



HAL
open science

Analyse des décès par suicide dans la base de données VigilanS

Rafaël Balédent

► **To cite this version:**

Rafaël Balédent. Analyse des décès par suicide dans la base de données VigilanS. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03693200

HAL Id: dumas-03693200

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03693200>

Submitted on 10 Jun 2022

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

Année 2022

Thèse n°

Thèse pour le doctorat en médecine

Diplôme d'État

par

Rafaël BALÉDENT

Né le 15 Mars 1991, à AMIENS

Présentée et soutenue publiquement le 8 Avril 2022

Analyse des décès par suicide dans la base de données Vigilans

Président de jury : **M. le Professeur Olivier GUILLIN**

Directeur de thèse : **Mme. le Docteur Gaël FOULDRIN**

Membres du Jury : **M. le Professeur Bertrand DUREUIL**

M. le Professeur Philippe CHASSAGNE

M. le Docteur Cédric DAMM

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition

Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie

Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique

Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**
M. Pierre **BOHN**

PAU

M. Damien **SALAUZE**

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER**

UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

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

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

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

Table des matières

1- Le suicide	20
1.1 définition	20
1.2 Épidémiologie	22
1.2.1 A l'échelle mondiale.....	22
1.2.2 A l'échelle européenne	27
1.2.3 A l'échelle nationale	29
1.2.4 A l'échelle régionale.....	33
2- Autopsie psychologique	37
3- Prévention primaire	39
3.1 les dispositifs en cours	39
3.1.1 ELIOS (Équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide).....	39
3.1.2 Papageno	39
3.1.3 Thématique Santé Mentale et Prévention du Suicide du Service Sanitaire des Étudiants en Santé .	40
3.1.4 Formation de déploiement de réseaux de sentinelles.....	40
3.1.5 Plans de postvention.....	40
3.2 Mise en place du 3114/ fonctionnement	41
4 -Prévention secondaire	44
4.1 Vigilans	44
4.1.1 historique et définition du dispositif.....	44
4.1.2 Mise en place régionale	49
4.2 crise suicidaire	52
4.2.1 Définition et modélisation.....	53
4.2.2 Identification des facteurs de crise.....	56
4.3 Thérapie brève ; l'intervention de crise	58
4.4 Traitements pharmacologiques et réduction du risque suicidaire.	61
4.4.1 Sels de Lithium	61
4.4.2 Clozapine.....	61
4.4.3 Esketamine et Ketamine	62
5 – Analyse des décès par suicide dans la base de données Vigilans	63
5.1- Introduction	63

5.2- Matériel et méthode	64
5.2.1 Objectif	64
5.2.2 Critères d'inclusion	64
5.2.3 Données recueillies.....	64
6- Résultats.....	65
6.1- Répartition par sexe	66
6.2- Répartition par âge.....	66
6.3- Existence d'un facteur de stress précipitant le geste initial	67
6.4- Situation professionnelle au moment de l'inclusion.....	68
6.5- Addiction	68
6.6- Type de prise en charge	69
6.7- Traitements psychotropes prescrits au moment du décès.....	70
6.8- Parentalité.....	71
6.9- Modalité initiale de tentative d'autolyse ayant motivé l'inclusion dans Vigilans.	71
6.10- Intervalle de temps entre sortie d'hospitalisation et décès par suicide	72
7 - Discussion	74
8- Conclusion	77

Liste des abréviations.

2NPS : *Numéro National de Prévention du Suicide*

ARS : *Agence régionale de Santé, : Agence Régionale de Santé*

CHU : *Centre Hospitalier Universitaire*

CIM 10 : *Classification Internationale des Maladies 10e version*

CMP : *Centre médico psychologique*

DSM 5 : *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux, 5e version*

ELIOS : *Équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide*

GEPS : *Groupement d'étude et de prévention du suicide*

HAS : *Haute Autorité de Santé*

IMV : *intoxication médicamenteuse volontaire*

INSERM : *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*

OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*

ORIAS : *Online Referral and Intervention to Prevent Adolescent and young Adult Suicide*

SGPS : *stratégie globale de prévention du suicide*

Table des figures :

Figure 1 Taux ce suicide pour 100000 habitants à travers le monde.....	23
Figure 2 taux de suicide à travers le monde pour 100000 habitants chez les femmes.....	24
Figure 3 taux de suicide à travers le monde pour 100000 habitants chez les hommes.....	24
Figure 4 Cause principales de décès à travers le monde chez les 15-29 ans.....	25
Figure 5 Taux de suicide standardisé sur l'âge au niveau mondial ³	26
Figure 6 Taux de décès par suicide en Europe en 2016.....	27
Figure 7 Taux de suicide par pays en Europe en 2018 ⁴	28
Figure 8 Données INSERM CépiDC- Effectifs des décès de personnes domiciliées en France entière : France métropolitaine et département d'Outre-mer.....	30
Figure 9 Taux Brut de décès par suicide France entière-INSERM CepiDC.....	30
Figure 10 Évolution des effectifs de décès par suicide en France- INSERM CepiDC.....	31
Figure 11 Effectif des décès par suicide en France en 2017- Données INSERM CepiDC	Error! Bookmark not defined.
Figure 12 Effectif de décès par suicide par classe d'âge.	32
Figure 13 Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois en France- Baromètre Santé Publique France.....	32
Figure 14 Taux de mortalité par suicide standardisé suivant l'âge en 2014-2016 selon le sexe. CépiDC.....	33
Figure 15 Différentiel de mortalité par suicide 2014-2016 selon le sexe	34
Figure 16 Mortalité par suicide 2010-2016 selon le sexe et l'âge.....	34
Figure 17 Différentiel de mortalité par suicide en regard de la France hexagonale en 2010-2016, selon l'âge et le sexe.....	35
Figure 36 Illustrant la SGPS.....	42
Figure 37 Organigramme du 2NPS.....	43
Figure 18 Algorithme du Dispositif Vigilans	48
Figure 19 Étapes de mise en place du Dispositif au CHU de Rouen.....	49
Figure 20 Tableau détaillant les étapes de l'algorithme Vigilans	50
Figure 21 La restriction cognitive en situation de crise	54
Figure 22 Schéma représentant le modèle psychologique de crise suicidaire repris par Monique Seguin.....	54
Figure 23 Modèle "d'entonnoir" de la crise suicidaire ³⁷	55

Figure 24 Facteur de risque associés au développement de la vulnérabilité et a l'évaluation de la crise suicidaire.....	57
Figure 25 Illustrant la répartition par sexe.	66
Figure 26 Illustrant la répartition par classe d'âge.....	66
Figure 27 Illustrant la répartition de l'effectif selon le facteur précipitant.	67
Figure 28 illustrant la répartition de l'effectif selon la situation professionnelle.	68
Figure 29 Illustrant la répartition de l'effectif selon la présence d'addiction.....	69
Figure 30 Répartition selon le type de prise en charge en cours au moment du suicide.	69
Figure 31 Répartition selon le type de psychotrope prescrits.....	70
Figure 32- Répartition selon la présence d'enfant.	71
Figure 33- Modalité initiale de tentative d'autolyse.....	71
Figure 34 Illustrant la répartition des décès par suicide selon la durée entre leur sortie d'hospitalisation leur mort.	72
Figure 35 Illustrant la répartition des décès selon la durée entre leur sortie d'hospitalisation et leur mort.	73

La psychiatrie s'intéresse depuis toujours aux désordres liés à la santé mentale. Aujourd'hui le suicide et sa prise en charge psychiatrique est l'une de ses priorités. En France et à travers le monde les chiffres de mort par suicide sont élevés, il s'agit d'une cause de mort prématurée évitable en dépit de son caractère peu prévisible. L'étude des caractéristiques des sujets traversant ou ayant traversé une crise suicidaire compliquée d'un passage à l'acte est centrale aujourd'hui, afin d'adapter l'offre de soins. A ce jour le recueil des données concernant les sujets concernés nous rappelle la nécessité de la mise en place d'une politique de prévention, primaire et secondaire.

Dans de nombreuses régions en France, la mise en place de dispositifs de veille sanitaire destiné aux sujets ayant réalisé un geste suicidaire permet la diminution du nombre de récurrences des tentatives de suicide. Ces prises en charge permettent le maintien du lien entre le patient et le soignant en dehors des structures hospitalières, et reste donc un outil d'optimisation de la prise en charge ambulatoire des patients. Ce dispositif permet aussi le recueil de données quantitatives et qualitatives liées aux patients concernés, données indispensables pour faire évoluer l'offre de soins psychiatriques désormais tournée vers des soins extra hospitaliers. C'est à travers le recueil de données et l'étude observationnelle qualitative qu'apparaissent les critères nous permettant d'organiser les soins les plus adaptés au patient.

1- Le suicide

1.1 définition

Le mot suicide provient de l'apposition de du préfixe *Sui*, du latin désignant soi et *Caedere* signifiant tuer.

Le Larousse propose la définition suivante :

« Acte de se donner volontairement la mort. Action de détruire soi-même son autorité, son crédit. En apposition à un nom, indique une action dans laquelle l'exécutant sacrifie sa vie. »

Les sujets suicidaires, appelés « suicidants », sont des individus ayant survécu à un geste suicidaire. Le geste suicidaire est défini comme « geste auto infligé, potentiellement préjudiciable, avec un résultat non mortel pour lequel il existe des preuves de l'intention de mourir. »

Lorsque le terme de crise suicidaire est employé, il ne désigne pas nécessairement l'aboutissement à un passage à l'acte auto agressif. Les stratégies dites de coping sont les issues possibles d'une crise suicidaire chez les sujets ayant les ressources nécessaires à leur mise en place.

Le suicide est étudié de manière scientifique en psychiatrie. Il peut être compris comme résultant de facteurs psychologiques individuels simples mais s'intrique souvent dans un système multifactoriel laissant entrevoir des comorbidités psychiatriques, addictologiques et somatiques.

Les causes psychologiques sont souvent liées à la solitude et à l'isolement social.

Des facteurs de stress tels que les problèmes financiers ou des problèmes dans les relations interindividuelles jouent souvent et également un rôle de facteur précipitant significatif.

Le facteur sociologique majeur jouant un rôle principal dans l'émergence d'une crise suicidaire reste l'absence d'activité professionnelle, rôle social principal des sociétés modernes occidentales.

La pratique d'une religion monothéiste constitue un facteur protecteur.

La prévalence du suicide diffère selon les genres et l'âge.

Deux courants vont s'intéresser à l'étude scientifique du suicide au début du 19e s. Le premier est la médecine avec l'émergence d'une nouvelle discipline en son sein ; la psychiatrie. Le second est la sociologie.

Dès le début du 19e s les psychiatres définissent le sujet suicidaire comme sujet victime d'un désordre, d'un déséquilibre émotionnel au moment du passage à l'acte. Il s'oppose à la notion de maladie mentale propre pour désigner les sujets suicidaires, autrement dit la crise suicidaire en elle-même n'est pas un diagnostic psychiatrique principale. Aujourd'hui la distinction perdue et l'analyse clinique des sujets suicidaires fait la différence entre description de la crise et recherche de symptômes ou d'antécédents connus pour définir les modalités de prise en charge à proposer. Nous constatons qu'à ce jour encore le DSM 5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux, 5^e version) ne propose pas de critère diagnostique psychiatrique propre aux conduites suicidaires, tentatives de suicide ou idées suicidaire, considérant que ce ne sont pas des troubles mentaux mais seulement la conséquence probable de troubles mentaux. Le CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10^e version) lui, ne propose pas de code propre aux suicidant, constituant un obstacle épidémiologique non négligeable.

L'émergence d'une discipline à part entière au début du 19e s permet aux autorités sanitaires d'étudier de manière scientifique les conduites suicidaires, les idées suicidaires et les tentatives de suicide ; c'est la naissance de la suicidologie.

L'épidémiologie du suicide vise à connaître la répartition et les moyens de suicide dans les populations, dans le but de mettre en place des moyens de prévention.

Globalement, les taux de suicide augmentent dans le monde. Les taux de suicide varient significativement en fonction des disparités territoriales, du sexe, des âges, ainsi qu'en fonction de facteurs plus culturels. L'Europe reste parmi les plus touchées, à l'image des sociétés occidentales modernes. Les régions les moins touchées par le suicide sont les régions de Méditerranée orientale et des pays d'Asie centrale. Les hommes sont beaucoup plus touchés dans la plupart des territoires. Le suicide abouti tend à augmenter avec l'âge, mais des exceptions persistent en fonction des sexes et des régions.

Les moyens létaux employés par les sujets suicidaires sont screenés afin de concevoir des stratégies efficaces de prévention du suicide, comme dans cette grande étude multicentrique

pilotée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) faisant état des lieux de l'hétérogénéité mondiale des moyens létaux employés, travail de De Léo et al 2013. ¹

Les lieux où l'on recense un grand nombre de cas de suicide sont appelés les Hot Spots. La présence d'un grand nombre de passages à l'acte sur ces lieux est liée le plus souvent aux caractéristiques propres des lieux ; isolement du public, grand dénivelé direct, accessibilité. Ces Hots Spots sont la cible des enjeux de prévention primaire aujourd'hui. Leur accessibilité fait l'objet de contrôle et d'aménagement en vue d'une restriction d'accès. La pose de dispositifs entravant l'accès constitue une réponse, la pose des signalétiques indiquant l'existence de moyen de prévention primaire comme la disponibilité de la ligne téléphonique d'urgence liée au suicide aussi. Ainsi le pont de Brotonne en Seine Maritime, identifié comme tel, a été équipé de barrières empêchant la précipitation.

Les facteurs de risque liés au suicide sont l'ensemble des éléments retrouvés fréquemment à l'autopsie psychologique des sujets morts par suicide. L'analyse des facteurs de risque représente un enjeu important tant pour cibler les sujets à sensibiliser que pour le déploiement de prise en charge adaptées des comorbidités éventuelles.

1.2 Épidémiologie

1.2.1 A l'échelle mondiale

Le suicide affecte les populations avec des disparités notables, la figure 1 rend compte du nombre de décès par suicide à travers le monde. La carte suivante illustre le taux de suicide par pays standardisé sur l'âge et les deux sexes confondus.

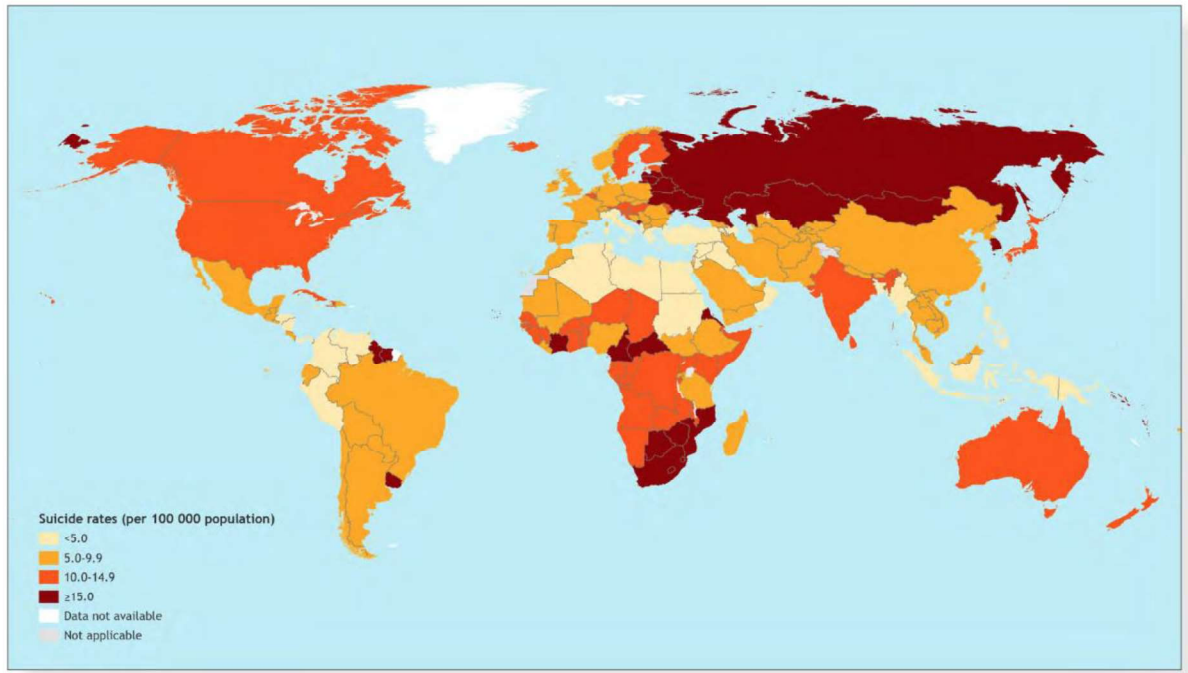


Figure 1 Taux de suicide pour 100000 habitants à travers le monde

Lorsque l'épidémiologie traite de manière distincte les taux de suicide chez l'homme et chez la femme les chiffres obtenus mettent en évidence un premier différentiel non négligeable et représenté sur les cartes suivantes ; figures 2 et 3. Ces cartes illustrant successivement les taux de suicide chez les femmes puis chez les hommes.

