



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE
183 54

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2005

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 79

THESE
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Cyril BOUTINAUD

le 23 septembre 2005



PREVENTION DE LA RECIDIVE SUICIDAIRE

Expérience du service des urgences de Pont à Mousson

Examineurs de la thèse :

Mme C.VIDAILHET	Professeur	Président
M. H.LAMBERT	Professeur	)
M. P-E.BOLLAERT	Professeur	) Juges
M.B.BUISINE	Docteur en Médecine	)

THESE
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Cyril BOUTINAUD

le 23 septembre 2005



PREVENTION DE LA RECIDIVE SUICIDAIRE

Expérience du service des urgences de Pont à Mousson

Examineurs de la thèse :

Mme C.VIDAILHET	Professeur	Président
M. H.LAMBERT	Professeur	)
M. P-E.BOLLAERT	Professeur	) Juges
M.B.BUISINE	Docteur en Médecine	Directeur)

A la mémoire de Guy-Guy

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Francis PENIN

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

Professeur Franck DALIGAULT

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse

Madame le **Professeur Colette Vidailhet**,

Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger ce travail.

J'ai pu apprécier votre disponibilité et votre gentillesse tout au long de mes études.

Votre enthousiasme à transmettre votre expérience a renforcé mon envie de m'intéresser à votre discipline.

Vous m'avez encouragé à poursuivre dans la voie de la psychiatrie quand je suis venu vous demander conseil.

Soyez assurée de ma gratitude et mon profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le **Professeur Henri Lambert**,

Professeur de réanimation médicale

Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

J'ai bénéficié de votre enseignement tant théorique que pratique au cours de mes stages d'externe, puis de résident au centre anti-poison et au service d'accueil des urgences de l'hôpital central.

Je vous remercie d'accorder votre attention à ce travail.

A notre Maître et Juge

Monsieur le **Professeur Pierre–Edouard Bollaert**

Professeur de réanimation médicale

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

J'ai pu apprécier vos qualités humaines et pédagogiques lors
d'interventions dans le cadre de mon stage de résident au SAMU.

Votre jugement est pour moi d'une grande valeur, tout comme votre
expérience de la prise en charge des suicidants dans le secteur
d'hospitalisation dévolu à ces patients.

Je vous remercie d'accorder votre attention à ce travail.

A notre Juge et Directeur,

Monsieur le **Docteur Bernard Buisine**,

Docteur en médecine

Chef de service du 2^{ème} secteur de Psychiatrie Générale de Meurthe et Moselle

Vous m'avez fait l'honneur de proposer ce travail de thèse lorsque je suis venu vous solliciter.

Vous avez conforté mon envie de m'intéresser à la psychiatrie lorsque j'ai effectué un stage d'externe dans votre service.

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et de vous être rendu disponible.

A mes parents,
qui me donnent tant d'amour,
et qui m'ont encouragé et soutenu tout au long de ces années

A ma grand-mère

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

A celles et ceux qui nous ont quitté trop tôt

A Brune,

qui m'accompagne et m'encourage toujours à aller au bout de mes envies

A mes amis de Loritz,

qui sont à mes côtés depuis plus de dix ans

A mes amis internes,

qui se reconnaîtront

Aux autres, ni anciens loritziens, ni internes

qui n'en demeurent pas moins des amis, et se reconnaîtront aussi

A mon médecin de famille,

qui a sûrement joué un rôle dans la naissance de ma vocation

A mes maîtres,

depuis mes plus jeunes années jusqu'à ce jour

pour avoir pris la peine de m'accorder leur attention et partager leur savoir

A mes collègues

Au département STID, de l'IUT II de Grenoble, dirigé par messieurs Balducci et Garat

et en particulier à mesdemoiselles Céline Chapel, Elsa Decool et Ursula Grimaldo

pour avoir réalisé avec le plus grand sérieux et la plus grande gentillesse toute l'analyse statistique

soyez remerciés de votre grande contribution à l'élaboration de ce travail

A Barbara Cassier,

qui a proposé ses services, m'a mis en relation avec ses étudiantes,

et qui a tenu pleinement ses engagements

merci pour tout

Au service des urgences de Pont à Mousson,

et en particulier à Mme le Dr Chery, qui m'a facilité le recueil de données

Au 2^{ème} secteur de Psychiatrie Générale de Meurthe et Moselle,

et en particulier aux équipes de l'UPPAM et du CMP de Pont à Mousson

qui m'ont accueilli et permis de participer à leur groupe de travail

A mesdames Lavillat et Dudzik,

qui se sont rendues disponibles pour moi

Aux patients,

pour me donner envie chaque jour de continuer

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Liste des Abréviations et Acronymes

TS : Tentative de Suicide

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

PAM : Pont à Mousson

CMP : Centre Médico Psychologique

UPPAM : Unité de Psychiatrie de Pont à Mousson

CPN : Centre Psychothérapique de Nancy

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

CNS : Conférence Nationale de Santé

CRS : Conférence Régionale de Santé

PRS : Programme Régional de Santé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CROS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I.....	25
1.1 Notions éthymologiques et définitions.....	26
1.2 Le suicide à travers les âges : histoire des idées.....	27
1.3 Rappels Epidémiologiques	33
1.4 Bases politico-administratives de la politique de santé en France	34
1.5 La problématique suicidaire, priorité de santé publique.....	37
1.6 Plan de bataille face au suicide.....	39
1.7 Recommandations ANAES	41
1.8 Application à l'UPATOU de Pont à Mousson	45
1.9 Idée du travail	49

PARTIE II.....	50
2.1 Descriptif de l'échantillon.....	53
2.1.1 Base de données.....	53
2.1.2 Description des variables.....	57
2.1.3 Traitement statistique des données.....	63
2.2 Analyse de la population selon les différentes variables.....	64
2.2.1 Précisions statistiques.....	64
2.2.2 Résultats des études.....	65
2.2.2.1 L'âge des suicidants.....	65
2.2.2.2 Le Sexe des suicidants.....	68
2.2.2.3 Les Types de Tentative de suicide.....	69
2.2.2.4 L'existence d'Antécédents de tentative de suicide.....	71
2.2.2.5 Le Groupe d'Etude Multicentriques des Services d'Accueil aux urgences (GEMSA) et l'Orientation des Suicidants à la sortie des urgences.....	72
2.2.2.6 La Durée d'hospitalisation.....	74
2.2.2.7 La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU).....	76
2.2.2.8 La Provenance des suicidants et les Modes de Transport arrivée (MTA)....	78
2.2.2.9 L'existence de Récidive(s) des suicidants.....	81
2.2.2.10 Le Suivi des suicidants.....	85
2.3 Descriptif bivarié de l'échantillon.....	89
2.3.1 Précisions statistiques.....	89
2.3.2 Résultats des études.....	91
2.3.2.1 Le sexe des suicidants (2000 et 2002).....	91
2.3.2.1.1 Sexe des suicidants et Type de Tentative de suicide.....	91
2.3.2.1.2 Sexe des suicidants et existence de Récidive(s) dans les 12 mois.....	93
2.3.2.1.3 Sexe des suicidants et existence d'un Suivi.....	94
2.3.2.2 L'âge des suicidants (2000 et 2002).....	95
2.3.2.2.1 Age des suicidants et Type de Tentative de suicide.....	95
2.3.2.2.2 Age des suicidants et existence de Récidive(s) dans les 12 mois.....	97
2.3.2.2.3 Age des suicidants et existence d'un Suivi.....	98
2.3.2.2.4 Age et Sexe des suicidants.....	99
2.3.2.3 Les Antécédents des suicidants (2000 et 2002).....	101

2.3.2.3.1	Antécédents et Types de Tentatives de Suicide.....	101
2.3.2.3.2	Antécédents et existence de Récidive(s) dans les 12 mois.....	103
2.3.2.3.3	Antécédents et Suivi	105
2.3.2.3.4	Antécédents et Sexe.....	109
2.4	Impact du protocole de prise en charge des suicidants (2001).....	111
2.4.1	Précisions statistiques.....	111
2.4.2	Résultats des études.....	112
2.4.2.1	Comparaison des moyennes de durée d'hospitalisation.....	112
2.4.2.2	Etude des deux facteurs d'exposition	114
2.4.2.2.1	L'année de la tentative suicide en tant que facteur d'exposition.....	114
2.4.2.2.2	L'existence d'un suivi en tant que facteur d'exposition.....	116
2.4.2.3	Suivi et Année de la tentative de suicide.....	119
2.4.2.4	Régression logistique : existence de récurrence, selon l'année et le suivi.	122
2.4.2.4.1	Précisions statistiques.....	122
2.4.2.4.2	Résultats.....	122
2.4.3	Discussion.....	124

