné son coût, économique et social, ainsi que son impact émotionnel.³³ Par ailleurs, cette population se révèle particulièrement difficile à prendre en charge³⁴, principalement en raison d'une mauvaise adhésion aux soins dans le temps³⁵ et du risque important de récurrence³⁶.

I.1 Psychiatrie, tentatives de suicide et récurrences

De nombreuses études explorent le risque de passage à l'acte suicidaire après la sortie d'un hôpital psychiatrique et les facteurs associés au risque de suicide après une première tentative³⁷³⁸. Le suicide est l'une des 10 principales causes de décès dans le monde et représentera environ 2,4% des décès d'ici 2020, avec environ 1,5 million de morts par an³⁹. La prévention du suicide est une priorité pour la santé publique sur le plan médical, éthique et aussi économique.⁴⁰

Les antécédents de tentative de suicide augmentent le risque de suicide de 30 à 40 fois.⁴¹ L'antécédent d'auto-agressivité est par ailleurs le prédicteur le plus fort de comportement suicidaire futur.⁴²

³⁰ Nock et al., « Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans and Attempts ».

³¹ Martin et al., « Self-injury in Australia ».

³² Muehlenkamp et al., « International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm ».

³³ Krug et al., « The World Report on Violence and Health ».

³⁴ Lizardi et Stanley, « Treatment Engagement ».

³⁵ Joubert, Petrakis, et Cementon, « Suicide Attempt Presentations at the Emergency Department ».

³⁶ Kapur et al., « Postcards, Green Cards and Telephone Calls ».

³⁷ Tidemalm et al., « Risk of Suicide after Suicide Attempt According to Coexisting Psychiatric Disorder ».

³⁸ Gunnell et al., « Hospital admissions for self-harm after discharge from psychiatric inpatient care ».

³⁹ BERTOLOTE et FLEISCHMANN, « Suicide and psychiatric diagnosis ».

⁴⁰ Meehan et al., « Suicide in Mental Health In-Patients and within 3 Months of Discharge. National Clinical Survey ».

⁴¹ Harris et Barraclough, « Suicide as an Outcome for Mental Disorders. A Meta-Analysis ».

⁴² Zahl et Hawton, « Repetition of Deliberate Self-Harm and Subsequent Suicide Risk ».

Une revue de littérature révèle que 16% des patients accueillis aux urgences pour une tentative de suicide ont récidivé et 1,8% sont décédés par suicide.⁴³

Une vaste cohorte suédoise étudie le nombre de décès par suicide sur 30 ans parmi près de 40 000 personnes admises à l'hôpital en raison d'une tentative de suicide (Tidemalm and al). Elle permet de constater que le type de trouble psychiatrique associé au comportement suicidaire est un facteur important pour le risque de suicide après une première tentative. Les prédicteurs les plus forts du suicide au cours de la période de suivi sont la schizophrénie (hommes : Risque relatif ajusté=4,1, intervalle de confiance de 95% 3,5 à 4,8, femmes : 3,5, IC95 (2,8-4,4)) et le trouble bipolaire (hommes : 3,5 IC95(3,0-4,2) ; Femmes : 2,5, IC95(2,1-3,0)).

Les auteurs confirment que les femmes souffrant de dépression ou de trouble bipolaire et les hommes atteints de schizophrénie ont un risque significativement accru de décès par suicide.

Une étude (Gunnell et al)⁴⁴, évalue le risque de tentative de suicide chez environ 75 000 patients l'année suivant leur sortie de soins psychiatriques : 6% ont été admis à l'hôpital pour auto-agressivité. La nécessité absolue de soins intensifs immédiats est confirmée car le tiers de ces épisodes s'est produit au cours des quatre premières semaines suivant la sortie.

L'antécédent d'hospitalisation pour auto-agressivité dans une unité psychiatrique au cours de l'année précédant l'admission était l'un des facteurs de risque les plus forts de nouveau passage à l'acte auto agressif.

Le risque était par ailleurs plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Il était également plus élevé chez les patients plus jeunes et chez ceux ayant une durée de séjour prolongée. Gunnell et al. soulignent enfin que les patients atteints de troubles de la personnalité, de dépression et de mésusage de substances présentent un risque élevé d'auto-agressivité.

Les enseignements à tirer pour les cliniciens sont nombreux.

Les soins aux patients qui tentent de se suicider doivent inclure une évaluation psychiatrique et psychosociale systématique. En Angleterre par exemple, jusqu'à 45% des patients pris en charge pour une tentative de suicide quittent les services d'urgence sans être préalablement évalués par un professionnel qualifié.⁴⁵ L'évaluation psychiatrique de routine doit être un préalable à la sortie. Comme le rapportent Gunnell et al, la dépression et la toxicomanie sont des facteurs de risque importants de récurrence. Ces problèmes ne sont souvent pas diagnostiqués en raison de procédures d'évaluation et de suivi insuffisantes. Il est donc recommandé d'orienter systématiquement vers les spécialistes après la sortie.

La dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie sont les prédicteurs les plus forts du risque de suicide chez les personnes qui ont tenté de se suicider. Pour ces personnes, les soins ultérieurs devraient également inclure l'éducation des proches. En outre, des

⁴³ Owens, Horrocks, et House, « Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm. Systematic Review ».

⁴⁴ Gunnell et al., « Hospital admissions for self harm after discharge from psychiatric inpatient care ».

⁴⁵ Bennewith et al., « Variations in the Hospital Management of Self Harm in Adults in England »; Barr, Leitner, et Thomas, « Psychosocial Assessment of Patients Who Attend an Accident and Emergency Department with Self-Harm ».

études ont révélé qu'en contactant les patients par téléphone un mois après la sortie d'un service d'urgence pour une intoxication médicamenteuse volontaire, on peut réduire le nombre de récurrences.⁴⁶

I.2 Stratégies de prévention

I.2.1 Médicamenteuse

Plusieurs molécules ont prouvé leur efficacité pour diminuer le risque de décès par suicide. Leur action positive sur les pathologies elles-mêmes facteur de risque est largement démontrée. Pour certaines comme le *lithium*, efficace chez les patients atteints de trouble bi et unipolaire⁴⁷ (réduction du nombre de suicide : odds ratio 0.13, Intervalle de confiance à 95% : 0.03 à 0.66 et décès toute cause confondue : OR=0.38, IC 95[0.15-0.95]) une efficacité sur la survie toute cause de mort confondue a, aussi, été prouvée⁴⁸.

L'association du *lithium* à l'*acide valproïque* montre une efficacité chez les patients bipolaires avec antécédent de tentative de suicide.⁴⁹

La *clozapine* a montré son efficacité dans la prévention du risque suicidaire chez les patients schizophrène⁵⁰. La méta analyse d'*Asenjo et al*⁵¹ montre une supériorité par rapport aux autres antipsychotiques atypiques. Une autre étude (de niveau de preuve inférieur) montre une efficacité de la quetiapine face aux antipsychotiques typiques.⁵²

La *kétamine* montre une efficacité importante dans un contexte de crise suicidaire, une revue de littérature datant de 2015 montre l'efficacité dans 6 études sur la diminution des idées suicidaires à des doses infra anesthésiques (0,2 à 0,5mg/kg).⁵³

⁴⁶ Vaiva et al., « Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department ».

⁴⁷ Cipriani et al., « Lithium in the Prevention of Suicide in Mood Disorders »; Baldessarini, Pompili, et Tondo, « Suicidal Risk in Antidepressant Drug Trials ».

⁴⁸ Cipriani et al., « Lithium in the Prevention of Suicidal Behavior and All-Cause Mortality in Patients with Mood Disorders ».

⁴⁹ Lauterbach et al., « Adjunctive Lithium Treatment in the Prevention of Suicidal Behaviour in Depressive Disorders ».

⁵⁰ Asenjo Lobos et al., « Clozapine versus Other Atypical Antipsychotics for Schizophrenia ».

⁵¹ Asenjo Lobos et al.

⁵² Suttajit et al., « Quetiapine versus Typical Antipsychotic Medications for Schizophrenia ».

⁵³ Reinstatler et Youssef, « Ketamine as a Potential Treatment for Suicidal Ideation ».

Une méta analyse de Cipriani en 2007 montre l'efficacité des ISRS (inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine) chez les patients présentant un épisode dépressif majeur.⁵⁴

La *sertraline* plus spécifiquement a montré une efficacité chez le sujet âgé⁵⁵ et la *fluoxétine* chez l'adolescent⁵⁶

Une étude randomisée contrôlée a quant à elle permise de noter une efficacité des ISRS pour limiter le risque suicidaire chez les patients schizophrène ou présentant un trouble schizoaffectif.⁵⁷

⁵⁴ Cipriani et al., « Metareview on Short-Term Effectiveness and Safety of Antidepressants for Depression ».