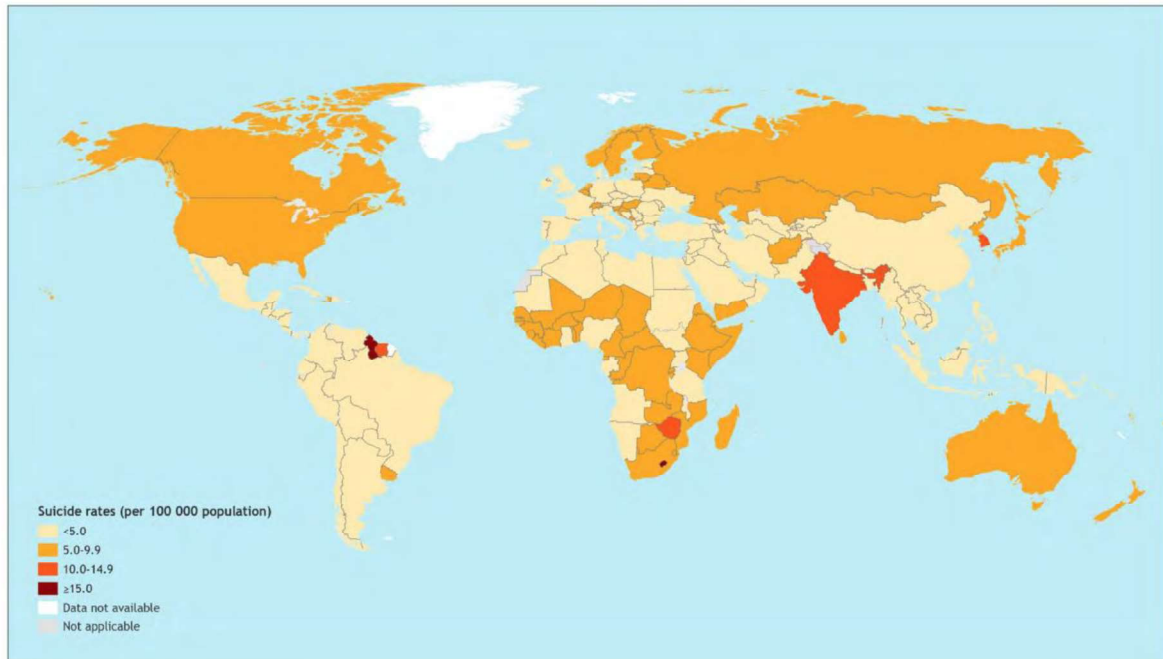


Figure 2 taux de suicide à travers le monde pour 100000 habitants chez les femmes

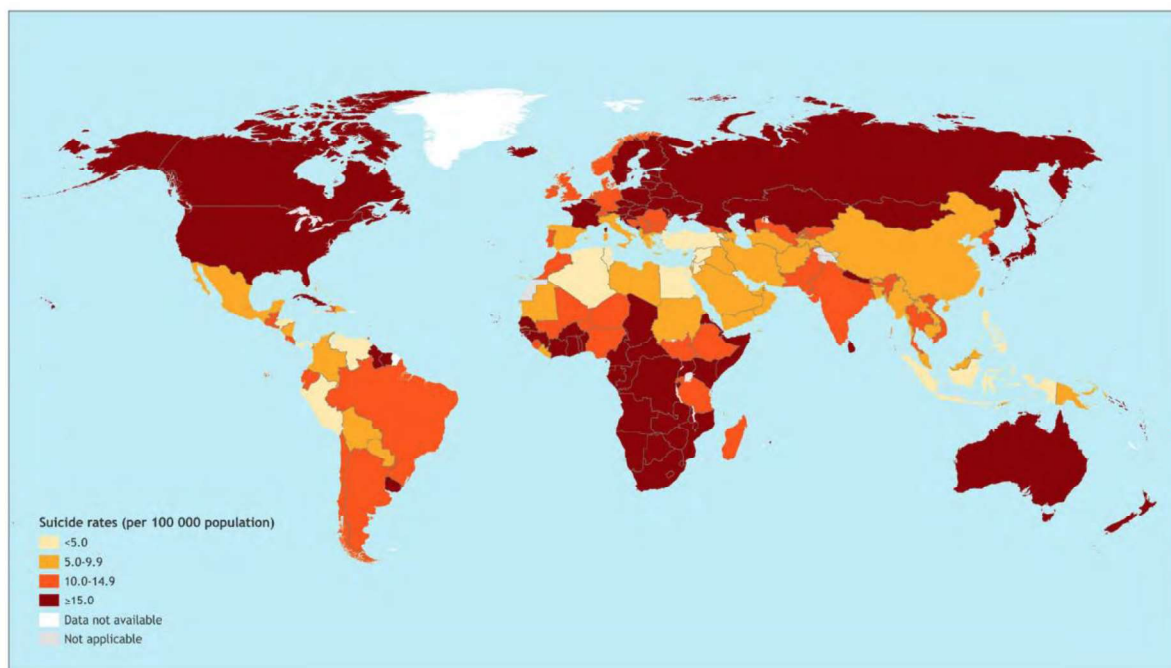


Figure 3 taux de suicide à travers le monde pour 100000 habitants chez les hommes

Confirmant les chiffres obtenus dans le temps jusqu'à ce jour le taux de suicide mondial est plus élevé en 2019 chez les hommes avec 12,6/100000 contre 5,4/100000 chez les femmes. Le taux de suicide est 2,3 fois plus élevé chez l'homme après standardisation sur l'âge. Cette différence entre sexe est plus forte dans les pays considérés à faible revenus avec un phénomène

de lissage du taux de suicide entre hommes et femmes. A contrario dans les pays à revenu élevés la disparité homme femme est accentuée avec une vulnérabilité accrue chez les hommes vis-à-vis du décès par suicide retrouvée par l’OMS en 2019 lors de ses estimations de santé publique.²

A noter qu’à l’échelle mondiale la majorité des décès par suicide ont lieu dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Ces chiffres sont à interpréter avec prudence devant la notion d’une grande concentration de population dans ces pays. Par exemple près de 90% des décès par suicide ont lieu dans les pays à faible revenus ou intermédiaires, zones où se concentrent plus de 90% des adolescents du monde.² Par Ailleurs les systèmes de recueil des informations sur les modalités de décès ne sont pas toujours efficaces.

Le suicide compte parmi les premières causes de décès chez les sujets de 15 à 29 ans pour les deux sexes, derrière les accidents de la route, la tuberculose et les violences interpersonnelles. Il arrive donc en quatrième position sur un plan épidémiologique mondial, comme l’illustre la figure ci-dessous.²

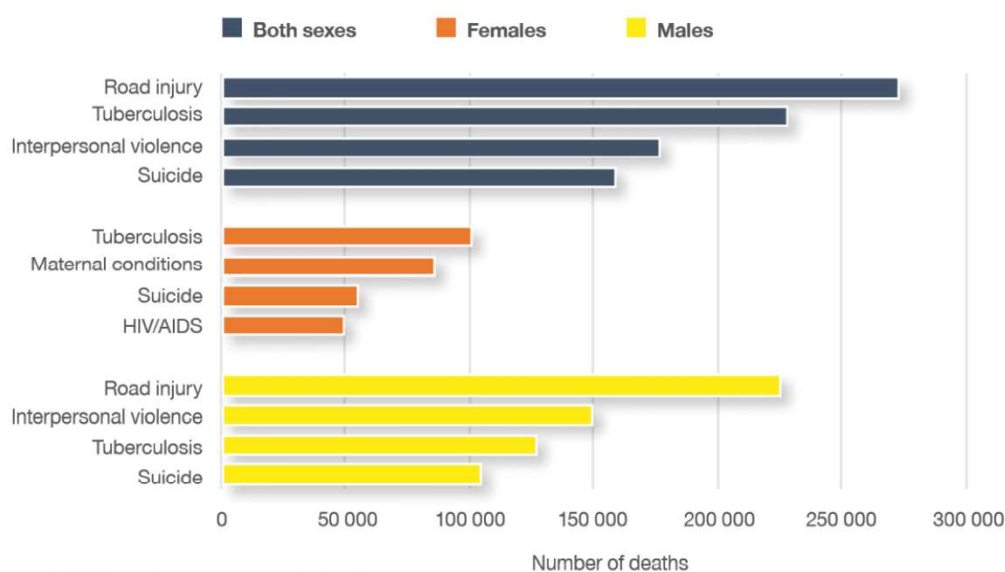


Figure 4 Cause principales de décès à travers le monde chez les 15-29 ans

Selon les zones continentales l’épidémiologie du suicide est déjà soumise à de grandes variabilités. Ceci met en évidence la complexité à appréhender la problématique.

L'hétérogénéité des chiffres au niveau mondial permet d'établir un classement des principales zones géographiques affectées.

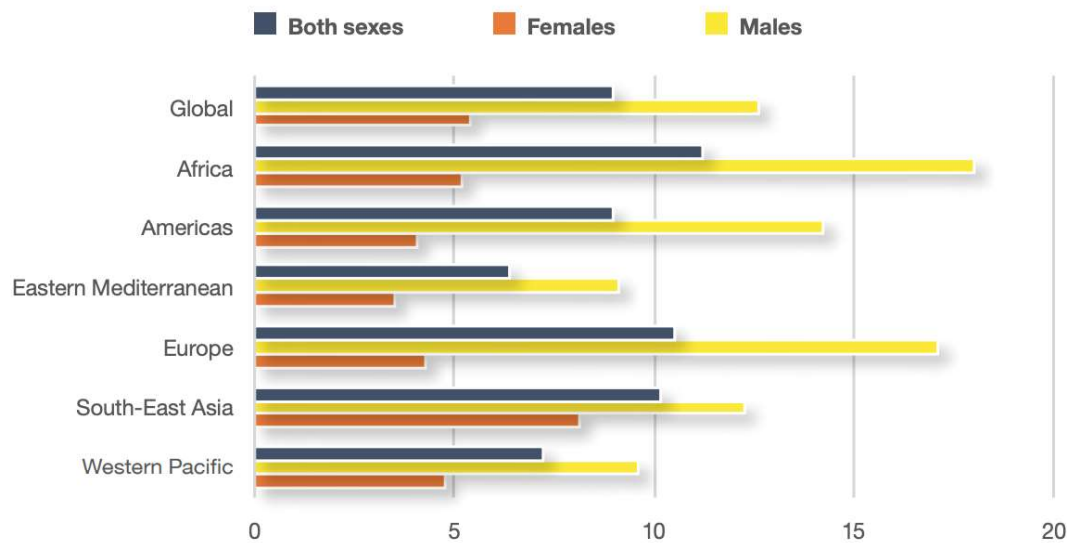


Figure 5 Taux de suicide standardisé sur l'âge au niveau mondial³

La figure ci-dessus met en première position le continent africain avec un taux de suicide de 11,2/100000 habitants. Nous notons que les trois grandes zones continentales Européenne, Africaine et de Sud Est Asiatique dépasse le taux de suicide mondial chiffré a 9 pour 100000 habitants selon le bulletin OMS 2019.

Nous pouvons noter quelques particularités différant des grandes lignes de l'épidémiologie mondiale. En 2013 une étude multicentrique pilotée par l'OMS et s'intéressant à la variabilité des chiffres homme-femme retrouve deux zones géographiques où la prévalence du suicide est en faveur des femmes ; les Philippines et la Chine.¹

Les mêmes explorations à l'échelle mondiale s'intéressant aux moyens létaux mettent en évidence des différences incontestables de scénarisation, planification et mise en œuvre du passage à l'acte suicidaire à l'aide de moyens létaux variés selon les zones géographiques mondiales. Ces résultats nous permettent d'entrevoir la nécessité d'adapter les politiques de prévention en fonction de l'expression très variable du geste suicidaire à travers le monde.¹

1.2.2 A l'échelle européenne

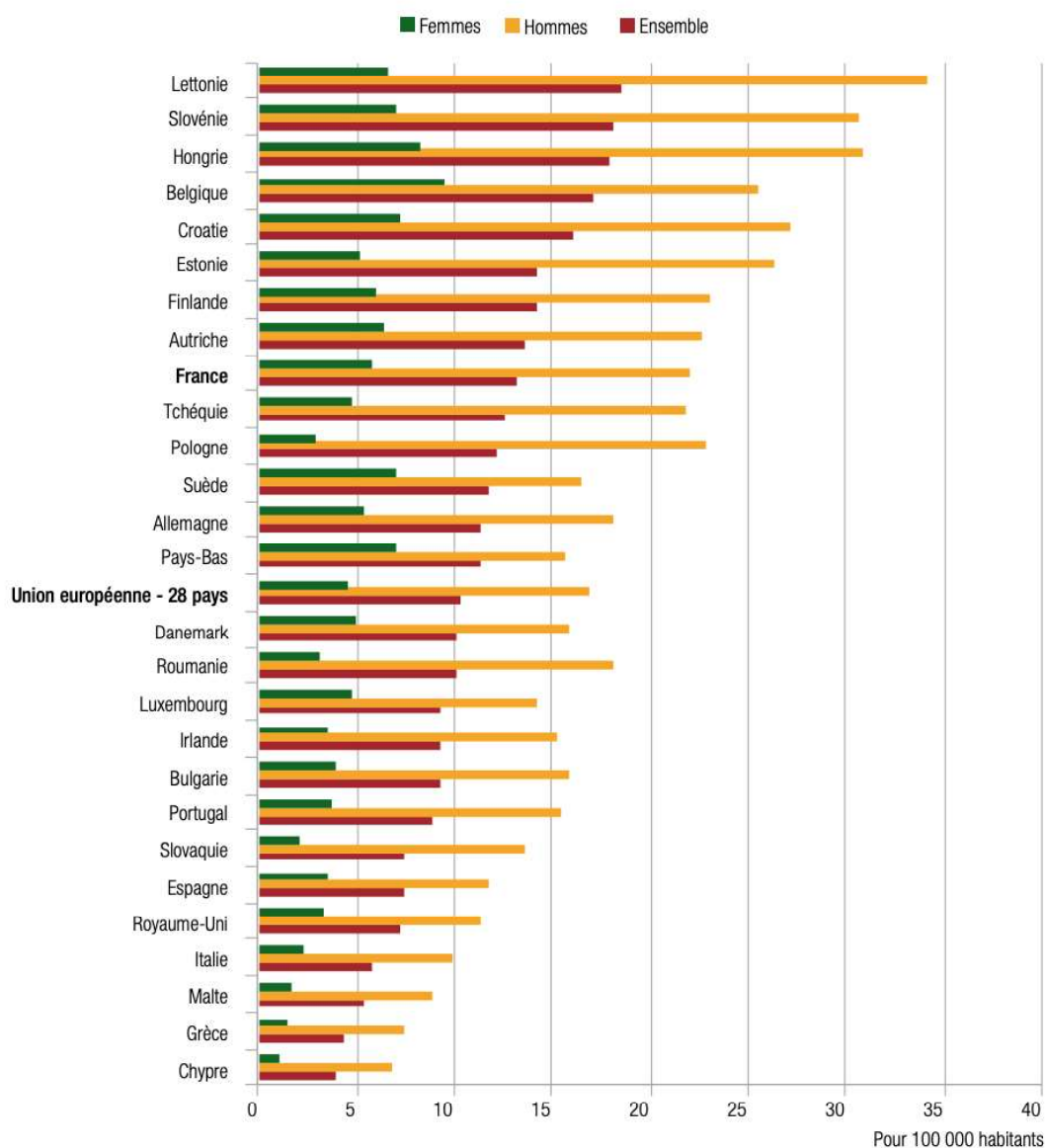


Figure 6 Taux de décès par suicide en Europe en 2016

Nous avons illustré précédemment l'épidémiologie au niveau mondial. Sur la figure 5 nous constatons que le taux de suicide du continent européen est supérieur à la moyenne mondiale. Le taux de suicide en Europe des 27 s'élevait en 2020 à 10,49 pour 100000 habitants. Au sein de cette zone, il existe à nouveau des différences significatives sur le taux de mortalité par suicide comme mis en évidence ci-après, par Statistics Eurostat, taux de mortalité par suicide en 2018.⁴

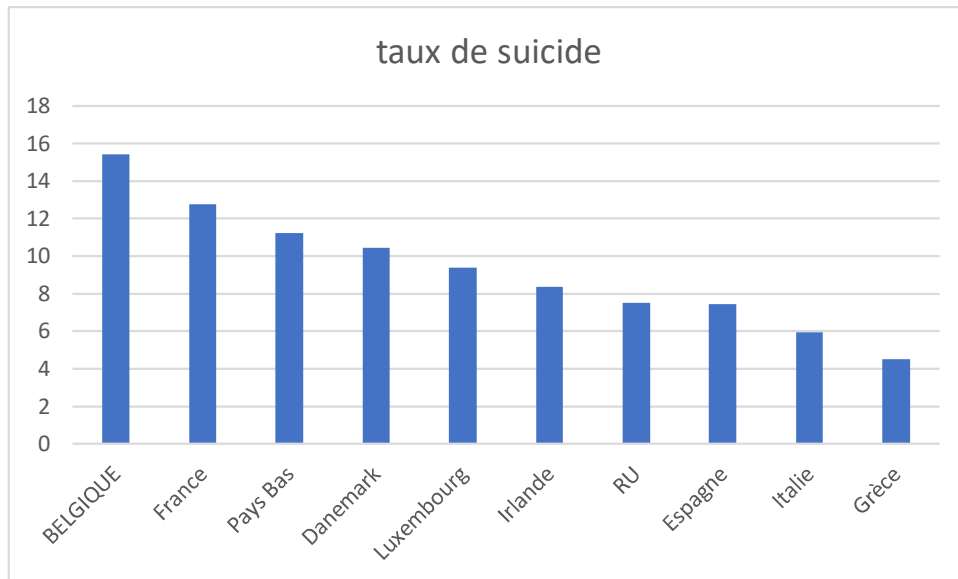


Figure 7 Taux de suicide par pays en Europe en 2018 ⁴

On distingue globalement quatre groupes de pays ;

-Les pays du sud de l'Europe ; Italie, Espagne, Grèce avec un taux bas situé entre 4 et 8 pour 100000 habitants

-Les pays du Nord-Ouest de l'Europe ; Grande Bretagne et Pays Bas avec un taux moyen entre 8 et 11 pour 100000 habitants

-Les pays d'Europe centrale ; Belgique, France avec un taux élevé au-delà de 12 pour 100000 habitants

Les données recueillies sur les pays Européens sont à interpréter avec prudence car le recueil de données par nation reste très variable autant par les moyens employés que par l'exhaustivité des données obtenues.

L'évolution des taux de suicide dans les pays d'Europe suit une tendance à la baisse depuis les années 2000. Cependant, selon les pays, le taux de suicide subit des variations significatives. Le risque suicidaire de ces populations de migrants est élevé en raison de la présence de facteurs de risque cumulés :

- Appartenance a minorité,
- Évènements de vie traumatiques,
- Épisode dépressif caractérisé,
- Syndrome de stress post traumatique,
- Ou autres affections mentales.

Les sujets aux parcours de migration sont moins enclins à bénéficier de système de soins adaptés pour prise en charge des morbidités psychiatriques, données recueillies en 2017 par Patel et al.⁵

1.2.3 A l'échelle nationale

La France, avec un taux de suicide de 13,2 pour 100000 habitants en 2021 est un des pays où le taux de suicide reste très élevé parmi ses voisins européens. L'Europe étant elle-même une zone géographique au taux de suicide élevé par rapport à la moyenne mondiale avec 10,49 pour 100000 habitants. Au niveau mondiale le taux de suicide est de 9,4 pour 100000 habitants en 2021.

En 2017 la France comptabilise 8355 décès par suicide. Les certificats de décès sont issus de la base de données CepiDc Inserm (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). L'effectif est probablement sous-estimé de 10% dus aux décès de cause indéterminés dont l'examen médico-légal n'a pas pu conclure formellement à une cause de décès par suicide. La répartition par âge nous montre que les classes d'âge les plus affectées se trouvent entre 35 et 54 ans, donnée CepiDc Inserm 2017.³

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, et culmine chez les plus de 74 ans, si bien qu'aujourd'hui émergent des stratégies de prévention ciblées sur ces populations à haut risque. Ces stratégies sont présentées dans les travaux de Lapierre et al de 2011.⁶

Le suicide est la première cause de mortalité des 25-34 ans et deuxième chez les 15-24 ans.

Les variations des effectifs de décès par suicide sont une donnée de santé publique fondamentale pour l'adaptation des stratégies de préventions.

Ci-après ils sont exposés par tranches d'âge en effectifs totaux sur la figure 8 puis en taux brut sur la figure 9.