PARTIE III	125
3.1 Synthèse des résultats	126
3.1.1 Description de la population.....	126
3.1.2 Descriptif bivarié de l'échantillon.....	126
3.1.3 Impact du protocole de prise en charge.....	126
3.2 Stratégies mussipontines actuelles.....	127
3.2.1 Groupes de Travail	127
3.2.2 Audit ciblé	128
3.2.2.1 Présentation	128
3.2.2.2 Résultats.....	130
3.2.2.2.1 1 ^{ère} phase.....	130
3.2.2.2.2 Propositions d'Actions correctives.....	131
3.2.2.2.3 2 ^{nde} phase	131
3.2.2.2.4 Conclusion.....	132
3.3 Revue de la littérature et discussion	133
3.4 Propositions d'action.....	141

BIBLIOGRAPHIE.....	146
ANNEXES.....	153
Annexe 1 PRS Suicide Lorraine.....	154
Annexe 2 Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide Texte des Recommandations.Novembre 1998	155
Annexe 3 Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19 et 20 octobre 2000 Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière Paris.	160
Annexe 4 Criteres d'évaluation de l'ANAES pour l'audit sur l'amélioration de la prise en charge des suicidants.	172
Annexe 5 Recommandations après audit (PRS SROS).....	174
Annexe 6 Les 7 critères de l'Audit ciblé réalisé en 2005 à PAM	176
Annexe 7 Plaquette réalisée dans le cadre du réseau ville -hôpital	178

Le suicide demeure, au début du XXI^{ème} siècle, l'un des grands fléaux de santé publique, et ce, malgré son appropriation médicale et les nombreux efforts consentis, à la fois en terme de réflexion et de moyens alloués.

La prise en charge des suicidants, après avoir connu des fortunes diverses, s'est peu à peu formalisée à la faveur d'études documentées et d'expériences partagées.

Ainsi, un protocole de prise en charge a été retenu en mars 2001 aux urgences de l'hôpital de Pont à Mousson, et tente de s'appliquer le plus fidèlement possible depuis.

Il nous a paru intéressant de dresser un état des lieux, quatre ans après, afin d'évaluer l'efficacité de l'action entreprise, et de réfléchir au devenir de ce protocole .

Après avoir retracé brièvement l'évolution historique du concept même de suicide, et rappelé les orientations récentes retenues par les acteurs de santé et le monde politique en matière de prise en charge des suicidants, nous présenterons une étude de statistique descriptive et comparative visant à mesurer l'impact de la mise en place du récent protocole à Pont à Mousson.

Ensuite, en nous appuyant à la fois sur les résultats de cette étude et sur les données récentes de la littérature, nous essaierons de dégager des orientations claires afin de proposer des modifications éventuelles visant à l'amélioration de la situation en matière de suicide.

PARTIE I

1.1 Notions éthymologiques et définitions

Le terme suicide aurait été utilisé pour la première fois dans la langue française en 1707 par l'Abbé Desfontaines, jésuite de Rouen, qui l'aurait relevé dans l'œuvre de Sir Thomas Browne publiée en 1642, « *De religio medici* ». Il entre dans le supplément du dictionnaire de Trévoux¹ en 1752, puis à l'Académie française en 1762.

Le terme vient du latin *suicidium*, et est formé du préfixe *sui*, soi et du verbe *caedere*, tuer. : il fut traduit par « homicide de soi-même » et signifie donc « se tuer (soi-même) ».

Durkheim, en 1897 [1], définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Deshaies [2], pour sa part, le définit en 1946, comme « l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente en prenant la mort comme moyen ou comme une fin ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) enfin, définit le suicide comme « un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale » [3].

Concernant la tentative de suicide (TS), elle est définie par la même OMS comme un « acte à issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure aux dosages thérapeutiques prescrits ou généralement admis, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues. ».

¹ Dictionnaire de Trévoux : *Dictionnaire universel françois & latin* ou *Dictionnaire de Trévoux* (1704-1771), du nom de la ville de Trévoux (Ain) où le dictionnaire fut imprimé pendant les premières années de sa parution.

1.2 Le suicide à travers les âges : histoire des idées

Comme le dit le Pr Jacques Vedrinne [4], « bien que le suicide soit un phénomène universel, il est clair que dans de nombreuses sociétés, ce geste reste impensable en tant que tel, et c'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles on a longtemps cru qu'il était absent. [...] L'absence du suicide dans les statistiques de mortalité de l'ex-URSS pendant une longue période en est un bon témoignage. » .

En retraçant brièvement l'histoire du concept et de son appropriation médicale, ainsi que son évolution socio-culturelle, nous allons tenter de comprendre certains aspects des représentations individuelles et collectives imprégnant encore la réaction de la société, et par là, tâcher de saisir l'enjeu du problème.

Le suicide est un comportement humain, connu depuis l'Antiquité, qui existe dans toutes les cultures, toutes les couches sociales, et à tous les âges ; mais une polémique s'entretient autour de la légitimité du geste, et du degré d'interventionnisme qu'il convient de lui appliquer : au fil des siècles et des modes de pensée, le « jugement » porté à l'égard du suicidant et du suicidé va varier.

Chez les Grecs, Aristote le condamne, qualifiant le suicide « d'acte de lâcheté face aux difficultés de la vie », assimilant ainsi le suicidé à un soldat déserteur.

Platon pour sa part est plus nuancé, admettant des exceptions comme dans des cas de maladie douloureuse et incurable. Puis les cyniques, les épicuriens et les stoïciens accorderont à l'individu le droit de quitter volontairement la vie si elle lui devient pénible, légitimant là totalement l'acte suicidaire.

En cela, ils se rapprochent étrangement des concepts actuels, formalisés par exemple en mars 2005 en France dans la loi Humbert.

Dans la Rome antique, l'acte suicidaire est loué s'il répond à des critères compatibles avec la morale stoïcienne. Cependant, pour une certaine catégorie d'individus (soldats, esclaves) il est réprimé et conduit notamment à la confiscation des biens et à la suppression des rites funéraires.

La position romaine sera relayée par le christianisme, dès le IV^{ème} siècle : Concile de Carthage en 348, d'Arles en 452, d'Orléans en 533, où on relève que « le suicide est un crime et ne peut-être que l'effet d'une fureur diabolique », avec la sanction de l'interdiction de funérailles religieuses pour les suicidés ... ce qui restera la position de l'église jusqu'en 1963.

Un premier virage va s'opérer au XVIII^{ème} siècle, sous l'influence des élites intellectuelles, puis à la faveur de la Révolution Française, avec la Déclaration des Droits de l'Homme qui suspend le droit de contrôle du groupe sur l'individu. Cette tendance se formalise en 1810 avec le Code Pénal Napoléonien qui fera sortir le suicide du champ pénal. Il convient de nuancer cette évolution : le corps social d'une part, reste très marqué par les pesanteurs culturelles tournant autour du crime et de la culpabilité ; et d'autre part, le XIX^{ème} siècle véhicule des positions beaucoup plus radicales et moralisatrices, ce qui maintient, malgré la dépénalisation du geste, son auteur au rang des bannis ; d'autant que, comme on l'a signalé plus haut, le code de droit canon ne sera pas modifié avant la seconde partie du XX^{ème} siècle, le refus à la sépulture chrétienne pesant lourdement dans le statut social du suicidé et de sa famille.

Le second virage s'amorce au moment où le champ du suicide « tombe » dans le domaine médical, et notamment psychiatrique, octroyant ainsi un statut scientifique au désormais malade. Mais là encore, le suicidant n'obtient qu'une absolution partielle, comme le laissent présager dès 1838 les propos d'Esquirol : « L'homme n'attente à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés ».

Le suicidé passait ainsi du registre criminel, à celui, guère plus enviable, de la folie.

Cette doctrine restera incontestable à la Faculté, au point que Delmas en 1932 la formalisera et la développera [5] : le suicidant y est stigmatisé, ne pouvant être qu'un malade mental atteint d'une constitution pathologique, comme une excessive émotivité ou une cyclothymie,

ou bien d'une maladie caractérisée comme la mélancolie. La vieille notion de bile noire est remise au goût du jour, on évoque un dérèglement biologique de l'humeur à forte potentialité héréditaire, « l'anxiété organique ».

