



HAL
open science

Le parcours du patient suicidant dans la Somme : intérêts et limites de l'implantation du dispositif VigilanS

Émilie Johancik

► **To cite this version:**

Émilie Johancik. Le parcours du patient suicidant dans la Somme : intérêts et limites de l'implantation du dispositif Vigilans. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02332122

HAL Id: dumas-02332122

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02332122v1>

Submitted on 24 Oct 2019

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.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019

N° de thèse : 2019 – 85

**Le parcours du patient suicidant dans la Somme : intérêts et limites de
l'implantation du dispositif Vigilans**

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le

Jeudi 5 septembre 2019 à 14h

Par

Madame JOHANCIK Émilie

Née le 25/02/1990

PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

DÉDICACES

Aux membres de mon jury,

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adulte

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Merci pour vos nombreux conseils avisés et votre enseignement.
Vous avez été d'un grand soutien durant ces années d'internat.
Veuillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de psychiatrie

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse.
Vos connaissances en pédopsychiatrie sont indispensables dans l'évaluation de ce travail.
Merci de m'avoir accompagnée tout au long de mon parcours d'interne.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.*

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

*Vous me faites le plaisir et l'honneur d'évaluer ce travail.
Votre expérience et votre savoir en médecine légale rendent votre jugement précieux.
Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.*

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gériatrie)

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Vos connaissances et votre expérience en gériatrie sont importantes pour juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE
Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Psychiatrie adulte

*Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse.
Je te remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail.
Merci pour tes nombreux conseils, ta disponibilité, ton soutien et ta bienveillance.*

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A mes parents, Chantal et Jean Pierre, merci pour votre amour et votre soutien indéfectible.

A mon frère, Nicolas, ma belle-sœur, Anne-Christine et mes nièces, Héléna et Colombe, merci pour votre amour et tous ces beaux moments passés ensemble.

A ma sœur, Isabelle, merci pour ta joie, ta poésie et ton amour.

A Augustin, mon amour, merci pour ta patience, ton soutien et pour tout ce que nous vivons ensemble.

A mes amis et collègues,

A Victoria, mon pilier (et ce depuis les premiers jours de la P1), c'est primordial pour moi de partager ce jour avec toi, ces onze premières années ne sont que le début de notre amitié.

A Simon et Caroline, votre amitié est précieuse, après ces années d'étude, allons prendre le soleil à la Réunion.

A Thomas, Océane, Stéphane, Laudine, Thibault, Sandrine, Nicolas, Simon Personne, Claire (ma Cunégonde) à nos révisions, nos soirées, nos vacances et tout ce que nous allons encore vivre.

A Alexis, Justin et Thomas D, vous avez pris d'autres routes dans d'autres villes mais votre amitié est toujours près de moi.

A Lola, Marlène, Kathy, Jeanne, Lara, Sandrine, Claire S : Mon tas d'amour, ces années d'étude n'auraient pas été les mêmes sans nos journées à la BU droit, nos soirées, nos week-ends et nos fous rires.

A Sarah, au bonheur de se retrouver.

A Betty et Valentin, les années passent mais l'amitié reste.

A Valérie, ma Valou, une co-interne mais surtout une amie devenue tellement importante.

A Jérôme et Sandra, mes co-internes et futurs collègues, merci pour tous ce qu'on a déjà vécu et qu'on va encore vivre ensemble.

A mes co-internes et amis de l'association, Victoria, Camille V, Héléne, Ugo, Alexandre, Manon, Bastien, Sofian, Nicolas B, Claire HdC, Camille D... sans qui ces quatre années n'auraient pas été les même.

Aux médecins qui m'ont aidée, formée et fait aimer ce métier : Dr Yon, Cécile, Sophie, Virginie, Emilie, Leila, Nans, Memeth, Sébastien, Wolfgang, Emilie Barthe, Dr Bakache...

A mes co-internes et chefs Lillois : Léa, les deux Marion et Nico pour leur soutien et leur joie ; Vincent, Sébastien, Amélie, Pauline et Pierre pour m'avoir épaulée et fait découvrir la prise en charge de crise ; à toute l'équipe Vigilans pour leur accueil chaleureux.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	11
1.1	DÉFINITIONS	11
1.1.1	Suicide.....	11
1.1.2	Tentative de suicide.....	11
1.1.3	Idées, comportements et crises suicidaires.....	12
1.2	ÉPIDÉMIOLOGIE	12
1.2.1	Suicides et tentatives de suicide dans le monde.....	12
1.2.2	Suicides et tentatives de suicide en France	14
1.2.3	Suicides et tentatives de suicide dans les Hauts-de-France.....	16
1.2.4	Le département de la Somme	19
1.3	FACTEURS ASSOCIÉS AUX ACTES SUICIDAIRES.....	21
1.3.1	Facteurs de risque.....	22
1.3.2	Facteurs de protection	25
1.4	PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUICIDANTS	26
1.4.1	L'accueil.....	26
1.4.2	Évaluation du risque suicidaire	26
1.4.3	La place de l'entourage	27
1.4.4	L'orientation.....	27
1.4.5	Particularité de la prise en charge des adolescents suicidants.....	28
1.5	DISPOSITIFS DE PRÉVENTION DU SUICIDE.....	28
1.5.1	Dispositifs de prévention du suicide dans le monde	28
1.5.2	Dispositifs de prévention du suicide en France.....	30
1.5.3	Dispositif Vigilans.....	31
1.6	PROBLÉMATIQUE	40
1.7	OBJECTIF DU TRAVAIL.....	40
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES	41
2.1	POPULATION	41
2.1.1	Partie A.....	41
2.1.2	Partie B.....	41
2.2	OUTILS	41
2.2.1	Partie A.....	41
2.2.2	Partie B.....	42
2.3	ÉTHIQUE.....	42
2.3.1	Partie A.....	42

2.3.2	Partie B	42
2.4	STATISTIQUES	42
3	RÉSULTATS	43
3.1	Partie A	43
3.1.1	Prise en charge des patients suicidants adultes	43
3.1.2	Prise en charge des adolescents suicidants.....	48
3.2	Partie B	51
3.2.1	Caractéristiques de la population	51
3.2.2	Modes des tentatives de suicide	51
3.2.3	Orientation.....	52
3.2.4	Suivi ambulatoire – consultations post-urgences	52
3.2.5	Récidives suicidaires	53
4	DISCUSSION	55
4.1	Discussion des résultats	55
4.2	Avantages de l’implantation du dispositif Vigilans dans la Somme	59
4.3	Limites de l’implantation du dispositif Vigilans dans la Somme.....	61
4.4	Perspectives et adaptations locales	62
5	CONCLUSION	64
6	RÉFÉRENCES	65
7	ANNEXES	70
	Annexe 1 - Échelle de désespoir de Beck.....	70
	Annexe 2 - Description de la procédure du dispositif Vigilans	71
	Annexe 3 - Déploiement du dispositif Vigilans en France en avril 2018	72

1 INTRODUCTION

1.1 DÉFINITIONS

Avant d'aborder les éléments relatifs à ce travail, il convient de définir quelques termes qui seront employés tout au long de ce document.

1.1.1 Suicide

Le suicide vient du latin « sui », de soi-même, et de « cide », de « caedere », frapper/tuer. Selon Emile Durkheim, « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (1).

Bien que le suicide ait été défini de diverses façons, quatre aspects clés sont partagés par toutes les définitions : le résultat du comportement (la mort), l'agent de l'acte (auto-infligé, fait par soi-même, contre soi-même), l'intention de mourir afin d'obtenir un autre état et la conscience du résultat, même s'il est obtenu de façon passive/indirecte. Les conditions pour définir le suicide, selon l'étude OMS EURO sont « la responsabilité, la connaissance du potentiel léthal de l'acte, l'intention de mourir/provoquer des changements que le sujet assume préférer comme « condition pour vivre », le contraire était perçu comme insupportable » (2). Par ces définitions, le suicide se distingue des autres types de mort de causes naturelles, accidentelles et homicides.

Nous parlons de mortalité suicidaire et de sujets suicidés concernant les individus dont la ou les conduites suicidaires ont abouti à leurs décès.

1.1.2 Tentative de suicide

Dans le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2014, le terme de tentative de suicide se réfère à « tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto agression avec intention de mourir ou pas » (3). Cette définition spécifie : « avec intention de mourir ou pas ». La question de l'intentionnalité suicidaire est complexe dans le cadre de la tentative de suicide. L'intentionnalité peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui peut y être associée. Il semble pourtant important de préserver l'intentionnalité dans la définition du suicide et de la tentative de suicide, celle-ci permettant de les distinguer des actes non suicidaires.

Silverman définit la tentative de suicide comme « un comportement auto-infligé, potentiellement dangereux, sans issue fatale, pour lequel il existe une preuve (explicite ou implicite) de l'intention de mourir » (4).

L'inclusion de deux types d'intention dans cette définition nous aide à définir l'intentionnalité dans la clinique. L'intentionnalité implicite est inférée par le comportement alors que l'intentionnalité explicite est directement communiquée par le sujet.

Le terme de suicidant se réfère à une personne ayant survécu à son geste suicidaire. Nous parlons de primo-suicidants si la personne n'avait pas d'antécédent de tentative de suicide au moment du geste, par opposition aux récidivistes ou non primo-suicidants. Nous parlons de mortalité suicidaire concernant les sujets suicidés, réciproquement nous parlons de morbidité suicidaire concernant les sujets suicidants.

1.1.3 Idées, comportements et crises suicidaires

L'idéation suicidaire est définie selon Beck par « toutes pensées concernant le désir et la méthode pour commettre un suicide » (5). L'idéation suicidaire peut-être d'intensité variable : elle peut aller des pensées vagues et passagères sur la possibilité d'en finir avec la vie à un certain moment, aux ruminations intrusives persistantes concernant la mort et à des plans très concrets de suicide.

Les comportements suicidaires se réfèrent à un ensemble des comportements allant des idées suicidaires au suicide en passant par la tentative de suicide. L'inclusion des idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire est une question complexe qui fait actuellement débat (3).

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment de la vie d'une personne où celle-ci se sent dans une impasse et confrontée à une telle souffrance que la mort apparaît progressivement comme le seul moyen de trouver une issue à cet état de crise. Cet état, caractérisé par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes reste toutefois temporaire et réversible (6). La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles d'une crise suicidaire, mais elle lui confère sa gravité.

1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE

1.2.1 Suicides et tentatives de suicide dans le monde

1.2.1.1 Difficultés d'estimation

Les données épidémiologiques mondiales que nous allons exposer dans ce chapitre sont issues en grande partie des données de l'OMS présentées dans le rapport de 2014 « prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale » (3). Ces estimations sont issues d'un registre mondial d'état civil et des causes de décès créées à partir de données fournies à l'OMS par les États

membres. Cependant sur les 172 États membres de l’OMS pour lesquels des estimations ont été réalisées, seuls 60 disposent de données d’état civil de bonne qualité pouvant être directement utilisées pour estimer les taux de suicide (et ce majoritairement dans les pays à revenu élevé).

Par ailleurs, le suicide étant un sujet sensible, stigmatisé et parfois même considéré comme illégal dans certains pays, il est donc difficile d’obtenir des données réalistes de haute qualité sur les comportements suicidaires. Même dans les pays disposant d’un système d’enregistrement de l’état civil efficace il n’est pas rare qu’il y ait une sous déclaration des suicides ou des erreurs de classification (classé à tort comme « accident » ou « autre cause de décès »).

1.2.1.2 *Suicides dans le monde*

Le suicide constitue un problème de santé publique majeur dans tous les pays du monde. Selon l’OMS, il a été estimé à 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l’âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). En 2012, le suicide comptait pour 1,4% de tous les décès du monde, ce qui en faisait la 15ème principale cause de mortalité (3).

Néanmoins, malgré l’accroissement de la population mondiale entre 2000 et 2012, le nombre absolu de suicides est passé de 883 000 à 804 000, soit une baisse de 9% environ. Le taux de suicide standardisé selon l’âge (qui corrige les différences de taille et de pyramide des âges des populations dans le temps) a affiché une baisse de 26% (23% chez les hommes et 32% chez les femmes) au cours des 12 années concernées.

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 (12,7 et 11,2 pour 100 000 habitants respectivement). Cependant, étant donné que les pays à revenu faible et intermédiaire concentrent la plus grande partie de la population mondiale, ils représentent 75,5% de tous les suicides.

Le nombre d’hommes décédant par suicide était trois fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport hommes/femmes élevé est néanmoins un phénomène principalement observé dans les pays à revenu élevé. Concernant l’âge, les taux de suicide sont plus bas chez les personnes âgées de moins de 15 ans et plus élevés chez celles âgées de 70 ans ou plus, aussi bien chez les hommes que chez les femmes et dans presque toutes les régions du monde. Dans les pays à revenu élevé, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux et les suicides par armes à feu constituent la deuxième méthode la plus courante (employées dans 18% des cas).

Ce dernier pourcentage, relativement haut, est principalement dû au fait que dans les pays à revenu élevé des Amériques, les armes à feu comptent pour 46% de tous les suicides, contre seulement 4,5% dans les autres pays du même niveau de revenu.

1.2.1.3 Tentatives de suicide dans le monde

La prévalence annuelle mondiale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide durant l'année précédente est estimée à environ 4 pour 1000 (selon une étude réalisée entre 2001 et 2007). Selon cette estimation pour chaque adulte qui s'est suicidé, probablement plus de 20 ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide (3).

1.2.2 Suicides et tentatives de suicide en France

1.2.2.1 Recueil des données en France

En France les données épidémiologiques concernant les décès par suicide sont fournies par le centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDC). Ces données sont estimées à partir des mentions concernant les causes du décès, portées sur le certificat de décès. Cependant, pour différentes raisons (incertitude du caractère volontaire, conclusions d'examens médico-légaux non transmises au CépiDC, décès d'origine indéterminée...), comme au niveau mondial, ces chiffres sont sous-estimés. En 2006, au niveau national, la sous-évaluation de la mortalité par suicide avait été estimée à 10% (7).

Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) couvrant tous les établissements ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Dans ces données ne sont pas comptabilisés les passages aux urgences à la suite d'une tentative de suicide qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation. Par ailleurs les pratiques de codage sont variables selon les établissements et certaines hospitalisations à la suite d'une tentative de suicide ne sont pas répertoriées.

Les données sur les passages aux urgences sont issues du Dispositif Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) qui fait partie du dispositif de surveillance syndromique Sursaud (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Ces données sont issues des codes diagnostiques (CIM-10) des résumés des passages aux urgences pour les personnes âgées de dix ans et plus.

D'autres sources d'informations complémentaires existent, tel que les enquêtes déclaratives en population générale qui permettent d'appréhender les idées suicidaires et les tentatives de suicide non suivi d'un recours aux soins.

1.2.2.2 *Suicides en France*

Le nombre de décès par suicide en France métropolitaine décroît, il est passé de 10673 en 2005 à 8948 en 2015 et est passé sous la barre des 10000 décès par an à partir de 2012 (8). Cependant en 2012, le taux brut de décès par suicide était de 15,3 pour 100 000 habitants en France métropolitaine et en 2010 la France se situait au 10^{ème} rang des 28 pays de l'Union européenne enregistrant le taux de suicide le plus élevé, se positionnant derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique (3).

Le rapport homme/femme ainsi que la variabilité selon l'âge est concordante avec les données mondiales. En regardant le taux brut de décès par suicide selon l'âge (en 2012) on observait deux pics : le premier entre 45 et 54 ans (25/100 000), et le second au-delà de 75 ans en particulier chez les hommes (plus de 30/100 000). D'autre part c'est parmi les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) que le suicide représentait la part la plus importante de la mortalité (17,0% contre 1,7% tous âges confondus) (9). La pendaison (53%), comme au niveau mondial, est le mode de suicide le plus fréquent en France, suivi par les intoxications médicamenteuses volontaires (14%), les armes à feu (14%) et la projection d'un lieu élevé (7%) (10).

1.2.2.3 *Tentatives de suicide en France*

On estime à environ 200 000 le nombre de tentatives de suicide par an, en France. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes.

En 2017, une étude épidémiologique en population générale réalisé par le Baromètre de Santé publique France retrouvait que 7,2% des 18-75 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (9,9% des femmes et 4,4% des hommes) et ce chiffre était en augmentation en particulier chez les femmes. Les déclarations de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois était proche des données retrouvées au niveau mondial (3,9 pour 1000). C'est entre 15 et 19 ans que la proportion de suicidants était la plus importante (11).

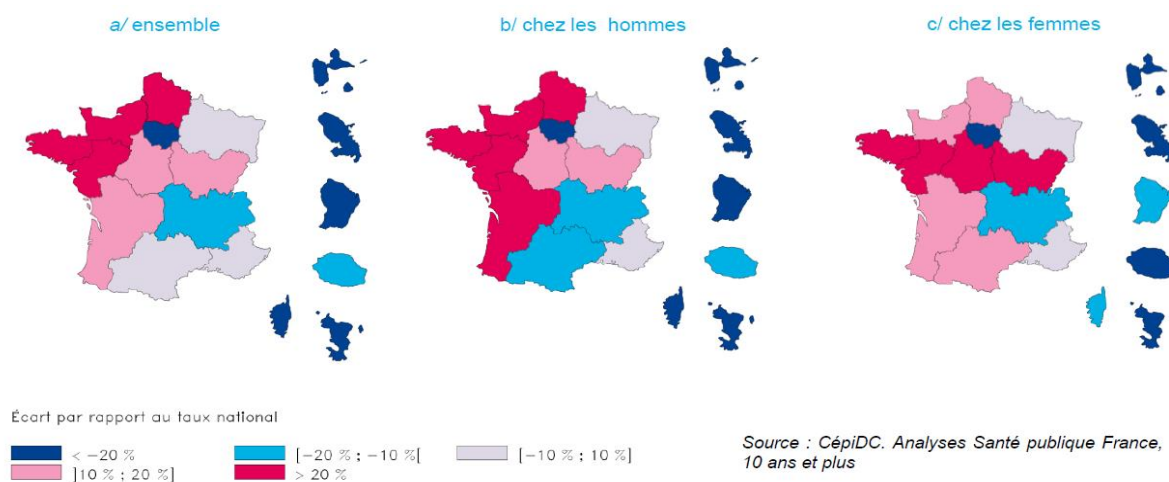
A partir des données PMSI-MCO chez des personnes de plus de 10 ans, on note une diminution des hospitalisations à la suite d'une tentative de suicide dans les établissements de courte durée, passant de 17,4 séjours pour 10 000 habitants en 2008 à 15,1 pour 10 000 en 2017. Ce nombre d'hospitalisations était en 2017 légèrement inférieur à 89 000. Il est plausible que cette diminution, qui est concomitante à la diminution des décès par suicide, soit le reflet d'une réelle

diminution des tentatives de suicide suffisamment graves sur le plan somatique pour conduire à une hospitalisation. Le mode de tentative de suicide le plus couramment retrouvé était l'intoxication médicamenteuse volontaire, notamment par psychotropes (12).

1.2.2.4 Disparités régionales

En France il existe une hétérogénéité régionale avec une surmortalité suicidaire dans les régions du quart nord-ouest de la France (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France) (9) (Figure 1). Dans ces régions les taux d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide dans les établissements de courte durée, sont aussi plus élevés, pour les deux sexes (12).

Figure 1 : Écarts régionaux par rapport au taux national de mortalité suicidaire standardisés sur l'âge pour 100000 habitants, 2015



1.2.3 Suicides et tentatives de suicide dans les Hauts-de-France

1.2.3.1 Surmortalité suicidaire

La région des Hauts-de-France présente, tous sexes confondus, une surmortalité suicidaire supérieure de 30% par rapport à la mortalité suicidaire nationale (20,7 suicidés pour 100000 habitants dans les Hauts-de-France contre 15,3 au niveau national), la classant ainsi au troisième rang et au deuxième rang chez les hommes (36,5 pour 100000 habitants contre 26,1 au niveau national). Le sexe ratio homme/femme dans les Hauts-de-France (4/1) est encore plus important qu'au niveau national (3/1). Concernant l'évolution dans le temps, le taux régional standardisé de mortalité suicidaire a diminué de 20% entre 2000 et 2015 passant de 25,3 pour 100000 habitants à 20,5 pour 100000 habitants (7).