⁵⁵ Nelson, Delucchi, et Schneider, « Suicidal Thinking and Behavior during Treatment with Sertraline in Late-Life Depression ».

⁵⁶ March et al., « The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) ».

⁵⁷ Zisook et al., « Augmentation with Citalopram for Suicidal Ideation in Middle-Aged and Older Outpatients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder Who Have Subthreshold Depressive Symptoms ».

Figure n°17: Riblet et al., « Strategies to Prevent Death by Suicide »

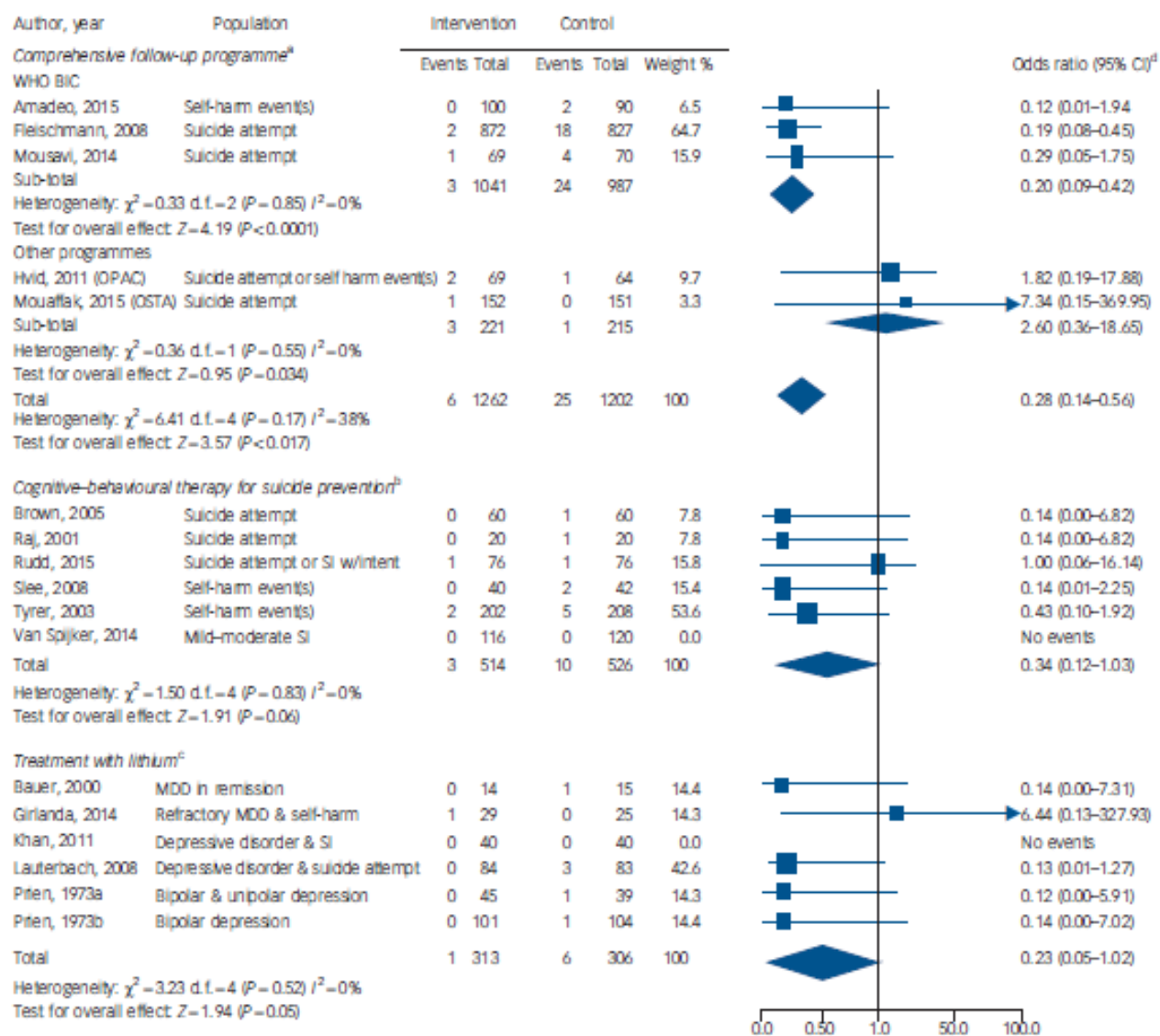


Fig. 2 Forest plots of the odds of suicide with three different targeted interventions to prevent suicide v. control condition.

MDD, major depressive disorder; OPAC, outreach problem solving, adherence and continuity; SI, suicidal ideation; χ^2 , Cochran's Q; WHO BIC, World Health Organization brief intervention and contact programme.
a. Programmes included: WHO BIC (educational intervention plus telephone or face to face contact with providers trained in suicide prevention), OPAC (a nurse specialising in suicide prevention was assigned to follow the patient throughout the course of the intervention), and OSTA (regular telephone and letter contact with patient plus interprofessional collaboration). Study duration ranged from 12 to 18 months.
b. Patients received between 5 and 12 sessions of the therapy intervention.
c. The study duration ranged from 1 month to 24 months.
d. The odds ratio has a skewed distribution. Although the lower end of the odds ratio is bounded by zero (an odds ratio cannot be negative), the upper end can reach infinity (online supplemental reference²⁹).

58

58 Riblet et al., « Strategies to Prevent Death by Suicide ».

1.2.2 Psychothérapies et interventions psychosociales

L'efficacité des interventions psychosociales chez les patients avec un antécédent d'auto agressivité est démontrée.⁵⁹ Elles constituent un axe crucial de la prévention suicidaire et ont montré une efficacité sous différentes formes.

Les **thérapies de groupes**⁶⁰ chez les adolescents ainsi que l'implication de leurs familles.⁶¹

Des **thérapies familiales** à proprement parlé ont montré une efficacité dans des groupes de jeunes schizophrènes⁶² ou plus largement les jeunes considérés à risques.⁶³ Les **Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)** ont, elles aussi, montré un intérêt pour la prévention suicidaire chez les patients schizophrènes⁶⁴ mais aussi chez les patients présentant un trouble de personnalité de type borderline.⁶⁵

L'utilisation d'un **coordonnateur** des soins aussi appelé « case management » peut encore améliorer la prévention chez les patients atteints d'une pathologie psychiatrique caractérisée ou d'un trouble de personnalité.⁶⁶

La **formation** spécifique des professionnels (écoles, lignes téléphoniques de crise...) amenés à rencontrer des patients en crise suicidaire apporte aussi une amélioration de la prévention suicidaire.⁶⁷

Enfin, des **programmes de prévention scolaire** pour les enfants et les adolescents montrent une diminution des tentatives de suicide (odds ratio [OR] 0.45, 95% CI 0.24–0.85 ; p=0.014) et des idées suicidaires (0.5, 0.27–0.92 ; p=0.025).⁶⁸

⁵⁹ Crawford et al., « Psychosocial Interventions Following Self-Harm ».

⁶⁰ Burns et al., « Clinical Management of Deliberate Self-Harm in Young People ».

⁶¹ King et al., « Youth-Nominated Support Team for Suicidal Adolescents (Version 1) »; King et al., « The Youth-Nominated Support Team-Version II for Suicidal Adolescents ».

⁶² Pharoah et al., « Family Intervention for Schizophrenia ».

⁶³ Diamond et al., « Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation »; Hooven et al., « Promoting CARE »; Pineda et Dadds, « Family Intervention for Adolescents with Suicidal Behavior ».

⁶⁴ Bateman et al., « Cognitive Behavioral Therapy Reduces Suicidal Ideation in Schizophrenia ».

⁶⁵ Weinberg et al., « Manual Assisted Cognitive Treatment for Deliberate Self-Harm in Borderline Personality Disorder Patients ».

⁶⁶ Dieterich et al., « Intensive Case Management for Severe Mental Illness »; Malone et al., « Community Mental Health Teams (CMHTs) for People with Severe Mental Illnesses and Disordered Personality ».

⁶⁷ Wyman et al., « Randomized Trial of a Gatekeeper Program for Suicide Prevention »; Gould et al., « Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) on National Suicide Prevention Lifeline Counselor ».

⁶⁸ Aseltine et al., « Evaluating the SOS Suicide Prevention Program »; Wasserman et al., « School-Based Suicide Prevention Programmes »; Wilcox et al., « The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempt ».

I.3 Interventions brèves

Les traitements efficaces précédemment évoqués nécessitent des ressources importantes et des professionnels hautement qualifiés, les rendant difficilement applicables dans de nombreux contextes.