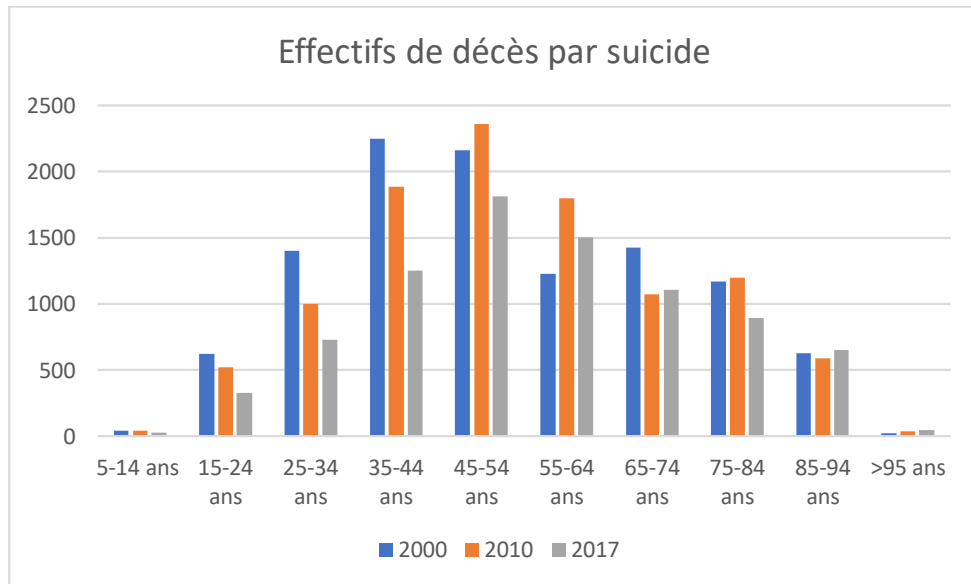


Figure 8 Données INSERM CépiDC- Effectifs des décès de personnes domiciliées en France entière : France métropolitaine et département d'Outre-mer.

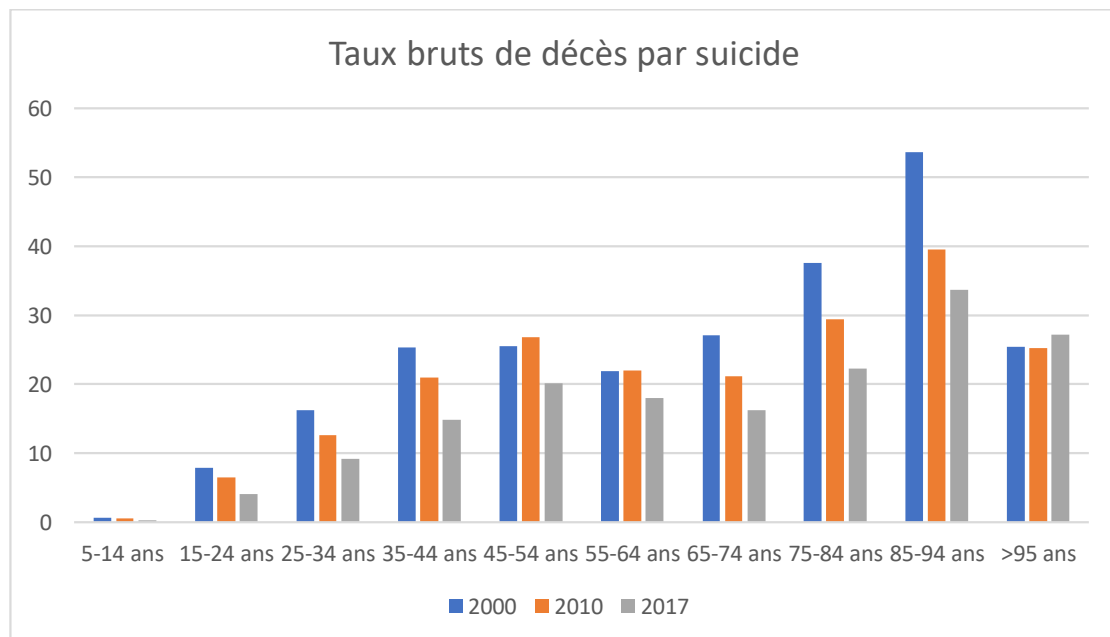


Figure 9 Taux Brut de décès par suicide France entière-INSERM CapiDC

Au niveau national depuis les années 1980 les effectifs de décès par suicide ne cessent de décroître, avec un fléchissement de la mortalité par suicide plus important depuis 2010.

La figure 10 ci-dessous illustre l'évolution des effectifs de décès par tranche d'âge.

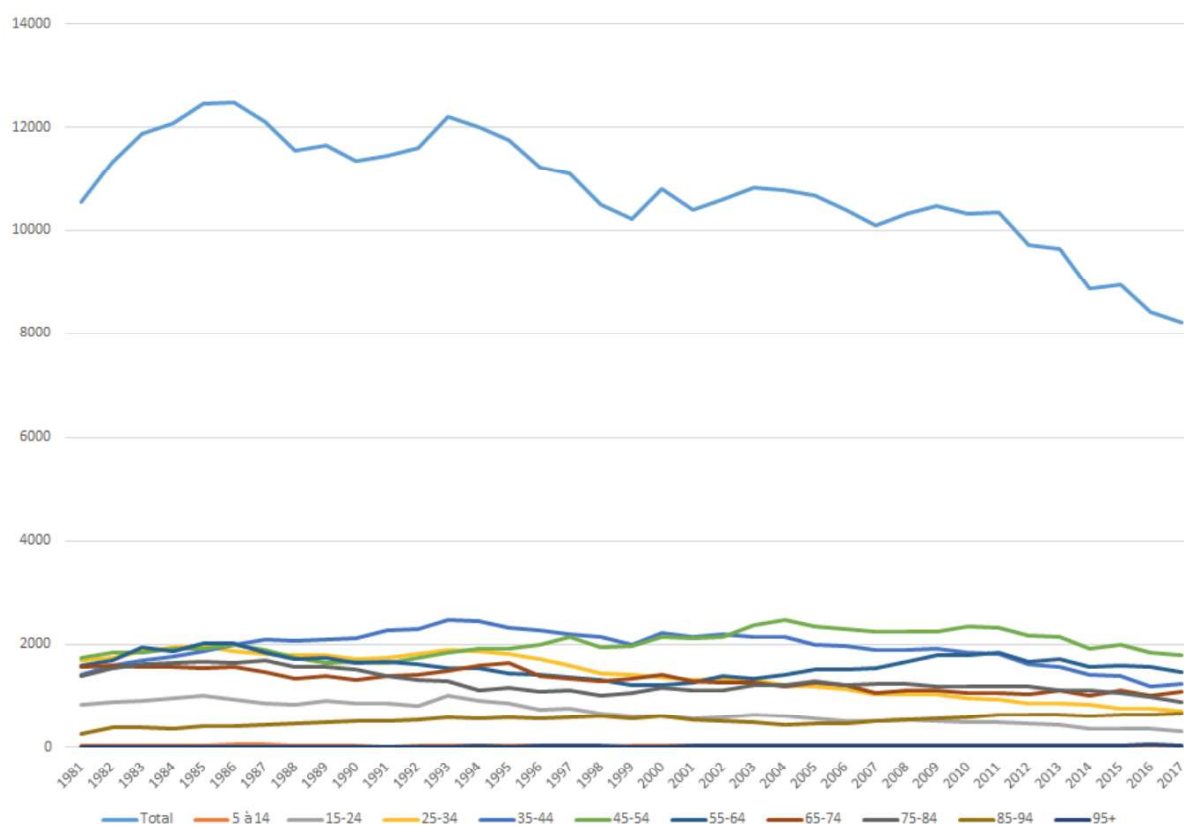


Figure 10 Évolution des effectifs de décès par suicide en France- INSERM CapiDC

A partir des données CapiDC INSERM de 2017 nous pouvons dresser le diagramme suivant (figure 12), illustrant la répartition homme femme, au sein des classes d'âge, des effectifs de mort par suicide.

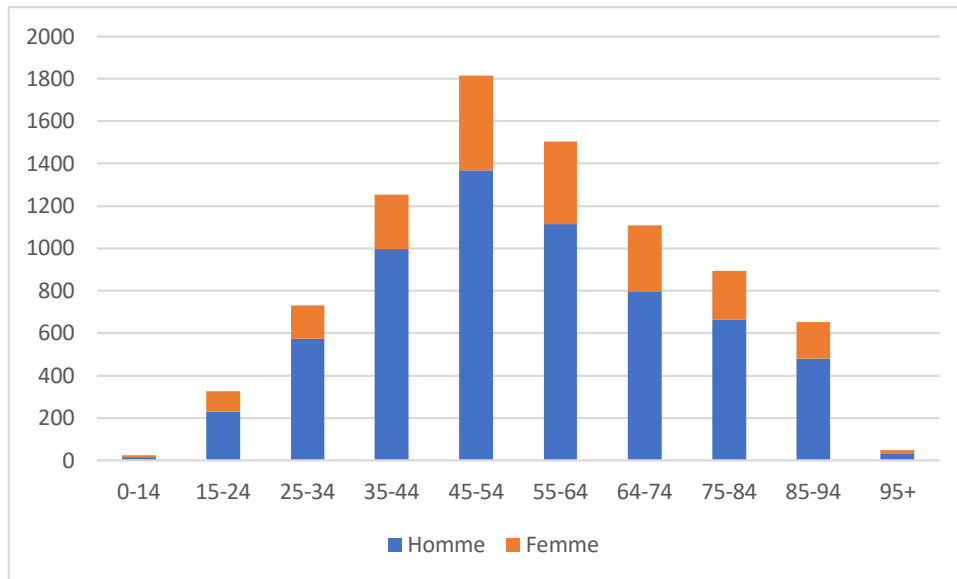


Figure 11 Effectif de décès par suicide par classe d'âge.

Nous reviendrons dans la partie suivante sur la description clinique d'une crise suicidaire et sa genèse, cependant nous pouvons d'ores et déjà évoquer les chiffres relatifs à la présence d'idées suicidaires en population générale en France en 2017.

Sur la figure 13 ci-dessous nous observons une absence de différence significative dans la prévalence des idées suicidaires chez les hommes dans les différentes tranches d'âge, avec une prévalence de l'ordre de 4%. En revanche nous remarquons que la différence de prévalence des idées suicidaires chez les femmes entre 35 et 64 ans est significativement plus importante par rapport aux femmes âgés de plus de 65 ans. Chez les femmes jeunes la prévalence est intermédiaire.

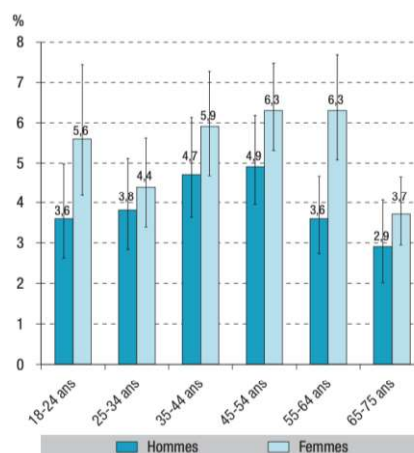


Figure 12 Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois en France- Baromètre Santé Publique France.

Sur l'année 2017 4,7% des personnes interrogées rapportaient avoir pensé à se suicider lors des douze derniers mois. Les femmes étaient plus nombreuses à le déclarer. Sur l'échantillon ayant déclaré des idées suicidaires plus de 70% seraient allés jusqu'à scénariser un mode opératoire. La moitié de ces sujets auraient verbalisé la présence d'idées suicidaires, selon le Baromètre Santé Publique France, en 2017.⁷

1.2.4 A l'échelle régionale

-La mortalité par suicide

En Normandie entre 2014 et 2016 la région se classe en troisième position en termes de mortalité par suicide avec 593 décès annuels en moyenne par suicide. Le taux de mortalité par suicide sur cette période est de 30,2 pour 22,6 chez les hommes en France. Chez les femmes il est de 7,4 pour 6,1 sur la France. En 2021 plus de 5700 séjours hospitaliers organisés avec pour origine un passage à l'acte suicidaire, d'après l'Observatoire Régional de la santé et du social.⁸

La figure 14 ci-après expose (en rouge) le taux de mortalité par suicide régional, et le compare au taux de mortalité les plus faibles et les plus forts de l'hexagone.

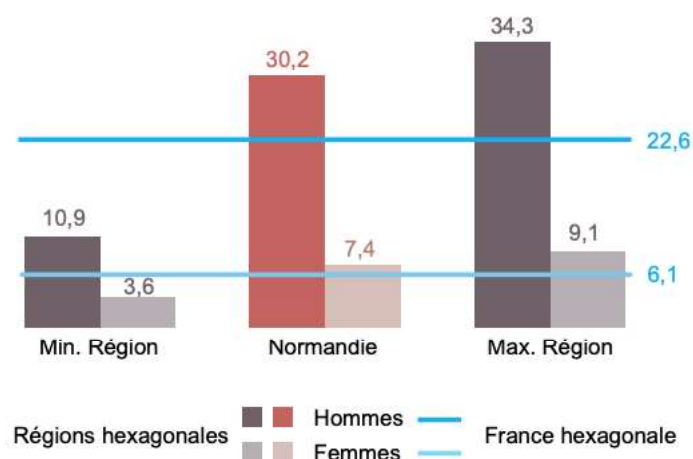


Figure 13 Taux de mortalité par suicide standardisé suivant l'âge en 2014-2016 selon le sexe. CépiDC

L'évolution de la mortalité par suicide au niveau régional comparée au niveau national est une donnée devant permettre l'ajustement des dispositifs de soins. La tendance exprimée par cette donnée permet de cibler les régions les plus touchées. Sur des périodes de 3 ans consécutifs, nous observons une surmortalité par suicide en Normandie comparée au niveau national, avec une nette surmortalité masculine.⁸

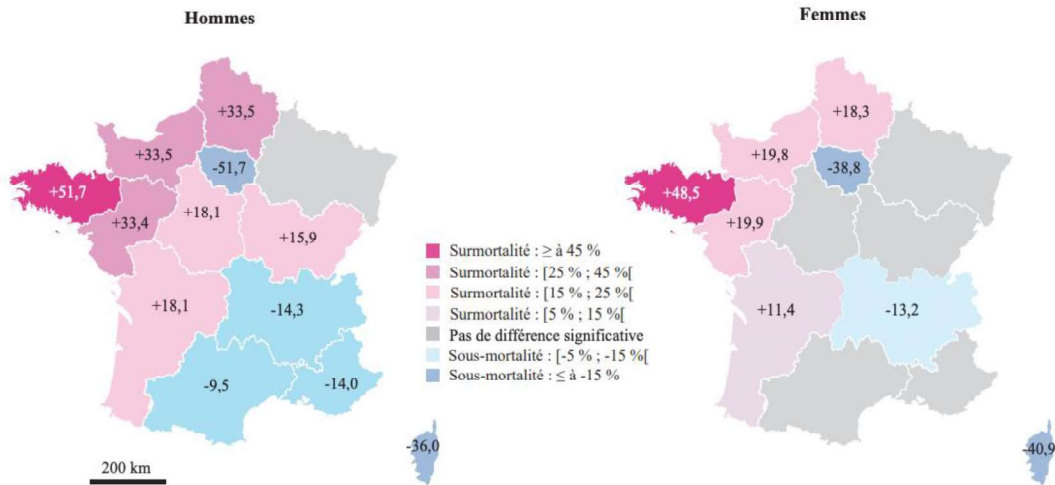


Figure 14 Différentiel de mortalité par suicide 2014-2016 selon le sexe

L'étude de la mortalité par âge nous confirme le caractère à haut risque des sujets âgés. Cette augmentation de la mortalité par suicide en 2010-2016 est beaucoup plus stable chez les femmes que chez les hommes sur le territoire normand.⁸

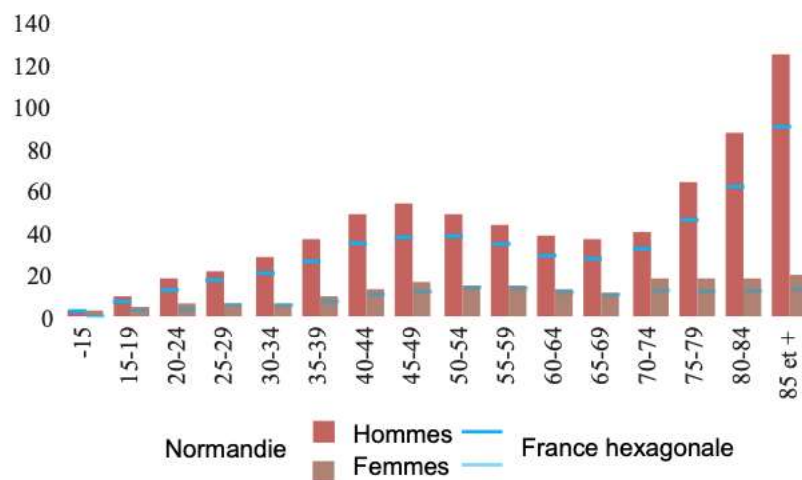


Figure 15 Mortalité par suicide 2010-2016 selon le sexe et l'âge

Le sujet âgé de plus de 75 ans est donc à risque.

Chez les hommes de 15 à 34 ans le suicide reste la première cause de mort devant les accidents de la route sur le territoire Normand.

La Normandie est une région du Nord-Ouest de la France. À la création des régions en 1956, la Normandie est alors séparée en deux territoires : les régions de Haute-Normandie et de Basse-Normandie. Leur réunification au sein d'une seule Normandie est appliquée au 1er janvier 2016, après les élections régionales de décembre 2015.

La région normande regroupe 7 territoires de démocratie sanitaire ; Calvados, Dieppe, Évreux, Le Havre, Manche, Orne et Rouen.

Sur la période 2010-2017 une forte surmortalité par suicide touche deux territoires sanitaires ; l'Orne et la Manche.

A noter que pour Rouen, la mortalité par suicide chez le sujet jeune est proche de celle de la France avec 8,6 pour 100000 habitants pour 8,3 pour 100000 habitants en France.

Tous sexes confondus nous devons noter la sous mortalité par suicide du territoire du Havre avec -25% sur 2010-2016.

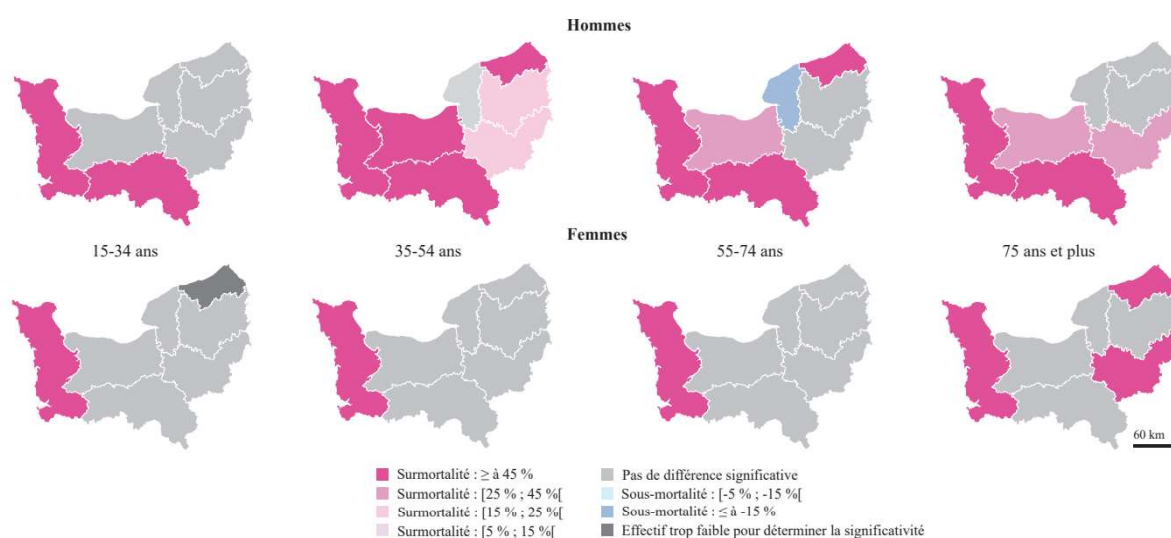


Figure 16 Différentiel de mortalité par suicide en regard de la France hexagonale en 2010-2016, selon l'âge et le sexe

Au sein des territoires sanitaires ce sont les territoires ruraux les plus impactés. Cet impact fait à ce jour l'objet de plans d'actions gouvernementaux que nous développerons.