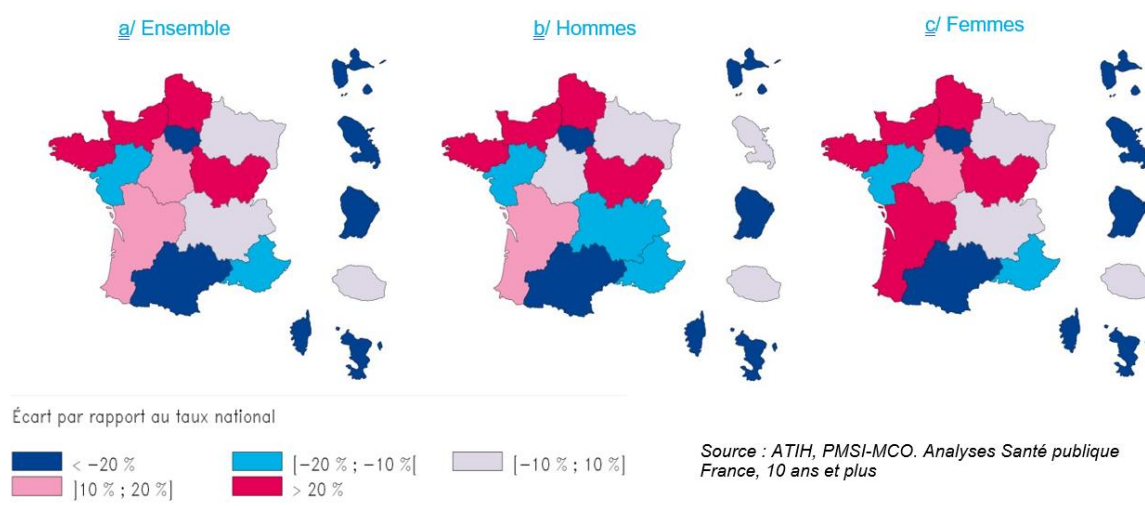
En termes d'âge, tous sexes confondus, les 45-49 ans représentaient la part la plus importante des suicides dans la région (13%). Si on considère la part relative des suicides dans les décès toutes causes confondues dans la région chez les adolescents de 15 à 19 ans, le suicide représente chez les garçons un décès sur quatre et un décès sur six chez les filles (7). Les modes de suicide sont globalement comparables à ceux retrouvés au niveau national.

1.2.3.2 Tentatives de suicide dans les Hauts-de-France

En 2017, un habitant des Hauts-de-France sur dix, âgé de 18 à 75 ans, déclarait avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie. La prévalence régionale des tentatives de suicide au cours de la vie, tous sexes confondus, chez les hommes et les femmes, était respectivement estimée à 10,1%, 7,1% et 13,0%. Ces prévalences régionales sont significativement supérieures aux prévalences nationales (7,2%, 4,4% et 9,2%) et à celles observées dans toutes les autres régions de France métropolitaine.

La région Hauts-de-France est au premier rang des régions en termes d'hospitalisations pour tentatives de suicide (Figure 2). Le taux d'hospitalisation chez les hommes est près du double du taux national et le taux chez les femmes est supérieur de 66% au taux national. Les adolescentes sont largement surreprésentées parmi les tentatives de suicide. Chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, le taux annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide calculé sur 2015-2017 s'élevait à 6,5 pour 1000 adolescentes. En ce qui concerne l'évolution temporelle, malgré une légère recrudescence en 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans les Hauts-de-France suit la même décroissance qu'au niveau national.

Figure 2 : Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge (pour 100000 habitants, 2017)



Concernant le recours aux urgences pour tentative de suicide, en 2017, 8 127 ont été identifiés dans les 47 structures d'urgence des Hauts-de-France participant au réseau Oscour, soit en moyenne 23 recours quotidiens et près de cinq tentatives de suicide pour 1 000 passages aux urgences toutes causes confondues. Le nombre régional de passages aux urgences pour tentative de suicide représente 11% du total des recours aux urgences pour tentative de suicide enregistrés au niveau national. Les femmes étaient majoritaires et représentaient environ 60% des recours aux urgences pour tentative de suicide. Le mode de tentative de suicide le plus fréquent était l'intoxication médicamenteuse volontaire (dans 91% des cas). Il y avait un pic des recours pour tentative de suicide au niveau mensuel, en mars, octobre et novembre. Il y avait sur la semaine une augmentation le dimanche et sur la journée en soirée et début de nuit (50% des recours de 16 heure à minuit), alors qu'on observait une tendance inverse pour les recours aux urgences pour d'autres motifs (Figure 3).

Figure 3 : Répartition quotidienne, mensuelle et horaire de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicide dans les structures d'urgence des Hauts-de-France participant au réseau Oscour, 2017



Source : Santé publique France, Oscour®, 2017

Sur l'année 2017, 837 soit une personne suicidante sur dix, avait réitéré au moins une fois son geste. Le taux de récurrence était maximum, pour les deux sexes, chez les trentenaires et les quadragénaires. La moitié des patients récidivistes ont réitéré leur geste suicidaire dans les quatre mois suivant un premier recours pour tentative de suicide et deux tiers dans les six mois. Le délai médian à la première récurrence était plus court chez les hommes (trois mois) que chez les femmes (quatre mois) (7).

1.2.4 Le département de la Somme

1.2.4.1 Démographie

En 2019, 572 744 Samariens peuplent le département de la Somme. La densité de population est la plus faible, après celle de l'Aisne, dans les Hauts-de-France. Le pourcentage des personnes de moins de 20 ans (24,9% de la population) et le pourcentage de celles de plus de 65 ans (17,3%) sont respectivement la plus faible et la plus élevée dans les Hauts-de-France, ce qui engendre un indice de vieillissement élevé (0,69 contre 0,59 en région).

Dans la Somme 17,2% de la population connaît une situation de pauvreté ; c'est un peu moins qu'en région (18,2%), mais plus qu'en France métropolitaine (14,5%). La pauvreté est particulièrement élevée à Abbeville, Amiens, Doullens et Péronne. Le taux de chômage dans la Somme est de 11,1% (ce qui est plus qu'au niveau national, mais moins que dans la région). La part de la population sans diplôme ou titulaire d'un brevet des collèges est supérieure à celle des Hauts-de-France (40,2% contre 37,0%) (13).

Concernant la démographie médicale, il existe une insuffisance de ressources humaines en santé mentale sur le département de la Somme. En 2016, la Somme avait une densité de 18 psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité était inférieure à celle de la France métropolitaine, qui compte 24 psychiatres pour 100 000 habitants. De plus la ruralité importante du territoire rend difficile l'accès aux soins. Ces différentes problématiques engendrent de faibles niveaux de prises en charge en psychiatrie qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières (2,7 contre 3,7% en région).

1.2.4.2 Suicides dans la Somme

Avec 109 décès enregistrés annuellement (entre 2012 et 2014) dans la Somme, la surmortalité suicidaire est comparable à celle retrouvée dans la région (13). Les taux départementaux de mortalité suicidaire étaient globalement stables entre 2010 et 2015 dans les cinq départements des Hauts-de-France (Figure 4 et 5), cependant une décroissance a pu être objectivée au niveau régional et national sur des périodes plus longues (7).

Figure 4 : Évolution des taux standardisés de mortalité suicidaire départementaux pour 100000 habitants, Hauts-de-France, 2010-2015 - Source BSP

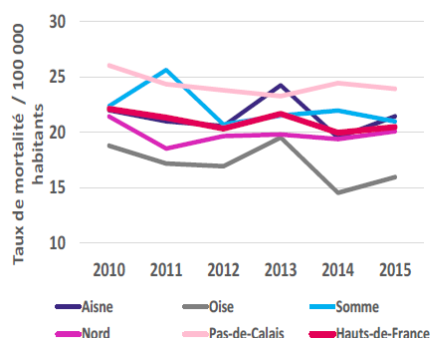
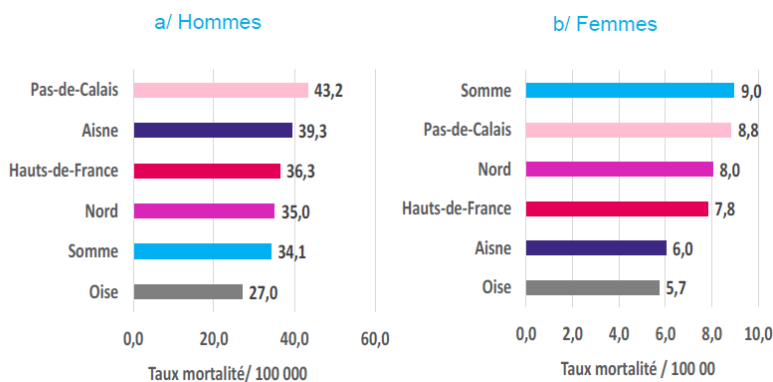


Figure 5 : Taux standardisés de mortalité suicidaire départementaux et régionaux pour 100000 habitants, selon le sexe, 2015 - Source BSP



1.2.4.3 Tentatives de suicide dans la Somme

La Somme a les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés de la région aussi bien pour les hommes que pour les femmes (Figure 7) ; les Hauts-de-France ayant eux même le taux le plus haut de France. Par ailleurs ce taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans la Somme ne fait que croître depuis 2010 (7) (Figure 6).

Figure 6 : Évolution des taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide départementaux pour 100000 habitants, Hauts-de-France, 2010-2017 – Source BSP

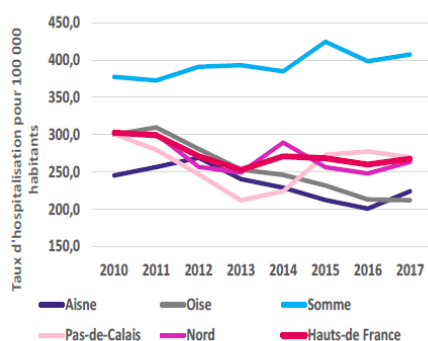
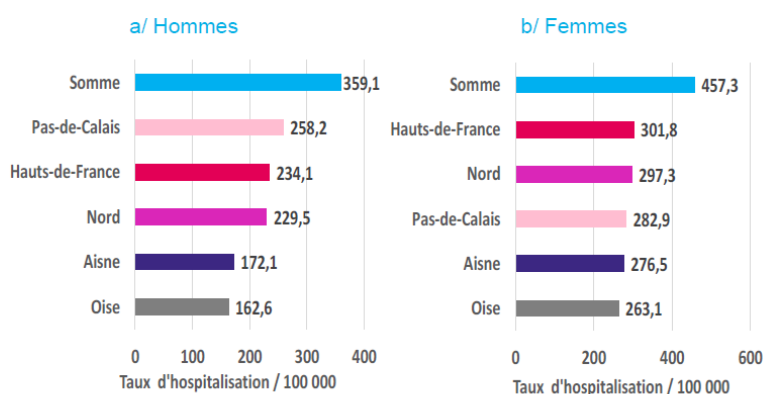


Figure 7 : Taux standardisés d'hospitalisations pour tentative de suicide départementaux et régionaux pour 100000 habitants, selon le sexe, 2017 – Source BSP



Source : CépiDC, ATIH (PMSI MCO). Analyses Santé publique France. Champ : Population âgée de 10 ans et plus

Par l'analyse des passages aux urgences pour tentative de suicide par le dispositif Oscour, nous notons dans la Somme sur l'année 2017, le taux de récurrence suicidaire le plus élevé de la région (13,4%) (7) (Tableau 1).

Tableau 1 : Taux de récurrence de tentative de suicide parmi les suicidants aux urgences du 1^{er} janvier 2017 ou 31 décembre 2017, selon le département de résidence, Hauts-de-France

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS en 2017	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Nord	3911	506	12,9%
Pas-de-Calais	1134	94	8,3%
Aisne	660	58	8,8%
Oise	420	38	9,0%
Somme	1049	141	13,4%
Hauts-de-France	7174	837	11,7%

Source : Santé publique France, Oscour® 2017-2018

Le suicide est un problème de santé publique dans le monde entier. En France même si les chiffres tendent à décroître depuis plusieurs années, ils restent parmi les plus élevés d'Europe. Dans les Hauts-de-France on constate une surmortalité suicidaire de 30% par rapport au niveau national. La Somme présente démographiquement plusieurs facteurs de risque associés au suicide (population âgée et en situation de pauvreté), un déficit en termes de démographie médicale et une forte morbidité suicidaire.

Nous vous proposons d'explorer les facteurs de risque et de protection associés au suicide (et aux tentatives de suicide) afin de pouvoir par la suite les mettre en perspective avec les mesures de prévention.

1.3 FACTEURS ASSOCIÉS AUX ACTES SUICIDAIRES

Schématiquement les suicidés sont plutôt des hommes, plus âgés, ayant davantage recours à des moyens létaux, avec des troubles psychiatriques plus sévères et pour la moitié d'entre eux, décèdent lors du premier acte suicidaire. Les suicidants sont plutôt des femmes, plus jeunes, avec des moyens moins létaux et présentant des antécédents de tentative de suicide (14).

Nous allons vous présenter des facteurs de risque, dont la présence augmente le risque, et des facteurs de protection, dont la présence diminue le risque. Pour ce faire, bien que de nombreuses classifications existent, nous proposons de nous appuyer sur celle de l'OMS (3). Notons que l'exhaustivité ne nous semble pas possible.

1.3.1 Facteurs de risque

1.3.1.1 *Facteurs de risque individuels*

1.3.1.1.1 *Différences entre hommes et femmes*

Nous avons vu lors de l'évocation des données épidémiologiques que la proportion d'hommes décédant par suicide est trois fois supérieure à celui des femmes et ceux majoritairement dans les pays à revenu élevé. Et à l'inverse les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les femmes. Bien que ce paradoxe, qualifié de « gender paradox » est réel et n'est pas le fruit d'un artéfact de mesure, les facteurs explicatifs de ce paradoxe restent encore très discutés. L'un des facteurs explicatifs serait une intentionnalité suicidaire plus importante ainsi que l'utilisation de moyens plus létaux chez les hommes (armes à feu, pendaison) entraînant, malgré un plus faible nombre de tentative de suicide, davantage de décès que chez les femmes. D'autres facteurs tel qu'une moindre demande d'aide et d'expression émotionnelle chez les hommes, des traits de personnalité différents entre les deux sexes ou encore des facteurs hormonaux sont des pistes explicatives de ce phénomène (15) (16).

1.3.1.1.2 *Différences entre les âges*

Selon l'OMS le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées de 70 ans et plus (3). En France, environ un tiers des suicides concerne les 60 ans et plus (10). Par ailleurs avec l'âge le sexe-ratio se majore ; le taux de suicide des hommes de plus de 85 ans est six fois plus important que celui des femmes du même âge (17). Chez les personnes âgées le nombre de tentatives de suicide diminue mais le taux de décès après une tentative de suicide augmente. Le mode de passage à l'acte est souvent plus impulsif et radical. Les gestes suicidaires se caractérisent par une forte intentionnalité associée à une vulnérabilité somatique importante, ce qui majore le risque de décès (16). D'autre part le suicide des sujets âgés est souvent tabou. Il constitue un problème majeur de santé publique qui risque de s'accroître avec le vieillissement de la population.

Bien que le risque de suicide augmente avec l'âge, le suicide représente moins de 1% du total des décès des personnes âgées de plus de 75 ans, alors qu'il représente 17% des décès chez les 15-24 ans. Il constitue dans cette tranche d'âge la deuxième cause de décès après les accidents de la voie publique (9). Chez l'adolescent suicidant l'environnement est essentiel, mais il ne faut pas méconnaître des comorbidités, tel qu'un épisode dépressif caractérisé ou la présence d'un trouble de la personnalité limite. En outre les adolescents suicidants présentent des difficultés d'accès aux soins. En France selon les données épidémiologiques, les 18-24 ans

étaient, en proportion, moins nombreux à s'être rendus à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide (45,9% pour les 18-24 ans, contre 59,8% pour les 18-75 ans) (11).

1.3.1.1.3 *Antécédents de tentative de suicide*

Un antécédent de tentative de suicide constitue le plus important facteur de prédiction de décès par suicide. Quarante pour cent des patients suicidants réitéreront leur geste.

Selon une étude nationale française, réalisée chez des patients hospitalisés pour tentative de suicide (à partir des données PMSI MCO), 12,9% d'entre eux ont récidivé leur geste suicidaire dans l'année qui suit leur tentative de suicide (dont 75% dans les six mois) et 2,6% d'entre eux sont décédés dans l'année suivant leur geste (dont un tiers par suicide) (18). Dans les cinq ans qui suivent une tentative de suicide le risque de mourir par suicide est multiplié par 60 par rapport aux personnes sans antécédent de tentative de suicide (19). Le risque de décès par suicide « vie entière » des patients suicidants est évalué entre 10 et 12% (19) (20).

Les antécédents familiaux de suicide sont aussi des facteurs de risque de conduites suicidaires. Ce type de perte violente peut entraîner outre la tristesse, des sentiments de colère, de honte et d'anxiété. Cela peut modifier la dynamique familiale, les sources de soutien habituel sont de ce fait modifiées. Par ailleurs l'idée de suicide peut devenir plus acceptable chez les personnes ayant perdu un membre de leur famille ou un proche par suicide. Pour toutes ces raisons, les antécédents familiaux de suicide majorent le risque de suicide et de troubles mentaux chez un individu (21).

1.3.1.1.4 *Troubles psychiatriques*

Les études par autopsie psychologique concluent à la présence de troubles psychiatriques chez plus de 90% des suicidés (22). Cela étant, selon une récente méta-analyse, la prévalence de ces troubles mentaux chez les patients suicidés semble être variable en fonction de la zone géographique, ils sont par exemple moins fréquents en Asie de l'Est (23).

Le risque de suicide varie selon le type de trouble ; les troubles majorant le plus le risque de suicide sont les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles liés à l'usage de l'alcool. Dans une étude prospective de suivi de patients déprimés durant cinq ans, il a été montré que le risque de tentative de suicide était augmenté par 21 en cas de dépression et par quatre en cas de rémission partielle de la dépression en comparaison de l'absence complète de dépression (24). Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à

50% de tous les cas de suicide (25). Les résultats d'une méta-analyse montrent que les individus ayant des troubles liés à la consommation d'alcool ont un risque de mourir par suicide dix fois plus important par rapport à la population générale. Ce risque est 13 fois plus important pour les consommateurs d'opioïdes, 14 fois plus important pour les usagers de drogue par voie intraveineuse et 17 fois plus important pour les individus usagers de drogues mixtes (26).

Concernant les autres troubles psychiatriques, nous retrouvons un risque de suicide au cours de la vie entière estimé à 8% chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire (27) et estimé à 5% chez les personnes souffrant de schizophrénie (28). Les troubles anxieux semblent être plus fréquemment associés à un risque de suicide chez les femmes, alors que les troubles de la personnalité semblent être plus fréquemment associés à ce risque chez les hommes (9). Notons que les troubles des conduites alimentaires ou encore le syndrome de stress post traumatique sont eux aussi des facteurs de risque de suicide.

1.3.1.1.5 *Douleur et la maladie chronique*

La douleur et les maladies chroniques sont eux aussi des facteurs de risque des comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont deux à trois fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale (29). Deux méta-analyses ont démontré que la douleur qu'elle soit physique ou psychologique était associée aux conduites suicidaires (30) (31).