Face à ce défi, il existe un intérêt pour les interventions brèves⁶⁹, axées sur la nécessité de maintenir le contact de façon prolongée et/ou de proposer une réorientation vers les soins adaptés⁷⁰.

Ces interventions ont un coût particulièrement faible en raison de la possibilité de confier ce rôle à un personnel non médical sur une période de temps limitée et selon un calendrier établi à l'avance. Ces interventions permettent un contact direct et la possibilité d'une assistance pour les patients concernés à une échelle régionale ou même nationale⁷¹. Elles ne consistent pas en de réels soins psychiatriques ou même en une psycho éducation.

Elles peuvent prendre la forme de courriers, d'appels téléphoniques ou encore de cartes postales,⁷² ou encore consister en la remise à la sortie des urgences d'une « carte de crise » permettant de proposer un interlocuteur d'urgence et une éventuelle marche à suivre pour réintégrer des soins ou encore l'intervention des services d'urgence.

Plusieurs essais randomisés contrôlés vont dans le sens d'une efficacité significative de ces méthodes. Le contact à distance du patient ayant consulté aux urgences pour une tentative de suicide permet une diminution du risque suicidaire reproductible dans plusieurs pays de différents niveaux socio-économiques⁷³ et dans une étude transnationale.⁷⁴

L'envoi de carte postale après une Intoxication Médicamenteuse Volontaire⁷⁵ ou chez des récidivants démontre aussi une efficacité⁷⁶ comme l'appel au patient via son téléphone mobile.⁷⁷ Stanley et al. confirment ces résultats en 2018 : des rappels téléphoniques permettent de diminuer à la fois les nouveaux passages à l'acte suicidaire mais aussi de doubler la probabilité que les patients se rendent effectivement à une consultation programmée au décours de la prise en charge aux urgences.⁷⁸

⁶⁹ Bilén et al., « Can Early Follow-up after Deliberate Self-Harm Reduce Repetition? »

⁷⁰ Comtois et al., « Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) ».

⁷¹ Pan et al., « Effectiveness of a Nationwide Aftercare Program for Suicide Attempters ».

⁷² Robinson et al., « Can Receipt of a Regular Postcard Reduce Suicide-Related Behaviour in Young Help Seekers? »

⁷³ Bertolote et al., « Repetition of Suicide Attempts »; Hvid et al., « Preventing Repetition of Attempted Suicide--II. The Amager Project, a Randomized Controlled Trial ».

⁷⁴ Fleischmann, « Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters ».

⁷⁵ Hassanian-Moghaddam et al., « Postcards in Persia ».

⁷⁶ Beauvais et al., « Postcard Intervention for Repeat Self-Harm ».

⁷⁷ Marasinghe et al., « Effect of Mobile Phone-Based Psychotherapy in Suicide Prevention ».

⁷⁸ Stanley et al., « Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department ».

La méta analyse de Milner en 2015 reprend l'ensemble de ces résultats et met en relief l'importance de l'apport de ces techniques⁷⁹.

En France, l'équipe du Pr Vaiva à Lille a entrepris un travail de recherche sur le sujet. Leurs résultats ont validé l'efficacité en France d'une combinaison de ces interventions dites « brèves »⁸⁰

⁷⁹ Milner et al., « Letters, Green Cards, Telephone Calls and Postcards ».

⁸⁰ Berrouguet et al., « SIAM (Suicide intervention assisted by messages) »; Vaiva et al., « ALGOS »; Vaiva et al., « Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department ».

II POLITIQUE DE PREVENTION DU SUICIDE

II.1 Généralités

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

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

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

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

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

La prévention des actes suicidaires s'est longtemps appuyée sur les partenaires associatifs qui proposent des dispositifs de lutte contre l'isolement social.

Le rôle des agences régionales de santé (ARS) est essentiel dans la mise en œuvre des actions de prévention du suicide qui est aujourd'hui portée par des équipes de soins psychiatriques et hospitalières.⁸¹

II. 2 Situation régionale

II.2.1 Prévention primaire

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

C'est dans cette optique qu'à l'échelle de la Région, est mis en œuvre un plan annuel de prévention des passages à l'acte suicidaire intégré à la politique nationale de repérage et de dépistage de la crise suicidaire.

Avec l'appui des médecins psychiatres et de psychologues (19 formateurs dont 17 issus du milieu hospitalier), des coordonnateurs des réseaux Locaux de Promotion de la Santé et des Ateliers Santé-Ville, des formations interdisciplinaires sont organisées. Chaque année, plus de 1000 personnes y participent sur l'ensemble des territoires de santé de

⁸¹ « Rapport novembre 2014 Observatoire national du suicide ».

l'Eure et de la Seine-Maritime. Ces formations se déclinent sous forme de conférences de sensibilisation ou de stages d'approfondissement du repérage de la crise suicidaire.

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

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

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

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

II.2.2 Prévention secondaire (dispositifs adultes et enfants/ados)

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

- Pour les adultes, l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques se compose de plusieurs structures de soins appartenant toutes au Service de Soins Psychiatriques Non Programmés :
 - *Les consultations psychiatriques dans le Service d'Accueil et d'Urgences (SAU) du CHU C. Nicolle :*
En France chaque année les SAU accueillent près de 9 millions de personnes dont 10 à 30 % nécessitent un avis psychiatrique.
Le décret du 9 mai 1995 impose l'accueil et la prise en charge tous les jours et 24h/24 de toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique.
Au CHU C. Nicolle, la permanence des soins est rendue possible par la présence d'un psychiatre 24h/24 et d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie.
Pour l'année 2016, la file active était constituée de 2778 patients pour 5871 diagnostics psychiatriques (source DIM CH du Rouvray). Les patients consultant un

psychiatre au SAU présentaient principalement des troubles de l'humeur (23,6%), et des gestes auto-agressifs de type auto-intoxication (23,3%).

- *Unité d'Accueil et d'Orientation (UNACOR située au CH du Rouvray)* : Elle permet d'assurer des consultations psychiatriques ainsi qu'une permanence de soins. Cette unité intégrée au Centre Hospitalier du Rouvray reçoit les patients connus du circuit de soins psychiatriques et leurs familles, avec le plus souvent une demande d'hospitalisation.

Elle reçoit aussi les patients adressés par d'autres acteurs de santé.

En 2016, l'activité de l'UNACOR a permis 3459 consultations et 2818 hospitalisations. Les diagnostics associés aux soins présentent des profils bien différents selon le mode de prise en charge proposé. Si les troubles de l'humeur prédominent comme au CHU (24%) lors d'une consultation simple, les patients présentant un trouble psychotique constituent pratiquement un patient hospitalisé sur quatre (22%).

Le pourcentage de geste auto agressif est très nettement plus faible qu'aux urgences, ce qui correspond logiquement à la nécessité d'une surveillance en milieu médicalisé pour les 24 premières heures.

- *Le CASP (Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques)* : Il assure une prise en charge multidisciplinaire rapide sans ou sur rendez-vous en psychiatrie. Il propose un accueil des patients le jour même, si nécessaire, et des soins adaptés en amont ou en aval des urgences hospitalières et répond aux demandes des partenaires sanitaires médico-sociaux et sociaux. Les patients consultant présentent majoritairement des troubles de l'adaptation (54,2%) et des troubles de l'humeur (28,8%) sur l'année 2016, pour un total de 1024 malades pris en charge.

- *L'UMIS (Unité Mobile Intersectorielle en Suicidologie)* : une équipe mobile pluridisciplinaire intersectorielle de Suicidologie effectue les évaluations médicales, sociales et psychologiques dans l'ensemble des unités du SAU du CHU C. Elle assure le suivi 6 à 8 semaines pendant la crise suicidaire et organise le relais avec des structures extra-hospitalières de soins. L'évaluation de cette intervention a montré en 2005 que cette prise en charge diminuait de manière significative le nombre de récurrences suicidaires à 6 mois et améliorait l'observance aux soins.

Cette structure est parvenue malgré des moyens limités à recevoir 538 patients en 2016 présentant des profils similaires aux consultations au SAU : 33% de trouble de l'humeur et 21,3% d'auto-intoxication.

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

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

- La gestion des urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent s'appuie sur des structures dépendant toutes du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :

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

II.2.3 Prévention tertiaire : Groupe : « endeuillés par suicide »

Les proches endeuillés par le suicide en France sont 60 000 par an. Ce deuil est particulièrement traumatique en raison de sa soudaineté et de sa violence. Les émotions engendrées par ce traumatisme (tristesse, colère, culpabilité, honte ...) sont complexes. Elles entraînent des répercussions profondes sur les proches et peuvent aussi provoquer divers troubles psychiques (épisodes dépressifs, troubles anxieux, addictions...).