- Les tentatives de suicide

En 2017, ont été enregistrés 3 123 recours aux urgences normandes liés à des tentatives de suicide. Plus de 90% des tentatives identifiées seraient des intoxications médicamenteuses volontaires. La grande majorité des passages aux urgences concernerait les femmes, selon le bulletin épidémiologique bimestriel de décembre 2016 de santé publique France.⁹

Principales caractéristiques :

- Entre 2008 et 2017 : 7 203 hospitalisations pour tentative de suicide enregistrées en moyenne par an.

- A peu près 6000 patients hospitalisés pour tentative de suicide en 2017 sur la région.

- Taux d'hospitalisation standardisé pour tentative de 219,9 pour 100 000 habitants en 2017 plus élevé par rapport à la France métropolitaine (+47%)

- Les adolescentes davantage représentées avec un taux annuel de 7 pour 1 000 adolescentes sur 2015-2017.⁹

L'hétérogénéité des données d'abord à travers le monde, puis l'Europe et enfin la France nous interroge sur les raisons de ces variabilités et les biais éventuels de recueil de données. Pour un recueil de donnée liées à un décès par suicide, l'autopsie psychologique reste un outil de recherche indispensable.

2- Autopsie psychologique

Le décès d'un humain en France doit être constaté par un médecin. Dans de nombreux cas la cause de décès est incertaine. Cette incertitude de l'étiologie du décès constitue ce que l'on appelle en médecine légale un obstacle médico-légal. Cet obstacle empêche l'inhumation du défunt et dit faire évoquer l'éventualité d'un suicide. Cet obstacle doit être notifié dans le certificat de décès du patient et conduit à une autopsie du corps. Cette autopsie a pour but de préciser les circonstances de décès, comme le précise l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) en 2005 ¹⁰

Une autre forme d'autopsie peut être réalisée ; l'autopsie psychologique. Cette autopsie est plus répandue dans le domaine de la recherche. Elle est basée sur une relecture de dossiers médicaux.¹⁰

L'autopsie psychologique est donc une recherche approfondie des facteurs de stress, des antécédents médicaux, des événements de vie biographiques et des facteurs précipitants éventuels ayant pu contribuer à l'émergence d'une crise suicidaire.¹⁰

Pour renforcer l'efficacité des pratiques et rendre l'autopsie psychologique reproductible dans le cadre de la recherche de facteurs liés au décès par suicide un ensemble de critères viennent constituer un référentiel de bonnes pratiques.¹⁰

Parmi eux :

- définition des objectifs principaux
- centralisation du processus de recrutement et sélection de l'interviewer
- mise en place d'un protocole d'interview standardisé
- constitution de groupe témoin
- définition et sélection des bons informants
- limitation des informants

Les autopsies psychologiques réalisées à travers le monde depuis le début du 20e siècle concluent à la présence dans plus de 70% des cas de troubles mentaux. La présence de troubles de la personnalité rapportée atteindrait 40%.

Les autopsies psychologiques ont aussi permis d'isoler des facteurs associés désignés comme facteurs de risque suicidaires. Parmi eux les antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide, l'impulsivité avérée dans le parcours de vie, les événements de vie difficiles, les carences affectives et les événements traumatiques.¹⁰

Les carences affectives et les événements de vie difficiles peuvent provenir de difficultés dans les relations interpersonnelles. La relation intersubjective comme facteur précipitant principale, nous amène à penser l'interaction via les réseaux sociaux, l'équipe du Dr Notredame nous donne un premier abord du lien entre réseaux sociaux et crise suicidaire dans son étude parue en 2019.¹¹

Un modèle de prévention primaire utilisant le web et les réseaux sociaux comme support pour la prévention du passage à l'acte nous est présenté dans une étude conjointe aux équipes du Dr Notredame et M.Seguin en 2012. Ce modèle intègre le web comme réponse à la crise suicidaire, notamment chez une tranche de population jeune, a haut risque.¹²

3- Prévention primaire

La prévention primaire se concentre sur les actions pouvant être mises en place avant le passage à l'acte et donc le traitement des facteurs de risque que nous pouvons isoler chez les suicidants. L'isolement est un facteur de risque important. Les périodes d'isolement prolongées doivent être l'occasion de renforcer les dispositifs de prévention primaire, comme nous le montre Courtet et al, dans son étude parue en 2020.¹³

3.1 les dispositifs en cours

De nombreux supports, ayant des actions, des missions et des stratégies différentes sont déjà en place en France pour la prévention du suicide. Parmi eux nous allons largement évoquer par la suite le réseau Vigilans. D'autres acteurs sont engagés dans cette action sur le territoire.

3.1.1 ELIOS (Équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide)

ELIOS est avant tout une équipe de web cliniciens basés au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Lille chargés de la prise en charge de jeunes adultes suicidaires directement joignables sur les réseaux sociaux.¹⁴

Le projet ORIAS (Online Referral and Intervention to Prevent Adolescent and young Adult Suicide) est une étude multicentrique randomisée menée par l'équipe du Dr Notredame et destinée à la prévention du suicide par le biais d'outils de réseaux sociaux. Cette étude réalisée par le CHU de Lille en 2021 s'adresse à une population jeune et donc particulièrement à risque de passage à l'acte.¹⁴

3.1.2 Papageno

L'effet Werther, appelé aussi effet Papageno désigne l'imitation par les populations de la représentation médiatique du suicide. C'est ce que l'on appelle aussi la contagion suicidaire.

Le programme Papageno est né à Lille. Il est doté d'une mission bien spécifique, apprendre aux médias à parler du suicide aux population et apprendre aux médecins à parler du suicide. L'effet mesuré d'une formation appelé 'média training' et destinée aux médecin permet d'évoquer de manière adaptée du suicide au médias, comme nous le montre Walter et al, dans son étude de 2021.¹⁵

Depuis sa mise en place, 1089 étudiants en journalisme et 277 journalistes ont été sensibilisés. 539 psychiatres formés selon la circulaire du 7 juillet 2021 de Légifrance.¹⁶

3.1.3 Thématique Santé Mentale et Prévention du Suicide du Service Sanitaire des Étudiants en Santé

En 2018 le CHU de Lille propose aux étudiants en santé une thématique centrée sur la santé mentale. Cette formation a pour objectif la prévention des conduites suicidaires auprès des collégiens, des lycéens et des étudiants.¹⁶

3.1.4 Formation de déploiement de réseaux de sentinelles

Dans le cadre de la prévention du suicide et piloté par le GEPS (Groupement d'étude et de prévention du suicide), l'ARS (Agence régionale de Santé) développe un réseau formés selon de nouveaux modules toujours basés sur l'enseignement de Monique Seguin.¹⁶

3.1.5 Plans de postvention

La postvention désigne l'ensemble de mesures et actions mises en place dans les suites d'un suicide et à destination de la collectivité partageant le milieu avec le sujet décédé par suicide.

L'ensemble de ces mesures a pour but de :

- diminuer l'effet contagion
- soulager la souffrance des exposés
- rétablir le sentiment de mise en sécurité
- retour à l'équilibre du milieu exposé

En 2020 un programme de postvention est rédigé par M Seguin et al, à destination des entreprises.¹⁷

Ce programme est un exemple cité ici permettant de donner une vision très concrète des moyens deployables dans les suites d'un suicide et à destination du milieu collectif.

A l'échelle nationale l'OMS évoque en 2014 sa volonté de réduire de 10% le taux de suicide mondial. Cet objectif passe aussi par des mesures de postvention de différents types incluant la communication aux et part les médias, la restriction aux moyens létaux, l'orientation précoce et la sensibilisation des professionnels de santé a la postvention.¹⁸

Il existe un programme de postvention mis en place à Rouen depuis plusieurs années par le Dr Pinaud qui est le seul opérationnel en Normandie.

3.2 Mise en place du 3114/ fonctionnement

On note la mise en place en novembre 2021 d'un numéro d'urgence national le 3114 dédié à l'évaluation et l'accompagnement du patient suicidaire par un professionnel en santé mentale formé à la gestion de crise. Cette ligne téléphonique possède des caractéristiques singulières et s'intègre à un dispositif de prévention global des gestes suicidaires. Il émerge de problématiques très concrètes ; le caractère peu prévisible du suicide et la nécessité de prise en charge spécialisée dès les premiers signes ; les idées suicidaires.

La SGPS (stratégie globale de prévention du suicide) veut une articulation des spécialités prenants en charge les suicidants. Cette stratégie doit prendre en compte les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé qui traversent le champ du suicide en France, comme le souligne le ministère de la santé et de la solidarité en 2018.¹⁹

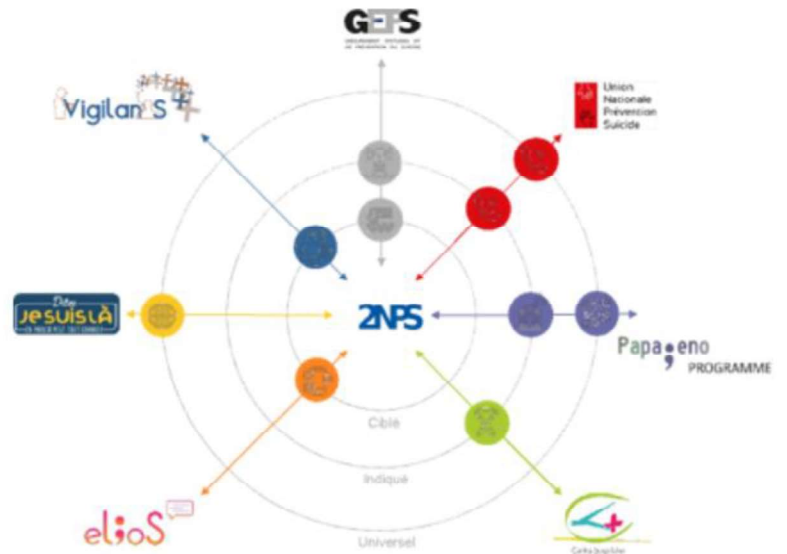


Figure 17 Illustrant la SGPS

Les actions de tous les intervenants visent à repérer et maintenir le lien avec le suicidant. Cette action passe pas comme vu précédemment par la formation à la gestion de crise suicidaire, M Seguin, 2015,²⁰ mais aussi par la prévention de la contagion suicidaire, l’amélioration de l’information du public et enfin la mise en place du 2NPS. (Numéro National de Prévention du Suicide)¹⁶

L’implantation du 2NPS est piloté par le CHU de Lille. Le 2NPS est administré par le bureau que préside le coordinateur nationale. Le bureau est conseillé par le comité exécutif dans sa prise de décision.¹⁶

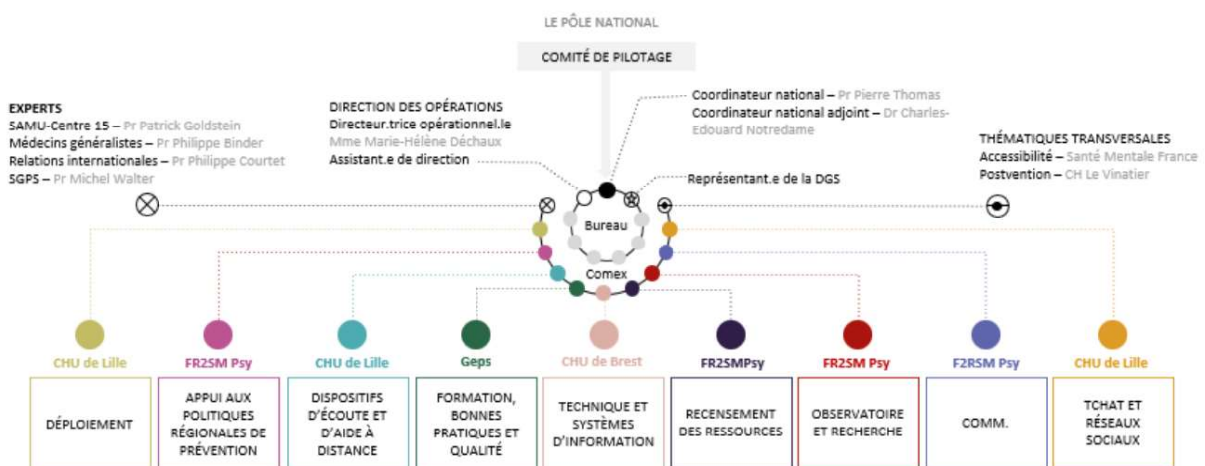


Figure 18 Organigramme du 2NPS

Le 2NPS est un dispositif d'aide à distance, il a pour objectif une mutualisation des ressources à l'échelle des régions en dehors des horaires ouvrés et donc principalement la nuit.

Les antennes territorialisées désignent les périmètres géographiques couverts par la plateforme des répondants afin de rester en contact avec les acteurs de terrain.

Les missions des antennes sont :

- fournir une réponse aux appelants, la plus adaptée à la demande
- fournir une réponse à l'urgence
- guider les appelant vers les structures d'aval
- fournir des réponses en accord avec les ressources territoriales de santé

2 types d'antenne se distinguent ; les antennes jour et les 24/24. Pour l'ensemble du territoire une ligne de garde médicale nationale est déployée. Dès la fermeture des antennes jour les réponses sont assurées par l'antenne nuit relais.

Les répondants sont des membres du personnel en charge des soins. Ce choix est en faveur d'une facilitation de la gestion de l'urgence vitale, via des intervenants déjà expérimentés.¹⁶

Les centres répondants sont tous issus d'une conceptualisation unique ; une articulation entre axes stratégiques et pôles pourvus de missions spécifiques.¹⁶

Nous venons d'exposer un ensemble de stratégie de prévention, désormais articulées autour du 2NPS à mission de prévention primaire. Dans la partie suivante nous développerons un dispositif de prévention secondaire ; Vigilans.

4 -Prévention secondaire

4.1 Vigilans

4.1.1 historique et définition du dispositif

L'orientation du patient adressé aux urgences en crise suicidaire vers la prise en charge la plus adaptée fait encore l'objet d'investigations.

Rappelons que les soins de prévention secondaire s'offrent au sujet lorsque le geste suicidaire a déjà eu lieu, de manière non aboutie. Lors de l'évaluation du sujet après son geste, le psychiatre possède déjà une information capitale à intégrer à son choix de prise en charge : la présence d'un antécédent de passage à l'acte.

Cet antécédent de passage à l'acte reste aujourd'hui le plus fort prédictif de passage à l'acte auto lytique et donc de récurrence, Jardon et al, 2019.²¹ C'est dans ce souci de prévention de récurrence que naissent les dispositifs de veille sanitaire. Ces dispositifs permettent le maintien du lien avec le patient en dehors de l'hôpital, après son geste.

Dans les années 60 en Californie un psychiatre se heurte au constat que les sujets suicidaires sortant de l'hôpital, même après des soins hospitaliers de longue durée, récidivent leur geste suicidaire. J. Motto propose alors le premier dispositif de veille post hospitalière via l'adressage de cartes postales à ces patients. Son étude, parue en 2001, apporte sur les 15 ans une diminution constatée de mortalité par suicide sur les deux premières années.²²

Le principe de son dispositif est simple ; maintenir le lien avec des patients réfractaires aux soins, sans pour autant les contraindre. L'appréhension d'une crise suicidaire est bien entendu multifactorielle, d'où la difficulté à la prendre en charge. On retrouve cependant un facteur isolement social bien souvent, constituant un facteur de risque suicidaire fort, Fossi et al, 2021.²³ La correction de ce facteur par le maintien du lien peut être une explication de l'efficacité de ce dispositif, c'est l'introduction de la notion de *connectedness* de J.Motto.²²

A partir de ces résultats encourageants plusieurs protocoles visant la mise en place d'un maintien du lien voient le jour ; parmi eux l'étude SYSCALL (contraction de system call)²⁴, en France Vaiva et al, propose remise d'une carte d'urgence comportant numéro de téléphone

²⁵, en Australie Carter et al introduisent l'envoi de cartes postales et montre une diminution des récurrences suicidaires²⁶

L'étude SYSCALL s'appuyant sur un contact téléphonique au patient montre une diminution des récurrences de geste suicidaire. Ce protocole propose un appel téléphonique au patient ayant réalisé un geste et sortant des urgences sans hospitalisation en secteur de médecine ou de psychiatrie. Vaiva et al, en 2006, mesure une diminution des récurrences de tentatives de suicide suite à la mise en place de cet appel téléphonique après un geste.²⁷

Une seconde étude menée par l'English Team Of Bristol rapporte une efficacité d'un dispositif similaire sur le nombre de récurrence suicidaire à 6 mois mais pas à un an, soulevant la question de la temporalité de la crise suicidaire et de l'adaptation des soins à celle-ci.²⁷

Un autre dispositif mis en place en Australie, *the Edge Project*, propose l'envoi de cartes postales à des sujets toxicomanes ayant réalisés des IMV (intoxication médicamenteuse volontaire) et sortant d'hospitalisation. La population à laquelle est destinée ces cartes postales est une population échappant aux soins par manque d'adhésion aux soins ambulatoire. L'envoi de carte postale avec la notion de *connectedness* permet un maintien du lien. Les résultats de cette études sont en faveur d'une réduction des récurrences suicidaires, Carter et al, 2005.²⁸

A partir de 2010 le CHU (centre hospitalier universitaire) de Lille en France propose un dispositif inspiré de celui de J. Motto mais associant plusieurs modalités de maintien du lien. Ce dispositif, appelé ALGOS, s'adresse à tous les sujets sortant des urgences après une tentative de suicide. A travers l'inclusion dans le protocole les patients se voient contractualiser les modalités de leur sortie des urgences et remettre une carte ressource sur laquelle figure un numéro d'appel en cas de récurrence de crise suicidaire. Les patients sont contactés par téléphone puis par carte postale selon la clinique identifiée par l'interlocuteur formé à la gestion de crise. Ce premier dispositif est déployé à travers 23 services d'urgences sur le territoire nationale et montre son efficacité sur la diminution des comportements suicidaires, la réduction des tentatives de suicide et une diminution des morts par suicide à 6 mois d'évaluation. A 6 mois de suivi Notredame et al constate une diminution du taux de récurrence de près de moitié, passant de 13,3 à 6,2 sur une population de primo suicidant et des échantillons bras et traitement de plus de 200 individus chacun. ALGOS est une association de plusieurs modalités d'intervention brèves. Chacune fait l'objet d'une analyse d'efficacité dans l'étude du Dr Notredame parue en 2019.²⁹

Le succès d'ALGOS, devant sa facilité de mise en place, ses coûts réduits, et les bénéfices constatés pousse l'équipe du Dr VAIVA à systématiser le protocole et le développer sur le territoire régional sous le nom de Vigilans. La naissance de Vigilans est concomitante aux résultats portés par une vaste étude de cohorte de quasiment 2 millions de patients alertant sur la vulnérabilité des patients lors de leur sortie d'hospitalisation d'un secteur de psychiatrie et sur leur haut risque suicidaire à leur sortie d'hospitalisation, Ofson et al, 2005.³⁰ L'enjeu principal de Vigilans est le maintien d'un lien dans un contexte où l'adhésion du patient aux soins est précaire et où celui-ci de manière plus globale adopte une posture de retrait et d'isolement. Pour établir le lien le soignant doit être actif lui aussi et ce de manière régulière et répétée dans le temps, Roscoat et al, 2013.³¹

A partir de l'année 2016, le protocole VIGILANS est étendu à toutes les structures hospitalières accueillant des patients ayant réalisé des tentatives de suicide. Les buts du dispositif sont multiples et font appel à l'ensemble des intervenant pouvant contribuer à la prévention de la récurrence de crise autour du patient. Les objectifs du dispositif comptent :

- L'harmonisation des pratiques au niveau régional,
- La coordination de l'action des différents partenaires de santé
- La diminution des récurrences suicidaires.²¹

Dans le dispositif Vigilans, tous les patients suicidants sont concernés. Tous se voient remettre la carte ressource avec les coordonnées du numéro d'appel région et celui du SAMU centre 15. Le centre partenaire prévient alors le secrétariat de Vigilans de l'inclusion du patient via un formulaire d'inclusion reprenant les éléments essentiels à l'initiation du suivi du patient et à la personnalisation de l'adressage. Ce formulaire inclue aussi le compromis de sortie d'hospitalisation du patient.