Le troisième virage sera celui de la sociologie : dès la fin du XIX^{ème} siècle, Durkheim avec la théorie de l'anomie, qui date de 1897, dans sa célèbre monographie « Le suicide » [1], ouvre une brèche visant à dépouiller la médecine de sa violence moralisatrice auprès du suicidé et du suicidant. Il soutient que l'environnement joue un rôle considérable dans l'intégration de l'individu qui est dominé par la réalité collective, et divise le suicide en trois catégories : le suicide altruiste du passionné, le suicide égoïste de l'apathique, et le suicide anémique de l'écoeuré.

Cette position du primat du social sur l'individuel dans le geste suicidaire, même si elle est outrancière, aura le mérite de sortir le suicidant du carcan moral dans lequel il était enfermé, et surtout de sa mise au ban de la société.

En 1930, un autre sociologue vient atténuer les propos de Durkheim : Halbwachs [6], sans renier la thèse de Durkheim, fait remarquer qu'on peut aussi considérer comme facteurs sociologiques les circonstances de l'existence (appelés plus communément événements de vie à notre époque), la maladie mentale, ainsi que le genre de vie.

Cette avancée permettra l'évolution vers la position de Deshaies en 1947 [2]: cet auteur, qui s'inscrit délibérément dans le courant psychologique, développe des idées intermédiaires entre le courant sociologique durkheimien et la position psychiatrique de l'Ecole d'Esquirol. Sa thèse, écarte les outrances des deux courants tout en se situant dans un esprit d'ouverture ; ce qui suppose en premier d'avoir une définition assez exhaustive de la velléité suicidaire qui ne se réduise pas simplement à la tentative ou au décès : il apparaît quelque peu réducteur de se cantonner au suicide « pathologique ».

Il y a donc lieu d'en rapprocher tous les équivalents suicidaires (idéation suicidaire, Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV) « pour dormir » ou « pour ne plus penser » etc ...), même si le patient n'a pas vraiment conscience de leur rapport avec la recherche de la mort.

Enfin, Deshaies met en avant les rapports entre le suicide et l'idée du sacrifice.

Sa modération permettra le rapprochement actuel des conceptions sur le suicide, qui fait que les sociologues acceptent les facteurs individuels et reconnaissent aux événements externes, qu'ils peuvent marquer la personnalité de l'individu, tandis que les psychiatres se réfèrent aussi aux facteurs de risques exogènes.

La pensée psycho-sociale vient de naître. Elle témoigne d'une reconnaissance de la pluridisciplinarité. Ainsi posé, l'enjeu devient d'étudier dans une même optique le suicide, la tentative de suicide, la conduite suicidaire, sans véritable distinction entre le suicidant et le suicidé.

En toile de fond, il faut également souligner l'influence du courant psychanalytique naissant, avec les nombreux travaux de Freud, et l'évolution de sa réflexion sur le sujet.

En 1905 [7], il affirme que le masochisme en lui-même n'existe pas, l'auto-agressivité étant consécutive au refoulement de l'agressivité : le masochisme n'est autre que le sadisme qui se retourne contre le sujet.

En 1910, Freud met en avant l'absence de représentation de la mort au niveau de l'inconscient : elle existe, mais fait partie de l'irreprésentable.

Sept ans plus tard, en 1917, dans *Deuil et Mélancolie* [8], Freud fait le parallèle entre ces deux processus, et explique que s'il existe une perte réelle d'objet dans le deuil, elle devient inconsciente et imaginaire dans la mélancolie : cet objet imaginaire sera puni dans une attitude auto-agressive, grâce à l'existence « d'une régression, à partir du choix d'objet, jusqu'au narcissisme originaire ». Freud conclure que « si nous savions, depuis longtemps, qu'un névrosé n'éprouve pas d'intention suicidaire qui ne soit le résultat d'un retournement sur soi d'une impulsion meurtrière contre autrui [...], l'analyse de la mélancolie nous enseigne que le moi ne peut se tuer que lorsqu'il peut, de par le retour de l'investissement d'objet, se traiter lui-même comme un objet [...]. Ainsi, dans la régression à partir du choix d'objet narcissique, l'objet a certes été supprimé, mais il s'est avéré plus puissant que le moi lui-même. ». Le suicide est alors à envisager comme l'imaginaire d'une nouvelle naissance, après avoir détruit un moi insatisfaisant qui n'avait rien à voir avec le sujet, et qui n'était que l'enveloppe vide d'une déception non acceptée.

On peut dire aussi que le suicidant croit se venger d'un moi qui n'est pas lui, mais qu'il se supprime par la même occasion.

Dans la seconde topique Freudienne, introduite par le texte fondamental « On bat un enfant » en 1919 [9], et développée en 1920 dans « Au delà du principe de plaisir » [10], c'est la notion de pulsion de mort qui est abordée, et définie par « la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique ». Le dualisme pulsionnel entre la libido et la « destrudo » ainsi posé, la lutte entre Eros et Thanatos sera sans fin.

Le fonctionnement psychique est donc la résultante de deux forces contradictoires, la pulsion de mort et l'instinct de vie, et tout désir agressif ou sexuel apparaît indissolublement lié à un désir de voir mourir l'objet pour mieux le posséder.

La conceptualisation de l'auto-destruction apparaît de façon centrale dans la psychanalyse dès son origine, ce qui sera repris plus tard par d'autres auteurs : le passage à l'acte suicidaire est considéré comme un court circuit à mettre en relation avec les défauts d'accession au symbolique et à l'élaboration verbale, comme le disait Françoise Dolto : « On se suicide quand on n'a pas pu raconter sa propre histoire ».

Dans ce bouillonnement intellectuel autour du suicide, apparaît dès la fin de la seconde guerre mondiale, une pratique clinique réglée des suicidants, telle qu'elle peut être soutenue désormais dans les services d'urgence.

Elle apporte des modifications sensibles à l'idée que l'on peut se faire du suicide, en mettant au premier plan la tentative de suicide (TS).

Stengel [11] le premier, attire l'attention sur les effets que celle-ci a sur l'entourage du sujet. Il analyse dans trois groupes de suicidants la probabilité d'intervention d'un tiers, évalue ainsi, non pas un quelconque degré de « sincérité » du geste (et ses avatars sémantiques habituels : comédie, chantage ...), mais l'importance de la demande d'intervention d'autrui. Il dégage ainsi la fonction d'appel qui ne se réduit pas à un simple trait de caractère hystérique, à une simple quête affective. Cet appel se situe à un niveau existentiel, et déborde très largement les structures névrotiques.

Plus récemment, les développements cliniques n'ont pas totalement évacué la référence à la loi. On assiste à des résurgences de cette dernière, dans des directions opposées [12] : en France, la loi de 1987 réprime la provocation au suicide, et fait suite à la sortie du livre « *Suicide, mode d'emploi* » [13] ; presque dans le même temps, en 1993, aux Pays-Bas, on dépénalise l'euthanasie, sous certaines conditions, y compris chez le malade mental suicidaire [14]. Puis finalement, dix ans plus tard, en France, avec la médiatisation d'une histoire tragique, on constate un revirement de cap avec la loi Humbert, adoptée par le Sénat en avril 2005, qui concerne elle aussi le droit des malades et de la fin de vie, et à propos de laquelle on a beaucoup entendu parler de la notion de « suicide assisté », même si cette terminologie n'a finalement pas été retenue.

1.3 Rappels Epidémiologiques

Les études épidémiologiques sur le suicide, quoique hétérogènes, permettent d'identifier certaines notions : le suicide est l'une des premières causes de décès dans la plupart des pays, particulièrement chez les sujets âgés de 15 à 34 ans [15].

L'analyse de l'évolution de la prévalence du suicide a montré qu'après une augmentation sensible pendant 20 ans au cours desquels le nombre de suicides est passé, en France, de 8000 à plus de 12000 par an (12525 décès en 1986), on a observé une légère diminution puis une stabilisation au début des années 1990 ($\cong$ 12000 par an).

L'augmentation du taux de suicide fut essentiellement liée à la progression de la fréquence du suicide chez les jeunes, entre 1960 et 1980 [16].

Cette évolution a été reliée aux conditions d'instabilité économique, au chômage, et à l'éclatement de la cellule familiale [17].

Parallèlement à celles du suicide, les données concernant les tentatives de suicide sont elles aussi préoccupantes.

Les données les plus récentes, publiées par la DREES en avril 2001 [18], font état d'environ 160 000 tentatives de suicide par an, avec une fourchette comprise entre 130 000 et 180 000, soit un ratio tentative de suicide / suicide abouti supérieur à 10.