1.3.1.2 *Facteurs liés « à la communauté et aux relations »*

Il existe une relation entre les communautés au sein desquelles les personnes vivent ainsi que les relations qu'elles entretiennent avec leur entourage et les facteurs de risque de suicide. Nous allons en évoquer certains.

Les traumatismes ou les abus peuvent entraîner un syndrome dépressif et des conduites suicidaires. Les jeunes ayant été confrontés à des difficultés dans leur enfance et au sein de leur famille telle que des violences physiques, des abus sexuels ou psychologiques ou encore des négligences, présentent un risque bien plus élevé de suicide (32).

On retrouve aussi certains facteurs sociaux-économiques tel que le chômage. Les personnes à la recherche d'un emploi ont une probabilité trois fois plus élevée de décéder par suicide que celles ayant une activité professionnelle (14).

Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations constituent un important facteur de risque du suicide qui touche certains groupes vulnérables comme les demandeurs

d'asile, les réfugiés, les personnes déplacées dans leur pays et les immigrants. Par ailleurs, les discriminations envers un sous-groupe d'une communauté peuvent être des facteurs de risque de conduites suicidaires. Citons par exemple les personnes détenues ou les personnes faisant parti de la communauté LGBTI (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées).

L'isolement social, le sentiment de solitude ou encore le manque de soutien social sont également des facteurs de risque de suicide. La douleur sociale est une douleur psychologique liée à un sentiment de rejet social, cette douleur est par certains auteurs considérée comme un mécanisme explicatif de la crise suicidaire (33).

Enfin, plusieurs problématiques interpersonnelles tels que les conflits, les séparations ou encore les deuils peuvent être des sources de souffrance et peuvent augmenter le risque de suicide.

1.3.1.3 Facteurs liés au « système de santé et à la société en général »

Certains facteurs de risque de suicide sont directement en lien avec le système de santé et la société. Nous pouvons évoquer par exemple les obstacles limitant l'accès aux soins de santé, la stigmatisation associée à la demande d'aide, l'accessibilité à des moyens létaux (les armes à feu, les voies ferrés, les lieux en hauteur...) ou encore la couverture médiatique et l'utilisation inappropriée des médias sociaux.

1.3.2 Facteurs de protection

A l'inverse des facteurs de risques, certains facteurs peuvent diminuer le risque de suicide. La croyance et la pratique religieuse ou plus globalement la spiritualité constituent des facteurs de protection connus. D'autre part le sentiment d'être en lien, la présence de relations étroites et saines avec son entourage (partenaire, amis, famille, pairs...) peut permettre un soutien social, émotionnel et financier pouvant amortir l'impact de certains facteurs de stress externe. Enfin des stratégies d'adaptation positive, des compétences efficaces en résolution de problème ou encore une bonne capacité à demander de l'aide peuvent aussi être des facteurs protecteurs.

1.4 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUICIDANTS

Les informations délivrées dans ce chapitre, sont en partie issues des dernières recommandations française sur la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte (ANAES/HAS 2000) (34) et de la prise en charge des adolescents suicidants (ANAES/HAS 1998) (35).

1.4.1 L'accueil

En France, en 2017, 59,8% des suicidants ont déclaré s'être rendus à l'hôpital (11). L'accueil est primordial dans la prise en charge d'un patient en crise suicidaire. Le service d'urgence est le premier lieu où va être rencontré le patient. Il est préconisé que le patient soit installé dans un lieu calme et sécurisé et qu'il y ait autant que possible les mêmes interlocuteurs. Il est essentiel que les soignants prêtent une attention particulière aux liens dans la prise en charge des personnes en crise suicidaire. Le sentiment d'être compris, reconnu et accepté par le soignant est central. Même aux urgences il s'agit aussi d'un temps thérapeutique puisque c'est un moment où on invite le patient à exprimer ses affects et ses demandes et qu'il va bénéficier de mesures visant à l'apaisement de sa symptomatologie (16). C'est dans cet espace que s'établit un lien qui est un présupposé à un travail ultérieur. Cette première rencontre participe à la qualité des soins et à la prévention de la récurrence.

1.4.2 Évaluation du risque suicidaire

En plus d'une prise en charge somatique systématique, il est nécessaire d'évaluer le risque suicidaire. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'évaluer au moins six aspects du risque suicidaire : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité (potentiellement aidé de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck), les éléments d'impulsivité, les facteurs précipitants, la qualité du soutien de l'entourage proche et la présence de moyens létaux à disposition. Il est aussi important de rechercher les facteurs de risque de suicide tel que les antécédents de tentative de suicide individuels ou familiaux et les antécédents psychiatriques. Cette évaluation permettra de définir trois niveaux d'urgence, allant d'une urgence faible (le patient est dans une relation de confiance établie avec un praticien, il cherche des solutions à ses problèmes, il n'existe pas de scénario suicidaire précis et il perçoit encore des moyens et des stratégies pour faire face) à l'urgence élevée (le patient a une scénarisation du passage à l'acte, il peut présenter un état d'agitation ou au contraire un grand détachement, la souffrance est omniprésente, il a un accès direct à un moyen létaux, un sentiment d'impasse et un grand isolement) .

Selon l'HAS, il est recommandé que le patient puisse bénéficier d'un avis spécialisé ou d'une hospitalisation brève. Il est aussi recommandé qu'elle associe les constatations cliniques et l'utilisation de l'échelle de désespoir de Beck (Annexe 1).

1.4.3 La place de l'entourage

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient suicidant, la place de l'entourage à toute son importance. Ce temps d'évaluation auprès de l'entourage fait d'ailleurs partie des recommandations. On sait que l'isolement est un facteur de risque de suicide reconnu. Il est donc important d'évaluer de qui est constitué l'entourage actuel du patient (familial, affectif, amical...) et comment le patient perçoit cet entourage dans le cadre de ses difficultés (source d'aide ou au contraire de conflit). Le sujet suicidaire exprime souvent son intention auprès de son entourage et ces derniers peuvent avoir des informations importantes non obtenues lors d'un entretien individuel. Par ailleurs l'entourage peut aider à l'adhésion aux soins proposés par les soignants (qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires).

1.4.4 L'orientation

Après cette évaluation le praticien peut envisager une hospitalisation lorsque le degré d'urgence est élevé (qu'elle soit en accord avec le patient ou en soins sous contrainte) ou pour les urgences moindre la mise en place d'un suivi ambulatoire (adressage sur le secteur d'appartenance avec la nécessité d'une triangulation dès les urgences ou mise en place d'une consultation intersectorielle post-urgence). Enfin il existe des structures de post-urgence, permettant une prise en charge intermédiaire tel que les centres d'accueil et de crise. Notons que l'adhésion des patients suicidants aux soins proposés est difficile.

Le lien avec les médecins généralistes à une place importante dans cette prise en charge. En effet 60% des patients expriment à leur médecin traitant ou à leurs proches leurs idées suicidaires dans le mois qui précède le passage à l'acte. Il est donc important que cet interlocuteur privilégié puisse permettre au patient l'expression de ses idées suicidaires et l'orienter vers les services d'urgence. En retour, afin d'inscrire le médecin généraliste dans la prise en charge du patient autour des problématiques suicidaires, le praticien prenant en charge le patient suicidant doit prendre contact avec le médecin traitant et à la sortie lui adresser un courrier (16).

1.4.5 Particularité de la prise en charge des adolescents suicidants

La prise en charge d'un adolescent suicidant doit systématiquement comprendre une triple évaluation somatique, psychiatrique et sociale. Elle nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire disponible (comprenant un/une assistante sociale), d'un cadre thérapeutique stable, d'une continuité des soins, mais aussi de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge.

L'évaluation psychiatrique doit être réalisée par un psychiatre, le plus précocement possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission (dès que l'état somatique et la vigilance le permettent). Il explorera le geste suicidaire, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, le mode de vie, la biographie (en recherchant des événements traumatogènes potentiels), les conduites avec prises de risques et la consommation de toxique. Il est nécessaire dans le cadre de l'évaluation d'un adolescent suicidant de rencontrer ses parents (ou responsables légaux) et son entourage proche. Cette rencontre, déjà recommandée dans la prise en charge de l'adulte suicidant, est à plus forte raison indispensable chez l'adolescent.

Concernant l'orientation, l'hospitalisation doit être privilégiée. Cette dernière est impérative s'il existe un risque de récurrence immédiate de la tentative de suicide, s'il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente non stabilisée, si l'environnement extérieur est jugé défavorable voire délétère, si l'adolescent le désire ou s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire. Cette hospitalisation doit avoir lieu si possible dans une unité adaptée pour recevoir des adolescents et reconnue dans le schéma de santé local pour sa compétence dans ce domaine. Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour hospitalier, mais une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie. En plus de la mise en place d'un suivi ambulatoire il est utile de fournir au suicidant des coordonnées écrites permettant à l'adolescent de joindre rapidement un correspondant qu'il connaît ou une unité de consultation en cas de crise.

1.5 DISPOSITIFS DE PRÉVENTION DU SUICIDE

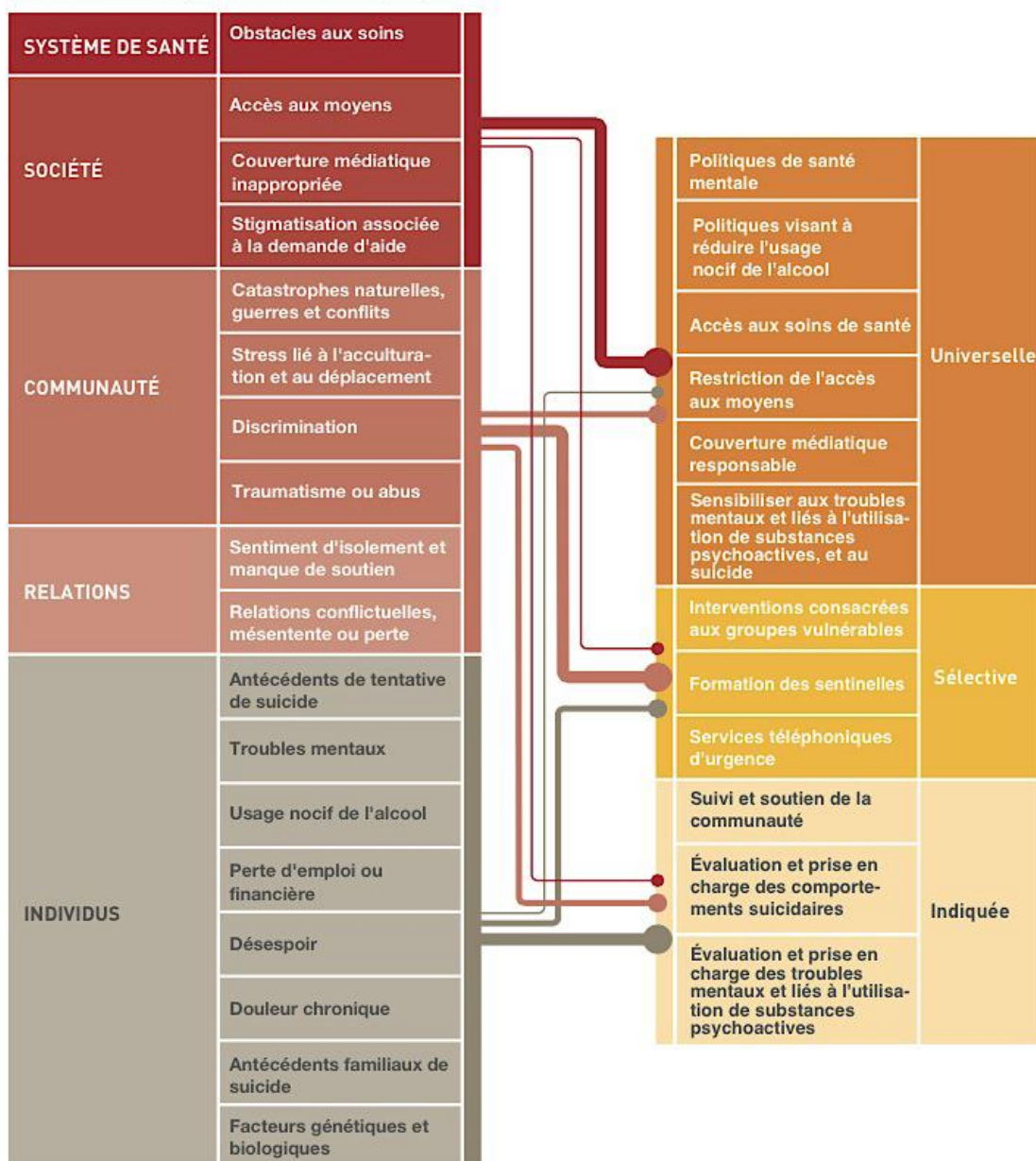
1.5.1 Dispositifs de prévention du suicide dans le monde

Les comportements suicidaires sont complexes et plurifactoriels. Nous venons de le voir, il existe plusieurs facteurs de risque suicidaire et l'exhaustivité dans ce domaine ne paraît pas possible. Bien souvent un seul facteur de risque ne peut expliquer à lui seul un passage à l'acte suicidaire. C'est généralement un cumul de facteurs de risque engendrant un état de vulnérabilité, qui associé à un dépassement de capacité d'adaptation de l'individu abouti à une

crise suicidaire. L'identification des facteurs de risque et leur réduction par la mise en place d'interventions appropriées est la base d'une mesure de prévention efficace. Par ailleurs le renforcement des facteurs de protection est aussi important. La Figure 8 ci-dessus représente la mise en lien des facteurs de risque avec les stratégies de prévention correspondantes (3). Les stratégies de prévention universelles touchent l'ensemble d'une population, les stratégies de prévention sélectives concernent des groupes vulnérables au sein d'une population et les stratégies de prévention indiquées se concentrent sur les personnes ayant une vulnérabilité spécifique au sein de la population (les patients suicidants, souffrant d'un trouble psychiatrique...).

Figure 8 : les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes (3)

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



1.5.2 Dispositifs de prévention du suicide en France

1.5.2.1 Stratégie nationale

Depuis les années 2000, la France s'est dotée d'une stratégie nationale d'action face au suicide. La prévention du suicide a fait l'objet de recommandations. En mars 2016 le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a rendu un rapport d'évaluation du Programme national d'action contre le suicide (2011-2014), recommandant de mettre en œuvre une prévention spécifique des conduites suicidaires ciblant les personnes les plus à risque (personne suicidaire et/ou avec des antécédents de tentative de suicide) visant une réduction effective et quantifiée du nombre de suicide et de tentative de suicide (36). En janvier 2017, le Conseil national de la santé mentale (CNSM), reprenant les données de la littérature scientifique ainsi que les recommandations du HCSP, propose de développer un « kit » de prévention du suicide à destination des agences régionales de santé et vise une réduction à court terme du nombre de décès par suicide.

En lien avec ces recommandations, le projet territorial de santé mentale (juillet 2017) (37), le plan priorité prévention (mars 2018) (38) et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie (juin 2018) en fixent le cadre opérationnel (39). Les différentes actions préconisées par les acteurs de la santé mentale en France sont résumées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : les interventions mentionnées par document

Année	2016	2017		2018	
	HCSP	CNSM	Décret	Plan Priorité prévention	Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie
Restriction des moyens létaux	X	X			
Maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS ^a	X	X	X	X	X
Lignes d'appel ^b	X	X		X	X
Formation des médecins généralistes ^c	X	X		X	X
Programmes en milieu scolaire ^d					X
Organisation de la prise en charge	X		X		
Prévention de la contagion suicidaire ^e	X	X	X	X	X
Information du public	X	X	X	X	X

Note : La croix signifie la mention de la catégorie d'intervention dans le document ; ^a Cf. dispositifs Vigilans ; ^b des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une ligne d'appel unique et pour travailler les référentiels d'écoute avec les associations bénévoles ; ^c Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressifs et au repérage du risque suicidaire ; ^d un seul programme est recommandé : le programme YAM ; ^e Cf. programme Papageno.

1.5.2.2 Quelques exemples de la prévention du suicide en France

Nous allons évoquer dans ce chapitre quelques exemples de mesure de prévention du suicide existant en France.

- Il existe dans le domaine de la prévention du suicide en France, des associations de prévention et d'aide à distance en santé. Ces associations proposent une écoute empathique et sans jugement aux personnes en détresse psychologique. Les trois principales en France sont SOS Amitié, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute. Depuis 2010 un travail de réorganisation de ces associations est en cours avec pour objectif de renforcer la qualité des services, de diversifier ces offres et de créer un socle commun de bonnes pratiques (40)
- Un programme national de sensibilisation au suicide a été lancé en 2014, il est fondé sur des rencontres de formations entre internes en psychiatrie et étudiants en journalisme, il s'agit du programme Papageno (41) (42).
- Concernant la postvention des personnes endeuillées ou touchées par un suicide, il existe en France des associations telle que la fédération européenne vivre son deuil (43).
- Le Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide (GEPS) est une association créée en 1969 qui a pour vocation de regrouper des professionnels et des intervenants concernés par les problèmes du suicide. Il délivre des formations à l'intervention de crise, à l'évaluation de la crise suicidaire et à la prise en charge des troubles dépressifs (44).

Nous allons aborder dans le chapitre suivant un dispositif de veille de prévention de la récurrence suicidaire développé en France : Le dispositif Vigilans.

1.5.3 Dispositif Vigilans

1.5.3.1 Historique

1.5.3.1.1 Dispositifs d'intervention intensive

Il existe deux grands types de dispositifs de suivi à la suite d'un retour au domicile après une tentative de suicide. Les programmes d'intervention intensive et les dispositifs de veille. En ce qui concerne les interventions intensives, il a été expérimenté des programmes de visite à domicile effectuées par des infirmiers et des séries d'interventions de psychothérapie brève. Elisabeth Guthrie a protocolisé quatre séances d'interventions psychologiques brèves, au domicile du patient, réalisées par un infirmier, qui a démontré une diminution des idées suicidaires et des récurrences suicidaires comparativement au groupe témoin (45). D'autres études ont démontré l'efficacité de ces interventions intensives pour réduire le nombre de répétitions

des tentatives de suicide à court et moyen terme (46) toutefois elles nécessitent un coût humain et financier important.

1.5.3.1.2 *Dispositifs de veille*

L'autre type de dispositif est les dispositifs de veille. Il s'agit de programmes visant à « rester en contact » avec le patient suicidant tout en veillant à ne pas envahir leur vie. En effet 40% des patients suicidants récidiveront, mais 60% non. A la différence des dispositifs d'intervention intensive, les dispositifs de veille présentent un coût financier plus faible et une installation plus facile pour l'ensemble de la population sur un territoire donné.

Envoi de lettres ou de cartes postales

L'envoi de lettres ou de cartes postales a été évalué dans plusieurs études cliniques chez des patients en déprimés et en crise suicidaire.

Motto et Bostrom ont montré l'efficacité du maintien du contact avec les patients à haut risque suicidaire par l'intermédiaire de lettres sur la prévention du risque suicidaire. Les patients inclus recevaient chaque mois pendant quatre mois ; puis tous les deux mois pendant huit mois ; puis tous les trois mois pendant quatre ans (24 lettres au total), une lettre courte personnalisée autant que possible, écrite à la main, rédigée par la personne qui s'était entretenue avec eux à l'hôpital avant leur sortie d'hospitalisation. Cette étude a montré à deux ans un taux de suicide dans le groupe avec envoi de lettres significativement plus bas que dans celui sans envoi de lettres. Ces taux se rejoignent progressivement et aucune différence entre les deux groupes n'a été retrouvée après 14 années. Motto et Bostrom proposent le terme de « connectedness » (néologisme « connectivité ») comme hypothèse selon laquelle le sentiment d'être « connecté », de rester en lien, permettait une diminution du sentiment d'isolement et préviendrait ainsi le risque suicidaire (47).