Les appels téléphoniques sont menés par des professionnels de santé qualifiés et formés à la prise en charge de crise suicidaire. Cette équipe de recontacte travaille sur les horaires ouvrés, et s'appuie sur les dispositifs de soins ambulatoires en priorité avec toujours la volonté de prévenir plutôt que d'intervenir dans l'urgence. On distingue deux types d'appels :

- les appels entrants, reçus par l'équipe par les sujets faisant usage de la carte ressource
- les appels sortants, adressés par l'équipe aux patients, aux partenaires de santé ou aux tiers.

Dans l'algorithme Vigilans, les sujets déjà inclus dans le protocole pour une première tentative de suicide antérieurement bénéficient d'un appel téléphonique émis par l'équipe de recontacte entre le 10ème et le 21ème jour. Lors de cet appel, l'intervenant s'appuie les éléments anamnestiques et contextuels ainsi que le compromis de sortie des urgences. Selon l'évaluation clinique menée, le sujet suicidant peut être orienté sur une consultation en CMP (Centre médico psychologique) ou aux urgences via le médecin régulateur du Samu centre 15 (en cas de crise suicidaire avérée). La décision d'un appel si précoce la sortie est à mettre en lien avec les chiffres alarmants de passages à l'acte dès les premiers jours du retour à domicile.

De ce premier appel téléphonique émane la décision ou non de reconduction d'appel.

Si le sujet est injoignable, et partant du postulat que la fragilité du lien ne permet pas le maintien de contact via le téléphone, les tiers sont contactés. Après récurrence de tentative infructueuse l'envoi de cartes postales est programmé.

L'appel à 6 mois initialement est l'appel de clôture de la veille, aujourd'hui déplacé à 3 mois. Tous les patients inclus dans le dispositif sont appelés au 3ème mois suivant leur sortie de l'hôpital. Si une récurrence a eu lieu entre l'inclusion et le 3ème mois, le patient est à nouveau inclus et le protocole se déclenche à nouveau pour 3 mois.

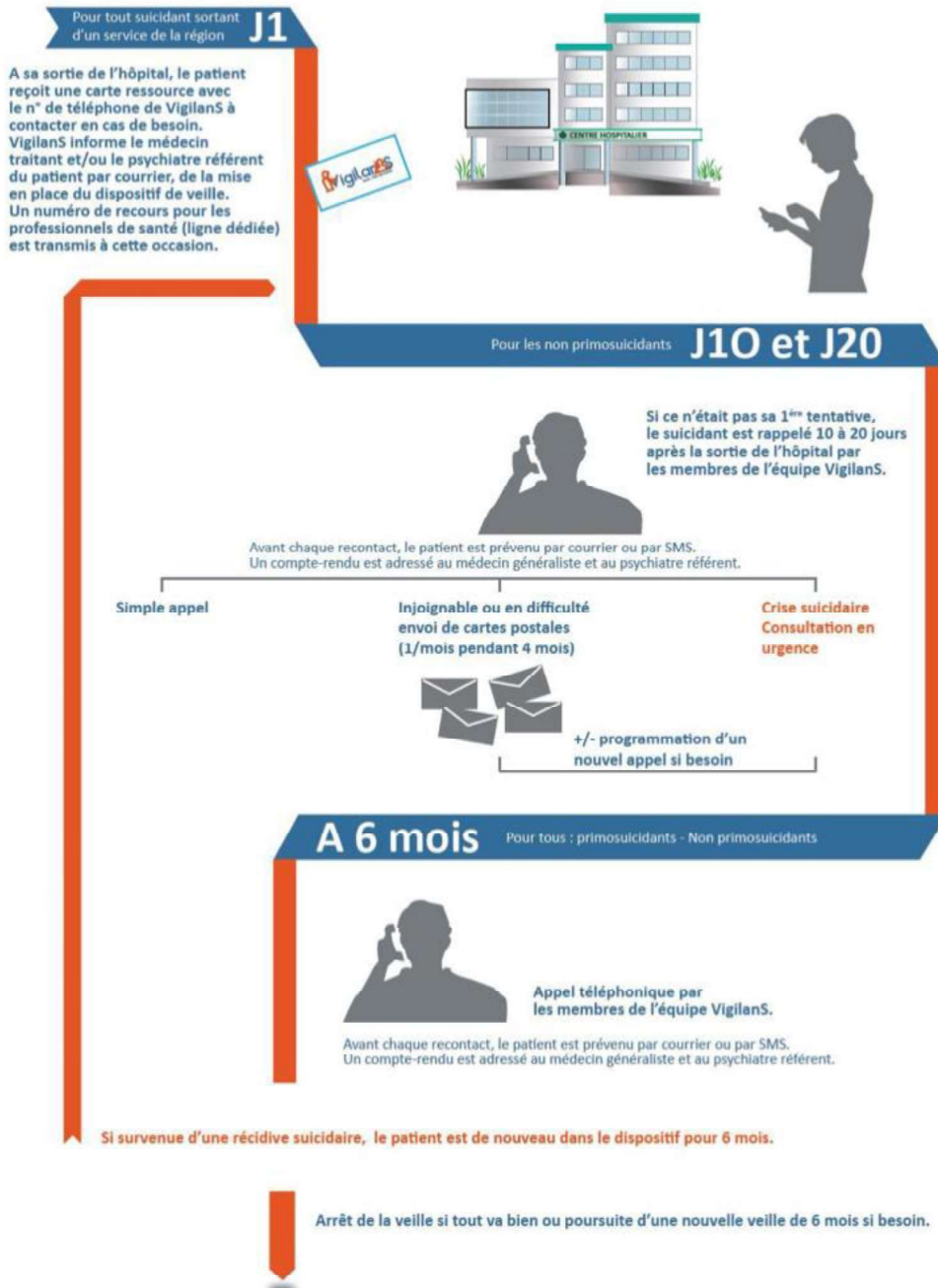


Figure 19 Algorithme du Dispositif VigilansS

Après une mise en place au niveau régional le dispositif s'étend sur le territoire national. C'est ainsi qu'à partir du mois de Mars 2017 le CHU de Rouen ainsi que les centres hospitaliers périphériques mettent en place le protocole Vigilans. Au 31 décembre 2021 on compte 7344 patients inclus dans le dispositif au niveau régional.

4.1.2 Mise en place régionale

La mise en place du dispositif dans la région suit une demande présentée lors du comité de pilotage en suicidologie au cours de l'année 2015. Cette demande suit une revue de littérature et la mise en évidence de caractéristiques épidémiologiques régionales alarmantes concernant le nombre de mort par suicide. La demande est donc cohérente avec la mise en place de mesures adaptées à la situation, ARS (Agence Régionale de Santé), 2018.³²

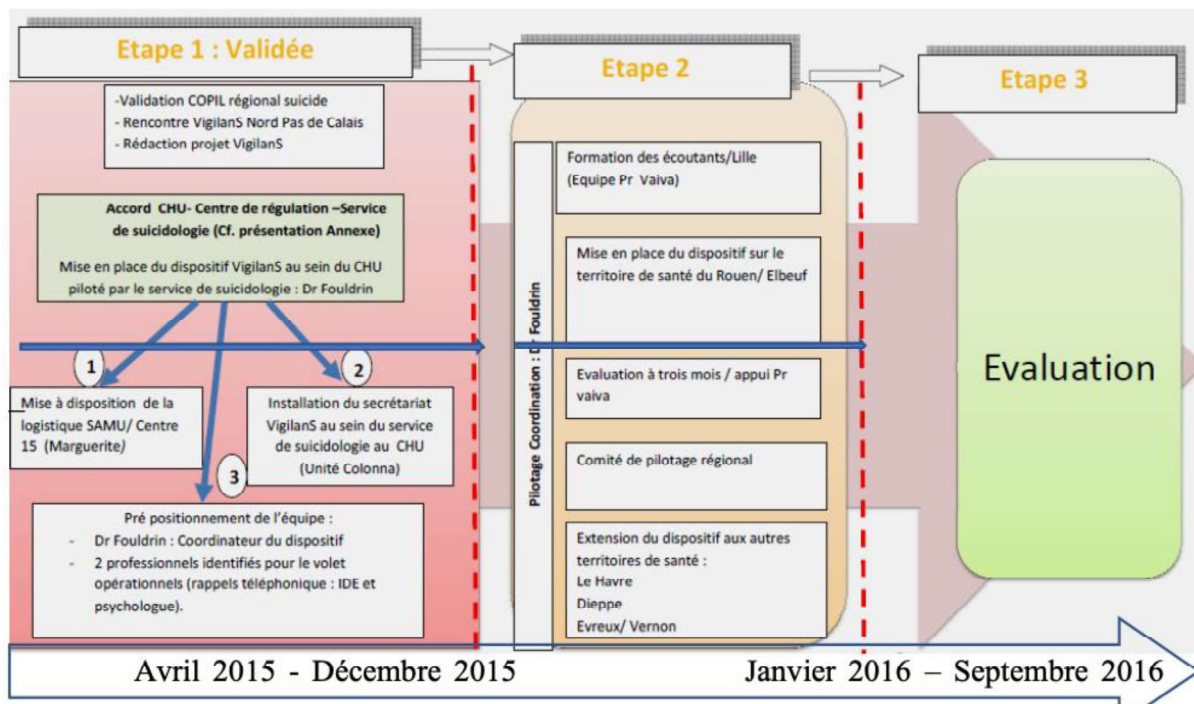


Figure 20 Étapes de mise en place du Dispositif au CHU de Rouen

Le fonctionnement de Vigilans au niveau de la Normandie suit le modèle Lillois d'origine. Les répondants ont été formés avant mise en place du dispositif. Le dispositif de veille est opérationnel dès le mois de Mars 2017.

Principes du système de veille	
<p>A. Sur les Services d'Urgences</p> <p>1) Evaluation du suicidant par un dispositif de psychiatrie d'urgence : toute TS doit bénéficier d'une évaluation psychiatrique sur les urgences.</p> <p>2) Pour tous les suicidants: Remise de la carte avec un n° d'écoute 10h-18h par la «plateforme de veille » et renseignement de la fiche de liaison pour la «plateforme veille » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identité, téléphone, représentant légal si mineur - Résumé sur la tentative de suicide et le contexte - L'orientation à la sortie des urgences (projet de soins) - Coordonnées du Médecin Traitant et des correspondants vers lesquels le patient a été orienté (Unité Fonctionnelle [UF] d'hospitalisation, Centre Médico- Psychologique [CMP], spécialistes libéraux) <p>3) Si réitérant : Remise d'un courrier au patient indiquant qu'il entre dans un dispositif de veille avec information de la procédure de rappel par la « plateforme veille ».</p> <p>4) Transmission de la fiche de liaison au secrétariat de Vigilans.</p> <p>5) Envoi d'un courrier de l'entrée du patient dans le dispositif de surveillance (une période de veille de 6 mois) aux professionnels de santé (référénts du patient, médecin traitant et/ou psychiatre) avec un N° de ligne téléphonique dédiée.</p> <p>Avant chaque contact, le patient est prévenu par courrier ou par SMS. Un compte rendu de l'entretien est envoyé aux professions de santé référents (Médecin traitant et /ou psychiatre)</p>	<p>B. Sur la « Plateforme Veille »</p> <p>1) Ecoute 10h-18h des appels des suicidants (environ 5% des suicidants)</p> <p>Lors d'un appel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation clinique du patient. Soutien psychologique. - Conseils et orientation vers le Médecin traitant, les SU, le Spécialiste référent du patient. - Appel au 15 si détresse, stade de la « cristallisation » (idéation suicidaire avec scénario planifié dans les heures suivantes) <p>2) A la réception de la fiche de liaison de tout suicidant (primo ou réitérant) : planification d'un rappel téléphonique à 6 mois.</p> <p>3) En plus, à la réception de la fiche de liaison pour les réitérants :Planification du rappel téléphonique entre J10 et J21.</p> <p>4) Lors de tout rappel téléphonique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation clinique du patient. - Recherche de signes de détresse et évaluation de la potentialité suicidaire. - Point fait sur l'investissement du projet de soins prévu à la sortie des urgences. - Pour les injoignables ou les mal observants : envoi de cartes postales (1/mois pendant 4 mois) - Si patient inquiétant : Signalement et déclenchement des urgences (15) ou orientation vers une hospitalisation. <p>Information du médecin traitant, SU et avis ponctuel aux urgences (APU), correspondants assurant les soins après le passage aux urgences (le patient est informé de ces actions)</p> <p>Programmation d'un nouvel appel si besoin.</p> <p>5) Après le rappel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une synthèse du rappel et des actions mises en œuvre (signalement aux référents). - Envoi de la synthèse aux référents du patient.

Figure 2/ Tableau détaillant les étapes de l'algorithme Vigilans

En 5 ans, plus de 7300 patients ont été inclus dans le dispositif. Les résultats à l'échelle régionale permettent d'évaluer la mortalité par suicide mais aussi le nombre de récurrences suicidaires ainsi que de nombreux paramètres. Les paramètres évaluables via Vigilans sont fonction des systèmes de traitement et d'exploitation des données accordés à chaque centre par l'établissement de santé.

Les résultats de la mise en place de Vigilans sur plusieurs centres sont évalués sur la période 2014-2018. L'efficacité du dispositif est mesurée sur le nombre de récurrences suicidaires par patient inclus dans le dispositif. On note une efficacité qui suit la pénétrance du dispositif.

Dans cette étude de Fossi Djembi et al, 21 centres sont participants. La comparaison est faite pour chaque centre entre le nombre de tentatives de suicide pré et post implantation du dispositif, et année après année avec mesure de pénétrance estimée sur le nombre d'inclusion de patients dans le dispositif sur le nombre total de tentative d'autolyse. (La pénétrance étant défini comme le nombre de tentatives de suicide chez les sujets inclus sur le nombre total de tentative de suicide.) Le modèle conclu à une réduction des tentatives de 40% pour une pénétrance de 25%.³³

Les études ont donc conclu à l'efficacité des dispositifs de veille sur les récurrences suicidaires. Ces dispositifs s'appuient comme nous l'avons vu sur un algorithme prédéfini et applicable selon le type de geste, primo ou récurrence. L'algorithme guide un ensemble de pratiques (remise de carte ressource, remise de coordonnées, rappel dans un intervalle de temps prédéfini, entretien lors de consultation éventuellement etc.). Ces pratiques s'intègrent dans ce que l'on nomme les interventions brèves. Ces interventions ont plusieurs avantages ; celui du faible coût, et de la mesure scientifique possible.

La gestion de crise suicidaire peut suivre deux modèles ; le premier s'appuie sur les soins psychiatriques intensifs ; sécurisation complète du patient par contenance en milieu protégé, le second sur le dispositif de veille avec mise en place de soignants formés pouvant intervenir en cas de sollicitation, Jardon et al, 2019.³⁴

Le second est un dispositif de veille a pour but de maintenir en dehors de la structure hospitalière un lien avec le patient. Ce lien a pour but de faire émerger chez le sujet inclus l'idée qu'une personne maintient à son égard un sentiment positif ; c'est la notion de *connectedness* de J.Motto.²²

Le lien entre le sujet et le vigilanseeur peut susciter chez le veilleur de mme une raction ; celle de l'inquiétude. Cette notion d'inquiétude dveloppée s'intgre dans ce que Monique Seguin nomme la clinique de l'inquiétude.

Les interventions brèves restent les moyens d'action privilgiés du veilleur et ont dj fait preuve de leur efficacit dans la prvention du geste suicidaire. Une grande mta analyse de 2015 slectionnant les tudes évaluant uniquement ce type d'intervention met en évidence une diminution de plus de 30% des rcidive de geste chez les sujets suicidant ayant bnficiés d'intervention brève au travers de la remise de carte, d'appel tlphoniques faisant l'objet d'entretien de soutien ou de rassurance, de remise de coordonnées, adressage de carte postale ect.³⁵

Ces interventions, comme citées prcdemment ont des avantages certains. S'ajoute à ceux-là leur reproductibilit, leur disponibilit à la fois par leur cout mais aussi par leur ralisation possible par toute personne formée au dispositif et pas seulement limitee au corps mcdical, Milner et al, 2015.³⁵

L'effet maximal potentiel des dispositifs d'intervention brève associent plusieurs modalités. L'efficacit des modalités tudiee indpendamment les unes des autres est aussi mise en évidence. En 2006 une tude multicentrique française incluant plus de 600 suicidants par IMV et s'intressant à l'efficacit sur la rcidive de geste d'un entretien tlphonique nous apporte les rultats suivants. Diminution de la rcidive sur l'annee suivante si maintien du lien tlphonique à un mois. Diminution marquée avec 22% de rcidive dans le bras contrle contre 12% de rcidive dans le bras interventionnel.²⁵

4.2 crise suicidaire

Les stratgies de prventions du suicide actuelles se tournent vers divers moyens de prise en charge, a plusieurs niveaux et engageant des corps de mtier multiples, nous dtaillerons leur nature et leur mise en place ultrieurement. Parmi ces dispositifs de prvention la constitution d'un rseau de sentinelle est en cours. Les sentinelles sont les civils formés au dpistage de la crise suicidaire. Ils peuvent provenir de diffrents corps de mtiers et sont donc intgrés a de

nombreux niveaux de la société. Ce déploiement à divers niveaux permet de donner l'accès aux soins aux sujets les moins capables d'alerter sur leurs difficultés. Les principales notions de suicidologie transmises aux sentinelles mais aussi aux professionnels de santé se formant à la crise suicidaire provient d'outre Atlantique. Monique Seguin est la principale actrice de la constitution du programme de prévention. Les notions que nous détaillerons ci-après sont issues de la formation à la gestion de crise suicidaire.