La moitié d'entre elles donnent lieu à une intervention d'un médecin généraliste [19] et sept sur huit à une prise en charge par les urgences, directement ou après le recours au médecin de ville.

Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des jeunes, et, au contraire des suicides, surtout des femmes.

Le taux de récurrence est élevé, de l'ordre de 35 à 45 %.

1.4 Bases politico-administratives de la politique de santé en France

Les craintes grandissantes face au problème du suicide vont être contemporaines en France de la création de diverses structures destinées à coordonner la politique de santé.

En 1996, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est créée, et remplace l'ancienne Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) qui avait vu le jour en 1990. Depuis Août 2004, elle fait partie de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui regroupe l'ANAES, la Commission de la transparence et la Commission d'évaluation des produits et prestations.

L'ANAES a trois missions : un rôle d'évaluation des pratiques professionnelles, tant publiques que privées ; le corollaire en est l'accréditation des établissements de soins, publics et privés, qui s'appuie sur l'évaluation des pratiques ; enfin, elle a un troisième rôle, accessoire, concernant la nomenclature des actes.

Dans le même temps, est créée par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 [20], la première Conférence Nationale de Santé (CNS), et ses ramifications, les Conférences Régionales de Santé (CRS).

Les missions et la composition de la CNS ont été fixées par le décret du 13 Août 1996. Elle a pour but d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population et à l'évolution des besoins de santé ; à partir de cette analyse, elle fait des propositions sur la hiérarchisation et sur les orientations à prendre pour l'organisation des soins, compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

La CNS ne prend pas de décision, mais conseille le gouvernement par des propositions qui font l'objet d'un rapport, que le gouvernement prend en compte pour l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Elle est composée de 72 membres (représentants des professionnels, institutions, établissements de santé, représentants des Conférences Régionales de santé, et personnalités qualifiées), et se réunit chaque année.

Pour l'aider dans ses missions, elle est destinataire d'un rapport du Haut Comité de la Santé Publique et peut faire appel aux services compétents en matière de santé. Elle est destinataire des rapports établis par les Conférences Régionales.

C'est la même ordonnance du 24 avril 1996 qui crée les Conférences Régionales de Santé. Le décret du 17 Avril 1997 en fixe les missions et le fonctionnement.

La Conférence a deux rôles complémentaires : elle décline la politique nationale de santé en fonction des spécificités de la région, spécificités sanitaire, sociale, environnementale, culturelle et économique, et elle enrichit les débats de la Conférence Nationale de santé à laquelle elle adresse son rapport,

Les Conférences Régionales sont donc des lieux de débats qui doivent permettre d'établir les priorités de santé publique de la région qui font l'objet de programmes régionaux de santé, de faire des propositions pour une meilleure adaptation des moyens sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de la région aux besoins de la population et de porter une appréciation sur les actions mises en œuvre.

Sa composition est très souple quant au nombre de participants : de 50 à 300. Y sont représentés les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les professionnels du champ sanitaire et social, les établissements sanitaires et sociaux et les usagers.

Elle est réunie chaque année par le Préfet de région et organisée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

La mise en œuvre des priorités de santé identifiées par les Conférences Régionales de Santé passent par l'élaboration de programmes régionaux de santé (PRS). Ils permettent (circulaire DGS 97-731 du 20 novembre 1997), avec l'ensemble des acteurs concernés, d'élaborer les objectifs et de mettre en œuvre les activités les plus à même de diminuer l'importance des problèmes de santé prioritaires pour chaque région.

De cette même ordonnance du 24 avril 1996, naissent les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie, qui deviendront opérationnelles au cours du premier trimestre 1997.

Les ARH sont chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé

publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources.

Elles s'appuient sur les travaux des conférences régionales de santé qui définissent annuellement les priorités régionales de santé et sur les avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS).

Elles élaborent, en partenariat avec tous les professionnels de santé, les schémas régionaux de l'organisation sanitaire qui tracent, tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé.

Pour compléter le dispositif, un institut statistique est créé, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), qui dépend du Ministère de l'emploi et de la solidarité, et qui a pour but d'élaborer, de collecter et de diffuser de grandes enquêtes épidémiologiques, à la demande des différents acteurs de santé.

1.5 La problématique suicidaire, priorité de santé publique

En écho à la situation épidémiologique que nous avons décrite plus haut, on peut citer les données chiffrées avancées par la Direction Générale de la Santé (DGS) en 1999 dans son programme national de prévention du suicide [21] : **12 000 suicides** annuels en France (soit plus de victimes que les accidents de la route), et une estimation des **tentatives de suicide** à plus de **160 000** par an.

La DGS précisait également que le suicide était une cause importante de mortalité prématurée car, par rapport aux autres causes de décès, il touchait davantage les adultes jeunes ; exprimé en *années potentielles de vie perdues*, calcul qui ne prend en compte que les décès avant 70 ans, le suicide représentait en 1995 la **troisième cause de mortalité prématurée** (9,6%) derrière les maladies cardio-vasculaires (12,1%) et les tumeurs (30,0%).

Et de conclure qu'en 1970, la part des suicides n'était que de 4,6% : **l'importance du suicide dans la mortalité prématurée avait donc plus que doublé en 25 ans.**

Cette prise de conscience politique avait débuté quelques années plus tôt, comme le rappelait dans le même texte la DGS :

« En 1992, le Conseil Economique et Social soulignait : "*Le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias.*"

En 1993, le Conseil économique et social se saisit du "*suicide*" afin "*de permettre de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort.*"

En 1994, le Haut Comité de Santé Publique classait le suicide au rang des priorités de santé.»

Au vu de ces déclarations, on prend pleinement conscience de la double réalité, « médico-politique » qui devient de plus en plus évidente en cette fin de siècle : médicale d'une part, avec la nécessité de prendre en charge l'une des principales causes de mortalité d'une tranche d'âge ; et économique d'autre part, puisque les « années potentielles de vie perdues » sont aussi « un manque à gagner » pour la société qui a « investi » beaucoup dans ses « jeunes », et qui n'en « récolte pas les fruits », puisqu'ils choisissent de quitter une vie qui allait devenir « productive et rentable » pour le pays.

Même si de telles considérations peuvent de prime abord choquer, il fallait se réjouir d'une chose, si tant est qu'on pût le faire en pareilles circonstances : le problème suicidaire devenant l'une des préoccupations politiques majeures, une série de mesures allait naître, et avec elles leurs corollaires de moyens, afin d'aider les nombreux professionnels de santé qui depuis longtemps tentaient d'enrayer le phénomène qu'ils savaient grandissant.

1.6 Plan de bataille face au suicide

Forte de ses nouvelles armes, et éclairée par des données épidémiologiques récentes de plus en plus alarmantes, la politique de santé française va faire du suicide l'une de ses priorités d'action, et par la même, tenter d'aider par des outils nouveaux les acteurs de santé impliqués dans cette lutte depuis déjà de nombreuses années.

C'est donc tout naturellement que la prévention du suicide fera partie des dix priorités nationales retenues par les deux premières CNS de 1996 et 1997 ; cet objectif national sera relayé régionalement, puisqu'au sein des 26 régions, les CRS identifieront nettement le thème "suicide et dépression" comme prioritaire ; 11 d'entre-elles mettront en place un Programme Régional de prévention du Suicide (PRS suicide).

Parmi ces onze régions, on trouve la Lorraine, et Mme le Dr Eliane Piquet, alors inspecteur de la DRASS, chargée de coordonner le PRS Suicide lorrain, dont les objectifs seront dans un premier temps de dresser un état des lieux régional (cf Annexe 1).

Plusieurs mois après la mise en place des premières expériences locales, le souhait, répété à de multiples reprises, sur la nécessité de combattre ce fléau avec une volonté nationale forte, se concrétise en février 1998 par l'annonce par le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Bernard Kouchner, d'un programme national de prévention du suicide sur trois ans (1998-2000) [22]. Ce programme a pour objectif « d'évaluer les mesures de prévention, en particulier celles dont on ne mesure pas encore bien l'efficacité et, à partir des données épidémiologiques, de choisir les plus efficaces et les plus pertinentes. »

Pour mener à bien ce programme, Bernard Kouchner réaffirme la nécessité de la mobilisation de l'ensemble des acteurs, c'est à dire « les régions bien sûr, même si elles ont souvent déjà lancé des programmes pilotes sur le thème, mais également les instances nationales. ».

Le ministre évoque également l'ANAES, à qui il a confié « l'élaboration d'un protocole d'accueil, de prise en charge et de projet de sortie des suicidants à l'hôpital », et l'ARH à qui il a demandé de « soutenir en priorité les projets hospitaliers concernant la prévention du suicide ».