De plus, le décès d'un proche par suicide constitue un facteur de risque de suicide.

L'absence de proposition de soins structurés pour les personnes endeuillées par le suicide a posé en Haute Normandie la question du « coût » en termes de morbi-mortalité et représente un enjeu de prévention du suicide.

Depuis janvier 2014, le Dr PINAUD a structuré à Rouen une prise en charge groupale des personnes endeuillées par le suicide. Ces groupes constitués de 6 à 8 personnes rencontrées individuellement au préalable, se réunissent 1 à 2 fois par mois pour 6 séances au total. Deux intervenantes participent à ces séances en plus du médecin (psychologue et assistante sociale) qui laisse une place importante à l'expression des émotions et à l'échange entre les participants qui peuvent participer avec leurs proches.

Depuis 2014, 9 groupes ont pu être organisés pour un total de plus de 60 patients.

Parallèlement à ces groupes constitués, un groupe « ouvert » permet, un lundi par mois, d'accueillir avec un objectif similaire les personnes endeuillées par le suicide dans un cadre plus libre, permettant aux participants de choisir les thèmes abordés au cours de la séance.

L'existence de cette prise en charge groupale permet notamment aux équipes du SAMU de bénéficier d'une carte à remettre aux proches lors de la constatation d'un suicide. Cette carte comporte le numéro de téléphone du dispositif et permet d'orienter vers un groupe les proches. Dans cette situation extrême, ils ne bénéficiaient d'aucun cadre d'écoute et de soutien une fois l'intervention terminée. Les répercussions notées précédemment peuvent en être d'autant plus dramatiques.

TROISIEME PARTIE : LE DISPOSITIF VIGILANS



Un dispositif de veille posthospitalière pour
Les suicidants de la région Nord - Pas-de-Calais

Pour qui ? et quand ? Pour tout suicidant ! À la sortie de votre service.
C'est à cet instant que la veille commence.

Vigilans, c'est VOUS



Vigilans, c'est NOUS



Rapport d'évaluation VIGILANS Nord - Pas-de-Calais 06/2017

I VIGILANS NORD – PAS-DE-CALAIS

I.1 Principe d'action

Comme le montre l'étude de la littérature⁸² maintenir un contact avec les patients suite à une tentative de suicide -d'autant plus dans le cas d'une récurrence- revêt une importance cruciale. Le dispositif VIGILANS créé par le Pr VAIVA et son équipe à Lille a été mis en application localement puis à l'échelle régionale. Il combine les interventions brèves en suivant plusieurs étapes :

A sa sortie de l'hôpital suite à un geste suicidaire, le patient reçoit une carte « ressource » avec le numéro de téléphone du dispositif VIGILANS. Ce numéro permet de joindre en semaine l'équipe de VIGILANS. Le week-end et la nuit, ce numéro encourage à joindre le centre 15 en cas de situation d'urgence. A l'inclusion, un courrier est envoyé aux correspondants médicaux (médecin traitant et psychiatre) afin de les avertir de l'entrée de leur patient dans le dispositif.

Si ce n'était pas un premier geste, la personne est rappelée par l'équipe VIGILANS entre 10 et 21 jours après la sortie de l'hôpital.

En cas d'absence de contact, 4 cartes postales personnalisées seront envoyées au patient.

A la suite de cet appel, au cas par cas, un rendez-vous en urgence peut être proposé, un nouvel appel téléphonique programmé.

De plus, un compte-rendu sera adressé aux correspondants médicaux du patient.

Pour tous, un appel téléphonique est réalisé à 6 mois.

Le dispositif de veille s'étend sur une durée de 6 mois mais peut-être reconduit si besoin pour une même durée.

Si une récurrence suicidaire survient, le patient est à nouveau intégré dans le dispositif pour la même durée.

⁸² Stanley et al., « Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department ».



Rapport d'évaluation VIGILANS Nord – Pas-de-Calais 06/2017

I.2 Mise en place et résultats

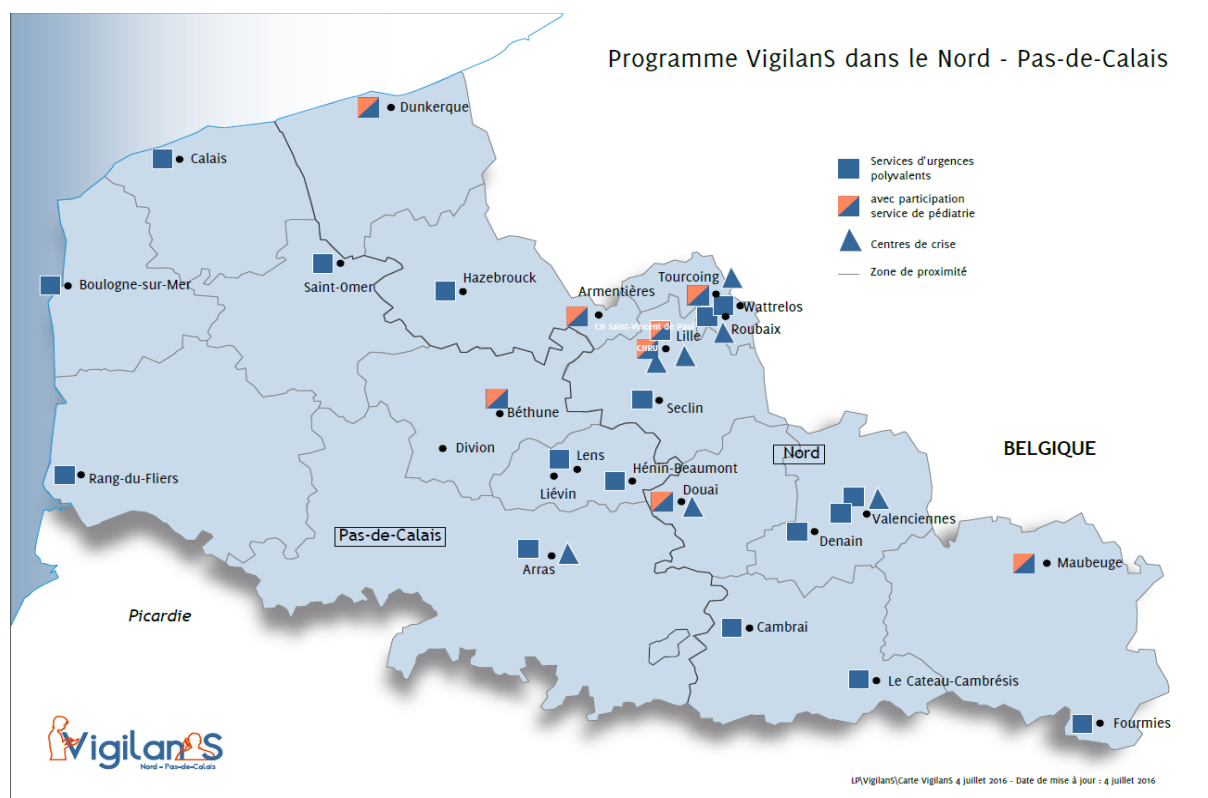
Le dispositif VIGILANS Nord – Pas-de-Calais lancé en février 2015 est désormais déployé sur l'ensemble de la région.

La pénétrance moyenne du dispositif (nombre de patients inclus rapporté au nombre de patients admis aux urgences pour un geste suicidaire) est de 35%.

En synthétisant le résultat à partir de deux sources de données (PMSI et file active des services), en excluant les valeurs extrêmes, la diminution des tentatives de suicides dans la région semble homogène entre 2014 et 2016 : entre 7 et 8% dans le Nord, 13 et 15% dans le Pas de Calais ; 9 et 12% pour toute la Région.