Carter et Al, à Newcastle en Australie, en 2005, ont expérimenté si l'envoi de cartes postales réduisait la récurrence suicidaire chez les patients hospitalisés à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire. 772 patients âgés de plus de 16 ans ont été inclus et ont reçu huit cartes postales durant l'année suivant le geste suicidaire associé à la prise en charge habituelle. Cette étude n'a pas montré de différence significative concernant le nombre de récurrence suicidaire entre le groupe recevant des cartes postales et le groupe contrôle (15,1% contre 17,3% à un an). Cet effet peut être dû au degré moindre de personnalisation des cartes postales contrairement aux lettres de Motto et Bostrom. Cependant, l'étude a retrouvé un effet plus marqué chez les patients non primo-suicidants (48). Dans trois études plus récentes comprenant

l'envoi de cartes postales, deux ont démontré une diminution de la récurrence suicidaire comparativement au groupe témoin (49) (50) et une n'a pas trouvé de différence significative (51).

Délivrance d'une carte de crise

La délivrance à chaque patient suicidant, lors de sa sortie d'hospitalisation, une « carte ressource » mentionnant le numéro d'appel d'un professionnel disponible 24 heures sur 24 a été proposée par une équipe anglaise de Bristol. Une première étude avait démontré une efficacité sur la récurrence suicidaire à un an (52), une seconde étude n'a pas démontré d'efficacité sur la récurrence suicidaire à six mois, mais il semblait se démarquer une efficacité pour les patients primo-suicidants (53).

Recontact téléphonique des patients suicidants

Il s'agit d'un entretien de soutien, reprenant les éléments du compromis de sortie d'hospitalisation afin de voir si ce dernier est en accord avec la situation actuelle du patient, cet appel peut aboutir à une intervention de crise si nécessaire. Le plus souvent ces rappels sont assurés par des psychologues ou infirmiers formés.

Dans l'étude « SYSCALL », réalisé dans les départements du nord de la France, 605 patients suicidants ont été inclus après leur sortie des urgences. Un groupe de patients a été rappelé à un et trois mois après la tentative de suicide ; ce groupe a été comparé à un groupe contrôle. Le recontact téléphonique à un mois, en analyse per protocole, s'est montré efficace en réduisant environ de moitié le nombre de tentative de suicide à un an (12% contre 21,6 % dans le groupe contrôle). Ce dispositif se montrant plus efficace chez les patients non primo-suicidants. Cependant le rappel à trois mois n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes. Par ailleurs le rappel téléphonique a été bien accepté et positivement perçue par la population de l'étude (54).

Deux méta-analyses sur les programmes de recontact de patients suicidants ont été publiées en 2015. La première (qui étudiait 3 études, 3549 patients) fait l'état de moins de sujets récidivants, de moins de récurrences suicidaires totale et une baisse de la mortalité suicidaire chez les patients suivis/contactés après une tentative de suicide par rapport à des patients témoin, mais seul le nombre de récurrences baissait significativement (55). La seconde (qui étudiait 9 études, 5319 patients) confirme que les interventions de contact actif des patients suicidants permettent de prévenir efficacement la récurrence suicidaire à 12 mois (n = 5319 ; RR combiné = 0,83 ; IC à

95% : 0,71 à 0,97), toutefois l'effet à 24 mois n'a pas été confirmé (n = 925 ; RR combiné = 0,98 ; IC à 95% : 0,76-1,22) (56).

Ces outils de veille sanitaire en suicidologie semblent être faciles à mettre en œuvre, relativement peu coûteux, très bien acceptés par les usagers, très utiles pour la continuité et la traçabilité de certains parcours de soins (57) et les méta-analyses présentées ci-dessus, confirment que ces dispositifs sont efficaces concernant la récurrence suicidaire. Toutefois il reste nécessaire de confirmer ces résultats par des études contrôlées randomisées de meilleure qualité.

1.5.3.2 Le dispositif

Le dispositif vigilanS découle d'un programme de recherche français, appelé « AlgoS ». AlgoS est une étude contrôlée randomisée multicentrique (dans 23 centres hospitaliers en France) combinant plusieurs modalités de recontact (58). Le protocole d'AlgoS comprenait pour les patients primo-suicidants la délivrance d'une carte ressource et pour les non primo-suicidant un « appel téléphonique entre J10 et J21 ». Si une situation à risque suicidaire était détectée, il était mis en place une intervention proactive ou une consultation aux urgences dans les 24 heures. Si les patients n'étaient pas joignables ou s'ils présentaient des difficultés d'adhésion aux soins ambulatoires, il leur était envoyé un jeu de quatre cartes postales en accentuant le côté personnalisé de ces cartes. Les résultats de cette étude ont montré une différence significative concernant la récurrence suicidaire chez les patients primo-suicidants comparativement au groupe témoin à 6 et 13-14 mois. On ne retrouvait pas cette différence dans le groupe des non primo-suicidants (59). De façon parallèle il a été mené une étude sociologique, qualitative, interrogeant tous les intervenants du processus de veille (patients, médecins traitants, psychiatres, psychologues, urgentistes et « recontacteurs »). Les résultats de cette étude mettent en évidence un sentiment d'appartenance des patients dans le programme et l'intérêt porté par les médecins traitants.

Ce dispositif a été adapté aux soins courants sous le nom de Vigilans en 2015, dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, puis a été progressivement déployé dans plusieurs régions de France. Le SAMU/centre 15 et le pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille assurent le déploiement du dispositif de veille ainsi que la formation des équipes opérationnelles et interventionnelles du dispositif. Ce dispositif a pour objectif d'harmoniser les pratiques de soins régionales en proposant des réseaux d'alerte aux situations de crises détectées, de coordonner l'action des différents partenaires de santé autour du patient (médecin

traitant, psychiatres, autres soignants, entourage familial) et de contribuer à la baisse des chiffres de mortalité et de morbidité suicidaires.

Le dispositif concerne tous patients « suicidants », majeurs ou mineurs, qui sortent d'un centre de soins. Afin d'effectuer l'entrée dans la veille, le centre partenaire (service d'urgence par exemple) prévient le secrétariat de Vigilans de la sortie d'hospitalisation du patient et son entrée dans la veille par l'envoi d'un formulaire d'entrée. Ce formulaire contient le minimum d'informations nécessaires au suivi du patient, il comprend les coordonnées du patient, les éléments concernant sa tentative de suicide et le compromis de sortie.

A sa sortie du centre hospitalier il est remis au patient une carte ressource (Figure 9). Cette carte comporte au recto le numéro d'appel régional unique gratuit (0800) et au verso le logo du SAMU/centre 15 (en cas d'urgence les week-ends, la nuit et les jours fériés). Une lettre d'information lui est aussi délivrée, comprenant les modalités du dispositif, les éléments réglementaires concernant le traitement informatique de ces données personnelles ainsi que son droit d'opposition. Par ailleurs le dispositif Vigilans informe les partenaires de soin préalablement identifiés (médecin traitant, psychiatre traitant ou autres) de l'entrée du patient dans le dispositif et du fonctionnement de ce dernier par une plaquette explicative.



Figure 9 : verso de la carte ressource délivré dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (86)

Le recontact téléphonique est assuré par des « Vigilanceurs/seuses ». Il s'agit d'une équipe présente idéalement au sein du centre de régulation du SAMU, comprenant des psychologues ou infirmiers qui sont spécialement formés et entraînés à l'évaluation et la gestion de crise suicidaire. Ils gèrent des appels « entrants » (patient ou entourage du patient qui activent le numéro d'urgence présent sur la carte ressource) et « sortant » (les recontacts téléphoniques adressés aux patients et ceux adressés aux partenaires de santé et à l'entourage des sujets en cas de crise).

En ce qui concerne les recontacts téléphoniques, s'il s'agit au moins du second geste suicidaire ou si les patients sont mineurs, ils sont rappelés entre J10 et J21. En fonction de l'évaluation de « Vigilanceur/seuses » il peut aboutir à un simple appel, à l'envoi de cartes postales en cas

d'inquiétude (une carte par mois durant quatre mois), ou à la gestion d'une crise avec l'aide du coordonnateur médical. Qu'il s'agisse d'un premier geste suicidaire ou pas, que le patient soit mineur ou majeur, ils sont tous rappelés à six mois. A la fin de cet entretien l'équipe Vigilans décide de la fin de la veille (sortie du dispositif) ou de la poursuite de la veille durant six mois. Si le patient est injoignable lors de cet appel une carte postale unique avec les coordonnées de Vigilans lui est envoyée.

Avant chaque recontact le patient en est informé par courrier ou SMS et à chaque contact d'un patient par Vigilans les partenaires de soins sont informés par l'envoi d'un compte rendu. En cas de récurrence, le patient est de nouveau inscrit dans le dispositif pour six mois.

Ce dispositif comprend un coordonnateur médical qui reste à disposition permanente de l'équipe de recontacte par téléphone afin de superviser leurs propositions de prise en charge ou de répondre lui-même aux situations les plus délicates. D'autre part plusieurs temps institutionnels sont indispensables (sur le CHU de Lille il s'agit d'un point hebdomadaire le lundi matin sur les aspects techniques et organisationnels, et le vendredi midi une réunion clinique) (60).

L'annexe 2 décrit de façon schématique de la procédure du dispositif Vigilans.

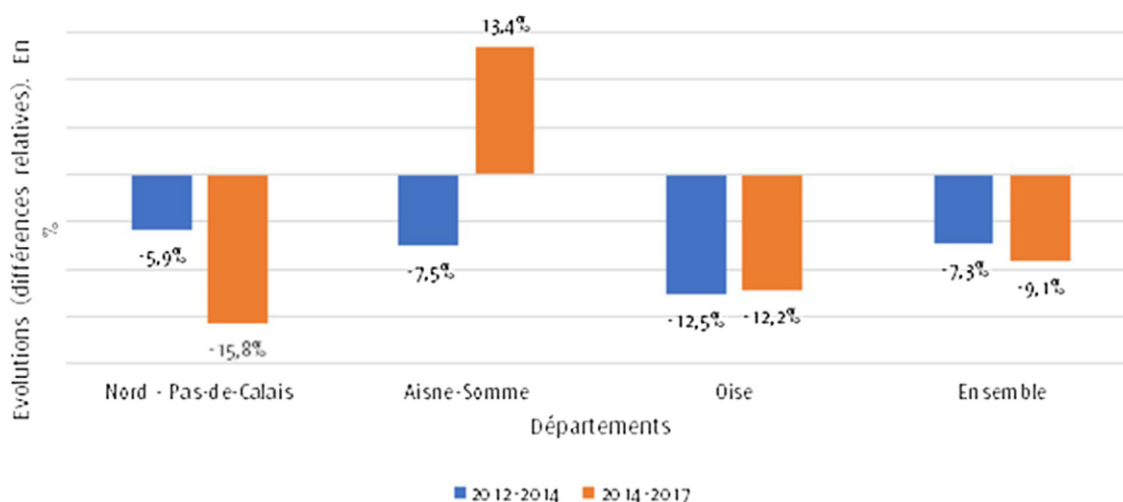
1.5.3.3 *L'expérience du nord pas de calais*

L'évaluation du dispositif est coordonnée par le centre d'investigation clinique du CHU de Lille et la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM). Deux études publiées en 2018 évaluent, par différents paramètres, l'efficacité du dispositif Vigilans dans le Nord-Pas-de-Calais.

Une étude a été réalisée à partir des séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide de 2012 à 2017 (avant Vigilans 2012-2014 et après Vigilans 2015-2017), dans l'ancienne région du Nord-Pas-de-Calais et l'ancienne région Picardie. Pour tenter de minimiser les variations de codage, seuls les établissements ne montrant pas de variation de plus de 25% d'une année sur l'autre, ont été retenus (75% de l'ensemble). Cette étude montre une accélération de la diminution des séjours pour tentative de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais après 2014 (moins 16% au lieu de moins 6%), au contraire des deux départements picards les plus comparables (l'Aine et la Somme) qui montrent une dégradation du phénomène (plus 13%), et au contraire du département de l'Oise qui montre un maintien stable de la baisse en cours (moins 12%) (61) (Figure 10). Ces données sont cohérentes avec les données épidémiologiques mentionnées ci-dessus (chapitres 1.2) qui montraient une diminution du

nombre d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide en France et dans les Hauts-de-France alors que ce chiffre augmentait dans le département de la Somme.

Figure 10 : Évolution du nombre de séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide dans les Hauts-de-France, sur la période 2012-2017 (87)



Une seconde partie de cette étude a été menée à partir du recueil des passages aux urgences pour tentative de suicide dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais, de 2014 à 2017. En 2014, un total de 10 119 passages aux urgences pour tentative de suicide était dénombré ; en 2017, le total était de 9,230 passages pour tentative de suicide, soit une diminution de 13,5 %. La diminution était équilibrée entre les hommes (moins 14%) et les femmes (moins 10%). Par ailleurs ils ont calculé le taux de pénétrance du dispositif Vigilans (nombre de suicidants entant dans la veille rapportée au nombre total de suicidants passés aux urgences). Cette pénétrance atteint 37% en 2017 dans le Nord-Pas-de-Calais. Il a été constaté que lorsque la pénétrance restait inférieure à un quart des suicidants (dans 5 sites sur 28), une augmentation des tentatives de suicide était constatée sur la période, lorsque la pénétrance se situait entre 25 et 45% (17 sites sur 28) il y avait une diminution des tentatives de suicide d'environ 10% et lorsque cette pénétrance dépassait 45% la diminution dépassait les 30% (61) (Figure 11).

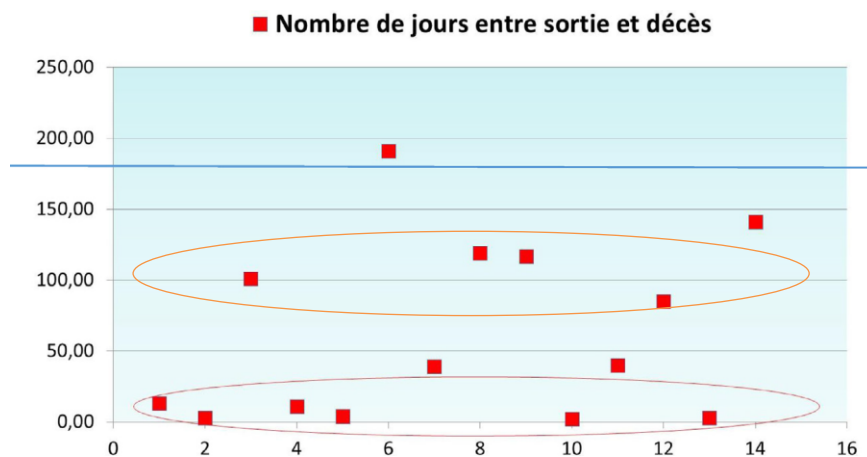
Figure 11 : Taux de variation des passages aux urgences pour tentative de suicide sur la période 2014-2016 en fonction de la pénétrance du dispositif (87)



Une seconde étude a analysé la mortalité par suicide dans le Nord-Pas-de-Calais en mesurant l'évolution du nombre de levées de corps pour suicide par le département de médecine légale de la région Nord-Pas-de-Calais, sur les trois ans avant Vigilans (2012–2014) comparés aux trois ans depuis Vigilans (2015–2017). Trois unités médico-judiciaires ont été retenues pour cette analyse (Montreuil, Boulogne-sur-Mer, Calais) car elles présentaient une bonne congruence (supérieure à 90%) entre les chiffres du CépiDC et celui des levées de corps pour suicide. Cette étude observe une baisse moyenne de la mortalité par suicide de 9,9% (moins 12% chez les hommes ; plus 0,3% chez les femmes).

Une seconde partie de cette étude a analysé de façon exhaustive la mortalité par suicide dans la cohorte Vigilans en 2016. Elle retrouvait 19 décès, dont 14 par suicide, soit 0,4% des patients. Ce taux observé de mortalité dans la cohorte Vigilans en 2016 est significativement en dessous du seuil attendu dans la littérature (1 à 2% dans l'année qui suit la tentative de suicide). Le dispositif Vigilans pourrait donc se montrer protecteur en termes de mortalité par suicide. Le délai entre la sortie du service de soins pour tentative de suicide et le suicide, celui-ci varie entre 2 et 191 jours. Les décès interviennent majoritairement dans les jours suivants la sortie de l'hôpital et à environ 100 jours (62) (Figure 12).

Figure 12 : Nombre de jours entre la sortie du système de soin et le décès par suicide dans la cohorte Vigilans en 2016 (88)

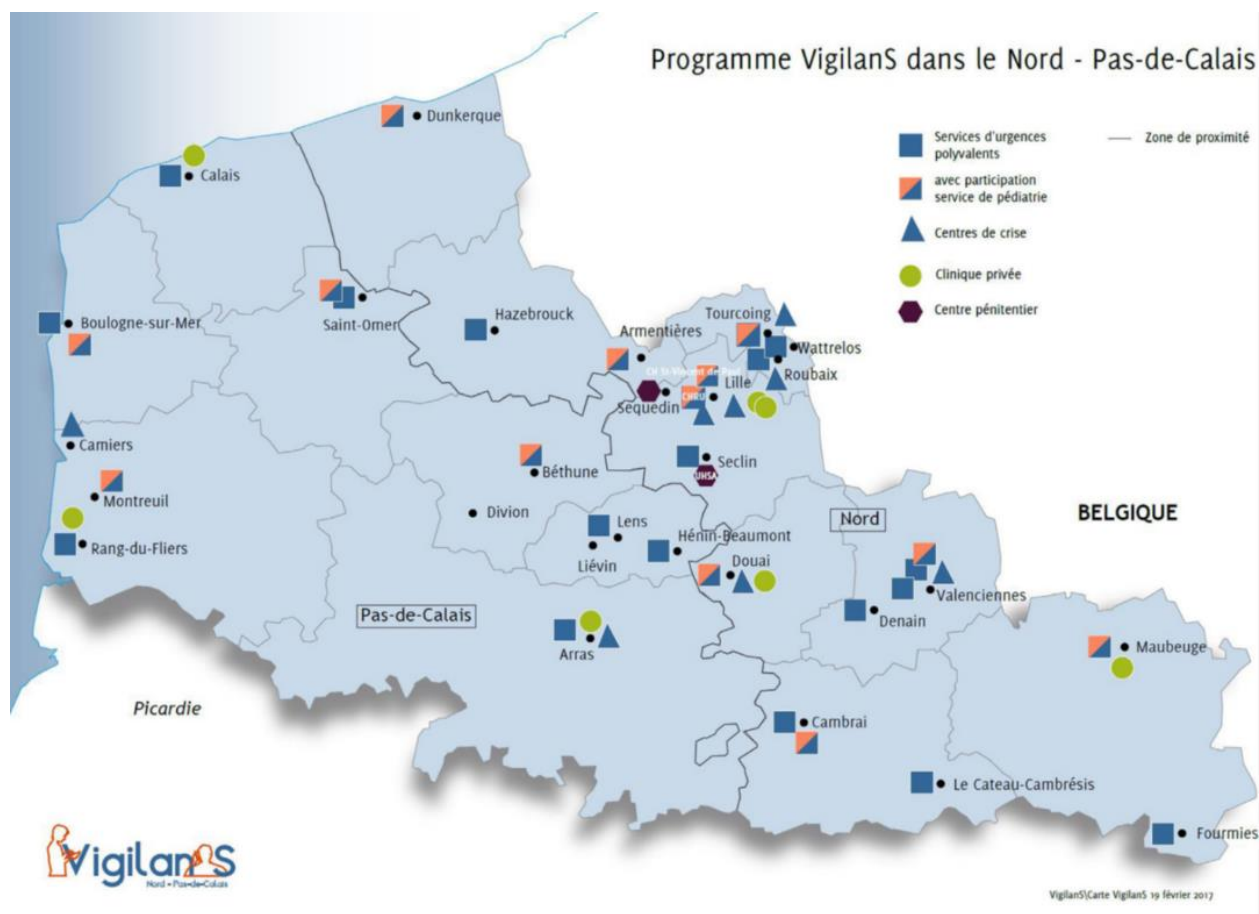


Selon ces études le dispositif Vigilans semble être efficace en termes de morbidité suicidaire (diminution de la récurrence) et de mortalité suicidaire. D'autres études semblent nécessaires afin de confirmer ces résultats, à la demande de la direction générale de la santé, le dispositif Vigilans est en cours d'évaluation par Santé publique France (évaluation du processus et de l'efficacité).