Enfin, Bernard Kouchner complète ces mesures phares par une demande de mise en place d'actions au niveau local (point « écoute-jeunes, prise en charge des suicidants à l'hôpital.

dédramatisation et prise de parole en milieu scolaire) et au niveau international (la France n'étant pas le seul pays concerné).

La déclaration de guerre au suicide est donc lancée ; elle s'attachera dans un premier temps à combattre le suicide des jeunes [23], de loin le plus préoccupant, avant d'étendre, dans un second temps, le programme, à la fois à tous les âges de la vie, et aux autres modalités suicidaires, incluses sous la terminologie « crise suicidaire » [24].

Depuis, les multiples conférences de santé et autres programmes et journées d'action n'ont cessé de poursuivre le même but, celui de combattre ce fléau, avec pour objectif celui « de passer sous la barre symbolique des 10 000 morts par suicide par an » [25].

1.7 Recommandations ANAES

Nous venons de le voir, l'ANAES fut donc missionnée pour, dans un premier temps, évaluer la situation nationale, dans un second temps proposer des recommandations (et autres stratégies d'actions), et finalement, réaliser de nouvelles évaluations afin de connaître si les recommandations proposées ont d'une part été suivies, et d'autre part permis d'améliorer les choses.

Avant tout, il semble important de préciser que malgré la volonté rigoriste de la démarche, le niveau de preuve reste « bas » puisque ces recommandations s'appuient le plus souvent sur un « accord professionnel » entre les différents praticiens ayant participé à leur élaboration.

La situation était alarmante en 1998, et le suicide des adolescents paraissait de loin le plus préoccupant, tant par la valeur symbolique que par les chiffres : c'est ainsi que sont nées les premières recommandations sur la prise en charge hospitalière des adolescents [23] , c'est à dire concernant les jeunes de 11 à 20 ans, voire 25 ans, la limite d'âge supérieure étant difficile à déterminer avec précision selon l'environnement. Elles devaient répondre à l'attente du secrétariat d'Etat à la Santé en proposant des recommandations pour la pratique professionnelle, afin d' « aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Il était encore rappelé que « l'ANAES souhaitait d'abord répondre aux préoccupations de tout acteur de santé soucieux d'asseoir ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible ».

Le détail des recommandations est consultable dans la section annexe (cf Annexe 2).

La cible de ce texte est triple : accueil aux urgences, réponse hospitalière, et projet de sortie.

Les points fondamentaux sont la nécessité d'une **triple évaluation somatique, psychologique, et sociale réalisée aux urgences, la quasi-systématisation de l'hospitalisation, et la préparation à la sortie avec la mise en place d'un suivi qui doit être maintenu par (presque) tous les moyens, jusqu'à la réhospitalisation si besoin.**

Dans un second temps, et selon la logique initialement énoncée par le gouvernement, la Fédération Française de Psychiatrie, en partenariat avec l'ANAES et la DGS, a rédigé en octobre 2000 une conférence de consensus intitulée « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge », ayant pour but de prolonger le travail entrepris, en reprenant de façon globale la problématique suicidaire [26].

Parmi l'ensemble des sujets (cf Annexe 3), la difficulté concernant la prise en charge des suicidants aux urgences a été abordée, et les recommandations de l'ANAES élaborées deux ans plus tôt ont été en partie reprises, avec une généralisation concernant les différents âges de la vie.

Ces recommandations ont abouti à la mise en place d'un audit, c'est à dire d'une « méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer ».

Cet audit doit se dérouler en plusieurs phases : préparation de l'audit, recueil des données, traitement des résultats et proposition d'axes d'amélioration, mise en place des changements, définition et pilotage d'un plan d'action, et enfin réévaluation.

En France, 76 établissements répartis dans 12 régions ont participé à cet audit : la Lorraine, mais aussi la Haute Normandie, la Basse Normandie, la Picardie, la Champagne-Ardenne, la Bretagne, l'Île de France, la Bourgogne, le Poitou-Charente, le Limousin, la Franche Comté et la région Rhône-Alpes.

Pour le mettre en place, 15 critères ont été tirés du texte des recommandations, afin d'évaluer les différents points repérés comme importants dans la prise en charge des patients suicidaires : neuf critères explorant l'organisation de la prise en charge pendant le séjour ; deux concernant les contacts avec l'environnement du patient, et les quatre derniers au sujet de la préparation de la sortie (cf Annexe 4).

Le Docteur Roland Bouet, psychiatre et chargé de projets à l'ANAES, a présenté en décembre 2004, à Poitiers, au III^{ème} congrès international francophone du suicide, les résultats globaux de ces audits [27].

Il apparaît que cinq critères (2,1,4,10 et 12) ont un taux de réponse « oui » à plus de 80 %, mais sept critères (7,9,15,14,8,11,6) ont moins de 50 % de réponses positives.

Au terme du « premier tour », de nombreuses propositions d'actions d'amélioration ont été énoncées : 90 pour l'organisation de la prise en charge pendant le séjour, 47 pour les contacts avec l'environnement du patient, et 70 pour la préparation de la sortie.

Les 3 critères qui concentraient les propositions d'action les plus nombreuses étaient les critères 14 (remise d'une carte à la sortie, 19 propositions), 9 (évaluation par une assistante sociale, 24 propositions) et 7 (utilisation d'une échelle d'évaluation structurée, 28 propositions).

Avec l'analyse de tous les résultats et propositions d'améliorations locales, des propositions d'amélioration d'ordre général ont pu être individualisées :

- Création d'une unité psychiatrique aux urgences
- Augmentation des temps de psychiatre, d'infirmiers psychiatriques ou de psychologues aux urgences
- Extension du service d'urgence
- Création de lits spécifiques
- Formation/sensibilisation pour les personnels accueillants
- Augmentation de la durée de séjour des suicidants
- Prolongement de l'audit
- Amélioration de la coordination entre service d'urgence et CMP
- Mise en place d'un travail de régulation avec un psychologue aux urgences

Pour terminer sur les résultats de cet audit, on signalera que 20 établissements ont réalisé un second tour, et que la généralisation de l'audit à toutes les régions volontaires, **et à toutes les tranches d'âge** (après modification de certains critères), ont permis la restitution de 40 rapports à la date de décembre 2004.

1.8 Application à l'UPATOU de Pont à Mousson

A Pont à Mousson (PAM), le service de psychiatrie de liaison a participé, par l'intermédiaire de l'Unité de Psychiatrie de Pont à Mousson (UPPAM), et du Centre Médico-Psychologique (CMP) de Pont à Mousson, à l'audit réalisé à l'Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation de Urgences (UPATOU) de PAM, localisée à l'hôpital de PAM.

En mai 2000, dans le cadre des SROS Urgence et PRS Suicide, un état des lieux des urgences psychiatriques est dressé par le biais d'une enquête rapide menée auprès des établissements lorrains sièges d'un UPATOU ou d'un SAU (service d'accueil des urgences).

Le bilan montre que parmi les UPATOU, Pont à Mousson est en bonne place puisqu'on y trouve l'existence d'un protocole élaboré, et d'une convention entre services d'urgence et service psychiatrique. De plus, il existe à Pont à Mousson une unité de psychiatrie à proximité des urgences, l'UPPAM, avec possibilité d'hospitaliser des patients à temps complet.

L'état des lieux est conclu par la **nécessité de réaliser des efforts de formalisation de protocole**, et de **renforcer les moyens**, en particulier de personnels (infirmiers, psychologues, psychiatres) afin de répondre rapidement à la demande psychiatrique si besoin.

C'est sur ces bases que l'audit clinique va pouvoir être lancé.