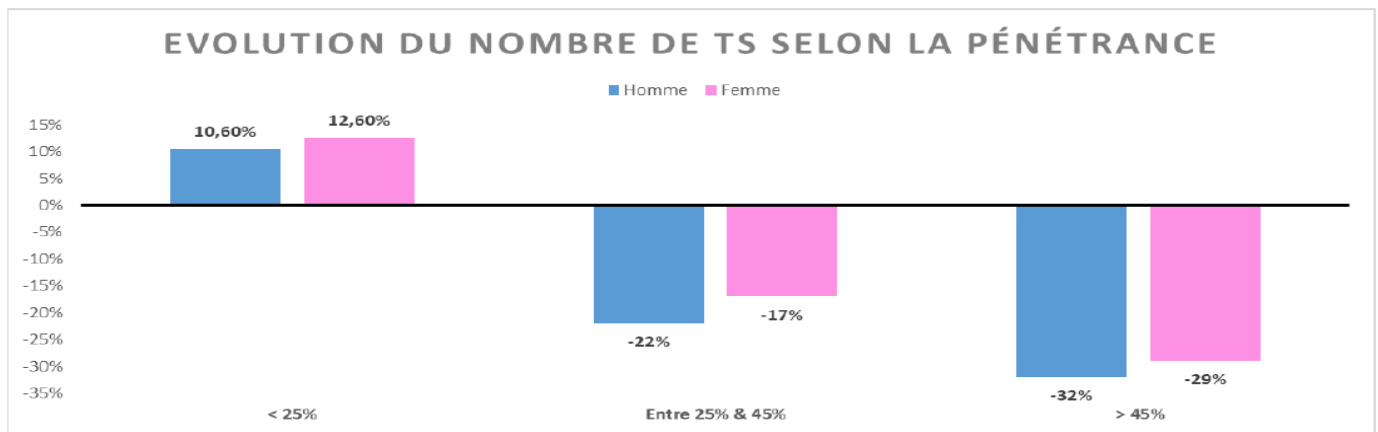
Une co-variation a été observée entre la pénétrance du dispositif et l'évolution du nombre de tentative de suicide laissant ouverte l'hypothèse d'un bénéfice directement lié au dispositif (voir figure n°18).⁸³

Carte n°3 : Déploiement régional VIGILANS été 2016



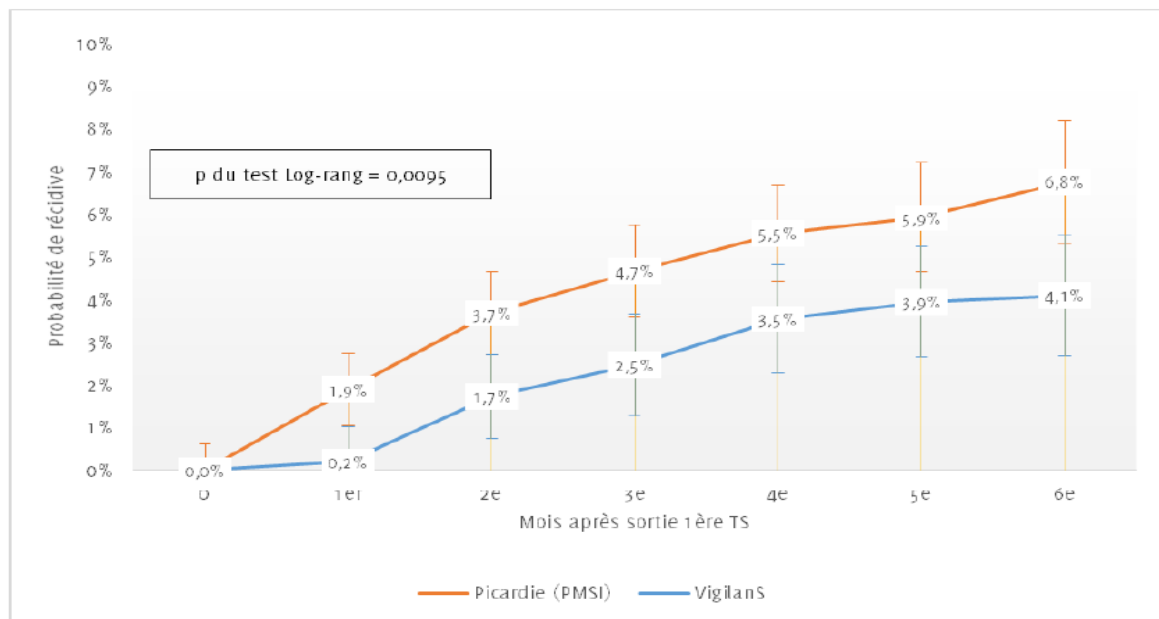
⁸³ Vaiva, « Rapport Evaluation Vigilans (01/06/2017).pdf ».

Figure n°18 : Nombre de tentatives de suicide selon la pénétrance du dispositif VIGILANS



De plus, la comparaison du risque de récurrence avec une région à la démographie proche permet de mettre en évidence une efficacité sur le risque de récurrence, particulièrement au cours des deux premiers mois.

Figure n°19 : Probabilité de récurrence au cours des 6 mois suivant la sortie de l'hôpital en Picardie et Nord- Pas-de-Calais.



PROBABILITES COMPAREES DE NOUVEAU SEJOUR POUR TS DES PATIENTS SUIVIS DANS VIGILANS ET DE PATIENTS HOSPITALISES DANS LES ETABLISSEMENTS PICARDS (DURANT LE 2ND SEMESTRE 2015).

Enfin, la comparaison à cette région témoin permet selon une régression de Cox de mesurer un risque de récurrence suicidaire 1,7 fois inférieur pour un patient inclus par VIGILANS.⁸⁴

⁸⁴ Vaiva.

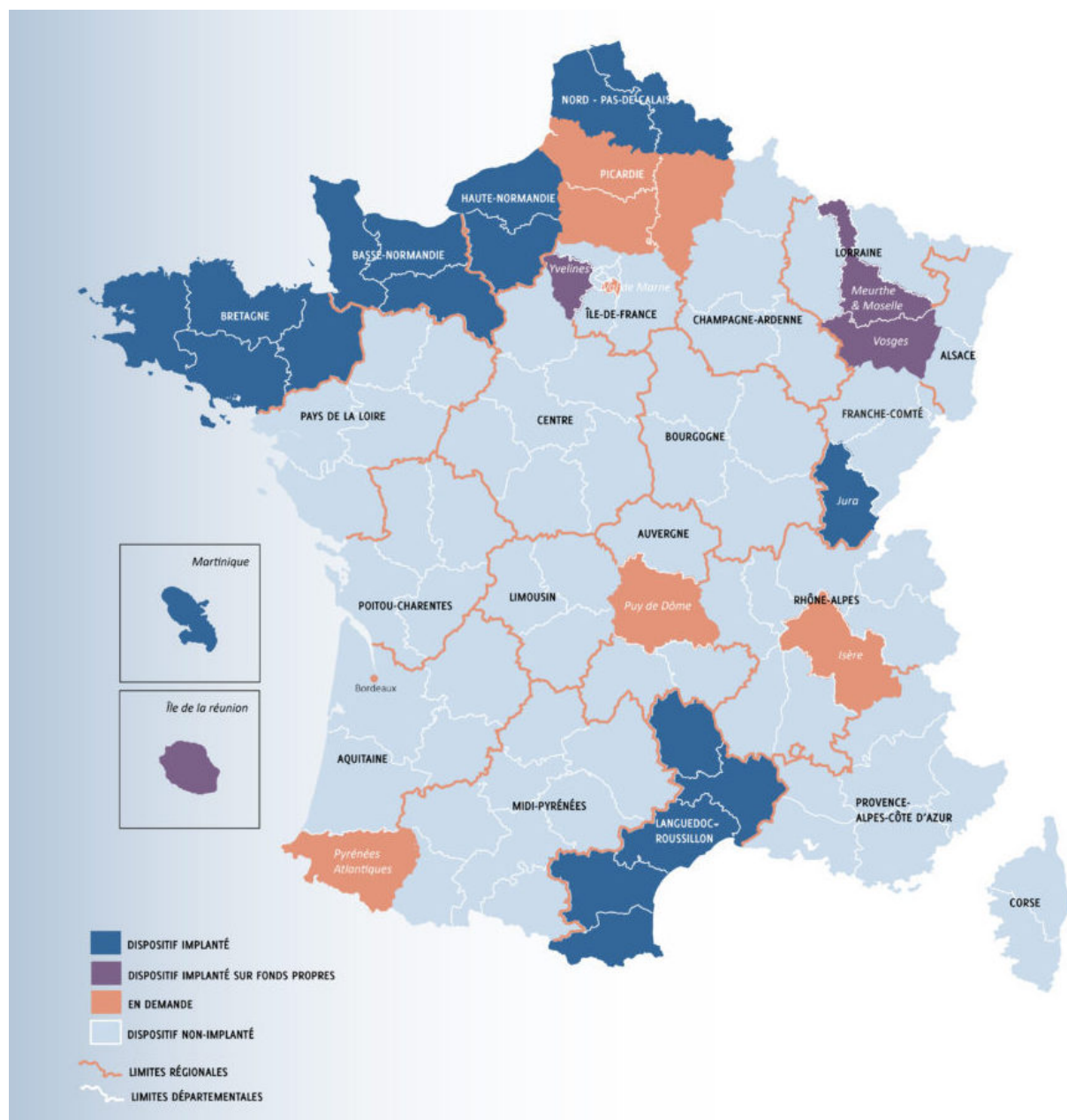
II VIGILANS HAUTE NORMANDIE

II.1 Calendrier

La réussite du dispositif dans sa région d'origine a conduit l'Agence Régionale de santé de Haute Normandie à candidater pour faire partie des régions amenées à confirmer son efficacité et son adaptabilité en France métropolitaine et d'Outre-mer.