4.2.1 Définition et modélisation

La crise suicidaire est définie avant tout comme une crise psychique.

Période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement grave, qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut ni fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de problème. Caplan, 1964.³⁶

L'état de crise est un tableau clinique dont la sémiologie peut être identifiée. Ce tableau est caractérisé par un état de dépassement émotionnel réduisant l'efficacité cognitive et aboutissant à une incapacité à la résolution de problème. La perception de la réalité est brouillée et le sujet se concentre sur des solutions inadéquates.

L'état d'équilibre est l'état de base de tout individu dont le fardeau de vie et les comorbidités psychiatriques sont compensées.

L'état de vulnérabilité est l'état atteint chez le sujet dont les stratégies de coping, l'étayage ainsi que les soins psychiatriques ne suffisent pas à assurer un état de stabilité psychique.

L'état de crise est la période de désorganisation majeure de l'appareil psychique au cours de laquelle le sujet est à risque de passage à l'acte.

La restriction cognitive en situation de crise

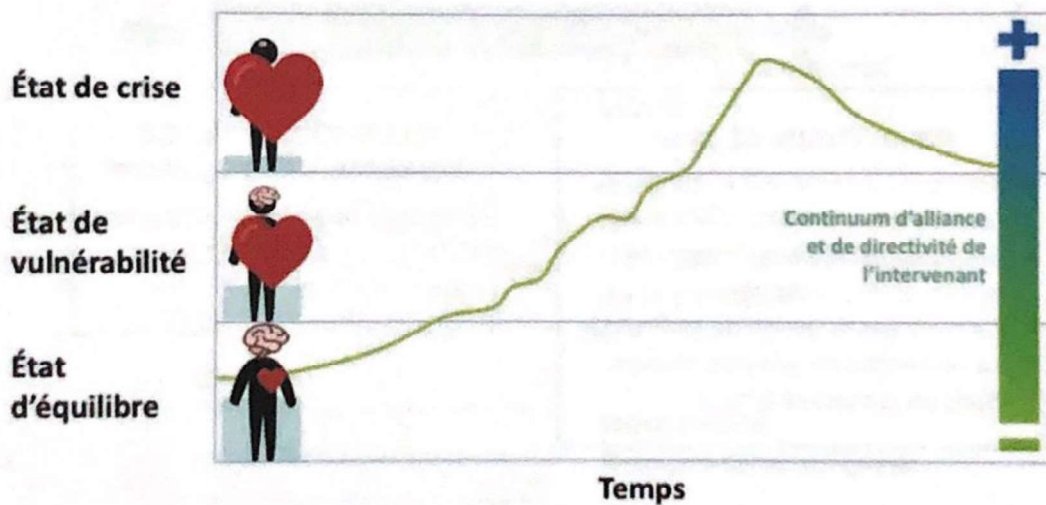


Figure 22 La restriction cognitive en situation de crise

Plusieurs issues à la crise sont envisageables. L'issue favorable renforce les capacités d'adaptation du sujet qui bénéficie d'une marge de tolérance au facteurs de stress accrue. L'issue neutre est un simple retour à l'état de base. L'issue défavorable fragilise le sujet, le rendant plus vulnérable.

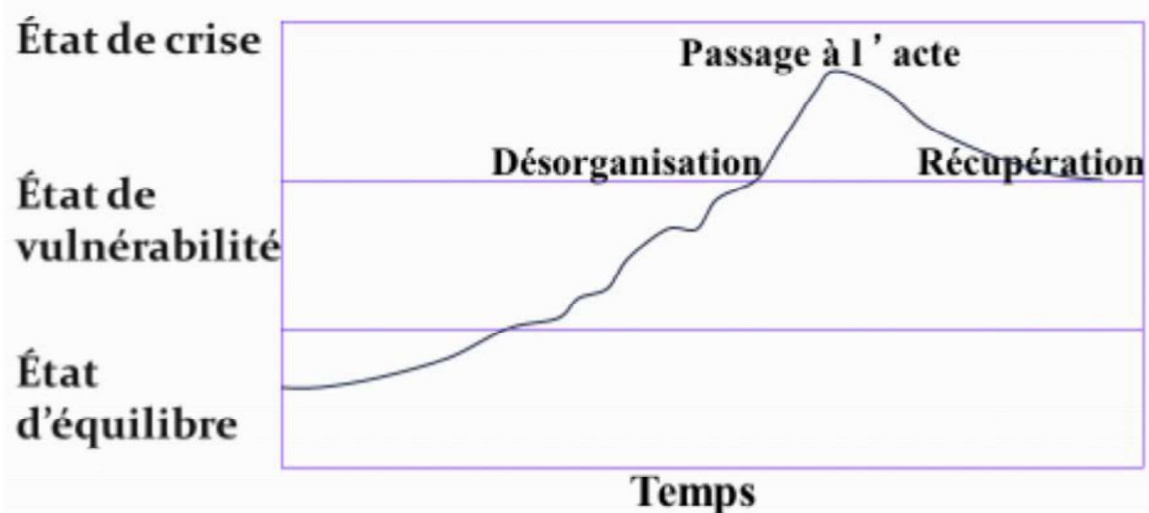


Figure 23 Schéma représentant le modèle psychologique de crise suicidaire repris par Monique Seguin

La progression des idées suicidaires, leur nature et leur intensité permettent au clinicien de situer le patient dans le processus de crise suicidaire. Les idées suicidaires passives, idées émergentes selon lesquelles la mort pourrait être une solution surviennent en début de crise, les idées suicidaires actives apparaissent plus tard ; le sujet élabore autour d'un éventuel passage à l'acte et présente déjà des signes de restriction cognitive ; on parle d'entonnoir du suicide, représenté sur la figure 23 pour illustrer la restriction cognitive et l'engouffrement des idéations du sujet suicidaire. Lorsque le sujet a scénarisé son geste vient la planification puis le passage à l'acte.²⁰

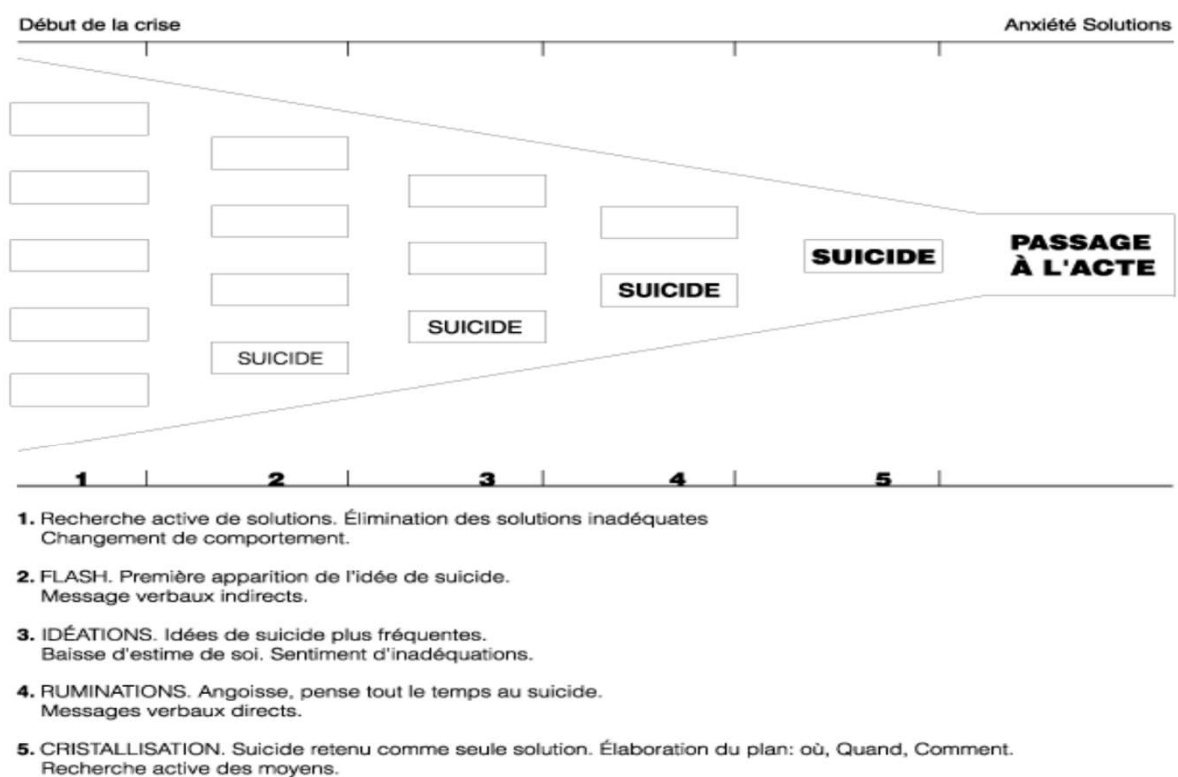


Figure 24 Modèle "d'entonnoir" de la crise suicidaire ³⁷

Les modèles d'inspiration psychologique de crise suicidaire de Monique Seguin décrivent trois types de crises suicidaires ;

-la crise psychosociale ; rupture brutale avec état antérieur causé par état de transition, deuil ou perte importante.

-la crise psycho traumatique ; suit une agression, une catastrophe, un accident.

-la crise psychopathologique ; évènement initié en raison d'un trouble de santé mentale ou tout autre évènement. Cette crise est la conséquence d'un trouble mentale antérieur.

4.2.2 Identification des facteurs de crise

Les facteurs de risque de crise suicidaire sont des facteurs qui accroissent la vulnérabilité au stress et la probabilité de rentrer en crise. Ils sont relevés lors de l'examen clinique du sujet suicidaire aux urgences le cas échéant et permettent de guider les choix thérapeutiques à mettre en place pour le sujet.

-Les facteurs de risque sont dits distaux lorsqu'ils trouvent leur origine à distance de la crise suicidaire ; ils englobent les antécédents psychiatriques, les maladies mentales connues, les comportements addictologiques mais aussi les éléments biographiques.

-Ils sont proximaux lorsqu'ils font partie des éléments contextuels directs qui contribuent à la crise suicidaire.

La figure 24 ci-dessous détaille la nature de ces facteurs.

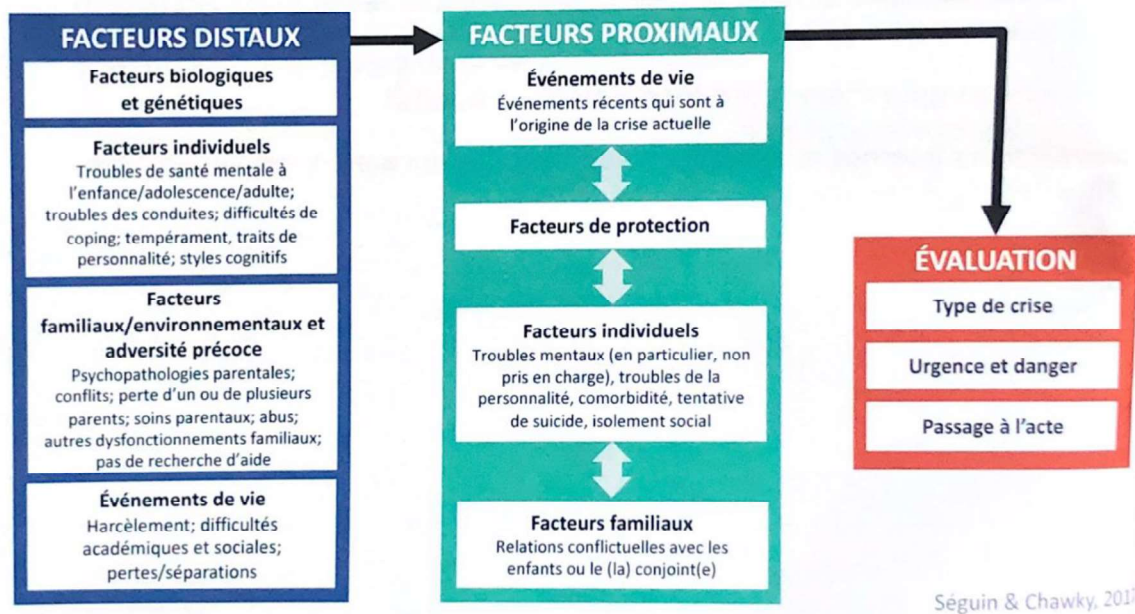


Figure 25 Facteur de risque associés au développement de la vulnérabilité et à l'évaluation de la crise suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire reste néanmoins une tâche difficile et dont les résultats nous orientent mais ne soustraient pas l'imprévisibilité du geste. Nous possédons pour autant des outils développés et utilisés en pratique courante nous permettant d'appréhender le sujet face au risque suicidaire ; le DUR :

-La Dangerosité

Létalité et accessibilité du moyen létale envisagé.

-L'Urgence

Estimation de probabilité d'un décès par suicide dans les 48h. Évalue la présence, l'intensité et la nature des idées suicidaires. Évalue la présence d'alternative au suicide.

-Le Risque

Estimation basée sur l'épidémiologie face au risque de survenu d'un décès par suicide dans les deux ans. Il inclut les facteurs de risque individuels, psychologiques et psychosociaux mais aussi les maladies mentales diagnostiquées.

Le DUR reste un outil à manier avec précaution car il n'est pas prédictif avec certitude d'un éventuel passage à l'acte et son évaluation reste à interpréter avec précaution. Une évaluation plus globale du patient reste nécessaire pour une prise en charge adaptée au mieux.²⁰

Cette approche a la particularité de ne pas nécessiter de connaissances médicales ou psychologiques et permet une évaluation standardisée entre acteur du système de santé et acteur extrahospitalier sans fonction paramédicale.

Nous développerons dans la partie suivante les outils à disposition et l'efficacité de ces derniers dans la gestion de crise suicidaire et de son inscription dans le temps.

4.3 Thérapie brève ; l'intervention de crise

La notion d'intervention brève est communément rencontrée dans le milieu de l'addictologie. Il s'agit d'un soin minimal dispensé dans le but de sensibiliser le sujet étant à risque. Concrètement ces interventions brèves font parties du champs de la prévention, HAS (haute Autorité de Santé) 2021.³⁸

Le champ des interventions brèves est large et multimodal. Les thérapies brèves peuvent être définies comme un type d'intervention brève.

En suicidologie le terme de stratégies d'interventions brèves est préféré. Il appartient dans ce domaine aussi aux soins préventifs. Ces stratégies incluent :

- Interventions à la fois de sensibilisation,
- Levée de tabou avec évocation de la présence d'idées suicidaires,
- Explications données sur la nécessité d'évoquer ces idées à des tiers,
- Informations données sur la disponibilité des professionnels de santé
- Conduite à tenir en cas de recrudescence.

L'efficacité de ces interventions brèves en suicidologie nous encourage à les poursuivre à ce jour. Entre 2002 et 2005 un essai contrôlé randomisé multicentrique à travers cinq pays de modèles culturels différents rapporte une réduction de la mortalité par suicide lorsque le traitement de routine est mené en parallèle de ces interventions brèves de maintien de contact.

Les résultats à 18 mois de suivi mettent en évidence une réduction de 2% de la mortalité par suicide dans le bras traitement de 872 suicidants. Dans cette étude c'est le recours à l'appel téléphonique comme modalité de contact qui est évaluée, Fleischmann et al, 2008.³⁹

La thérapie brève est une approche psychologique du patient avec pour objectif l'obtention de résultats à court terme et après un nombre prédéfini de séances de psychothérapie. La thérapie brève est elle aussi un outil pouvant être inclus dans les stratégies d'intervention brève, Exbrayat S. et al, 2017.⁴⁰

Au sein des thérapies brèves la suicidologie s'intéresse à la thérapie interpersonnelle, indiqué initialement dans le traitement des épisodes dépressifs caractérisés, Myrna M et al, 2020.⁴¹

Les thérapies interpersonnelles émergent dans les années 70 aux États Unis. Leur première étude se fait en parallèle d'un traitement anti dépresseurs tricycliques chez des sujets atteints de dépression. Une réduction des symptômes de dépression dans la cohorte de sujet bénéficiant des thérapies brèves est mesurée.⁴¹

Le travail mené par le patient et le thérapeute dans les thérapies interpersonnelles est fondé sur la théorie interpersonnelle des souffrances mentales. Cette approche psychologique engage des modèles propres dont les fondements remontent au milieu du 20eme siècle.⁴¹

Dans son ouvrage de 1953 *The Interpersonal Theory of Psychiatry* Harry Stack Sullivan, psychiatre de l'université du Maryland, définit les bases de la théorie interpersonnelle et des conséquences des interactions de l'individu avec son entourage.⁴²

La théorie interpersonnelle prend pour hypothèse le lien de causalité entre les difficultés d'interaction avec l'environnement et la naissance ou l'aggravation d'épisode dépressifs caractérisés. Le sujet ne trouverait pas dans ces interactions de lien assez sécurisant, au sens de la théorie de l'attachement, pour surmonter ses difficultés. La thérapie interpersonnelle nous met sur la piste de l'émergence de crises suicidaires dans un contexte de difficultés interindividuelles.

Cette théorie interpersonnelle est reprise par Monique Seguin⁴³ et pose les fondements des outils mis ce jour à disposition pour prévention et gestion de crise suicidaire ; un des axes de santé publique mis en place par le gouvernement en France. Monique Seguin fait le lien entre le fardeau de vie constitué des événements de vie négatifs proximaux (récents) et distaux (anciens) et le suicide. L'approche psychopathologique de la crise suicidaire est un axe de travail privilégié par la psychiatrie aujourd'hui en suicidologie. La psychopathologie va

chercher dans l'étiologie de la crise suicidaire une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux d'une part, et le fardeau de vie d'autre part. Dans une étude de M Seguin parue en 2014⁴³ elle isole des facteurs de risque contributifs au passage à l'acte suicidaire abouti. On y retrouve les troubles des conduites et du comportement dans l'enfance et l'adolescence, isolement social, séparation conjugale et antécédent de passage à l'acte.

Pour répondre à cette crise suicidaire le modèle suggère une intervention brève de type psychothérapie brève au cours de laquelle le sujet formé à la gestion de crise suicidaire, médecin ou psychologue, va suivre plusieurs axes.

Le premier axe vise à la sécurisation du patient, puis à l'évaluation du risque comme vu précédemment.²⁰

Secondairement le thérapeute va engager un travail de verbalisation des émotions, émotions entravant les fonctions cognitives et donc à la base du passage à l'acte. L'identification, la dénomination, la description des émotions permet la désescalade de crise et rend le suicidant plus accessible à la poursuite de la thérapie brève. Après reconnaissance des émotions le sujet de la crise peut être abordé ; c'est l'approche des facteurs proximaux. Rappelons que le suicidant n'est pas dans un choix au moment du passage à l'acte mais dans une absence de choix, aucune solution ne s'offre à lui. Le travail de recherche de solutions est conjoint, mais le thérapeute doit toujours évaluer le degré de posture interventionniste à adopter. Plus le sujet est en crise, moins de capacités cognitives sont mobilisables et donc le thérapeute doit se positionner en interventionniste.