1.5.3.4 Le déploiement de Vigilans

Tous les sites hospitaliers accueillant des patients après une tentative de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais ont accepté de participer à l'entrée des suicidants dans la veille (services d'urgence, centres de crise, des structures privées, des centres pénitenciers) (Figure 13).

Figure 13 : Déploiement Vigilans dans le Nord-Pas-de-Calais en 2018 (86)



Le dispositif Vigilans est actuellement implanté dans plusieurs régions de France : dans l'ancienne région du Nord-Pas-de-Calais, en Bretagne, en Normandie, dans l'ancienne région du Languedoc-Roussillon, dans le département du Jura et en Martinique (Annexe 3). La généralisation sur l'ensemble du territoire, dans les deux ans, d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (tel que Vigilans) est l'une des actions intégrées de prévention du suicide qui sera mise à disposition des agences régionales de santé (ARS) évoquées dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie de juin 2018 (39).

1.6 PROBLÉMATIQUE

Plusieurs mesures de prévention face au suicide existent et continuent à se développer sur le territoire Français. La feuille de route en santé mentale et psychiatrie de juin 2018 (39), préconise le déploiement dans les deux ans à venir sur l'ensemble du territoire français d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, tel que le dispositif Vigilans.

Une question se pose alors : Comment ce dispositif peut répondre aux problématiques des patients suicidants et des soignants prenant en charge ces patients dans la Somme ?

Afin de tenir compte des spécificités locales de la Somme, nous avons voulu établir un état des lieux de la prise en charge des patients suicidants à deux moments clés de la prise en charge : lors de la phase initiale de la prise en charge (la prise en charge dans les différentes unités d'urgence du département) et lors du retour au domicile des patients suicidants (la prise en charge post-urgence).

1.7 OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif principal de ce travail est d'analyser la prise en charge immédiate et à distance du geste des patients suicidants dans la Somme, afin de percevoir quelle pourrait être les avantages et les limites de l'implantation d'un dispositif de prévention de la récurrence suicidaire tel que Vigilans dans la Somme.

Ce travail a été réalisé en deux parties.

La partie A est une description de la prise en charge aux urgences des patients suicidants immédiatement après le geste dans les différents centres hospitaliers de la Somme.

La partie B a pour objectif de décrire la prise en charge à distance du geste des patients adultes suicidants à travers l'exemple du centre hospitalo-universitaire d'Amiens.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 POPULATION

2.1.1 Partie A

Dans ce premier travail nous avons interrogé des médecins impliqués dans le parcours de soins des patients suicidants (urgentistes, pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres) travaillant dans les services d'urgence, du secteur public de la Somme.

Nous les avons rencontrés sur leur lieu d'exercice. Nous nous sommes rendus au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens, au centre hospitalier d'Abbeville, au centre hospitalier intercommunal de Roye-Montdidier, au centre hospitalier de Péronne et au centre hospitalier de Doullens. Par ailleurs nous nous sommes rendus au centre médico psychologique du secteur de pédopsychiatrie d'Amiens Nord.

2.1.2 Partie B

Nous avons réalisé l'analyse des dossiers informatiques des patients suicidants, âgés de plus de 17 ans, pris en charge sur le centre hospitalo-universitaire d'Amiens par le service de psychiatrie et d'addictologie de liaison, sur une durée allant du 1^{er} décembre 2018 au 31 mai 2019.

2.2 OUTILS

2.2.1 Partie A

Nous avons exploré la prise en charge initiale du patient suicidant dans les services d'urgence de la Somme à l'aide d'entretiens standardisés explorant systématiquement les différents points de la prise en charge initiale recommandés par l'HAS c'est à dire l'évaluation somatique, l'évaluation psychiatrique-pédopsychiatrique (disponibilité des psychiatre-pédopsychiatres, durée entre la demande et la prise en charge psychiatrique-pédopsychiatrique effective, évaluation du risque suicidaire, utilisation de moyens de prévention de la récurrence suicidaire). Et nous les avons questionnés sur leurs connaissances du dispositif Vigilans.

En marge de cet entretien, une présentation systématisée du dispositif Vigilans a été réalisée dans un second temps sur chacun des lieux à l'aide de diapositives (fichier power point).

2.2.2 Partie B

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, de cohorte, rétrospective, mono centrique via l'analyse de données présentes sur les logiciels du CHU d'Amiens (DX CARE et DX PLANNING).

Nous nous sommes intéressés à différentes données concernant les patients suicidants et leur prise en charge : l'âge et le sexe des patients, la date d'entrée et de sortie d'hospitalisation, le mode de la tentative d'autolyse. Nous avons exploré la présence ou non de consultations post-urgence (réalisées par le service de psychiatrie et d'addictologie de liaison) et l'adhésion à cette prise en charge (pourcentage de patients présents au cours des consultations), le délai entre la sortie d'hospitalisation et cette consultation, ainsi que les raisons de l'absence de consultations post-urgence (suivi ambulatoire déjà en cours, refus du patient...). Nous avons aussi recherché la survenue de récurrence suicidaire (nouvelle prise en charge sur le CHU d'Amiens durant la période analysée).

2.3 ÉTHIQUE

2.3.1 Partie A

Le recueil d'informations étant réalisé auprès de médecins, il correspond à une évaluation des pratiques professionnelles. Cette étude n'a pas nécessité de demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes ni de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés spécifique.

2.3.2 Partie B

Cette étude n'impliquant pas la personne humaine, se situe donc hors loi Jardé et ne nécessite pas un avis auprès du Comité de Protection des Personnes, par ailleurs une demande auprès de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU d'Amiens a été déposée afin de solliciter l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

2.4 STATISTIQUES

Les variables qualitatives ont été analysées via leurs effectifs et pourcentages.

Les variables quantitatives ont été analysées via leurs moyennes, médianes, écart-types, intervalles interquartiles et leurs étendues (valeurs minimales et maximales).

L'ensemble de l'analyse statistique a été réalisée grâce à l'utilisation du logiciel Xlstat 2019 1.3 pour analyser les résultats.

3 RÉSULTATS

3.1 Partie A

Quarante-cinq médecins ont été rencontrés à l'aide d'entretiens standardisés. Cette cohorte comprenait 21 médecins urgentistes, 21 médecins psychiatres et pédopsychiatres et trois médecins pédiatres.

3.1.1 Prise en charge des patients suicidants adultes

3.1.1.1 Amiens

À Amiens il existait deux sites d'accueil en urgence des patients suicidants, le service d'urgence adulte du CHU d'Amiens et l'unité d'accueil et d'orientation (UAO) de l'hôpital Philippe Pinel. Concernant l'orientation des patients suicidants, s'ils ne présentaient pas à priori d'intrication somatique, ils étaient orientés vers l'UAO de l'hôpital Philippe Pinel, sinon ils étaient orientés vers le service d'urgence du CHU d'Amiens, et l'évaluation psychiatrique était réalisée par le service de psychiatrie et d'addictologie de liaison.

A noter que l'hôpital Philippe Pinel comprend quatre secteurs d'hospitalisation de psychiatrie adulte du département.

3.1.1.1.1 Le centre hospitalier universitaire d'Amiens

Nous avons rencontré au CHU d'Amiens, 12 médecins urgentistes et trois médecins psychiatres.

Le service de psychiatrie et d'addictologie de liaison du centre hospitalo-universitaire d'Amiens, assurait une mission de psychiatrie de liaison (comprenant les urgences) ainsi qu'une activité de consultation. Cette équipe comprenait des psychiatres et des psychologues. A noter qu'il n'y avait pas de paramédicaux au sein de cette équipe.

Les patients suicidants arrivant aux urgences du CHU d'Amiens étaient dans un premier temps systématiquement évalués somatiquement par les médecins urgentistes. La majorité des patients suicidants étaient par la suite hospitalisés à l'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée). L'équipe du service de psychiatrie et d'addictologie de liaison se rendait quotidiennement à l'UHTCD afin de rencontrer les patients suicidants. Durant leur prise en charge dans les services des urgences du CHU d'Amiens (incluant l'UHTCD), les patients suicidants ont bénéficié quasi systématiquement d'une évaluation par un médecin psychiatre incluant une évaluation du risque suicidaire (réalisée via une évaluation clinique lors d'un entretien individuel sans l'aide d'échelle). Le délai de prise en charge par les médecins psychiatres était estimé entre deux et quatre heures lorsque les patients étaient hospitalisés à

l'UHTCD. Le délai de la prise en charge psychiatrique depuis l'arrivée aux urgences était estimé par les médecins urgentistes entre 10 et 24 heures.

Le lien avec le médecin généraliste durant la prise en charge était peu fréquemment réalisé par les médecins urgentistes, il l'était davantage par les médecins psychiatres mais cela restait très variable. Le lien avec l'entourage en présentiel ou par téléphone n'était pas systématique et était variable d'un soignant à l'autre.

Concernant la prévention de la récurrence suicidaire, les médecins psychiatres interrogés nous ont rapporté la délivrance de coordonnées d'urgence à la sortie d'hospitalisation (tel que les coordonnées de l'UAO de l'hôpital Philippe Pinel) mais aussi la délivrance de consultation post-urgence de réévaluation, environ une semaine après la sortie d'hospitalisation et réalisé par le médecin psychiatre ayant rencontré le patient aux urgences.

Concernant la connaissance du dispositif Vigilans, les trois médecins psychiatres interrogés avaient connaissance du dispositif Vigilans ; 11 des 12 médecins urgentistes interrogés ne connaissaient par ce dispositif.

3.1.1.1.2 *L'unité d'accueil et d'orientation de l'hôpital Philippe Pinel (UAO)*

L'accueil des patients en urgence à l'UAO était réalisé 24 heures sur 24. Cette unité comprenait des médecins psychiatres mais aussi une équipe de paramédicaux. L'UAO disposait également d'une permanence téléphonique (prise en charge de situation de crise, régulation téléphonique...). Nous avons interrogé un médecin psychiatre travaillant à l'UAO.

Il estimait que quasiment tous les patients suicidants ont bénéficié d'une évaluation somatique lors de leur prise en charge. Cependant il nous a été précisé que cette évaluation somatique se limitait fréquemment à une prise des constantes et la réalisation d'un électrocardiogramme. L'évaluation psychiatrique et l'évaluation du risque suicidaire par un entretien individuel étaient systématiques. Le délai entre la demande de prise en charge (l'arrivée du patient) et l'évaluation psychiatrique était estimé entre zéro et deux heures.

Le médecin psychiatre interrogé estimait que la mise en lien avec le médecin généraliste ainsi qu'avec l'entourage du patient (en présentiel et par téléphone) était réalisée dans la moitié des cas.

Certains moyens de prévention de la récurrence suicidaire nous ont été rapportés tel qu'une activité de consultations de post-urgence, la délivrance de coordonnées d'urgence (coordonnées de l'UAO par exemple) et des coordonnées de centre médico-psychologique (afin de permettre l'initiation d'un suivi ambulatoire). Le médecin interrogé ne connaissait pas le dispositif Vigilans.

Durant la nuit, les week-ends et les jours fériés, deux médecins (un psychiatre sénior et un interne en psychiatrie) assuraient la continuité des soins sur le centre hospitalier Philippe Pinel (comprenant l'UAO). Le médecin sénior se déplaçait au CHU d'Amiens si une évaluation psychiatrique était nécessaire.

3.1.1.2 Abbeville

Nous avons rencontré au centre hospitalier d'Abbeville, trois médecins urgentistes et quatre médecins psychiatres.

A Abbeville, c'était au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier qu'étaient accueillis les patients suicidants. Par ailleurs le service des urgences disposait de huit lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pouvant accueillir les patients suicidants. Le centre hospitalier d'Abbeville disposait d'un pôle de psychiatrie, dont les psychiatres se rendaient aux urgences pour évaluer les patients suicidants.

Tous les patients bénéficiaient d'une évaluation somatique, d'une évaluation psychiatrique et d'une évaluation du risque suicidaire (via une évaluation clinique sans l'aide d'échelle) durant leur prise en charge. Tous les médecins interrogés estimaient que les médecins psychiatres étaient disponibles pour des consultations aux urgences ainsi que par téléphone. Le délai moyen entre le moment de la demande d'une prise en charge psychiatrique et cette prise en charge était estimé par les médecins psychiatres entre zéro et deux heures et par les médecins urgentistes entre deux et six heures.

Le lien avec le médecin généraliste durant la prise en charge aux urgences était extrêmement variable entre les cliniciens, ce contact étant plus systématique chez les médecins psychiatres que chez les médecins urgentistes. Le lien avec l'entourage du patient n'était pas systématique.

Les médecins interrogés nous ont cité comme moyen de prévention de la récurrence suicidaire : la mise en place ou la poursuite de suivi ambulatoire sur les centres médico-psychologiques, la délivrance de coordonnées d'urgence (du centre médico-psychologique et/ou des urgences du centre hospitalier d'Abbeville), la délivrance de consultation post-urgence, la possibilité de visites à domicile par l'équipe de secteur.

Par ailleurs tous les médecins psychiatres interrogés avaient connaissance du dispositif ViglanS contrairement aux médecins urgentistes.

Durant la nuit, les week-ends ou les jours fériés, un médecin sénior ou un médecin junior (interne) associé à un médecin sénior d'astreinte téléphonique assuraient la permanence des soins dans les deux services de psychiatrie et délivraient des avis psychiatriques aux urgences.

3.1.1.3 Roye-Montdidier

Nous avons rencontré trois médecins urgentistes et un médecin psychiatre travaillant sur le centre hospitalier intercommunal de Roye-Montdidier. Cet hôpital disposait d'un service accueil des urgences ainsi que de trois lits au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée pouvant accueillir les patients suicidants. Les médecins urgentistes se relayaient en garde de 24 heures, deux médecins étaient de garde, un positionné au service mobile d'urgence et de réanimation et un sur le service d'accueil des urgences.

Tous les médecins interrogés (urgentistes et psychiatre) estimaient que tous les patients bénéficiaient d'une évaluation somatique. Un seul psychiatre se déplaçait aux urgences afin de délivrer des avis psychiatriques. Il était aussi le seul médecin travaillant sur le centre médico-psychologique et centre d'accueil à temps partagé de Montdidier. Ce psychiatre était disponible afin de délivrer ses avis en semaine de 9 heures à 18 heures 30. Il n'y avait pas de psychiatre disponible pour les avis psychiatriques aux urgences la nuit, le week-end ou les jours fériés. Selon les médecins interrogés plus de la moitié des patients bénéficiaient d'une évaluation psychiatrique durant leur prise en charge en urgence du centre hospitalier intercommunal de Roye-Montdidier. Cependant du fait de l'absence de continuité des soins psychiatriques sur cet hôpital, il était parfois nécessaire de transférer le patient suicidant sur une autre structure (le plus souvent sur l'UAO de l'hôpital Philippe Pinel) afin qu'il bénéficie d'une évaluation psychiatrique.

Le délai entre la demande d'une prise en charge psychiatrique et cette prise en charge, était estimé par les urgentistes entre 12 et 24 heures alors qu'elle était estimée comme étant bien plus brève par le psychiatre (entre quatre et six heures).

Le lien avec le médecin généraliste était peu réalisé par les médecins urgentistes et réalisé dans la moitié des cas par le médecin psychiatre interrogé. La prise de contact avec l'entourage du patient était très variable entre les médecins urgentistes, mais elle était définie par le médecin psychiatre comme étant quasi systématique.

Les médecins interrogés nous ont cités comme moyen de prévention de la récurrence suicidaire : la délivrance des coordonnées du centre médico-psychologique ainsi que la mise en place d'une convention avec l'établissement pour personnes âgées dépendantes définissant les soignants à contacter en cas d'idées suicidaires verbalisées par un résident.

Les médecins urgentistes ne connaissaient pas le dispositif Vigilans, à la différence du médecin psychiatre interrogé.

3.1.1.4 Péronne

Le centre hospitalier de Péronne comprenait un service d'accueil des urgences et deux lits d'hospitalisation de courte durée pouvant accueillir les patients suicidants. Le service d'urgence fonctionnait en garde de 24 heures, deux médecins urgentistes étaient présents par jour. L'évaluation psychiatrique aux urgences était assurée par les médecins psychiatres travaillant sur le centre psychiatrique Henri Ey, dépendant du centre hospitalier de Péronne, mais localisé à environ un kilomètre de ce dernier.

Nous avons rencontré deux médecins urgentistes, mais nous n'avons malheureusement pas eu la possibilité de rencontrer de médecin psychiatre malgré plusieurs sollicitations (par téléphone et courriel).

Selon les deux médecins urgentistes interrogés, les patients suicidants bénéficiaient d'une évaluation somatique, psychiatrique ainsi que du risque suicidaire systématiquement. Ces médecins urgentistes estimaient que les médecins psychiatres étaient disponibles systématiquement pour une évaluation psychiatrique et que le délai entre la demande de la prise en charge psychiatrique et la prise en charge effective variait entre zéro et quatre heures.

Les médecins urgentistes nous ont informés que la mise en lien avec les correspondants extérieurs était assurée par les médecins psychiatres, toutefois nous n'avons pas pu confirmer cette information. Le contact avec l'entourage du patient était variable entre les praticiens.

Les médecins interrogés n'ont pas pu nous apporter d'information concernant la prévention de la récurrence suicidaire, mise à part l'évaluation psychiatrique aux urgences des patients suicidants. Par ailleurs ils ne connaissaient pas le dispositif Vigilans.

En outre nous n'avons pas recolté d'informations concernant l'évaluation psychiatrique la nuit, les week-ends ou les jours fériés.

3.1.1.5 Doullens

Les patients suicidants étaient accueillis au sein du centre hospitalier de Doullens, comprenant un service d'accueil des urgences et quatre lits au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée pouvant accueillir les patients suicidants.

Les avis psychiatriques dispensés aux urgences étaient délivrés par des médecins psychiatres libéraux assurant des vacations deux jours par semaines. Des psychologues libéraux assuraient également des vacations en semaine (cinq jours sur sept).

Nous avons rencontré le chef de service des urgences du centre hospitalier de Doullens. Nous n'avons malheureusement pas pu rencontrer les médecins psychiatres y travaillant.

Le médecin urgentiste interrogé estimait qu'une évaluation somatique des patients suicidants était réalisée systématiquement. L'évaluation psychiatrique ainsi que l'évaluation du risque suicidaire ne seraient réalisées que dans la moitié des cas. Lors de l'absence de médecins psychiatres la nuit, le week-end et les jours fériés et si une évaluation psychiatrique était estimée nécessaire, les patients suicidants pouvaient être transférés sur une autre structure, notamment sur l'UAO de l'hôpital Philippe Pinel. Il nous a précisé qu'environ un tiers des patients se présentant sur les urgences du centre hospitalier de Doullens était originaire du département du Pas-de-Calais et pouvait être de ce fait réorienté pour une évaluation psychiatrique vers le centre hospitalier d'Arras.

Le lien avec le médecin généraliste était rarement réalisé. Le lien avec l'entourage était estimé être réalisé en présentiel dans la moitié des cas et rarement par téléphone.