Dans le cadre du comité de pilotage régional sur la question suicidaire, les premiers contacts avec le Pr VAIVA à Lille ont été établis fin 2015. La volonté d'inscrire les départements de l'Eure et de Seine Maritime dans cette démarche a été concrétisée avec une première visite auprès du dispositif originel à Lille au début de l'année 2016.

Carte n°4 : déploiement du dispositif VIGILANS – été 2018



Le lancement officiel de VIGILANS en Seine Maritime pour le territoire de santé Rouen-Elbeuf a eu lieu le 14 mars 2017. L'extension du dispositif au secteur Dieppois a débuté en juillet 2017, avant le Havre et l'Eure (Vernon et Évreux) à l'automne 2017.

II.2 Moyens et financement

Les principaux coûts générés par la mise en place de VIGILANS pour l'Eure et la Seine Maritime sont liés au secrétariat et aux deux Équivalents Temps Plein (ETP) infirmiers assurant le fonctionnement complet du dispositif. Le temps médical financé a été de 0,2 ETP. Leur formation et les moyens matériels nécessaires au fonctionnement (cartes « ressource », cartes postales, etc...) complètent la liste des dépenses.

Le financement est assuré conjointement par la DGS et l'ARS (à titre d'expérimentation).

II.3 Adaptation aux services rouennais

La première étape de l'adaptation aux services de Seine Maritime et de l'Eure a consisté en la mise en place de l'équipe de rappel et du secrétariat. Constituée d'une secrétaire à temps plein et de quatre infirmiers à mi-temps, cette équipe est basée dans le Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de Rouen. Le secrétariat s'est installé au cœur du service Hospitalo-Universitaire sur le site du CHU C Nicolle (Unité Lucien Colonna) ; le centre d'appel a pris place au sein du centre 15 du SAMU 76, sur le modèle Lillois. La coordination avec les services d'urgences permet une continuité de la réponse téléphonique au numéro fourni sur les cartes « ressource » aux patients. Par l'équipe VIGILANS en journée la semaine, et en orientant les patients par un cours message vers le centre 15 en cas d'urgence le reste du temps.

La principale spécificité du dispositif en Eure et Seine Maritime consiste en l'inclusion de tous les patients ayant fait une tentative de suicide (ceux sortant des urgences et tous ceux sortant des Services d'hospitalisation). Ce choix permet notamment d'atteindre une population de sujets régulièrement admis à l'hôpital psychiatrique dans un contexte de geste suicidaire.

Le dossier d'inclusion est simple à remplir et identique pour tous les centres hospitaliers.

De plus, nous avons choisi de laisser à l'appréciation des agents vigilanseurs la possibilité d'adresser des cartes postales à tous les patients appelés ou non, et pas seulement aux patients en situation de récurrence n'ayant pas répondu aux appels tentés entre J10 et J21.

L'excellente intégration de l'équipe VIGILANS au centre 15 constitue un premier motif de satisfaction. Elle est confirmée par les premiers chiffres des inclusions (plus de 700 patients en 6 mois). Les nombres de rappels (291) et de cartes postales envoyées (301) sont extrêmement encourageants. Ces chiffres sont amenés à progresser encore en raison de l'intégration progressive de l'Eure et du Havre dans le dispositif.

III EVALUATION

III.1 Problématique

Le dispositif VIGILANS a démontré son efficacité pour la région Nord- Pas-de-Calais dans la prévention de la récurrence suicidaire. La question de son adaptabilité dans d'autres régions françaises se pose dans l'optique d'une extension nationale.

Ce travail a pour objectif de pointer les premiers indicateurs de réussite ou difficultés liées à l'installation de VIGILANS en Haute Normandie, 1 an après sa mise en place.

III.2 Population recrutée

Tout patient recevant des soins dans un contexte de tentative de suicide peut être inclus dans le dispositif. Le service réalise l'inclusion du patient à sa sortie de l'hôpital en recueillant les données essentielles à VIGILANS. Un « compromis de sortie » est établi (consultation au CMP, en ville chez un psychiatre, chez le médecin généraliste etc...). Le patient et le psychiatre se mettent d'accord sur les modalités de poursuite des soins à l'extérieur, afin de minimiser le risque de récurrence.

Les patients récidivants sont alors informés qu'ils seront appelés entre 10 et 21 jours après leur sortie. Leur médecin ou psychiatre traitant sont informés de l'inclusion dans le protocole, le numéro du secrétariat de VIGILANS est alors transmis aux professionnels de santé concernés afin qu'il bénéficie d'un interlocuteur privilégié. Le secrétariat du dispositif est ainsi disponible pour aider à l'accompagnement des patients.

Figure n°20 : Données recueillies



A FAXER AU 02.32

Identité du sujet Nom d'usage :

Nom de jeune fille (si mariée) :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : M F

Vit seul : Oui Non En couple : Oui Non

Adresse complète :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

TELEPHONE 1 : / TELEPHONE 2 :

AUTRES TELEPHONES (d'un proche si possible) :

ADRESSE MAIL :

SI mineur, Noms et Prénoms titulaires de l'autorité parentale :

.....

TELS titulaire(s) de l'autorité parentale :

Mairie de naissance :

Médecin traitant :

NOM Prénom : LIEU D'EXERCICE :

Psy traitant :

NOM Prénom : LIEU D'EXERCICE :

Primosuicidant : oui non **Renseignements sur la TS** : Date TS : / /

Mode de TS : Association alcool : oui non

Cause(s) TS si connues :

Date d'entrée à l'hôpital : / / Date de sortie de l'hôpital : / /

Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie : OUI NON

Si oui, lesquels:

Contexte de sortie : Préciser les grandes lignes du « compromis de sortie » (plan de soin proposé, adhésion du patient et/ou des proches, vécu du passage aux urgences et/ou de l'hospitalisation, etc...) :

.....

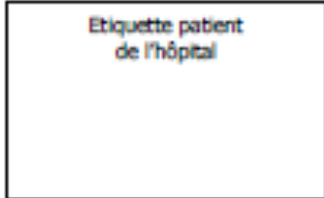
.....

.....

HOPITAL et SERVICE :

Nom(s) prénom(s), fonction(s) des personnes du service ayant pris en charge et donné la carte ressources au patient :

.....



III.3 Objectif

Ce travail est une étude observationnelle de l'implantation du dispositif VIGILANS en Seine Maritime et dans l'Eure. Son objectif est de décrire la première année de mise en place, afin de contrôler son bon fonctionnement mais aussi pour apporter les premières corrections. Alors que tout le territoire visé est désormais couvert, l'importance du nombre d'inclusions à Rouen permet d'ores et déjà un premier aperçu.

Ce travail permet de décrire plusieurs caractéristiques de la cohorte après 12 mois d'inclusion, un aperçu sociodémographique, une première lecture des spécificités des populations de patients inclus selon l'antécédent de tentative de suicide ou le service d'inclusion, mais aussi des informations concernant l'action de l'équipe VIGILANS et l'adaptation du dispositif en dehors de sa région d'origine.

III.4 Présentation des résultats

Les six premiers mois de travail de l'équipe VIGILANS pour la Seine Maritime et l'Eure (mi-mars à mi-septembre 2017) ont permis l'inclusion de 707 patients depuis 4 lieux d'inclusion : le CHU de ROUEN, le Centre Hospitalier du ROUVRAY, le Centre hospitalier des Feugrais, le Centre Hospitalier de DIEPPE.

Les 6 mois suivants ont permis d'atteindre un total de 1601 patients inclus grâce notamment à l'apport des services de psychiatrie du CH du Havre, d'Évreux et de Vernon.