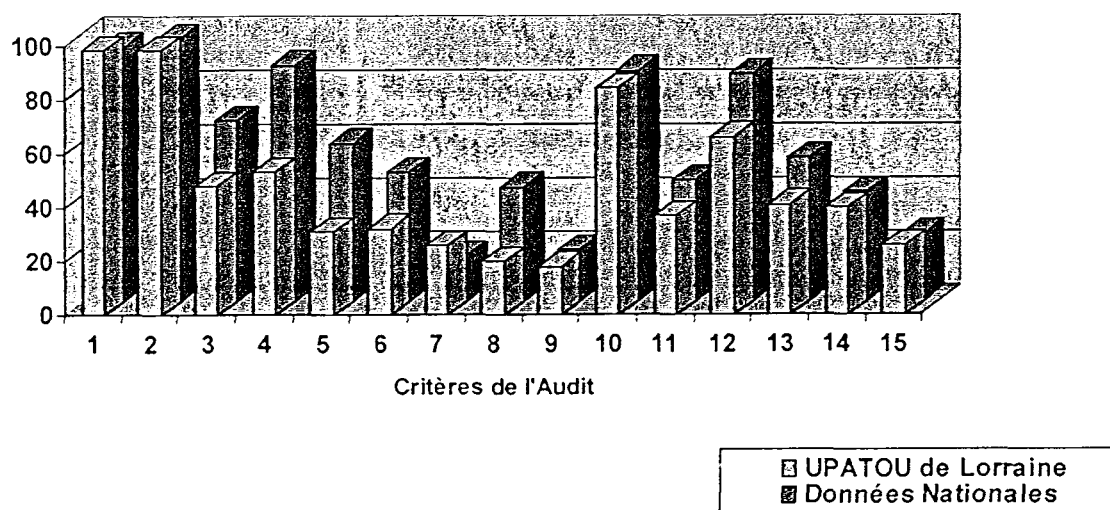
Le premier temps consiste à former le personnel à la technique de l'audit, sur une journée, le 13/09/2000, sous la direction du correspondant ANAES, c'est à dire de Mme Piquet pour la Lorraine.

Ensuite, l'audit à proprement parler va se dérouler entre octobre 2000 et janvier 2001, et va consister à l'étude de 30 dossiers d'hospitalisation consécutifs concernant des suicidants âgés de 15 à 35 ans (25 ans pour les SAU), à partir des 15 critères retenus et tirés des recommandations ANAES (cf Annexe 4).

A l'issue de cet audit, un rapport d'évaluation est envoyé par chaque établissement à l'ANAES, afin de colliger les résultats, et de publier les résultats nationaux que nous avons détaillés précédemment.

Nous n'avons pas réussi à obtenir les résultats de PAM, mais seulement la synthèse des résultats des UPATOU de Lorraine, qui apparaissent plus pessimistes que les données nationales puisque seulement trois critères (1,2,10) obtiennent un taux de réponse supérieur à 80 %, et que dix critères (3,5,6,7,8,9,11,13,14,15) ont moins de 50 % de réponse positive.

POURCENTAGE DE REPONSE "OUI" AUX CRITERES DE L'AUDIT



Au terme de cet audit, une série de dix recommandations a été proposée, afin de répondre à l'un des objectifs spécifiques du PRS suicide, celui d'« améliorer la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide aux fins de réduire le nombre de récurrences de tentatives de suicide ».

Voici le résumé de ces recommandations dont le détail est consultable dans la partie annexe (cf Annexe 5).

1. Toutes les TS doivent être adressées aux urgences hospitalières
2. La prise en charge initiale doit s'effectuer dans un établissement disposant d'un service d'urgences
3. L'hospitalisation doit être la règle et la durée de l'hospitalisation doit être d'au moins trois jours
4. L'organisation des soins doit être optimale
5. La préparation à la sortie doit être soigneusement organisée
6. Des critères d'évaluation de la qualité de la prise en charge de la tentative de suicide doivent être élaborés et respectés
7. Renforcement des formations initiales et continues
8. Développement des programmes de recherches
9. Amélioration du recueil d'information sur les tentatives de suicide
10. Nécessité d'une large diffusion de ces recommandations

De ces recommandations, est né tout naturellement **un protocole de prise en charge des suicidants aux urgences de Pont à Mousson**, reprenant à la fois les recommandations de l'ANAES, et les recommandations issues de cet audit, et co-signé par les différents responsables des services d'urgence, de médecine somatique, de chirurgie, et de psychiatrie de l'hôpital de PAM, **le 5 avril 2001**.

Ces recommandations avaient pour but de formaliser l'ensemble des idées élaborées par les groupes de réflexion, afin de fournir un support de travail, sorte de guide de bonnes pratiques permettant d'éviter les principales erreurs préjudiciables et pourvoyeuses de récurrences.

Ce programme se décompose en huit points clés :

1. Toutes les TS doivent être adressées aux urgences hospitalières afin de bénéficier d'une triple évaluation Somatique, Psychologique et Sociale
2. Prise en charge initiale par le service des Urgences avec prise en charge psychiatrique dans les 24 heures
3. Hospitalisation de 3 jours environ
4. Médecin psychiatre accessible quotidiennement, et Assistante Sociale psychiatrique sur demande du psychiatre
5. Préparation de la sortie organisée avec identification du relais prenant en charge le patient. Tout patient est prévenu qu'il sera recontacté par courrier à distance de l'hospitalisation par le médecin du service concerné
6. Evaluation de la qualité de la prise en charge
7. Amélioration du recueil d'informations au sein du service d'urgences
8. Large diffusion des recommandations

Toutes ces mesures devaient être formalisées dans le dossier patient, contenant les 10 indicateurs suivants :

1. Présence d'évaluation somatique
2. Consultations psychiatriques (1, 2 , 3)
3. Présence d'évaluation sociale
4. Ambulatoire
5. Réseaux
6. Hospitalisation
7. Transfert
8. Sortie contre avis médical
9. Refus d'hospitalisation
10. Prise en charge au delà du temps d'hospitalisation

1.9 Idée du travail

En 2003, j'ai sollicité le Dr Buisine pour un sujet de thèse.

Il m'a alors immédiatement parlé du problème du suicide, et du travail qu'il menait en équipe à Pont à Mousson (PAM) depuis plusieurs années pour l'amélioration de la situation décrite comme très préoccupante.

L'idée initiale était double : dresser un état des lieux, et évaluer l'impact du protocole mis en place en 2001.

C'est sur ces bases qu'a débuté le travail, d'abord statistique, puis analytique.

En s'appuyant sur les données épidémiologiques et sur une revue de la littérature des pratiques actuelles, la finalité de la réflexion était de faire évoluer le protocole afin d'améliorer son efficacité ; c'est ce qui va maintenant être décrit en détails.

PARTIE II

Au cours de ces dernières années, de nombreux acteurs de santé et des acteurs de la vie politique ont cherché à endiguer ce qui apparaissait de plus en plus comme un « fléau grandissant », sorte d'épidémie de fin de siècle, la tentative de suicide, et son funeste corollaire, le suicide.

Des actions de réflexion nationale et internationale ont été menées, alors que sur le terrain, les protagonistes du quotidien suicidaire tentaient à leur échelle de faire évoluer leur prise en charge.

C'est dans ce contexte qu'au cours de l'année 2001, au terme d'une réflexion pluridisciplinaire, un protocole de prise en charge des suicidants a été établi pour les urgences de l'hôpital de Pont à Mousson (UPATOU), s'inspirant des enseignements et des questionnements nés de l'audit commandité par l'ANAES et réalisé en 2000.

Il nous semblait alors intéressant d'évaluer l'efficacité de l'action entreprise.

Pour ce faire, il nous a paru judicieux de choisir un critère simple, reproductible, et informatif ; reprenant alors l'énoncé du PRS suicide de mai 2000, c'est l'existence d'un nouveau passage à l'acte, ou « récurrence », que nous avons retenu.

La problématique de l'étude peut dès lors se résumer ainsi : existe-t-il depuis la mise en place du protocole de prise en charge des suicidants à l'hôpital de Pont à Mousson en 2001, une réduction significative du taux de récurrence suicidaire ?

Il nous a paru également intéressant d'utiliser le recueil de données effectué pour tenter de répondre à une autre question, qu'on retrouve en filigrane dans les travaux sur le suicide : l'existence d'un lien, se traduisant concrètement par l'existence d'un suivi, après une tentative de suicide, est-il un facteur protecteur de récurrence suicidaire ?

Ainsi, nous avons décidé d'articuler l'analyse statistique en trois axes : en premier lieu, nous allons étudier de manière descriptive les tentatives de suicide ayant été prises en charge à l'hôpital de Pont à Mousson sur des périodes semblables avant et après 2001, en tenant compte des différents critères mis à disposition par la base de données informatiques de l'hôpital ; ensuite, nous réaliserons un descriptif bivarié de l'échantillon, c'est à dire l'étude descriptive de certains couples de variables qu'il nous a semblé judicieux de détailler afin d'affiner un peu les données descriptives brutes ; enfin, nous nous attacherons à répondre proprement dit à la question posée, en réalisant au moyen de tests statistiques simples, une étude comparative des deux périodes choisies.

2.1 Descriptif de l'échantillon

2.1.1 Base de données

La version définitive du protocole de prise en charge des suicidants a été rédigée en mars 2001.