Les mesures de prévention de la récurrence suicidaire évoquées étaient la mise en place ou la poursuite d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire sur le centre médico-psychologique, la délivrance lorsque ceci était possible de consultation post-urgence par les médecins psychiatres et psychologues travaillant sur la structure, ainsi que la délivrance de coordonnées d'urgence (coordonnées des urgences du centre hospitalier). Le médecin urgentiste interrogé connaissait le dispositif Vigilans.

3.1.2 Prise en charge des adolescents suicidants

3.1.2.1 Amiens

Nous avons rencontré deux médecins pédiatres travaillant sur les urgences pédiatriques du CHU d'Amiens ainsi que 11 médecins pédopsychiatres délivrant des avis aux urgences pédiatriques.

Le CHU d'Amiens prenait en charge tous les adolescents suicidants des secteurs amiénois ainsi que ceux dépendant des secteurs de Roye-Montdidier, de Péronne et de Doullens. En effet les adolescents suicidants habitant dans ces secteurs étaient transférés de façon quasi systématique sur le CHU d'Amiens.

A l'arrivée sur le CHU d'Amiens ces patients bénéficiaient d'une évaluation somatique par les pédiatres. Quasiment tous les adolescents suicidants étaient hospitalisés, pour une durée minimale de cinq jours, au sein de l'unité de médecine de l'adolescent où ils étaient pris en charge conjointement par un médecin pédiatre et un médecin pédopsychiatre (dépendant de la consultation de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent). Une faible proportion de ces adolescents, dans le cadre de situation complexes (risque majeure de récurrence suicidaire à court terme, comorbidité psychiatrique importante...) était hospitalisée dans l'unité intersectorielle

temps plein pour adolescent (Henri Ey) de l'hôpital Philippe Pinel. L'autorisation de soin des responsables légaux de l'adolescent était nécessaire, ils étaient donc systématiquement contactés. Les adolescents hospitalisés étaient rencontrés par un médecin pédopsychiatre au plus tard le lendemain de leur hospitalisation. Durant cette prise en charge sur l'unité de médecine de l'adolescent, ils bénéficiaient d'une évaluation du risque suicidaire régulière par une évaluation clinique associée à l'utilisation de différents outils (tel que le RUD risque urgence dangerosité, par l'échelle de désespoir de Beck et par l'échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire). Durant leur séjour les adolescents hospitalisés bénéficiaient d'entretiens individuels et familiaux ainsi qu'une prise en charge sociale si nécessaire.

Durant la nuit, les week-ends et les jours fériés le médecin pédopsychiatre d'astreinte pouvait être sollicité afin de réaliser une évaluation pédopsychiatrique au sein de l'unité de médecine de l'adolescent, au sein des urgences pédiatriques ou au sein de l'unité temps plein pour adolescent.

La mise en lien avec le médecin généraliste n'était pas systématiquement réalisée en urgence. Cependant un compte-rendu d'hospitalisation (rédigé conjointement par le médecin pédiatre et le médecin pédopsychiatre) leurs était systématiquement adressé à la sortie d'hospitalisation de l'unité de médecine des adolescents.

Les médecins interrogés nous ont cité comme moyen de la prévention de la récurrence suicidaire: le lien effectué avec l'entourage de l'adolescent (entretiens familiaux, avec des référents éducatifs, le lien avec la scolarité...), la mise en place de suivi ambulatoire sur les centres médico-psychologiques ou sur les consultations de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Amiens, la mise en place d'une thérapie comportementale dialectique en groupe ou en individuel pour les adolescents avec personnalité borderline ou avec épisode dépressif caractérisé (63), la délivrance de coordonnées d'urgence ainsi que la mise en place d'un plan de sécurité, le plan de sécurité s'inscrivant dans une démarche de thérapie comportementale dialectique pour adolescent (64) (65). Ce type d'intervention brève par plan de sécurité a été initialement développé par Barbara Stanley à l'université de Columbia (66). Ce plan de sécurité était travaillé avec les adolescents et leurs familles durant l'hospitalisation (travail sur l'analyse en chaîne de la crise suicidaire, auto-évaluation de leurs réactions et identification des sources de soutien possible). Le plan de sécurité comprenait la reconnaissance des prodromes d'une crise suicidaire, l'utilisation de stratégies d'adaptation interne, l'utilisation des contacts sociaux et de l'environnement social comme moyen de diminution des idées suicidaires, la sollicitation de membres de la famille ou d'amis pour résoudre la crise suicidaire, le contact de professionnels de santé (ces professionnels sont lors de la création du plan de

sécurité informé et d'accord avec cette démarche) et la limitation de l'accès aux moyens létaux. Le plan de sécurité était signé par l'adolescent et sa famille. Ce dispositif était en collaboration avec le centre de régulation du SAMU d'Amiens. Ce plan de sécurité est actuellement en cours d'évaluation dans le cadre d'une étude multicentrique contrôlée randomisée : SECURIPLAN (67)

3.1.2.2 Abbeville

Nous avons rencontré la chef du service de pédiatrie ainsi que le chef de service de pédopsychiatrie du centre hospitalier d'Abbeville.

Les adolescents suicidants étaient accueillis au sein du service d'accueil des urgences adultes du centre hospitalier d'Abbeville puis ils étaient dans un second temps orientés vers les box d'urgences pédiatriques situés dans le service de pédiatrie. Les adolescents suicidants étaient quasi systématiquement hospitalisés dans le service de pédiatrie. La prise en charge somatique était réalisée systématiquement par les médecins pédiatres du service de pédiatrie.

L'évaluation psychiatrique des adolescents était assurée par le médecin pédopsychiatre sénior ou par l'interne de liaison du service de pédopsychiatrie. Les médecins interrogés estimaient que cette évaluation ainsi que l'évaluation du risque suicidaire était toujours réalisée. Les pédopsychiatres étaient disponibles par téléphone et/ou en présentiel. Le délai entre la demande de prise en charge pédopsychiatrique et la prise en charge effective était estimé par le médecin pédopsychiatre interrogé entre zéro à deux heures, et par le médecin pédiatre entre quatre à six heures.

S'agissant de patients mineurs, les responsables légaux de l'adolescent étaient toujours contactés entre autres afin de s'assurer de leurs accords pour les soins. Selon les médecins interrogés, la prise de contact avec le médecin généraliste n'était jamais réalisée lors de la prise en charge en urgence.

Les moyens de prévention de la récurrence suicidaire évoqués par les médecins interrogés étaient : le lien effectué avec la famille, la prise en charge sociale si nécessaire ainsi que la mise en place d'un suivi ambulatoire.

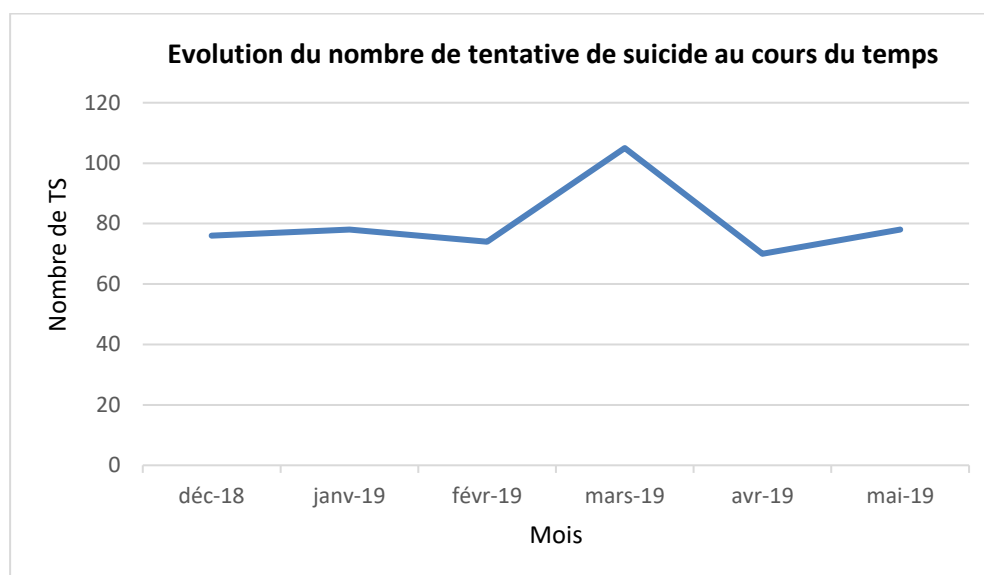
La nuit, les week-ends et les jours fériés, les médecins psychiatres pouvaient être sollicités, il n'y avait pas d'astreinte spécifique de pédopsychiatrie.

3.2 Partie B

3.2.1 Caractéristiques de la population

Du 1^{er} décembre 2018 au 31 mai 2019, 1072 patients ont été pris en charge par le service de psychiatrie et d'addictologie du CHU d'Amiens, dans le cadre de l'activité de liaison (Figure 14). Nous avons comptabilisé dans cette cohorte 481 tentatives de suicide. Il y avait 259 femmes et 222 hommes, soit respectivement 53,8% et 46,2%.

Figure 14 – Evolution du nombre de tentatives de suicide au cours du temps



L'âge moyen dans notre cohorte des patients ayant réalisé une tentative de suicide était de 41,9 \pm 16,2 ans. La part de patients âgés de 45 à 54 ans était la plus élevée. En effet, 95 patients étaient âgés de 17 à 24 ans (19,8%), 77 de 25 à 34 ans (16,0%), 81 de 35 à 44 ans (16,8%), 134 âgés de 45 ans à 54 ans (27,9%), 43 âgés de 55ans à 64 ans (8,9%) et 41 âgés de 65 ans et plus (8,5%).

3.2.2 Modes des tentatives de suicide

Nous avons retrouvé majoritairement des tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, dans 79,4% des cas. Ce mode de tentative de suicide était légèrement plus important chez les femmes (57% de femmes et 43% d'hommes). Les autres principaux modes de tentative de suicide dans notre cohorte étaient les tentatives de suicide par objet tranchant (7,9%), la pendaison (3,9%), l'auto-intoxication par des produits non médicamenteux (2,9%) et la tentative de suicide par saut dans le vide (2,5%). Les tentatives de suicide par arme à feu, la

pendaison et l'auto-intoxication par des produits non médicamenteux étaient plus fréquemment employées par des hommes que par des femmes (la part d'hommes était respectivement 86%, 84% et 71%) (Tableau 3).

Tableau 3 – Mode de tentatives de suicide selon le sexe

Mode TS	Total (%)	Femmes (%)	Hommes (%)
Intoxication médicamenteuse volontaire	382 (79,4%)	219 (57,3%)	163 (42,7%)
Objet tranchant	38 (7,9%)	21 (55,3%)	17 (44,7%)
Pendaison	19 (3,9%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)
Auto-intoxication autre produit	14 (2,9%)	4 (28,6%)	10 (71,4%)
Saut dans le vide	12 (2,5%)	5 (41,7%)	7 (58,3%)
Arme à feu	7 (1,5%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Exposition fumée, gaz, flammes	3 (0,6%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Noyade	2 (0,4%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Collision intentionnelle	2 (0,4%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)
Mode non précisé	2 (0,4%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Total	481 (100%)	259 (53,8%)	222 (46,2%)

3.2.3 Orientation

Sur ces 481 patients pris en charge à la suite d'une tentative de suicide, à l'issue du séjour sur le CHU d'Amiens, 358 (74,4%) sont retournés à domicile, 115 (23,9%) ont été hospitalisés dans un service de psychiatrie et 8 (1,7%) sont sortis sans autorisation médicale.

3.2.4 Suivi ambulatoire – consultations post-urgences

Parmi les patients retournés à domicile de notre cohorte (358), il a été délivré à 155 patients (43,3%) un rendez-vous de consultation post-urgence de réévaluation. Cette consultation était réalisée par le médecin psychiatre ayant rencontré le patient durant sa prise en charge initiale au sein du CHU d'Amiens.

Le délai entre la date de la sortie d'hospitalisation et la date de la première consultation post-urgence était en moyenne de $8,1 \pm 5,8$ jours.

Concernant la durée du suivi, pour la majorité des patients, il leur a été proposé une seule consultation (95 patients, 61,3%). Il a été proposé à 28 patients (13,8%) deux consultations, à 13 patients (8,4%) trois consultations, à 6 patients (3,9%) quatre consultations, à 5 patients (3,2%) cinq consultations et à 8 patients (5,2%) plus de six consultations.

Parmi les 155 patients à qui il a été délivré une consultation à leur sortie d'hospitalisation, 100 ont honoré leur premier rendez-vous, soit 64,5%. Ce qui représentait 27,9% de tous les patients suicidants retournés à domicile. Parmi les 100 ayant honorés leur premier rendez-vous, il a été proposé à 60 d'entre eux de bénéficier d'un second rendez-vous, 40 l'ont honoré, soit 66,7%. Ce qui représentait 11,2% de patient suicidants retourné à domicile.

Nous nous sommes par la suite intéressés aux patients n'ayant pas eu de date de rendez-vous post-urgence de réévaluation ainsi qu'aux raisons de cette absence de rendez-vous. Parmi les 203 patients retournés à domicile sans rendez-vous de consultation post-urgence, nous avons observé que 91 d'entre eux (44,8%) ont repris leur suivi psychiatrique déjà en cours avant l'hospitalisation. Pour 43 patients (21,2% d'entre eux), un nouveau suivi (autre qu'une consultation post-urgence) leur a été proposé (rendez-vous en centre médico-psychologique, psychiatres libéraux...). Pour 17 patients (8,4%) nous avons retrouvé la proposition d'un suivi ambulatoire mais cette dernière a été refusée par le patient. Et enfin pour 52 patients (25,6%) nous n'avons pas retrouvé pas dans les observations cliniques de proposition de suivi ambulatoire, ni les raisons expliquant que cela n'ait pas été proposé.

3.2.5 Récidives suicidaires

Nous avons comptabilisé les patients ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide durant les six mois analysés (du 1^{er} décembre 2018 au 31 mars 2019). Sur les 481 tentatives de suicide, nous avons dénombré 37 récurrences, soit 7,7%.

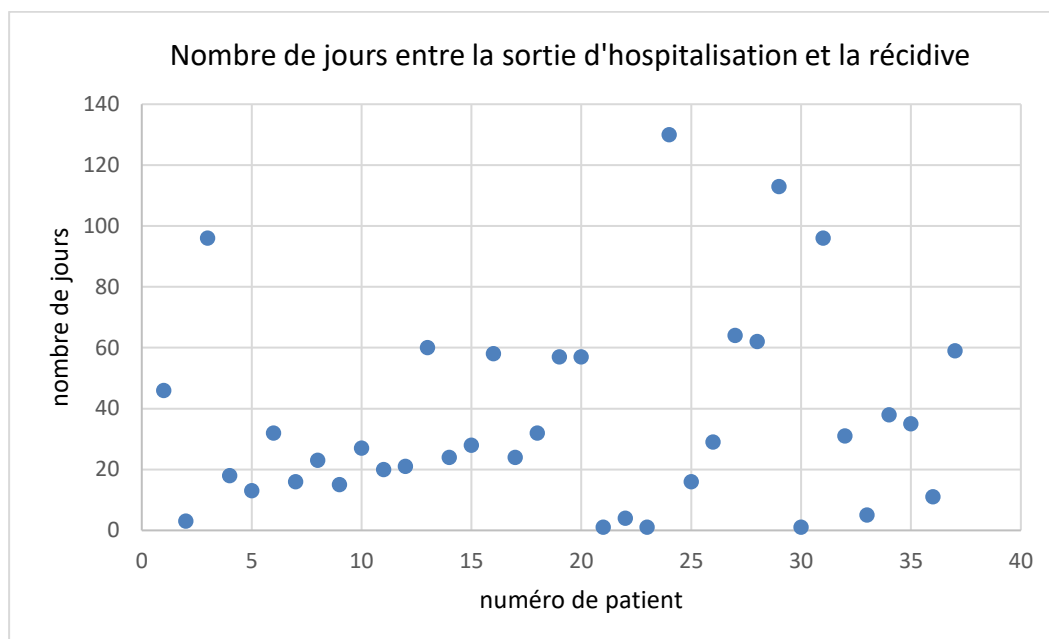
En tout 27 patients de cette cohorte ont réalisé plus d'une tentative de suicide sur les six mois analysés, 22 patients ont récidivé une fois, 3 ont récidivé deux fois, 1 a récidivé trois fois et 1 a récidivé six fois.

Ce pourcentage de « récurrences » était plus élevé chez les femmes, 20 récurrences (54% des récurrences) contre 17 récurrences chez les hommes (46% des récurrences).

L'âge moyen des patients ayant récidivé leur geste était de 40.5 ± 15 ans.

Le délai entre deux tentatives de suicide était en moyenne de 37 ± 31.4 jours. (Figure 15)

Figure 15 : nombre de jours entre la sortie d'hospitalisation et la récurrence suicidaire



Nous avons analysé la prise en charge des 27 patients ayant réalisé une récurrence suicidaire dans les 6 mois. A la suite des 27 prises en charge initiales au CHU d'Amiens, 19 (70,3%) des patients sont retournés au domicile et 8 (29,6%) ont été hospitalisés en psychiatrie.

Sur ces 19 patients retournés à domicile, 5 ont eu une date de rendez-vous de consultation post-urgence de réévaluation (26,3% des retours à domicile de cet échantillon) et sur ces 5, 2 l'ont honoré (soit 10,5% des retours à domicile de cet échantillon).

14 patients n'ont pas bénéficié d'une consultation post-urgence (73,7% des patients retournés à domicile). Lorsque nous avons analysé les raisons de cette absence de consultation post-urgence, nous avons retrouvé que 11 (78,6%) de ces patients avaient déjà un suivi psychiatrique en cours. Pour les 3 autres patients nous n'avons pas retrouvé dans le dossier de suivi psychiatrique déjà en cours, de proposition de consultation post crise ou de la mise en place d'un suivi psychiatrique autre.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion des résultats

Dans ce travail nous avons décrit la prise en charge initiale des patients suicidants, au sein des urgences des différents centres hospitaliers de la Somme.

Quasiment tous les patients suicidants (qu'ils soient adolescents ou majeur), pris en charge aux urgences d'un centre hospitalier de la Somme, bénéficiaient d'une évaluation somatique, ce qui est en accord avec les recommandations de l'HAS de 2000 et de 1998 (34) (35).

Concernant les patients majeurs, dans la majorité des centres où nous nous sommes rendus, ils bénéficiaient aux urgences d'une évaluation psychiatrique systématique. Cette donnée est en adéquation avec les recommandations de l'HAS qui préconisent une évaluation du risque suicidaire et un avis spécialisé ou une hospitalisation brève des patients suicidants (34). Cependant certains centres tels que le centre hospitalier intercommunal de Roye Montdidier ou le centre hospitalier de Doullens ne pouvaient pas assurer une continuité des évaluations psychiatriques aux urgences de leur structure. En effet le premier centre bénéficiait uniquement de l'intervention d'un médecin psychiatre la semaine en journée et le second bénéficiait de l'intervention de médecins psychiatres libéraux deux jours par semaine.

Ces aménagements ont été mis en place devant une pénurie médicale ne permettant pas d'assurer les avis psychiatriques sur les centres hospitaliers. En raison de ce déficit médical, certains patients ne percevaient pas d'évaluation psychiatrique lors de leur prise en charge aux urgences. Dans d'autre cas il était parfois nécessaire de transférer ces patients sur d'autres structures de soin, dans le cadre de conventions, comme par exemple sur le centre hospitalier Philippe Pinel afin qu'ils en bénéficient. Or cette évaluation psychiatrique est importante pour déterminer les stratégies de soins immédiates et à long terme de ces patients. Ce premier contact avec un médecin psychiatre est une première étape de la prévention de la récurrence suicidaire.

Concernant les contacts avec le médecin généraliste nous avons constaté que ce lien n'était pas souvent réalisé et qu'il était très variable entre les praticiens. Or le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié car il a un rôle central dans la prise en charge du patient suicidant. Par exemple, durant l'évaluation aux urgences sa connaissance du patient peut être précieuse. Il pourrait donc être intéressant de trouver un moyen de systématiser et de faciliter ce lien.