Figure n°21 : Récapitulatif population

Population incluse	Total n=1601
Période d'inclusion	
Mars - Septembre 2017	681 (42,5%)
Septembre 2017 - Avril 2018	921 (57,5%)
Démographie	
Sexe féminin	1045 (65,2%)
Age médian-IQ	40 (15-70)
Mineurs	204 (12,7%)
Parents (1 à 5 enfants)	506 (31,6%)
Vivant seul	563 (64,7%)
Mesure de protection	28 (1,7%)
Récidive	
Récidivants	846 (52,8%)
Inclusions multiples	95 (6%)
Centre d'inclusion	
Rouen	1225 (76,5%)
Le Havre	59 (3,7%)
Dieppe	207 (12,9%)
Eure	110 (6,9%)
Modalités	
Médicaments	1181 (83,5%)
Alcool	136 (9,6%)
Autres toxiques	21 (1,5%)
Suffocation	67 (4,7%)
Armes à feu	11 (0,8%)
Armes blanches	125 (8,8%)
Précipitation	43 (3%)
Non connues	187 (11,6%)

III.4.1 Données sociodémographiques

Sur la période allant de mars 2017 à avril 2018, 1601 personnes sont entrées dans la veille sanitaire :

846 patients (52,8%) en situation de récursive

755 patients (47,2%) primo-suicidants

Le sex-ratio des patients est comparable dans les deux groupes, les femmes représentant 65,2% des inclusions

Parmi ces personnes, 95 ont récidivé au cours du suivi et ont été ré-inclus pour 6 mois.

Récidivants	846 (52,8%)
Inclusions multiples	95 (6%)
Sexe féminin	1045 (65,2%)
Mineurs	204 (12,7%)

Les mineurs représentent 204 patients soit 12,7% du total des inclusions :

Ils ont pour moitié été inclus par les services de pédopsychiatrie (moins de 16 ans) les autres ont été inclus par des services de psychiatrie adulte.

25 patients ont 13 ans ou moins et le plus jeune est âgé de 11 ans.

Les patients de 80 ans et plus sont au nombre de 25 (1,6%)

III.4.2 Activité des « vigilançais »

L'équipe de vigilançais (IDE du dispositif VIGILANS) rend après un an de mise en place un bilan riche :

- Appels entrants :

Les appels entrants correspondent à l'utilisation du numéro vert par les patients.

144 patients (soit 9%) ont déjà téléphoné au numéro vert qui traduit la bonne appropriation du dispositif par les patients dès la sortie de l'hôpital.

La plupart des appels entrants traduisaient une situation de crise et quelques patients ont appelé après avoir perdu l'adresse du lieu de consultation.

On peut signaler que l'expérience lilloise montre une augmentation progressive des appels au cours des 18 premiers mois.

- Bilan des appels sortants :

Les appels sortants sont passés aux récidivistes. Ils sont destinés à évaluer l'état de santé psychique du patient, permettent de rechercher l'existence d'une crise suicidaire et vérifient la mise en place du compromis de soins proposé lors de la sortie de l'hôpital.

Sur les 846 patients en situation de récursive, seulement 115 patients soit 13,6% ont été injoignables.

- Bilan des envois de cartes postales

Les cartes postales étaient -dans la forme originelle de VIGILANS- destinées aux patients injoignables. L'envoi des 115 jeux de cartes postales a donc été organisé. 316 envois supplémentaires ont été proposés après échange téléphonique entre le vigilaniseur et les patients. Il s'agit d'envois proposés après communication téléphonique destinés à encourager un patient à poursuivre les soins

Près de 60 cartes postales ou courriers nous ont été adressés suite à ces envois (principalement des remerciements et nouvelles, 1 courrier critiquant toute la prise en charge et demandant l'arrêt des contacts)

- Bilan des interventions proposées :

Près de 400 interventions (24% de la totalité des patients) ont été proposées par les vigilaniseurs (soit avancer les RDV, soit proposer une consultation urgente dans les 24 heures ou encore proposer un RDV à un patient qui était en rupture de soins)

4 appels ont donné lieu à des envois de moyens SAMU par le médecin régulateur, nous déplorons par ailleurs le décès par suicide de 4 patients et deux patients ont fait un geste suicidaire grave (immolation par le feu et lésions cérébrales par arme à feu).

III.4.3 Activité administratives et médicales

Le travail de secrétariat est très important en volume et fondamental dans la coordination des interventions et du travail en réseau.

- Traitement des fiches dès leur arrivée
 - Saisie des fiches
 - Tri des doublons
 - Tri des réinclusions après récurrence de TS
- Mise à jour des coordonnées informatisées des patients
- Planifications des RDV téléphoniques
 - J10-J20 : 846 RDV téléphoniques
 - 6 mois : 1601 RDV téléphoniques
- Mise en page et envoi des courriers (plus de 5100 courriers)
 - Inclusions
 - Compte rendu des appels entrants et sortants
 - Traitements des patients injoignables et rédaction et envois des cartes postales
 - Courriers à 6 mois
- Travail de mise en réseau :
 - Préparation du matériel et gestion des stocks pour tous les centres
 - Gestion des appels des professionnels sur le numéro ressource dédié
 - Mise en lien avec le médecin d'astreinte en cas d'appel urgent
 - Conception des documents supports
 - Suivi des inclusions par centre et par mois

- Activité médicale
 - Gestion des situations médicales complexes à la demande des VigilansSeurs
 - Le médecin assure la structuration du projet de soins et la coordination régionale de l'installation du projet
 - Communication autour de l'intérêt de VigilansS
 - Rédaction des bilans d'activité

III.5 Perspectives

- Évolution prévisionnelle du dispositif :

Dans les territoires de santé de la Seine-Maritime et de l'Eure, le dispositif VigilansS a connu en 2017 une implantation rapide dépassant celle des autres régions poursuivant l'expérimentation alors qu'elles avaient commencé 12 à 18 mois avant notre équipe :

Nombre d'inclusions en 2017 :

- Basse Normandie :	774 inclusions
- Seine Maritime & Eure :	1.173 inclusions
- Jura :	230 inclusions
- Languedoc Roussillon :	634 inclusions
- Bretagne :	748 inclusions
- Nord Pas de Calais	3.641 inclusions
- Martinique (APSOM) :	30 inclusions

Sur les territoires de Santé de Rouen-Elbeuf et de Dieppe, la pénétrance de VigilansS semble très satisfaisante et avoisine les 90%.

Sur ces deux territoires, nous devrions être en mesure d'inclure en 2018 près de 1500 personnes.

Sur les territoires de santé d'Evreux et Vernon, une nouvelle journée de travail a associé l'ensemble des équipes médicales et paramédicales le 23 janvier 2018 afin d'améliorer l'implantation du dispositif.

Depuis cette visite, les inclusions ont sensiblement augmenté et pourraient à ce rythme atteindre 450 sur l'année complète.

Le territoire de santé du Havre a débuté les inclusions le 2 février 2018.

Les inclusions au cours du premier trimestre 2018 (59) laissent penser que près de 500 personnes pourraient être dans le dispositif dès cette année.

Si les perspectives devaient être confirmées, nous pourrions inclure entre 2000 et 2500 patients dans le système de veille sanitaire dès la deuxième année d'exercice.

- Moyens et perspectives pour un fonctionnement opérationnel :

L'activité de coordination assurée par le secrétariat est considérable et le poste actuel ne suffira pas à faire face au travail généré par les territoires de santé de l'Eure et de la Seine-maritime au complet.

La montée en charge prévisionnelle nécessitera une adéquation des moyens (secrétariat, temps médical, temps infirmier) afin de répondre aux besoins croissants, planification des appels, réalisation des appels de clôture à 6 mois qui ne sont actuellement pas réalisés, et une reconnaissance du travail médical pour l'instant réalisé par le service universitaire à moyen constant.

L'évaluation épidémiologique prévue initialement (MINI, échelle de Columbia suicide et évaluation qualitative du dispositif) prend près de 40 minutes et ne peut pas être assurée en l'état.

Nous souhaiterions par ailleurs pouvoir étendre nos capacités de réponses téléphoniques en assurant une présence téléphonique de 9h30 à 20h00 (au lieu de 16h30) et en ouvrant le samedi matin. Cette extension d'horaire en soirée expérimentée par l'équipe lilloise semble mieux répondre aux usagers qu'une ouverture en journée le WE.

Ces projets nécessiteraient donc des moyens supplémentaires.

L'implantation du dispositif Vigilans sur les territoires de santé de l'Eure et de la Seine-Maritime répond aux objectifs initialement fixés avec l'ARS :

Le calendrier prévisionnel d'ouverture des centres a été respecté.

Sur ces territoires de santé, plusieurs enseignements peuvent être tirés du bilan d'activité : le nombre d'inclusion et le taux de pénétrance avoisinent les 90% sur plusieurs sites traduit l'excellente appropriation de ce dispositif par l'ensemble des professionnels. Parmi les régions « tests », on peut se féliciter que la Normandie soit très nettement en tête de l'implantation de ce dispositif de prévention du suicide.

Le bilan montre que 26 % du total des personnes incluses a bénéficié d'une intervention proposée par VIGILANS.