Partant du principe qu'il existe une période de latence incompressible entre la rédaction d'un protocole hospitalier, l'adhésion par l'équipe à un changement d'habitudes, l'acceptation de nouvelles méthodes de travail, et enfin l'appropriation pleine et naturelle de nouveaux outils, l'impact du nouveau protocole n'était raisonnablement évaluable qu'à partir de l'année 2002.

En s'intéressant aux effectifs des suicidants (n), et en sachant que ce nombre devait être au moins supérieur à 100 pour qu'on puisse espérer obtenir des résultats statistiquement significatifs (c'est à dire avec un p le plus petit possible), il a fallu, pour l'UPATOU de Pont à Mousson, prendre en compte l'ensemble des suicidants sur une période de 12 mois consécutifs.

Afin de comparer des populations les plus semblables possibles, et après avoir pris en compte l'ensemble des éléments évoqués plus haut, l'étude statistique a donc été définie comme suit :

➤ Définition des populations :

Population étudiée = P = ensemble des patients ayant été admis à l'UPATOU de Pont à Mousson pour une tentative de suicide sur la période étudiée.

La population P se divise en deux sous populations :

P1 d'une part : ensemble des patients ayant été admis à l'UPATOU de Pont à Mousson pour une tentative de suicide entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2000

P2 d'autre part : ensemble des patients ayant été admis à l'UPATOU de Pont à Mousson pour une tentative de suicide entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2002.

➤ **Période de l'étude**

La période d'étude s'étend du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2003, puisqu'on s'intéresse aux suicidants de 2000 et 2002 admis à l'UPATOU de Pont à Mousson et à leur(s) récurrence(s) dans les 12 mois suivants leur première admission pour tentative de suicide pour chacune des deux périodes.

➤ **Recensement de la population**

Nos données sont issues d'une enquête longitudinale rétrospective, les individus ayant été sélectionnés en fonction du facteur d'exposition, à savoir l'application du protocole de prise en charge des suicidants, ce qui correspond à l'année 2000 pour les non exposés, et à l'année 2002 pour les exposés.

Pour comptabiliser l'effectif total, il s'agissait de répertorier tous les patients ayant été pris en charge en 2000 et en 2002 pour « tentative de suicide » à l'UPATOU de Pont à Mousson.

Chaque patient ayant eu recours à l'UPATOU de Pont à Mousson est depuis 1999 enregistré dans une base de données interne, qui est donc constituée de l'ensemble des « entrées ».

Pour chaque entrée, une codification du diagnostic est effectuée, par le médecin urgentiste, selon trois niveaux :

- discipline
- spécialité
- complément

L'effectif de notre étude a été déterminé en recensant tout patient, venant dans les périodes retenues, pour lequel le diagnostic a correspondu à une des combinaisons suivantes possibles :

- Discipline : Médecine (1)
ou Chirurgie (2)
ou Non médical / Social (3)
- Spécialité : Psychiatrie (16)
ou Divers (05)
- Complément : Tentative d'autolyse (25)
ou Menace de suicide (26)
ou Récidive de suicide (27)

➤ Effectif de la population

Ainsi, en appliquant tous ces critères, on trouve finalement :

P = Population des suicidants ayant été pris en charge par l'UPATOU de Pont à Mousson en 2000 et en 2002 = 215 patients

Subdivisée en deux sous populations :

P1 = 112 patients, population des suicidants de 2000
et P2 = 103 patients, population des suicidants de 2002

➤ Biais de recrutement

Comme dans toute étude, il existe des biais. Dans notre cas, ils tiennent essentiellement au fait que la base de données correspond aux patients enregistrés comme ayant eu recours à l'UPATOU de Pont à Mousson pour une tentative de suicide.

Sont alors de facto non comptabilisées :

- ❖ les récurrences n'ayant pas été prises en charge à l'hôpital (médecin traitant sans décision d'hospitalisation, ou absence de consultation médicale par exemple)
- ❖ les récurrences prises en charge dans un autre hôpital (parce que plus grave et ayant nécessité un transfert direct au CHU de Nancy, ou parce que s'étant produite à proximité d'un autre établissement que l'hôpital de Pont à Mousson par exemple)
- ❖ les récurrences ayant abouti à un décès, les données épidémiologiques de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) étant anonymes et donc non exploitables dans notre cas.

Cependant, ces biais sont statistiquement équivalents pour P1 et P2, et ne remettent par conséquent pas en cause le bien fondé de l'étude.

2.1.2 Description des variables

L'exploitation de la base de données des urgences de l'hôpital de Pont à Mousson a permis de sélectionner 24 variables renseignées pour tous les patients ayant été admis en 2000 et en 2002 pour « tentative de suicide ».

L'ensemble des données retenues se subdivise en plusieurs catégories, regroupées ici par formats.

➤ Variable patient

Afin d'anonymiser l'ensemble de l'étude, et de pouvoir ainsi confier le traitement des données à des personnes non soumises au secret médical, nous avons appliqué un codage attribuant à chacun des patients (nom, prénom et date de naissance en cas d'homonymes) un numéro.

Les patients sont donc représentés chacun par un numéro, sous l'occurrence « **referencepatient** ».

➤ Variables au format date

Cinq variables empruntent ce format :

- la date de naissance du patient nommée **datenaissance**
- l'année de naissance de chaque patient nommée **annais**
- la date d'hospitalisation nommée **datedhospit**
- la date de sortie d'hospitalisation nommée **datesortiedhospit**
- l'année de la tentative de suicide nommée **anneeTS**

➤ Variables quantitatives

A nouveau cinq variables dans cette catégorie, issues du traitement des données brutes, et créées pour les besoins de l'étude :

- nombre de récurrences effectuées dans les 12 mois suivants la première tentative de suicide, nommée **nbrecidivesles12moissuivants**
- durée d'hospitalisation en jours pour chaque patient, nommée **dureehosp**
- l'âge des patients au moment de la première tentative de suicide, nommée **age**, et recodé en six classes d'âges :
 - moins de 18 ans
 - 18 – 24 ans
 - 25 – 34 ans
 - 35 – 44 ans
 - 45 – 59 ans
 - 60 ans et plus

Cette variable quantitative continue est ainsi transformée en variable quantitative discrète ou discontinue à 6 catégories.

- la durée en jours entre la première tentative de suicide et la première récurrence nommée **dureeavantrec**

➤ Variables qualitatives

Enfin, on trouve quatorze variables qualitatives :

- le sexe de chaque patient nommé **Sexe**, variable binaire subdivisée en deux catégories, Masculin ou Féminin
- le Groupe d'Etudes Multicentriques des Services d'Accueil aux urgences, correspondant au type d'accueil des patients aux urgences et nommé **GEMSA**, subdivisé en 6 catégories :
 - 1 = décédé à l'arrivée
 - 2 = non convoqué, sortant après consultation
 - 3 = re-convoqué
 - 4 = non attendu mais hospitalisé
 - 5 = attendu pour hospitalisation
 - 6 = patient pour prise en charge thérapeutique immédiate et prolongée
- la Classification Clinique des Malades aux Urgences nommée **CCMU**, qui évalue la gravité clinique des patients à leur arrivée aux urgences, et subdivisée en 5 catégories :
 - 1= clinique stable, pas d'acte complémentaire
 - 2= clinique stable, acte complémentaire
 - 3= clinique stable susceptible de s'aggraver
 - 4= pronostic vital engagé sans réanimation
 - 5= pronostic vital engagé avec réanimation

- Le type de transport utilisé par les patients pour arriver ou pour partir de l'hôpital, nommés **MTA** (Mode de Transport Arrivée) et **MTS** (Mode de Transport Sortie) et subdivisé en 9 catégories :
 - 1= samu terrestre
 - 2= VSL (Véhicule Sanitaire Léger)
 - 3= ambulance privée
 - 4= taxi
 - 5= personnel
 - 6= samu hélicopté
 - 7= pompiers
 - 8= police
 - 9= autre

- La provenance du patient, nommée **Provenance**, subdivisée en 8 catégories :
 - 4 = médecin traitant
 - 5 = UPPAM (Unité de Psychiatrie de Pont à Mousson)
 - 6 = domicile
 - 7 = voie publique
 - 8 = travail
 - 9 = transfert
 - 10= autre
 - 11=scolaire

- L'orientation du patient à la sortie des urgences, nommée **Orientation**, subdivisée en 11 catégories :
 - 11 = décédé
 - 12 = retour à domicile (RAD)
 - 13 = reconvoqué
 - 14 = hospitalisé sur place
 - 15 = bloc chirurgical
 - 16 = transfert autre établissement