Le lien avec l'entourage du patient durant la prise en charge en urgence était selon les données que nous avons obtenues très variable d'un clinicien à l'autre. Cette mise en lien nous semble importante dans le cadre d'une approche systémique (68) afin de mieux comprendre la situation

de crise et d'orienter au mieux le patient. Une systématisation des pratiques dans ce domaine pourrait donc être intéressante.

La prise en charge des adolescents suicidants dans la Somme répondait aux recommandations de l'HAS (35). La prise en charge incluait le plus souvent le recours à une hospitalisation comprenant une prise en charge somatique, psychiatrique, familiale et sociale. Au sein de l'unité de médecine de l'adolescent du CHU d'Amiens, le lien avec le médecin généraliste était réalisé grâce à l'envoi de compte rendu d'hospitalisation. Cette mise en lien ne semblait pas être aussi systématique au sein du centre hospitalier d'Abbeville. Par ailleurs le centre hospitalier d'Abbeville ne disposant pas d'urgences pédiatriques indépendantes ni d'unité de médecine de l'adolescent, les prises en charge des adolescents suicidants étaient réalisées au sein du service de pédiatrie, ce qui pouvait engendrer devant le grand différentiel d'âge ou des états d'agitations quelques difficultés.

Les moyens de prévention de la récurrence suicidaire qui nous ont été le plus rapportés sont : l'évaluation psychiatrique aux urgences, la délivrance de coordonnées d'urgence, de consultation post-urgence de réévaluation et de coordonnées permettant la mise en place d'un suivi ambulatoire. Ces moyens de prévention restaient variables d'un lieu à un autre.

Une des limites de la première partie de ce travail réside dans le fait que les informations récoltées sont dépendantes de la subjectivité des cliniciens interrogés, et n'apportent donc qu'un regard partiel sur l'activité clinique réelle.

Dans notre analyse des patients pris en charge pour tentative de suicide au CHU d'Amiens nous retrouvons un pourcentage de 53,8% de femmes. Le sexe ratio est moins déséquilibré qu'au niveau national ou régional. A partir des chiffres PMSI-MCO des hospitalisations pour tentative de suicide, le pourcentage de femmes était d'environ 57% au niveau régional et 61% au niveau national (7) (11). Rappelons qu'en 2015 dans les Hauts-de-France près de quatre suicidés sur cinq étaient des hommes (7). La surmortalité suicidaire chez les hommes dans les Hauts-de-France pourrait être le corolaire de la surreprésentation des hommes parmi les tentatives de suicide.

L'âge moyen dans notre cohorte était de $41,9 \pm 16,2$ ans, ce qui est cohérent avec les données épidémiologiques nationales et régionales qui montrent un pic d'hospitalisation pour tentative de suicide (après le pic présent chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans) chez les hommes et chez les femmes âgés de 40 à 49 ans (7) (12). L'âge moyen des patients ayant récidivé leur geste dans notre cohorte était de $40,5 \pm 15$ ans, ce qui est concordant avec les données issues

d'Oscour dans les Hauts-de-France en 2017, qui montre que le taux global de récurrence est maximal pour les deux sexes pour les quadragénaires (7).

Concernant le mode de tentative de suicide, on retrouvait une présence majoritaire des tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (79%), ce taux est équivalent aux données PMSI-MCO de la région (7). A propos de l'évolution du nombre de tentatives de suicide dans le temps, nous notons un pic en mars, comme constaté dans le rapport Oscour, des passages aux urgences dans les Hauts-de-France (7). Concernant l'orientation des patients, dans les résultats de notre étude, nous retrouvons que 74% des patients retournaient au domicile après leur prise en charge somatique. Ce chiffre est concordant avec les résultats régionaux issus des données PMSI-MCO, qui estiment à 70% le pourcentage de retour à domicile à l'issue du séjour hospitalier (7).

Nous avons retrouvé dans notre étude que parmi les patients retournés à domicile une consultation post-urgence de réévaluation leur était proposée dans 43,3% des cas et 64,5% d'entre eux l'honoraient. Ce pourcentage de première consultation post-urgence honorée est légèrement supérieur aux données de la littérature qui estiment que l'orientation proposée sera suivie dans 10 à 50% du temps (34). Dans notre étude l'adhésion semble meilleure, malgré tout seulement 27,9% de tous les patients retournés au domicile ont bénéficiés d'une consultation post-urgence et 11,2% d'une seconde consultation.

Le suivi au décours d'une tentative de suicide est essentiel dans tous les cas, mais les modalités du suivi (plus ou moins spécialisé, plus ou moins long) seront fonction du stade évolutif de la crise dans laquelle est le patient, mais aussi des facteurs de risque (patient souffrant d'un trouble psychiatrique, patient ayant des antécédents de tentative de suicide...). Le plus classiquement une orientation vers un centre-médico-psychologique est organisée. Cependant le délai de prise en charge peut être long et même si ce rendez-vous est pris avant la sortie d'hospitalisation seul 10% des patients se rendront à cette consultation (69). Face à ces constatations une consultation post-urgence de réévaluation est pertinente à la suite de la prise en charge en urgence. L'adhésion à ces consultations reste faible. Cela est dommageable car elles peuvent permettre d'accompagner la résolution de crise sur quelques consultations où elles peuvent faire émerger la nécessité d'un suivi spécialisé qui pourra se faire en fonction des troubles présentés et du dispositif de soins disponible (en centre-médico-psychologique, en psychiatrie libéral, sur des structures plus spécialisées tel que des centres de soin d'accompagnement et de prévention en alcoologie : CSAPA...).

Dans notre étude, le délai entre la sortie d'hospitalisation et la consultation post-urgence était de 8,1 jours, ce qui est cohérent avec les informations mentionnées dans certains articles préconisant que cette consultation ait lieu dans la semaine qui suit la sortie d'hospitalisation

(69). En outre cette consultation était réalisée par le médecin ayant pris en charge le patient en urgence, ce qui est pertinent. Cependant ceci n'est possible que dans les lieux disposant d'une équipe psychiatrique dédiée, ce qui n'est pas toujours le cas dans le département.

Dans notre étude parmi les patients n'ayant pas reçu de consultation post-urgence de réévaluation nous retrouvons le plus souvent la présence d'un suivi psychiatrique déjà en cours (45%) ou la mise en place d'un nouveau suivi psychiatrique autre qu'une consultation post-urgence (21%). Nous supposons que c'est la raison de l'absence de délivrance de rendez-vous post-urgence au CHU d'Amiens. D'autre part le délai entre la sortie d'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire n'était que peu souvent renseignée, or l'HAS recommande que le rendez-vous puisse être obtenu rapidement après le traitement de la crise (34). Il pourrait donc être intéressant de s'assurer du délai avant la prise en charge ambulatoire et si ce délai semble trop long, qu'une consultation post-urgence puisse être proposée systématiquement afin d'assurer la continuité des soins.

Nous avons exploré les patients ayant récidivés leur geste suicidaire durant la période analysée. Nous avons retrouvé dans notre cohorte un pourcentage de récurrence de 7,7%. Le taux de récurrence dans la cohorte Oscour sur l'année 2017 dans la Somme était de 13,4%. Notre pourcentage est donc en deçà des données de la littérature, néanmoins notre pourcentage est sans doute sous-estimé du fait de la faible durée de la période analysée. Parmi les patients ayant récidivés qui étaient directement retournés à domicile, 78,6% avaient déjà un suivi psychiatrique. Le pourcentage est plus important que celui de la cohorte entière, ceci est sans doute en lien avec une plus grande fréquence des pathologies psychiatriques chez les patients « récidivistes » (16). Il est donc d'autant plus important chez ces patients, d'assurer une continuité des soins et la mise en place d'un suivi psychiatrique rapide.

L'adhésion aux soins des patients suicidants au CHU d'Amiens, même lors de délivrance de consultation d'évaluation post-urgence, réalisée en moyenne dans la semaine après la sortie d'hospitalisation avec le même médecin qui a rencontré le patient aux urgences, reste cependant difficile. Notons qu'il semble important d'organiser la continuité des soins dès la prise en charge initiale et de faciliter le lien avec le ou les cliniciens qui prendront en charge le patient (prise de contact, voir aide à la prise de rendez-vous).

Il est par ailleurs naturel que le manque de médecin psychiatre dans la région et les délais d'attente important au sein des centres médico-psychologiques ne facilite pas l'adhésion aux soins des patients suicidants.

Une des limites de cette étude est le fait qu'elle soit mono centrique (CHU d'Amiens) et n'est donc pas extrapolable à l'ensemble du territoire Samarien.

4.2 Avantages de l'implantation du dispositif Vigilans dans la Somme

Les taux de morbi mortalité sont particulièrement élevés dans la Somme. De plus la population Samarienne présente plusieurs facteurs de risque de comportements suicidaires, tels qu'une population âgée, un indice de pauvreté ainsi qu'un taux de chômage élevé et un niveau d'étude bas.

Certaines études ont montré l'efficacité du dispositif Vigilans sur la réduction des taux de morbidité et de mortalité suicidaire dans le Nord-Pas-de-Calais (61) (62). Une étude est actuellement menée par Santé publique France pour confirmer ces résultats.

Nous pouvons supposer que l'implantation du dispositif Vigilans dans la Somme pourrait participer à la diminution du taux de récurrence suicidaire et donc de participer à la diminution des taux de suicide et de tentative de suicide dans le département. Cela pourrait en outre, avoir un effet bénéfique en diminuant le nombre de patients suicidaires et suicidants consultant aux urgences et le nombre de patient hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide.

Par ailleurs à la vue de nos résultats, l'adhésion au soin après une prise en charge en urgence des patients suicidants est difficile. Le dispositif Vigilans pourrait permettre via un maintien du contact avec le patient après la prise en charge hospitalière, de faciliter l'adhésion aux soins. Le maintien du contact est d'autant plus efficace qu'il n'est pas laissé à la seule initiative du patient, l'équipe Vigilans est active dans cette mise en lien. Bien qu'il existe une proactivité du dispositif Vigilans vers le patient (recontacts téléphoniques ou encore envoi de cartes postales), il fait attention à ne pas être trop intrusif dans la vie des patients, car n'oublions pas que 60% des patients suicidants ne réitéreront jamais leur geste. C'est d'ailleurs dans cette dynamique (de pouvoir cibler les patients les plus à risque) que le dispositif se renforce pour les patients non primo-suicidant.

Nous avons évoqué dans l'introduction la place de la douleur sociale dans la crise suicidaire (33). Elle peut être perçue comme un des chaînons explicatifs de la crise suicidaire. Le dispositif Vigilans tente de réduire cette douleur sociale par le maintien du lien avec le patient que nous venons d'évoquer préalablement.

La ruralité importante du territoire de la Somme génère des difficultés d'adhésion aux soins par les patients. Nous pouvons imaginer que le dispositif Vigilans via l'interface qu'est le téléphone pourrait diminuer le sentiment d'isolement et maintenir un lien malgré l'éloignement géographique.

Nous avons observé dans notre cohorte une faible part de patients suicidants âgés de plus de 65 ans (8,5%). Cependant cette tranche de la population est plus à risque de suicide (intentionnalité et létalité des gestes plus importante) (16). Il semble primordial de mettre en place des moyens de prévention de la récurrence suicidaire chez ces patients. En outre, la part des personnes âgées de plus de 65 ans dans le Somme est élevée et cette tranche de la population est particulièrement à risque de souffrir d'isolement. L'influence du dispositif Vigilans sur l'isolement et la douleur sociale semble donc intéressante pour la région. A noter que le travail sur l'isolement social est d'autant plus pertinent s'il est en lien avec les acteurs de proximité (centres-médico-psychologique, association de quartier...).

Nous avons fait état que le lien avec les médecins généralistes lors de la prise en charge en urgence dans la Somme des patients suicidants semble peu réalisé et très variable entre les cliniciens. Le dispositif Vigilans pourrait permettre une homogénéisation de ce lien, via l'envoi des différents courriers au médecin généraliste compris dans le dispositif (lors de l'entrée dans le dispositif et à chaque contact du patient par Vigilans) et le médecin généraliste pourrait en retour solliciter le dispositif en cas de besoin.

Plus largement le dispositif Vigilans pourrait permettre une meilleure coordination des partenaires de santé autour du patient (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, entourage familial...). Le but étant non pas de remplacer mais de renforcer les systèmes de soins existant sur le territoire et de permettre une meilleure continuité du parcours de soins. Le dispositif Vigilans pourrait ainsi tisser les liens d'un travail pluridisciplinaire.

Dans la Somme, la prise en charge des patients suicidant est variable d'un centre hospitalier à l'autre et est tributaire d'une démographie médicale déficitaire. Le dispositif Vigilans pourrait avoir pour but une harmonisation des pratiques en proposant des réseaux d'alertes et des procédures de réponse en cas de crises suicidaires détectées. En outre, l'équipe Vigilans se rend dans les différents centres partenaires plusieurs fois par an, ce qui pourrait permettre d'établir des liens entre les différents centres hospitaliers du département et améliorer le dialogue autour des conduites suicidaires.

4.3 Limites de l'implantation du dispositif Vigilans dans la Somme

L'implantation d'un tel dispositif nécessiterait bien sûr des moyens humains. Le dispositif Vigilans nécessite une équipe d'infirmiers et/ou de psychologues assurant la permanence téléphonique (les « Vigilanseurs »). Il est nécessaire que ces soignants apportent une écoute active, empathique et bienveillante et ce malgré l'intermédiaire qu'est le téléphone. Le « Vigilanseurs » doit pouvoir explorer la présence et l'intensité des idées suicidaires des patients avec tact et bienveillance. Par ailleurs il questionne le patient pour savoir si le projet de soin envisagé à la sortie de l'hôpital est en adéquation avec sa situation actuelle. Une bonne connaissance du réseau de soins afin de pouvoir orienter le patient de façon adaptée semble de ce fait indispensable. Enfin ce soignant doit pouvoir (avec l'aide du coordonnateur médical, mais aussi des médecins régulateurs du SAMU) gérer par téléphone des situations de crise (70). Afin de pouvoir répondre à toutes les complexités de ce travail, il est nécessaire que ces soignants soient formés.

Au-delà des « Vigilanseurs », le dispositif Vigilans nécessite pour son fonctionnement au minimum la présence d'un médecin psychiatre et d'une secrétaire. Il est nécessaire qu'il existe plusieurs temps institutionnels d'échange entre les différents acteurs du dispositif (temps d'échanges cliniques mais aussi de discussion autour des aspects techniques et organisationnels).

Outre les moyens humains nécessaires au fonctionnement même du dispositif, il faut qu'il y ait sur le terrain suffisamment de moyens humains pour réaliser les entrées des patients dans la veille et le suivi ambulatoire. Nous avons évoqué auparavant que l'une des premières amorces de la prévention de la récurrence suicidaire se joue dans la rencontre avec les soignants aux urgences. Si la prise en charge des patients suicidants ne permet pas une évaluation clinique initiale, une orientation pertinente des patients et la mise en place d'un suivi ambulatoire adéquat, le dispositif Vigilans ne pourra pas palier à ces manques dans leur intégralité et ne pourra pas pleinement remplir son rôle de prévention. Le dispositif Vigilans ne peut donc fonctionner pleinement sans moyen humain sur le territoire. Cette question des moyens humains reste donc délicate dans un département souffrant comme la Somme d'un déficit de démographie médicale et paramédicale dans le domaine de la santé mentale.

Le dispositif Vigilans peut être une aide pour le maintien d'un lien avec les patients suicidants malgré la distance géographique. Cependant la ruralité importante du territoire qui complexifie les déplacements et l'accès au soin reste une barrière lors de la nécessité d'une prise en charge médico-socio-psychologique sur le long terme. Même si le dispositif Vigilans reste une aide

dans ces situations d'isolement il ne peut à lui seul remplacer un suivi pluridisciplinaire au long court.

Le dispositif Vigilans a besoin pour son fonctionnement de moyens matériels tel que des locaux pour la permanence téléphonique, des ordinateurs disposant du logiciel adapté et de téléphones. De plus le lien avec le centre de régulation du SAMU semble important. Si ce lien n'est pas possible par la disposition des locaux (lieu de la permanence téléphonique à proximité du lieu de la régulation du SAMU), une collaboration et une possibilité de mise en lien rapide entre les deux équipes semblent primordiales notamment en cas de risque suicidaire immédiat. La possibilité de géolocalisation du centre de régulation du SAMU par exemple peut être très intéressante.

L'implantation d'un dispositif tel que Vigilans nécessite des moyens financiers. En 2009, le coût financier annuel des suicides et tentatives de suicide en France, regroupant les coûts directs liés à la prise en charge dans les secteurs sanitaires et également les autres dépenses qu'elles soient publiques ou liées à la famille et les coûts indirects liés à la perte de productivité pour la victime, avait été estimé à 10 milliards d'euros (71). Il est donc possible que la diminution de la morbi-mortalité suicidaire par le dispositif Vigilans, le rende « rentable ». En outre, rappelons qu'à la différence des dispositifs d'intervention intensif (qui sont les autres moyens de prévention de la récurrence suicidaire efficace), les dispositifs de veille tel que Vigilans sont plus faciles à mettre en œuvre pour l'ensemble de la population sur un territoire donnée et ont un coût financier plus faible. Par ailleurs cette implantation est soutenue par la direction générale de la santé et les agences régionales de santé (72).

4.4 Perspectives et adaptations locales

Il existe des dispositifs de prévention de la récurrence suicidaire dans la Somme, notamment le dispositif d'intervention brève par plan de sécurité pour les adolescents suicidants dont l'étude en cours se nomme SECURIPLAN. Le dispositif Vigilans doit pouvoir s'adapter au système de soin du territoire et aux dispositifs de prévention de la récurrence suicidaire préexistants. Il est important d'installer un partenariat entre les dispositifs préexistants dans la Somme. Ces dispositifs pourraient être complémentaires, le dispositif Vigilans apportant une plateforme téléphonique spécialisée et des outils permettant le recontact.

Les données sur les passages aux urgences issues du dispositif Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) dans les Hauts-de-France en 2017 nous montrent une augmentation des passages aux urgences pour tentative de suicide le dimanche et sur une journée en soirée et en début de nuit (50% ayant lieu entre 16 heures et minuit) (7). La permanence téléphonique du dispositif Vigilans étant du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, une possibilité d'extension des plages horaires du dispositif se pose.

Toujours selon les données d'Oscour sur les patients suicidants récidivants analysées sur un an, les deux tiers avaient récidivé dans les six mois (7). Cette donnée conforte l'idée du maintien de la veille durant six mois suivant leur premier geste. Cependant les données indiquent aussi que la moitié avait récidivé dans les quatre mois suivant leur premier geste (7). Cela nous questionne sur la possibilité d'avancer ou d'ajouter un rappel à trois mois.

Par ailleurs les données de notre étude retrouvaient un délai moyen de 37 jours entre deux tentatives de suicide chez les patients suicidants récidivants. Le rappel entre J10 et J21 protocolisé par le dispositif Vigilans, pour les patients non primo-suicidant, semble donc pertinent. Toutefois ne sachant pas si les patients de notre cohorte étaient primo ou non primo suicidant lors du premier geste répertorié, nous ne pouvons conclure sur l'intérêt d'un rappel systématique pour tous les patients entre J10 et J21.

5 CONCLUSION

Notre travail a mis en évidence l'hétérogénéité des modalités de prise en charge des patients suicidants en urgence dans la Somme ainsi que la difficulté d'adhésion de ces patients à une prise en charge ambulatoire aussi courte soit elle à travers l'exemple du CHU d'Amiens.