Nous espérons dès cette année être la première équipe à pouvoir répliquer les résultats de nos collègues lillois en observant une diminution significative du nombre de passage dans les SAU pour tentative de suicide.

IV DISCUSSION

Environ un tiers des auteurs de gestes auto agressifs consultent aux urgences, leur prise en charge constitue un défi majeur étant donné son coût, économique et social, ainsi que son impact émotionnel.⁸⁵ Par ailleurs, cette population se révèle particulièrement difficile à prendre en charge⁸⁶, principalement en raison d'une mauvaise adhésion aux soins dans le temps⁸⁷ et du risque important de récurrence⁸⁸.

Comme nous l'avons vu précédemment, les antécédents de tentative de suicide augmentent le risque de suicide de 30 à 40 fois,⁸⁹ et l'antécédent d'auto-agressivité est le prédicteur le plus fort de comportement suicidaire futur.⁹⁰

Par ailleurs, dans l'année suivante, 16% des patients accueillis aux urgences pour une tentative de suicide se trouveront en situation de récurrence et 1,8% décéderont par suicide.⁹¹

La prévention de la récurrence constitue donc une part importante de l'effort à réaliser pour lutter contre le suicide. Parmi les patients ayant déjà attentés à leurs jours et ayant rencontré un professionnel de santé, moins de 80% consulteraient au moins une fois un professionnel au décours de leur prise en charge.⁹² Si la prévention secondaire n'est pas le seul axe à améliorer, l'absence de suivi et les récurrences survenant au décours d'un contact avec un psychiatre ou un autre professionnel de santé paraissent particulièrement évitables et constituent un axe de travail évident.

L'expérience Rouennaise montre comme la littérature internationale qu'une équipe dédiée au suivi des suicidants permet d'augmenter à plus de 80% (85% pour l'équipe mobile Rouennaise, OR = 2,20 : avec ou sans intervention, Stanley et al. JAMA Psychiatrie 2018⁹³) la proportion de patients ayant au moins un contact avec un professionnel dans les 6 mois suivant le geste suicidaire. Néanmoins, les moyens nécessaires à la mise en place et au fonctionnement d'une telle unité sont conséquents, ce qui limite les perspectives d'extension régionale et nationale.

⁸⁵ Krug et al., « The World Report on Violence and Health ».

⁸⁶ Lizardi et Stanley, « Treatment Engagement ».

⁸⁷ Joubert, Petrakis, et Cementon, « Suicide Attempt Presentations at the Emergency Department ».

⁸⁸ Kapur et al., « Postcards, Green Cards and Telephone Calls ».

⁸⁹ Harris et Barraclough, « Suicide as an Outcome for Mental Disorders. A Meta-Analysis ».

⁹⁰ Zahl et Hawton, « Repetition of Deliberate Self-Harm and Subsequent Suicide Risk ».

⁹¹ Owens, Horrocks, et House, « Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm. Systematic Review ».

⁹² Stanley et al., « Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department ».

⁹³ Stanley et al.

Le dispositif VIGILANS répond à la nécessité d'améliorer le suivi des suicidants en combinant les interventions brèves (appels, cartes postales) et en améliorant le lien entre prise en charge intra hospitalière et ambulatoire, en apportant un lien humain pour faire face aux lacunes de notre prise en charge psychiatrique. Ce type d'intervention est particulièrement pertinente en raison de coûts faibles

La région Nord Pas-de-Calais a montré la voie et retrouvé une diminution homogène des tentatives de suicides dans la région entre 2014 et 2016 : entre 9 et 12%.

Une co-variation a été observée entre la pénétrance du dispositif et l'évolution du nombre de tentative de suicide allant ainsi dans le sens d'une efficacité directement liée au dispositif VIGILANS.

L'adaptation de VIGILANS en Normandie et particulièrement en Seine Maritime et dans l'Eure s'inscrit dans l'optique d'un futur développement national. Si les grandes lignes du projet ne sont pas modifiées, l'équipe d'infirmiers a rapidement pu réaliser quelques adaptations. Le recours aux cartes postale notamment a été étendu, à l'initiative de l'équipe, à toutes les situations où les patients le demandaient au cours de l'appel téléphonique.

Au total, 25 % des patients inclus ont donné lieu à une intervention des vigilanseurs. Modification de rendez-vous, proposition d'une consultation en urgence, consultations programmées pour des patients en rupture de soin.

Grâce à l'importance du nombre d'inclusion ainsi qu'au dynamisme et à la prépondérance du rôle des infirmiers de l'équipe auprès des patients déjà inclus, le dispositif VIGILANS Haute Normandie espère devenir rapidement la première région à répliquer les résultats de la région Nord-Pas-de-Calais en termes de réduction du nombre de consultations dans contexte de geste suicidaire.

Les premières observations recueillies auprès des DIM, montrent une diminution des consultations et hospitalisations à Rouen au cours de la première année de fonctionnement de notre dispositif. L'étude de ces chiffres sera effectuée dans les prochaines semaines afin de rechercher une co variation entre les pris en charge pour geste suicidaire et la pénétrance de notre dispositif ; répliquant ainsi les résultats antérieurs nous provenant de l'équipe du Pr Vaiva.

Plusieurs pistes d'amélioration du dispositif pour la Haute-Normandie sont identifiées. L'homogénéité de la pénétrance du dispositif à l'échelle de nos deux départements cible est perfectible. Le soutien aux nouveaux centres d'inclusions pour adopter et inscrire durablement dans la pratique courante l'inclusion des suicidants est indispensable tout comme l'évaluation de l'efficacité à l'échelle locale. Il est en effet nécessaire pour continuer à développer cette initiative de montrer aux financeurs un impact positif sur le nombre d'hospitalisation. Même si ce critère ne peut résumer à lui seul les effets bénéfiques de l'initiative VIGILANS, il constitue un point de repère pour les décideurs dans le contexte actuel de manque de moyens et de financements.

A l'échelle nationale, et avec l'envie pour la Seine Maritime et l'Eure de garder une place ambitieuse dans la prévention du suicide, le dispositif VIGILANS est amené à évoluer. Il conviendra de s'inscrire dans la perspective de la création d'e-VIGILANS avec des

inclusions informatiques dématérialisées et un support logiciel national adapté tout en gardant les valeurs essentielles de proximité et de connaissance du terrain fondatrices de VIGILANS.

Parallèlement, d'autres initiatives ambitieuses voient le jour en France avec des financements européens conséquents. L'équipe de l'Unité de Recherche Clinique en économie de l'Hotel-Dieu à Paris a mis au point un outil formidable de prévention primaire et secondaire dans lequel VIGILANS pourrait trouver une place : STOP BLUES. La prévention primaire constitue le cœur de ce projet en cherchant d'abord à dédramatiser la santé mentale et recueillir succinctement des éléments à même de pouvoir orienter des personnes en difficulté vers des soutiens adaptés.

Néanmoins, l'articulation de VIGILANS à ce dispositif distinct est possible et même prévue par ses créateurs qui souhaitent pouvoir orienter vers des dispositifs ou structures spécialisées les sujets qui feront montre d'un risque suicidaire notable au cours des questionnaires (validés scientifiquement) proposés sur le site internet et l'application. Ce développement permettrait d'élargir significativement le recrutement sans surcharger les équipes spécialisées. L'ensemble des inclusions ne donnant lieu qu'à une orientation automatique, des conseils pour les situations d'urgences etc... En parallèle de ce travail de prévention primaire, l'articulation à un site plus conséquent offrirait une infrastructure à même d'étendre l'intervention brève proposée par VIGILANS à l'ensemble du territoire français en gardant des coûts limités pour des secteurs psychiatriques souvent exsangues.

La Normandie peut au regard de cette première année d'installation légitimement embrasser l'ambition de porter, dans les pas des équipes du Nord Pas-de-Calais, un projet aussi ambitieux dans les années à venir.

CONCLUSION

Le suicide constitue un enjeu majeur de santé publique représentant un cout humain et économique conséquent. Le contexte économique actuel et les décisions politiques limitent les moyens alloués au développement de nouvelles initiatives. Néanmoins, les interventions brèves permettent d'apporter une réponse efficace pour un investissement financier limité et mettent au centre de la prise en charge le dialogue et le contact humain. L'initiative du Pr Vaiva et de son équipe présente d'ores et déjà des résultats concluants et son extension à l'échelle nationale constitue un objectif pour les prochaines années.

Au-delà de la contribution de la Normandie à ce projet de développement national, notre travail a pour objectif de prévenir ce qui constitue toujours un drame pour les familles et les proches de nos patients. Cette considération est le centre même, le sens véritable de mon engagement comme professionnel de santé, comme médecin, et celui du docteur en psychiatrie que j'aspire à être.