La recherche de solutions aux problèmes se fait après désescalade de crise. Cette recherche de solution est l'axe majeur de travail mené en thérapie interindividuelle en suicidologie puisque, nous le verrons, les difficultés intersubjectives sont dans la plupart des cas rapportées dans les facteurs proximaux de crise.

L'étude de l'efficacité des psychothérapie brèves en suicidologie reste active et de vastes programmes tendent actuellement à perfectionner les interventions à mener, Stapelberg et al, 2021.⁴⁴

4.4 Traitements pharmacologiques et réduction du risque suicidaire.

Le traitement des comorbidités psychiatriques est un point essentiel du traitement préventif du passage suicidaire. La littérature nous rapporte la prévalence de deux comorbidités principales chez les suicidant ; l'épisode dépressif caractérisé et l'abus de substance, en majorité l'alcool.²³

Cependant les données restent hétérogènes sur l'efficacité du traitement des comorbidités comme traitement préventif de la crise suicidaire. Autrement dit l'utilisation de traitement pharmacologiques ciblant spécifiquement les conduites suicidaires serait à privilégier.

4.4.1 Sels de Lithium

Wilkinson et al. dans une étude publiée en 2021 analyse l'efficacité des sels de lithium sur la réduction des conduites suicidaires. L'étude consiste en une méta analyse des études observationnelles dans lesquelles la prescription de lithium chez les patients atteint d'un trouble thymique, à visée anti suicidaire est évaluée. La méta analyse rapporte une diminution des suicides de 60%.⁴⁵

La méta analyse conclu à l'efficacité du lithium indépendamment du trouble psychiatrique, ce qui doit encourager les pratiques à la prescription de lithium chez les sujets à risque.⁴⁵

L'hypothèse retenue sur les mécanismes rendant le lithium efficace serait son action anti impulsive et son action sur les fonctions cognitives avec une amélioration a la prise de décision.⁴⁵

4.4.2 Clozapine

Une méta analyse de Wilkinson et al, publiée en 2021 conclu sur un recueil de données rétrospectif issue d'études observationnelles à une diminution des suicides de 70%.⁴⁵

Le mécanisme principale pouvant expliquer l'efficacité est l'action sur l'impulsivité.⁴⁵

4.4.3 Esketamine et Ketamine

Ces traitements sont à l'étude dans la crise suicidaire. Leur efficacité à court terme sur le suicide est déjà mise en évidence. Nous avons aussi constaté une résurgence des symptômes à distance de l'administration des traitements.

Les résultats restent hétérogènes sur l'efficacité. En 2021 une méta analyse menée par Bahji et al. met en évidence une inefficacité du traitement sur la crise suicidaire.⁴⁵

5 – Analyse des décès par suicide dans la base de données VigilanS.

5.1- Introduction

L'épidémiologie du suicide à travers le monde, l'Europe et la région Normande reste alarmante. La suicidologie, au sein de la psychiatrie s'intéresse aujourd'hui aux facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire.¹ L'identification et la caractérisation de ces facteurs de risque sont autant d'arguments pour une intervention ciblée et une attention toute particulière maintenue sur ces patients. Le plus fort facteur de risque prédictif de passage à l'acte aujourd'hui reste l'antécédent de passage à l'acte.²³ C'est dans cette connaissance du suicidant que s'est développé le dispositif Vigilans, Jardon V et al, 2019.⁴⁶

Les résultats en 2020 de la mise en place de Vigilans au niveau régional Nord et Pas de calais confirment l'efficacité du dispositif sur le nombre de récidives, Plancke L et al, 2020.⁴⁷ Nous détaillerons dans la partie résultat les premières données recueillies après la mise en place du dispositif.

L'utilisation de ce dispositif permet non seulement d'apporter des soins psychiatriques au patient mais nous permet aussi de mieux étudier les caractéristiques des patients suicidants afin d'affiner la prise en charge et de mieux identifier les facteurs de récurrence. C'est donc à la fois un dispositif de veille et un dispositif de soins.

5.2- Matériel et méthode

5.2.1 Objectif

L'objectif de notre étude est d'identifier des facteurs associés au décès par suicide après avoir fait une tentative de suicide en analysant la base de données Vigilans Seine Maritime- Eure.

Notre étude est une étude épidémiologique descriptive. La méthode utilisée s'inspire de l'autopsie psychologique. Les informations concernant les sujets proviennent d'une base de données tenue à jour par le secrétariat de Vigilans, et croisée aux dossiers médicaux informatisés des patients.

5.2.2 Critères d'inclusion

Sont inclus tous les patients dont on sait qu'ils sont décédés lors de la période de veille sanitaire faisant suite à l'inclusion dans Vigilans après un geste suicidaire.⁴⁶

Ces informations biographiques, cliniques seront analysé par l'étude rétrospective du dossier du patient.

Pour notre étude, visant à caractériser les sujets à hauts risques suicidaires, nous nous interrogeons sur les critères clinico socio biologique et biographiques des patients ayant été inclus dans le dispositif mais ayant échappé à celui-ci. Le critère d'inclusion est donc le décès par suicide. Tous les sujets ayant été rapportés décédés mais dont la mort n'est pas avec certitude le résultat d'un passage à l'acte suicidaire ont été traités à part.

5.2.3 Données recueillies

Les données recueillies dans notre étude sont :

- l'âge
- le sexe

- la situation professionnelle
- la présence d'un facteur de stress précipitant le geste
- la présence d'une addiction
- le type de prise en charge
- les traitements psychotropes prescrits au moment du décès
- la présence d'enfant
- la modalité initiale de geste motivant l'inclusion
- l'intervalle de temps entre la sortie d'hospitalisation et le décès

6- Résultats

La population de notre étude est issue des inclusions dans le dispositif Vigilans, l'inclusion se faisant après un geste suicidaire. La population est donc composée de sujets suicidants adressés aux différents établissements hospitaliers régionaux et au CHU de Rouen.

Le dispositif Vigilans est actif à Rouen depuis 2017. Le recueil de données fait sur les codages émanant des urgences et aboutissant à des hospitalisations sur le Centre Hospitalier du Rouvray dans les suites d'un passage à l'acte suicidaire met en évidence une diminution de 15,2% du nombre d'hospitalisation.

Le nombre annuel d'hospitalisation dans les suites d'un passage à l'acte, à 1 an de la mise en place du dispositif passe de plus de 700 à moins de 500 hospitalisations.

Entre Mars 2017 et décembre 2021, 7344 sujets ont été inclus dans Vigilans après avoir réalisé une tentative de suicide. Nous détaillons les caractéristiques des sujets inclus dans l'étude décédés par suicide, au nombre de 31.

Nous avons été informés du décès de 45 patients, 31 par suicide, 14 d'une cause médicale.

En raison du faible nombre de personnes incluses dans les deux groupes nous avons choisi de ne pas faire de comparaison statistique même en utilisant des tests non paramétriques.

6.1- Répartition par sexe



Figure 26 Illustrant la répartition par sexe.

Nous retrouvons une importante surreprésentation des hommes parmi les personnes décédées par suicide ce qui est une donnée habituelle.

6.2- Répartition par âge

La moyenne d'âge au moment du décès est de 47,9 ans dans le groupe des suicidants décédés par suicide, la médiane de 47 ans.

Dans le groupe des suicidants décédés de cause médicale la moyenne est de 67,6 ans et la médiane de 73 ans.

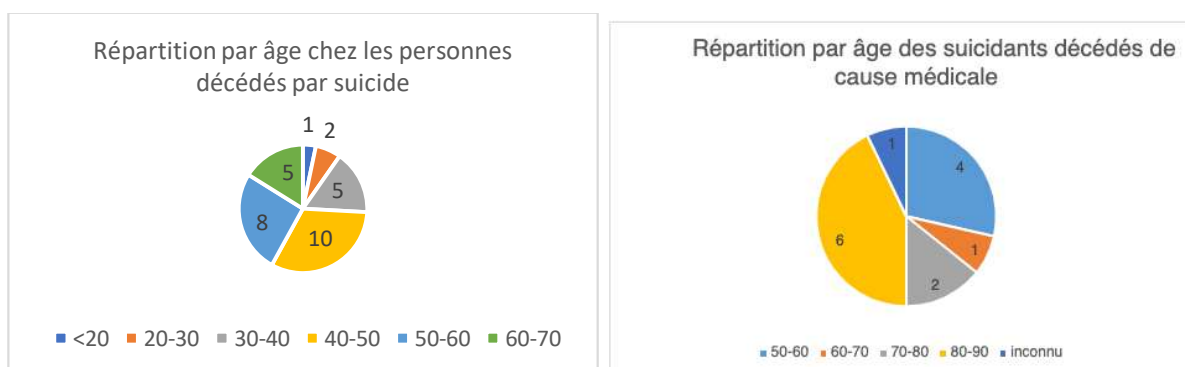


Figure 27 Illustrant la répartition par classe d'âge.

La moyenne d'âge au moment du décès est de 47,9 +/- 13,9 ans dans le groupe des personnes décédés par suicide, la médiane de 47 ans.

Dans le groupe des suicidants décédés de cause médicale la moyenne est de 67,6 +/- 22,6 ans et la médiane de 73 ans.

Nous avons donc une classe d'âge située entre 40 et 60 ans représentant plus de la moitié de l'effectif des personnes décédées par suicide.

Dans le groupe des suicidants décédés de cause médicale, 6 sujets sur les 14 sont décédés entre 80 et 90 ans.

6.3- Existence d'un facteur de stress précipitant le geste initial

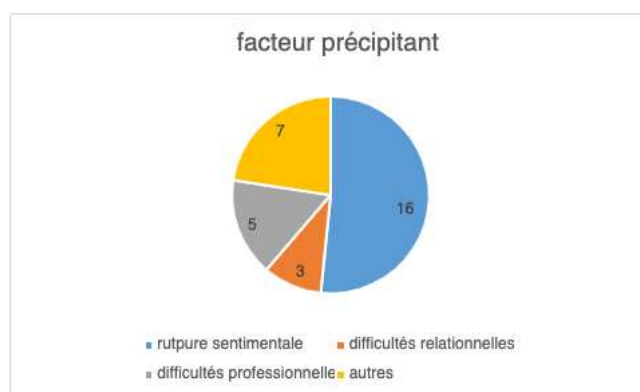


Figure 28 Illustrant la répartition de l'effectif selon le facteur précipitant.

D'après les chiffres ci-dessus nous constatons la présence d'un facteur précipitant prédominant, la rupture sentimentale.

6.4- Situation professionnelle au moment de l'inclusion



Figure 29 illustrant la répartition de l'effectif selon la situation professionnelle.

L'absence d'activité professionnelle est un marqueur social majeur suivant les chiffres de mortalité par suicide. Cette absence d'activité regroupe à la fois le chômage et les arrêts longue durée.

Dans le groupe des suicidants décédés de cause médicale nous notons 100% de l'effectif sans activité professionnelle, avec une grande majorité de personnes en retraite.

6.5- Addiction

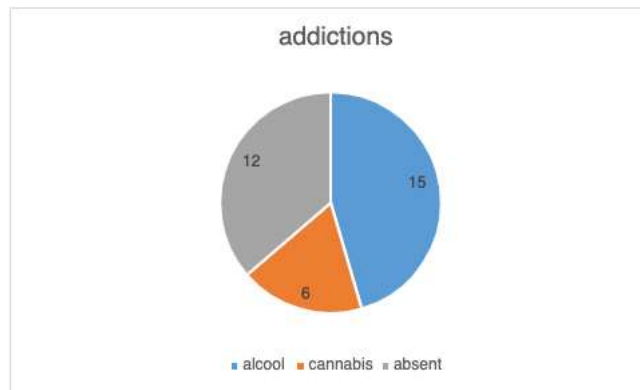


Figure 30 Illustrant la répartition de l'effectif selon la présence d'addiction.

Nous retrouvons une prévalence élevée d'addiction dans la population des décédés par suicide (67,7%), ce qui est une donnée habituelle. Haï, dans ses travaux universitaires, met en évidence la corrélation du trouble de l'usage de l'alcool à la mortalité par suicide.⁴⁸

6.6- Type de prise en charge



Figure 31 Répartition selon le type de prise en charge en cours au moment du suicide.

Le diagramme ci-dessus nous expose au constat de la présence de morbidité psychiatrique chez les sujets décédés de suicide. La grande majorité des décès par suicide issues de notre base de donnée bénéficiait au moment du décès d'un suivi psychiatrique. L'adhésion au suivi et le bon usage des prescriptions de traitements nécessiterait de plus amples investigations.

6.7- Traitements psychotropes prescrits au moment du décès

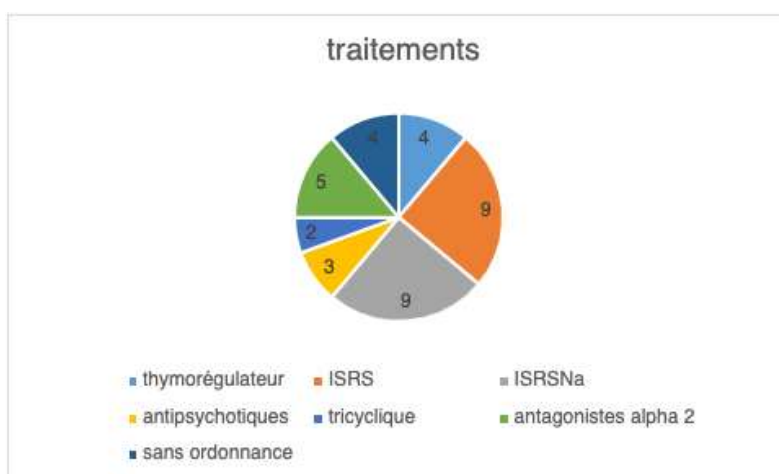


Figure 32 Répartition selon le type de psychotrope prescrits.

D'après l'illustration des chiffres ci-dessus il apparaît que la dépression, prise en charge par antidépresseurs de première ou seconde intention constitue la morbidité psychiatrique principale. Ces données sont comparables à celles de Sakashita et al, publiée en 2019 et retrouvant plus de 70% de suicidant atteints de dépression.

6.8- Parentalité

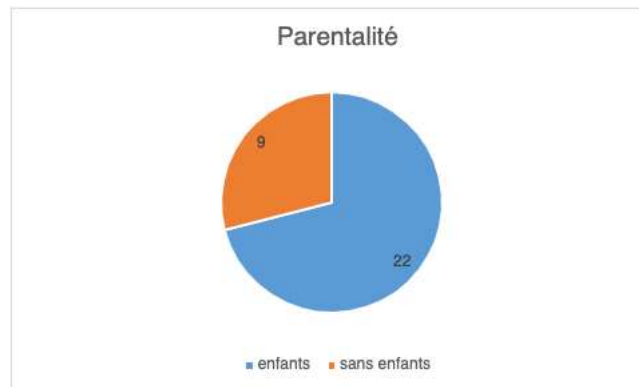


Figure 33 Répartition selon la présence d'enfant.

La présence d'enfant, de même que la situation maritale peuvent être rapprochés de l'entité « isolement social ». Nous ne pouvons considérer cette donnée devant le manque d'information quant à la nature des relations intrafamiliales.

6.9- Modalité initiale de tentative d'autolyse ayant motivé l'inclusion dans Vigilans.

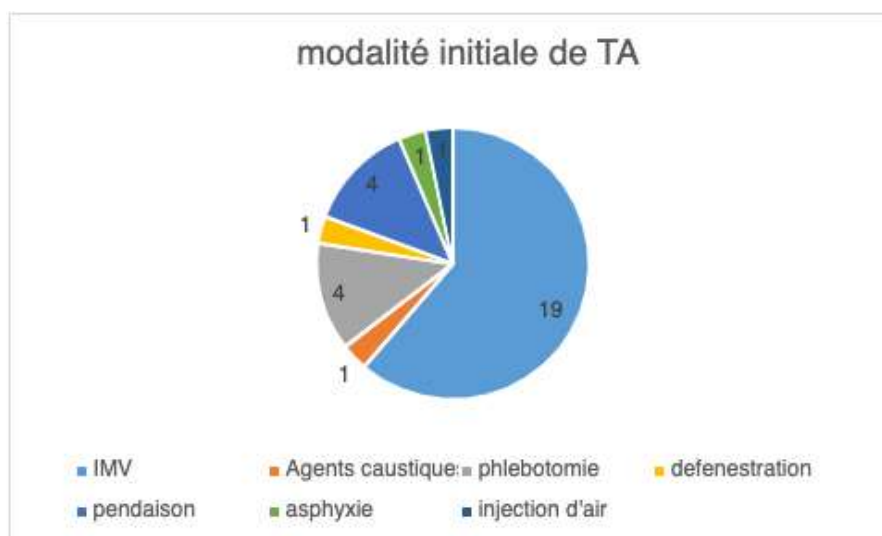


Figure 34- Modalité initiale de tentative d'autolyse.

La modalité initiale de tentative d'autolyse est une information capitale. Ci-dessus nous pouvons constater que sur les 31 personnes décédées par suicide durant le suivi, 12 avaient déjà réalisé un geste à létalité élevée motivant l'inclusion dans Vigilans. Par ailleurs, notre système de codage diagnostique ne permet pas d'identifier au sein des personnes ayant commis une intoxication médicamenteuse volontaire, celles dont le geste pouvait être considéré à létalité élevée. C'est pourquoi un certain nombre d'auteurs traitent à part les tentatives de suicide par Intoxication Médicamenteuses Volontaires.

6.10- Intervalle de temps entre sortie d'hospitalisation et décès par suicide

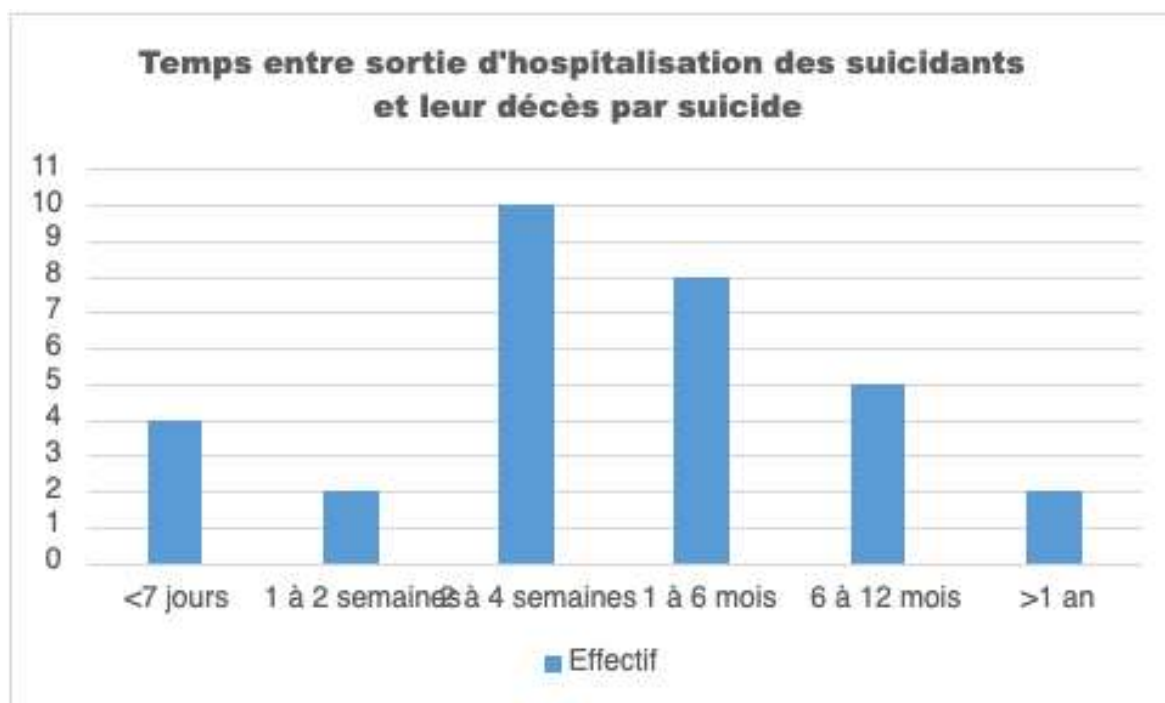


Figure 35 Illustrant la répartition des décès par suicide selon la durée entre leur sortie d'hospitalisation et leur mort.