Dans ce département souffrant de taux élevés de suicides et de tentatives de suicide, l'implantation d'un dispositif de veille tel que VigilansS pourrait améliorer la prévention de la récurrence suicidaire en maintenant un lien avec le patient suicidant et de ce fait diminuer les taux de morbi-mortalité suicidaire dans la Somme. Ce dispositif pourrait permettre une harmonisation des pratiques médicales et la mise en lien des différents acteurs engagés dans l'accompagnement de ces patients (qu'il s'agisse de l'entourage, du médecin généraliste, des psychiatres mais aussi des hôpitaux).

Outre les limitations humaines et financières, ce dispositif ne pourra être efficace que s'il s'intègre aux dispositifs de soins et de prévention de la récurrence suicidaire déjà en place sur le territoire.

6 RÉFÉRENCES

1. Durkheim E. Le suicide. 14e édition. Presses Universitaires de France - puf; 2013. 463 p.
2. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. janv 2006;27(1):4-15.
3. World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. World Health Organization; 2014.
4. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2007;37(3):264-77.
5. Beck A, Steer R, Ranieri W. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988;44(4):7.
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. World report on violence and health. World Health Organization. Genève; 2002. 346 p.
7. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Haut de France Conduites suicidaires. 2019.
8. Interroger les données de mortalité | CépiDc [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
9. Observatoire national du suicide. Suicide Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives Observatoire national du suicide 2ème rapport. 2016.
10. Observatoire national du suicide. Suicide État des lieux des connaissances et perspectives de recherche Observatoire national du suicide 1er rapport. 2014.
11. Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(3-4):38-47.
12. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(3-4):48-54.
13. F2RSM : La Fédération, régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, Hauts-de-France. diagnostic territorial partagé en santé mentale de la Somme. 2018.
14. Guelfi J, Rouillon F. Manuel de psychiatrie (3e édition) [Internet]. 2017 [cité 29 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.livres-medicaux.com/manuel-de-psychiatrie-3e-edition.html>
15. Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. 1998;23.
16. Courtet P, Collectif. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine Sciences Publications; 2010. 350 p.
17. Mouquet M-C, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. DREES Études Résultats. 2006;(n° 488):8.

18. Vuagnat A, Jollant F, Abbar M, Hawton K, Quantin C. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 18 févr 2019;1-10.
19. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* mars 2007;41(3):257-65.
20. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 14 juill 2010;341(jul13 1):c3222-c3222.
21. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet.* oct 2002;360(9340):1126-30.
22. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* avr 2003;33(3):395-405.
23. Cho S-E, Na K-S, Cho S-J, Im J-S, Kang S-G. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* janv 2016;190:704-13.
24. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and Predictors of Suicide Attempts in DSM-IV Major Depressive Disorder: A Five-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry.* juill 2010;167(7):801-8.
25. Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Arch Suicide Res.* 15 oct 2009;13(4):303-16.
26. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* déc 2004;76:S11-9.
27. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and Attempted Suicide in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Risk Factors. *J Clin Psychiatry.* 15 juin 2005;66(6):693-704.
28. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mars 2005;62(3):247.
29. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* mai 2006;36(05):575.
30. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *J Psychiatr Res.* déc 2015;71:16-32.
31. Ducasse D, Holden RR, Boyer L, Artéro S, Calati R, Guillaume S, et al. Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 29 août 2017;79(3):0-0.
32. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1 août 2002;59(8):741.

33. Courtet P, Olié E. La douleur sociale au centre des conduites suicidaires. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S7-12.
34. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
35. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, Texte de recommandations. nov 1998;10.
36. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. :74.
37. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
38. Comité interministériel pour la santé. priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de la vie, Dossier de presse [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
39. Comité Stratégique de la Santé Mental et de la Psychiatrie. feuille de route en santé mentale et psychiatrie. 2018.
40. Chan-Chee C. Activité des associations de prévention et d'aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide. 17 oct 2018;4.
41. Notredame C-E, Pauwels N, Vaiva G, Danel T, Walter M. Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ? *L'Encéphale*. oct 2016;42(5):448-52.
42. Papageno P. Papageno Suicide [Internet]. Papageno Suicide. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/>
43. Fédération Européenne Vivre son deuil [Internet]. Vivre son deuil. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <http://vivresondeuil.asso.fr/>
44. GEPS - Formations [Internet]. [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=7>
45. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. 2001;323:5.
46. Vijayakumar L, Shujaath Ali Z, Kesavan K, Umamaheswari C, Devaraj P. Intervention for suicide attempters: A randomized controlled study. *Indian J Psychiatry*. 2011;53(3):244.
47. Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr Serv*. juin 2001;52(6):828-33.
48. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, Este CD. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 8 oct 2005;331(7520):805.
49. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Mulder RT. Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention to Reduce Repeat Presentations to the Emergency Department for Suicide Attempt. *Ann Emerg Med*. avr 2008;51(4):474.

50. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A-A, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*. avr 2011;198(4):309-16.
51. Robinson J, Yuen HP, Gook S, Hughes A, Cosgrave E, Killackey E, et al. Can receipt of a regular postcard reduce suicide-related behaviour in young help seekers? A randomized controlled trial: A postcard study for at-risk young help seekers. *Early Interv Psychiatry*. mai 2012;6(2):145-52.
52. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary Prevention of Non-fatal Deliberate Self-harm: The Green Card Study. *Br J Psychiatry*. juill 1993;163(1):111-2.
53. Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry*. 1999;
54. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 27 mai 2006;332(7552):1241-5.
55. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. mars 2015;206(3):184-90.
56. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord*. avr 2015;175:66-78.
57. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer ? *L'Encéphale*. févr 2017;43(1):75-80.
58. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. déc 2011;11(1):1.
59. Messiah A, Notredame C-E, Demarty A-L, Duhem S, Vaiva G, on behalf of AlgoS investigators. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. Riblet N, éditeur. *PLOS ONE*. 1 févr 2019;14(2):e0210778.
60. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants Vigilans. *L'Encéphale*. 45:S13-21.
61. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S22-6.
62. Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S38-41.
63. Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une

expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2017;65(1):5-13.

64. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* nov 2018;Volume 9:199-210.
65. Knafo A, Guilé J-M, Breton J-J, Labelle R, Belloncle V, Bodeau N, et al. Coping Strategies Associated With Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. févr 2015;9.
66. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract.* mai 2012;19(2):256-64.
67. The Cognitive-behavioral Approach, Standard Plan Security on Relapse Suicidal Adolescents - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02963870>
68. Séguin M, Brunet A, LeBlanc L. Intervention en situation de crise et contexte traumatique, 2e édition - Livres du préscolaire à l'université | Chenelière. Gaetan Morin et Associé. 2012.
69. Jardon V, Warembourg F, Grandgenèvre P, Dehem M, Ducrocq F, Vaiva G. Prévention de la récurrence. 2015;7.
70. Debien C, Cleva E, Lalova M, Astier T, Germe A, Lamotte A, et al. « Vigilance.r.se » : un nouveau métier ? *L'Encéphale.* janv 2019;45:S42-4.
71. Vinet M-A, Le Jeanic A, Lefèvre T, Quelen C, Chevreul K, Économie de la santé Ile-de-France, groupe hospitalier Cochin Hôtel-Dieu, Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. *Rev Epidemiologie Santé Publique.* févr 2014;62(S2).
72. Salomon J, Thomas P. Éditorial. *L'Encéphale.* 1 janv 2019;45:S1-2.

7 ANNEXES

Annexe 1 - Échelle de désespoir de Beck

QUESTIONNAIRE Date : / / Prénom : Age : ans

Femme O / Homme O

CONSIGNES – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme	Vrai	Faux
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi	Vrai	Faux
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours	Vrai	Faux
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans	Vrai	Faux
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus	Vrai	Faux
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi	Vrai	Faux
7. Mon avenir me semble plus sombre	Vrai	Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens	Vrai	Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur	Vrai	Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir	Vrai	Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir	Vrai	Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus	Vrai	Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant	Vrai	Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux	Vrai	Faux
15. J'ai foi en l'avenir	Vrai	Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit	Vrai	Faux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur	Vrai	Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain	Vrai	Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments	Vrai	Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas	Vrai	Faux

Décompte des points

1 point si réponse « vrai » aux items : 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20

1 point si réponse « faux » aux items : 1, 3, 5, 8, 10, 13, 15, 19

Score

0-3 : risque minimal de suicide

4-8 : risque doux de suicide

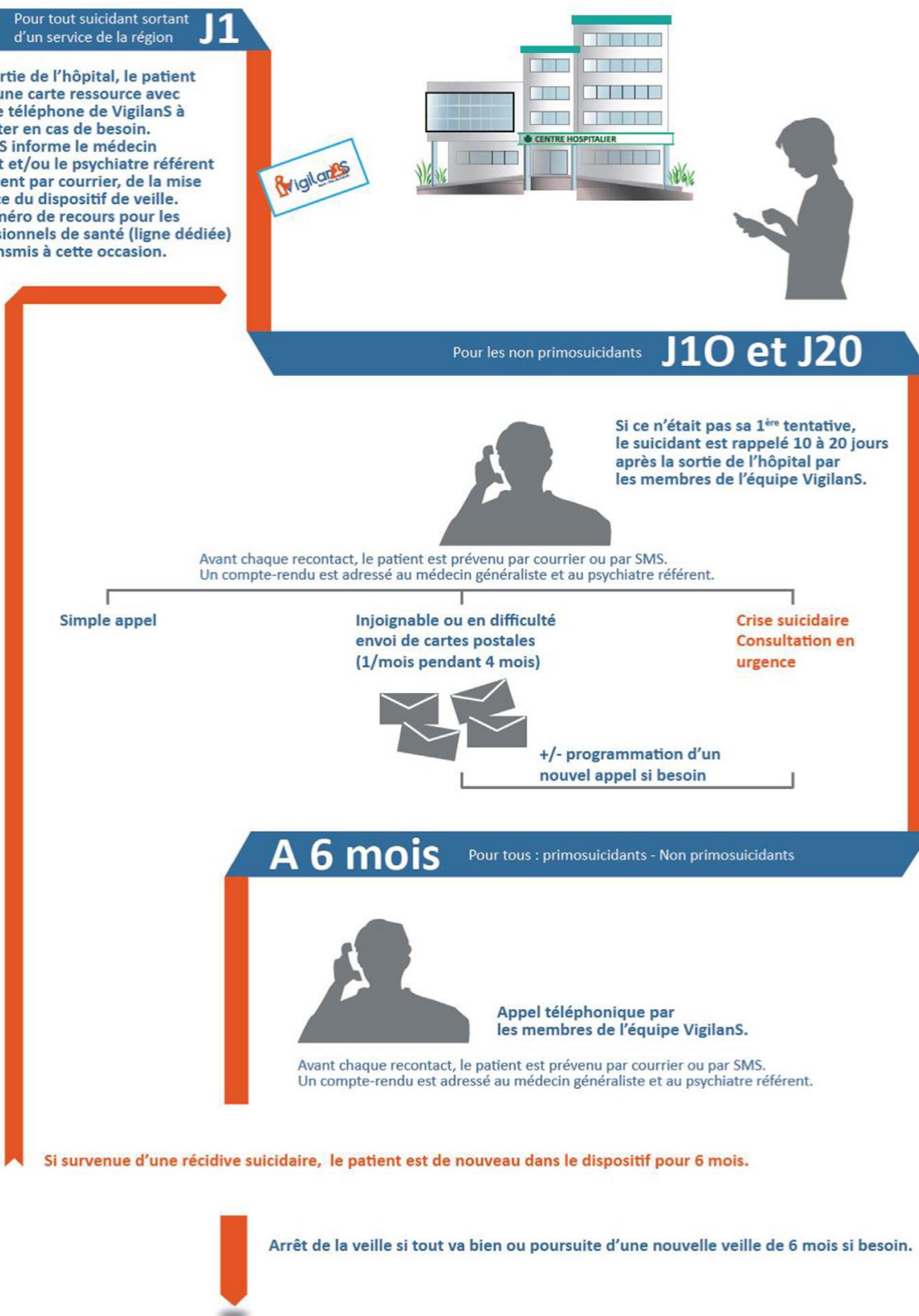
9-14 : risque modéré de suicide

15 et plus : risque grave de suicide

Annexe 2 - Description de la procédure du dispositif Vigilans



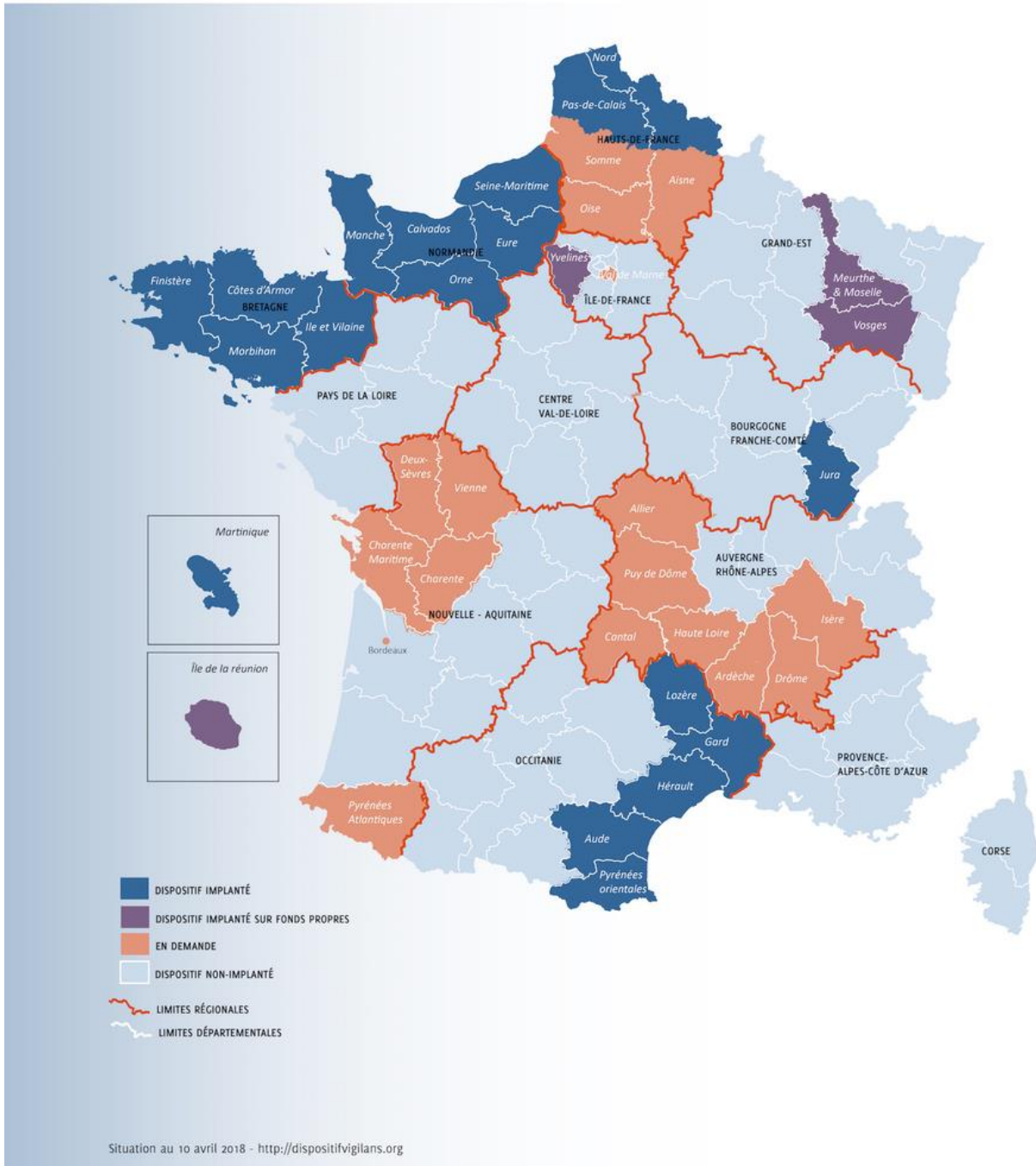
Dispositif de veille posthospitalière pour les suicidants de la région Nord - Pas-de-Calais



Annexe 3 - Déploiement du dispositif Vigilans en France en avril 2018



DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF VIGILANS EN FRANCE



RÉSUMÉ

Titre : Le parcours du patient suicidant dans la Somme, intérêts et limites de l'implantation du dispositif Vigilans

Introduction. Le déploiement sur l'ensemble du territoire Français d'un dispositif de prévention de la récurrence suicidaire, tel que le dispositif Vigilans est recommandé par la feuille de route en santé mentale et psychiatrie de juin 2018. L'objectif de ce travail est de caractériser le parcours du patient suicidant dans la Somme afin d'identifier les avantages et les limites de l'implantation de ce type de dispositif dans notre département.

Méthode : Nous avons réalisé une description de la prise en charge aux urgences des patients suicidants dans les différents centres hospitaliers de la Somme via des entretiens standardisés réalisés auprès des médecins travaillant dans ces structures. Puis nous avons mené une étude épidémiologique, observationnelle, de cohorte, rétrospective, sur l'ensemble des patients suicidants âgés de 17 ans et plus, durant 6 mois au sein du CHU d'Amiens.

Résultats : Les patients suicidants aux urgences bénéficiaient d'une évaluation somatique et souvent d'une évaluation psychiatrique. Le contact avec l'entourage et le médecin généraliste et les moyens de prévention de la récurrence étaient variable entre les cliniciens et les établissements. Au CHU d'Amiens, 481 patients ont été pris en charge à la suite d'une tentative de suicide durant cette période, 74,4% sont retournés à domicile. Parmi les patients retournés au domicile, il a été proposé une consultation de réévaluation post-urgence au CHU d'Amiens à 43,3% des patients et 27,9% en ont réellement bénéficié. On observe sur le CHU d'Amiens 7,7% de récurrences dans l'échantillon.

Conclusions : Le parcours du patient suicidant dans la Somme est hétérogène et l'adhésion à une prise en charge ambulatoire est difficile. Il existe des limites humaines et financières à l'implantation du dispositif Vigilans. Il ne peut se substituer à une prise en charge psychiatrique ambulatoire au décours du geste. Le dispositif Vigilans pourrait permettre une diminution de la morbi-mortalité suicidaire ainsi qu'une harmonisation et une coordination des pratiques dans la Somme.

Mots-clés : suicide, tentative de suicide, prévention, Somme

SUMMARY

Title: The suicidal patient pathway in the Somme department: interest and limits of the implantation of the Vigilans device

Background: the deployment over the whole France territory of a system for the prevention of suicidal re-attempts, such as the Vigilans device, is recommended by the mental health and psychiatry roadmap of June 2018. The aim of this work is to characterize the suicidal patient pathway in the Somme department in order to identify the advantages and the limits of the implantation of this type of device in our department.

Methods: We made a description of the emergency management of suicidal patients in different hospitals of the Somme department via standardized interviews with doctors working in these structures. Then we conducted an epidemiological, observational, retrospective cohort study, on all suicidal patients aged 17 years and over, hospitalized during 6 months in the hospital of Amiens.

Results: Suicidal patients in the emergency department received somatic evaluation and often psychiatric evaluation. Contact with the family and the general practitioner and re-attempts prevention methods use varied between clinicians and institutions. 481 patients were treated after a suicide attempt at Amiens University Hospital, during this period 74,4% returned home. 43.3% of patients returned at home had a post-emergency reassessment proposal and 27.9% attended to this consultation. We had 7.7% of recurrences in the sample.

Conclusion: The care of the suicidal patient in the Somme department is heterogeneous and adherence to ambulatory care is difficult. There are human and financial limits to the implementation of the Vigilans device. It can not be a substitute for outpatient psychiatric care after the suicide attempts. The Vigilans device could lead to a suicidal morbidity and mortality decrease and could harmonize and coordinate practices in the Somme department.

Keywords: suicide, suicide attempt, prevention, Somme