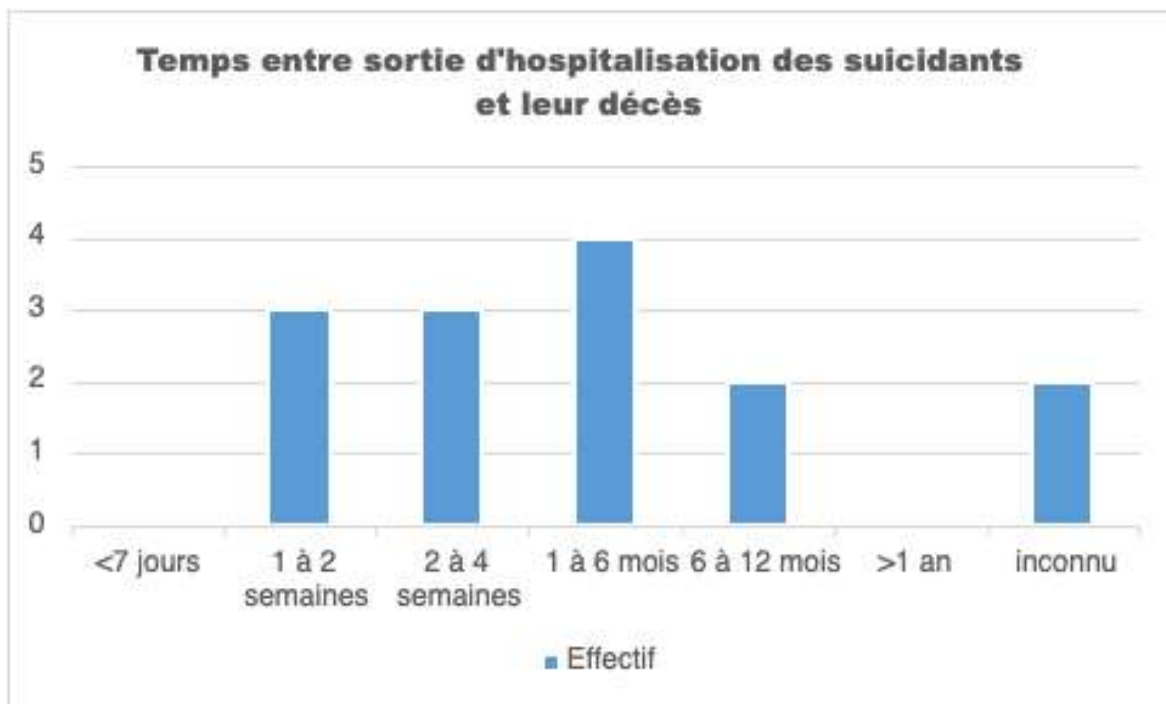


Figure 36 Illustrant la répartition des décès selon la durée entre leur sortie d'hospitalisation et leur mort.

Les sujets bénéficiant d'une hospitalisation après un passage à l'acte sortent de l'hôpital avec la mise en place d'une prise en charge adaptée. Ce suivi doit être renforcé dans les premiers temps après le geste, comme nous le montre le diagramme ci-dessus. L'intervalle de temps durant lequel le plus grand nombre de suicidants vont décéder par suicide se situe entre 2 et 4 semaines.

7 - Discussion

Notre travail s'intéresse à identifier et même caractériser les facteurs de risque associés au décès par suicide après avoir réalisé un premier geste.

Nous concluons donc à la présence de facteurs de risque partagés par les sujets décédés de suicide malgré leur inclusion dans le dispositif. Nous pouvons rappeler les facteurs de risque retrouvés sur notre échantillon de 31 patients issues d'une population de suicidant de 7344 patients.

Nous avons trouvés que le sexe masculin est un facteur de risque associé au décès par suicide après un premier geste. La figure 25 place les hommes devant les femmes en ce qui concerne la mort par suicide. Ces données sont retrouvées dans de nombreux travaux d'épidémiologie (Vuagnat et al en 2019 ⁴⁹). Il semble que les hommes accèdent moins facilement aux soins psychiatriques que les femmes pour des raisons de représentations sociales. Par ailleurs, les hommes font des gestes suicidaires caractérisées par une plus grande impulsivité et un choix de moyen à létalité élevée. Dans une analyse des chiffres de décès par suicide du CépiDC en 2006, Jouglas retrouve que les modes de suicide à létalité élevée sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (pendaison 52 % vs 29%, arme à feu 20% vs 3 %). Ces données semblent compatibles avec celles de notre échantillon. Cette donnée est à mettre en opposition a la prédominance de femmes concernant les tentatives de suicide. Canetto nous offre dans son ouvrage de 1998 une hypothèse pouvant donner réponse à ce paradoxe⁵⁰

La répartition par classe d'âge est une donnée nous permettant d'accorder d'autant plus de vigilance sur les suicidants dont l'âge est entre 40 et 60 ans. Nous avons mis en évidence que cette classe d'âge est plus à risque de décès par suicide après un premier geste. Cette notion est déjà mis en exergue par de nombreuses études dont celle de Van Orden publiée en 2012 nous mettant en garde sur la nécessité de prise en charge précoce des personnes âgés de plus de 45 ans, avant qu'elle n'arrive à l'âge des seniors.⁵¹

Nous retrouvons que l'absence d'activité professionnelle reste un facteur de risque associé au décès par suicide après une premier geste. Cette composante est déjà mise en évidence par les travaux de Hawton et al, parues en 2011 et mettant en avant le chômage et l'isolement social comme facteur de risque majeur de décès par suicide.⁵²

La présence d'un facteur de stress précipitant le geste est mise en évidence dans notre étude, avec pour prédominance la rupture sentimentale. Nous pouvons regrouper ce facteur et celui de la difficulté relationnelle en un seul facteur ; la difficulté dans les relations interpersonnelles. Cette situation complexe peut être prise en charge par TIP, une orientation dont les travaux laissent entendre une efficacité notamment sur la prévention de la récurrence, dans l'étude de Guthrie et al, publiée en 2001.⁵³

Dans notre étude, le recueil de données concernant les modalités du premier geste met en évidence que 12 des 31 patients décédés par suicide avaient réalisé un geste suicidaire initial à létalité élevée soit près de 38%. Si les gestes suicidaires initiaux par intoxication médicamenteuse volontaire restent les plus fréquents (62% des patients), nous ne pouvons pas aujourd'hui les caractériser selon un degré d'intentionnalité suicidaire qui nous permettrait de les classer en geste à létalité élevée ou faible. En 2007 sur une file active de 860 suicidants vus en consultation psychiatrique au SAU et à l'UHCD du CHU Charles Nicolle (source DIM), seulement 7,8% avaient réalisés un geste à létalité élevée lors de l'inclusion dans Vigilans. Nos résultats suggèrent que la létalité du geste initial doit être prise en compte puisqu'elle semble constituer un facteur majeur de risque de décéder par suicide.

Parmi ces gestes violents la phlébotomie et la pendaison doivent nous interpeller. De nombreuses investigations ont été menées concernant ces gestes et nous poussent à considérer les sujets employant des modalités à haut potentiel létale comme les sujets les plus à risque de récurrence. Nos résultats sont confortés par les travaux de Fossi et al de 2019 qui isolent ces gestes suicidaires comme des facteurs à très haut risque de récurrence de passage à l'acte. Les auteurs évoquent l'hypothèse d'une « désensibilisation à la peur de mourir ».²³

Le dispositif Vigilans est actif à Rouen depuis mars 2017. Après une année de fonctionnement, nous avons pu observer une baisse de 29% de nombre de tentatives de suicides admises aux urgences du CHU de Rouen (source DIM CH du Rouvray). De même, le nombre de personnes hospitalisées au CH du Rouvray dans les suites d'un geste suicidaire a diminué de près de 15%. La File Active prise en charge sur ces deux centres hospitaliers était stable chaque année depuis 2011. Cette forte diminution suggère que Vigilans exerce un réel effet de prévention des récurrences secondaires ; les résultats de notre équipe viennent confirmer celles de l'équipe lilloise porteuse nationale du projet.

Les 31 personnes décédées par suicide avaient été orientées après leur évaluation hospitalière et étaient suivies majoritairement en raison de troubles de l'humeur. La prise en charge et l'inclusion dans le dispositif Vigilans n'a cependant pas permis d'éviter leur décès.

Les résultats de notre étude nous confortent sur la nécessité de mieux identifier les combinaisons de facteurs de risques associés au décès par suicide. Nous pourrions alors espérer identifier un sous-groupe à ultra haut risque devant faire l'objet d'une orientation vers une prise en charge renforcée, et particulièrement dans les 6 à 8 semaines suivant le geste suicidaire. Il semble que parmi la population des suicidants, l'association du sexe masculin, de l'isolement social, de la présence d'addiction et de troubles psychiatriques chez une personne ayant réalisé un geste à létalité élevé doit particulièrement nous alerter. Rappelons que la crise suicidaire est en moyenne une période de 4 à 6 semaines, période au cours de laquelle le suivi devrait être intensif.

Les résultats de notre travail restent cependant à relativiser. L'analyse de notre échantillon est soumise à un biais d'inclusion. Parmi l'ensemble des patients inclus dans Vigilans après un geste suicidaire, près de 10% sont perdus de vue. Nous ne pouvons pas savoir combien de personnes sont décédées par suicide parmi ces derniers. Nos résultats seront à consolider en poursuivant l'analyse des données de Vigilans. La poursuite de l'étude pourrait permettre de constituer un groupe témoins suffisant de personnes décédées d'une autre cause que de suicide durant la période de veille sanitaire afin de pouvoir procéder à des comparaisons statistiques qui viendront consolider nos résultats.

8- Conclusion

La mortalité par suicide en France, bien qu'en nette diminution depuis près de 30 ans, reste un problème de santé publique majeur.

Les dispositifs de prévention mis en place depuis le début des années 2000 ont montré leur efficacité tant en prévention primaire (formations au repérage et au dépistage des crises suicidaires) qu'en prévention secondaire (notamment en déployant Vigilans sur l'ensemble du territoire national).

Des efforts restent cependant à effectuer pour identifier des populations plus à risque que d'autres de décéder par suicide. Si nous pouvions réussir à identifier un sous-groupe à Ultra-Haut Risque, nous pourrions alors essayer de lui proposer une prise en charge différente et intensive durant les 8 semaines de durée de la crise suicidaire. Le déploiement récent du Numéro National de Prévention du Suicide 3114, viendra lui aussi prendre sa place dans cette stratégie de prévention en s'articulant avec Vigilans, et en offrant aux usagers une réponse permanente tous les jours de la semaine.

1. De Leo, D. *et al.* The WHO START Study: Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World. *Crisis* **34**, 156–163 (2013).
2. Suicide worldwide in 2019- global health estimates. <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-dans-le-monde/>.
3. Observatoire National du Suicide. Suicide, quel lien avec le travail et le chômage? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4eme rapport, juin 2020.
4. Statistics Eurostat, taux de mortalité par suicide par groupe d'âge, 2018. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/map?lang=fr>.
5. Patel, K. *et al.* What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Syst. Rev.* **6**, 78 (2017).
6. Lapiere, S. *et al.* A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis* **32**, 88–98 (2011).
7. Léon, C. Santé Publique France Health Barometer 2017: Suicidal attempts and suicidal ideation among the 18-75 ans. 10.
8. Observatoire régional de la santé et du social, Le suicide en Normandie. 2021.
9. SPF. Santé mentale en région Normandie. Point épidémiologique bimestriel du 16 décembre 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2021/sante-mentale-en-region-normandie.-point-epidemiologique-bimestriel-du-16-decembre-2021>.
10. INSERM. Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005.
11. Notredame, C.-E. *et al.* Distress, Suicidality, and Affective Disorders at the Time of Social Networks. *Curr. Psychiatry Rep.* **21**, 98 (2019).
12. Notredame, C.-E. *et al.* Leveraging the Web and Social Media to Promote Access to Care Among Suicidal Individuals. *Front. Psychol.* **9**, 1338 (2018).
13. Courtet et al. - 2020 - Keep Socially (but Not Physically) Connected and C.pdf.
14. University Hospital, Lille. *Online Referral and Intervention to Prevent Adolescent and Young Adult Suicide*. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04642157> (2021).
15. Walter, K. *et al.* A Short Media Training Session Is Effective in Reinforcing

Psychiatrists' Communication Skills About Suicide. *Front. Psychol.* **12**, 733691 (2021).

16. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire N°DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45209>.

17. Séguin et al. - Etre pret a agir après un suicide. Association quebecquoise de prévention du suicide. 2020.

18. Fleischmann, A. *et al.* Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs. *Glob. Ment. Health Camb. Engl.* **3**, e5 (2016).

19. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Comité stratégique de la santé mentale et psychiatrie. 2018.

20. M.Seguin. L'intervention auprès des personnes en crise suicidaire. 2015.

21. Jardon et al. - 2019 - Un exemple de système de veille post-hospitalière .pdf.

22. Motto, J. A. & Bostrom, A. G. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr. Serv.* **52**, 828–833 (2001).

23. Fossi, L. D., Debien, C., Demarty, A.-L., Vaiva, G. & Messiah, A. Suicide reattempt in a population-wide brief contact intervention to prevent suicide attempts: The Vigilans program, France. *Eur. Psychiatry* **64**, e57 (2021).

24. G. Gruat et al, E. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. *EM-Consulte* (2009)

25. Vaiva, G. *et al.* Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* **332**, 1241–1245 (2006).

26. Carter et al. - 2005 - Postcards from the EDge project randomised contro.pdf.

27. Vaiva, G. *et al.* Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* **332**, 1241–1245 (2006).

28. Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H. & Este, C. D. Postcards from

the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ* **331**, 805 (2005).

29. Messiah, A. *et al.* 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. *PLOS ONE* **14**, e0210778 (2019).

30. Olfson, M. *et al.* Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* **73**, 1119–1126 (2016).

31. E de Roscoat *et al.* Efficient interventions on suicide prevention: A literature review | Elsevier. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* **61** (2013) 363-374. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.

32. Agence régionale de santé Normandie. 'VigilanS' l'agence régionale de santé déploie un dispositif pour prévenir le suicide. 2018.

33. Fossi Djembi, L. *et al.* Changes in the number of suicide re-attempts in a French region since the inception of Vigilans, a regionwide program combining brief contact interventions (BCI). *BMC Psychiatry* **20**, 26 (2020).

34. Jardon, V. *et al.* Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *L'Encéphale* **45**, S13–S21 (2019).

35. Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J. & Spittal, M. J. 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* **206**, 184–190 (2015).

36. PRINCIPLES OF PREVENTIVE PSYCHIATRY—by Gerald Caplan, M.D., Basic Books, Inc., New York, 1964, 304 pages, \$6.50 | Psychiatric Services.

37. M. WALTER. Des formations Reconnaître et prendre en charge une crise suicidaire CHRU-Brest 2017.

38. Haute AUtorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. 2021.

39. Fleischmann, A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull. World Health Organ.* **86**, 703–709 (2008).

40. Exbrayat, S. *et al.* Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry* **17**, 96 (2017).
41. Myrna M *et al.* Interpersonal Psychotherapy: History and Future. <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.psychotherapy.20190032> (2020) doi:10.1176/appi.psychotherapy.20190032.
42. Sullivan, H. S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. (Routledge, 2013).
43. Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M. & Turecki, G. Developmental model of suicide trajectories. *Br. J. Psychiatry* **205**, 120–126 (2014).
44. Stapelberg, N. J. C. *et al.* A lived experience co-designed study protocol for a randomised control trial: the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) or Brief Cognitive Behavioural Therapy as additional interventions after a suicide attempt compared to a standard Suicide Prevention Pathway (SPP). *Trials* **22**, 723 (2021).
45. Wilkinson, S. T. *et al.* Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depress. Anxiety* **39**, 100–112 (2022).
46. Jardon, V. *et al.* [An example of post-discharge monitoring after a suicide attempt: Vigilans]. *L'Encephale* **45 Suppl 1**, S13–S21 (2019).
47. Plancke, L. *et al.* Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (VigilanS). *Arch. Suicide Res.* **25**, 1–12 (2020).
48. Hai, A. Corrélation entre tentative de suicide et consommation d'alcool dans le cadre du dispositif Vigilans. Résultats à 6 mois. 110.
49. 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.* **29**, e20 (2019).
50. Canetto, Sakinofsky. *Gender-paradox*. 1998.
51. Van Orden, K. A., Talbot, N. & King, D. Using the Interpersonal Theory of Suicide to Inform Interpersonal Psychotherapy with a Suicidal Older Adult. *Clin. Case Stud.* **11**, 333–347 (2012).
52. Haw, C. & Hawton, K. Living alone and deliberate self-harm: a case–control study of

characteristics and risk factors. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **46**, (2011).

53. Guthrie, E. *et al.* Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* **323**, 135 (2001).

RESUME

ANALYSE DES DECES PAR SUICIDE DANS LA BASE DE DONNEES VIGILANS.

Le suicide est un problème de santé publique à travers le monde, l'Europe occidentale et en son sein la France sont particulièrement impactés. La Normandie représente un territoire régional sur lequel la médecine, et particulièrement la psychiatrie, organise et déploie une offre de soins préventifs du passage à l'acte suicidaire.

VigilanS est un dispositif de prévention secondaire s'adressant aux personnes ayant réalisé une tentative de suicide, et vise donc à éviter la récurrence de geste suicidaire.

Nous constatons des décès par suicide durant la période de veille sanitaire chez certains sujets, malgré leur inclusion dans Vigilans.

Notre étude vise à caractériser ces sujets décédés par suicide durant la période de veille, afin d'adapter l'offre de soins à ces sujets à ultra haut risque.

31 patients sont décédés par suicide durant la période de veille sanitaire. Ce sont majoritairement des hommes isolés, traités pour des troubles thymiques et avec des comorbidités addictives fréquentes. Nous notons une fréquence élevée de gestes suicidaires à létalité élevée lors de l'inclusion initiale dans Vigilans.

La présence de ces facteurs de risque chez les patients doit nous conduire à renforcer leur prise en charge psychiatrique.