- 17 = transfert faute de place
 - 18 = transfert sur demande du patient
 - 19 = autre
 - 20 = prise en charge sociale
 - 21 = Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) = hospitalisation sous contrainte
- Le type de tentative de suicide effectuée, nommée **TypeTS** et subdivisée en 11 catégories :
- 1 = Intoxication Médicamenteuse Volontaire = IMV
 - 2 = Arme à feu
 - 3 = Arme blanche
 - 4 = Pendaison
 - 5 = Phlébotomie
 - 6 = Noyade
 - 7 = Défenestration
 - 8 = Toxique
 - 9 = Train
 - 10 = Voiture
 - 99 = Autre

Enfin, les cinq dernières variables qualitatives, issues également du traitement des données brutes, et créées pour les besoins de l'étude :

- **AtcdTS**, variable binaire qui permet de renseigner l'existence ou non d'antécédent de tentative de suicide, mais qui est une donnée partiellement fiable, car dépendante de l'anamnèse et de l'interrogatoire plus ou moins poussé du médecin recevant le patient
- La variable **Recidive12M**, variable binaire, permettant de savoir si un patient a fait ou non une récurrence dans les 12 mois suivant la première tentative de suicide

- Enfin, nous avons 3 variables concernant le suivi d'un patient .
 - La variable **Suivi**, variable binaire indiquant l'existence ou non d'un suivi .
 - La variable **Typesuivi**, subdivisée en trois catégories :
 - pas de suivi
 - suivi avant la tentative de suicide
 - suivi après la TS
 - La variable **CategoriesSuivi**, subdivisée en 6 catégories :
 - suivi infirmier
 - suivi psychologique
 - suivi médical
 - suivi infirmier + psychologique + médical
 - suivi psychologique + médical
 - autre

2.1.3 Traitement statistique des données

Les données brutes ont été relevées à l'hôpital de Pont à Mousson, à partir du logiciel utilisé par l'équipe de l'UPATOU.

L'analyse statistique a été confiée à une équipe de trois personnes, mesdemoiselles Céline Chapelle, Elsa Decool, et Ursula Grimaldo, étudiantes à l'IUT II de Grenoble, Département STID, sous le contrôle de Mr Balducci, professeur de biostatistique, et de Mr Garat, professeur de statistiques, dans le cadre d'un projet tuteuré, réalisé entre novembre 2004 et mars 2005.

C'est le logiciel statistique SPSS qui a été utilisé.

Les moyens statistiques employés seront explicités et détaillés en temps voulu, mais on peut les résumer brièvement ainsi :

- dénombrements et calculs de fréquences pour la répartition des phénomènes dans les populations.
- tests classiques de χ^2 (X^2) et analyse bivariée.

Les tests statistiques ont pour but de vérifier si la dépendance observée entre des caractères (qualitatifs ou quantitatifs) est due au hasard ou non.

- régression logistique qui permet de corriger les résultats d'éventuels facteurs de confusion.

2.2 Analyse de la population selon les différentes variables

2.2.1 Précisions statistiques

Il s'agit des données descriptives brutes de l'ensemble de la population des suicidants pris en charge par l'UPATOU de Pont à Mousson (population P), c'est à dire concernant les deux périodes (2000 et 2002) confondues.

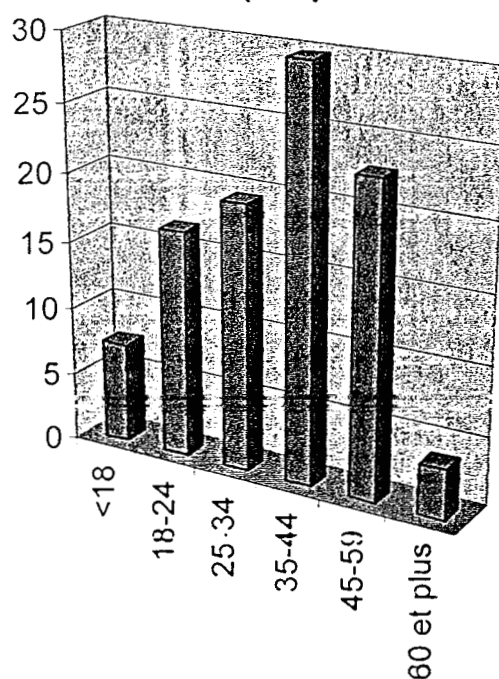
De manière à étalonner ces données expérimentales, certains résultats seront comparés en partie à des études épidémiologiques existantes, et notamment aux données publiées en avril 2001 par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [18], qui sont à ce jour, la référence la plus actuelle en matière de données épidémiologiques sur le suicide et la tentative de suicide en France.

2.2.2 Résultats des études

2.2.2.1 L'âge des suicidants

<i>Classes d'âge (ans)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage Cumulé</i>
<18	16	7,4	7,4
18-24	36	16,7	24,2
25-34	42	19,5	43,7
35-44	64	29,8	73,5
45-59	49	22,8	96,3
60 et plus	8	3,7	100,0
<i>TOTAL</i>	<i>215</i>	<i>100,0</i>	

Répartition des différentes classes d'âge
(en pourcentage)



N	215
Moyenne	35,92
Médiane	36,00
Ecart – type	13,262
Variance	175,871
Minimum	13
Maximum	91
Centiles 25	25,00
50	36,00
75	45,00

Les suicidants les plus représentés sont les 35-44 ans (30% de la population), suivis des 45-59 ans (23.3% de la population) et des 25-34 ans.

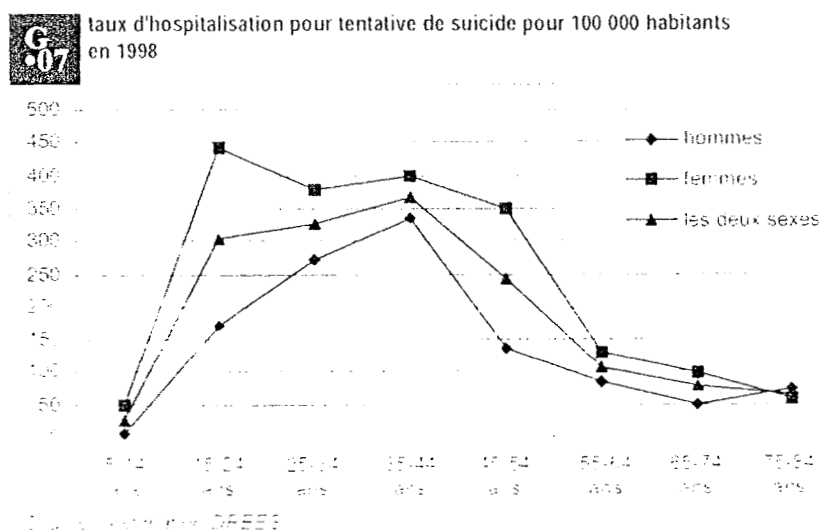
On remarque cependant que 7% des suicidants sont mineurs (le plus jeune ayant 13 ans) et que l'âge le plus élevé est de 91 ans

La moyenne et la médiane sont quasiment identiques : **l'âge moyen est de 36 ans** et 50% des suicidants ont moins de 36 ans, 25% ont moins de 25 ans et 75% moins de 45 ans.

Il convient de préciser que dans notre cas, le service d'urgence n'est pas orienté spécifiquement pour la prise en charge des adolescents et des enfants, et qu'il n'existe pas de service de pédiatrie à Pont à Mousson.

Les urgences de l'hôpital d'enfants du C.H.U de Nancy-Brabois répondent davantage à cette demande : il existe donc probablement un biais de sélection, les deux hôpitaux n'étant distants que de 30 km, ce qui minore la fréquence de la classe d'âge < 18 ans .

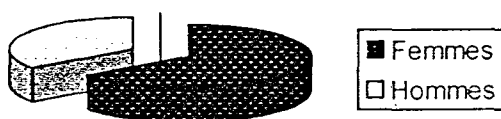
On retrouve des données correspondant aux statistiques nationales récentes [18], avec la classe d'âge 35-44 ans majoritaire (plus de 35 % pour les statistiques nationales).



2.2.2.2 Le Sexe des suicidants

Sexe				
		Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Sexe	Femme	140	65,1	65,1
	Homme	75	34,9	100,0
	Total	215	100,0	

Répartition des T.S selon le
sexe des suicidants



On constate que les tentatives de suicides concernent **majoritairement les femmes**, en effet, il y a 65.1% de femmes et 34.9% d'hommes, soit **presque deux femmes pour un homme**.

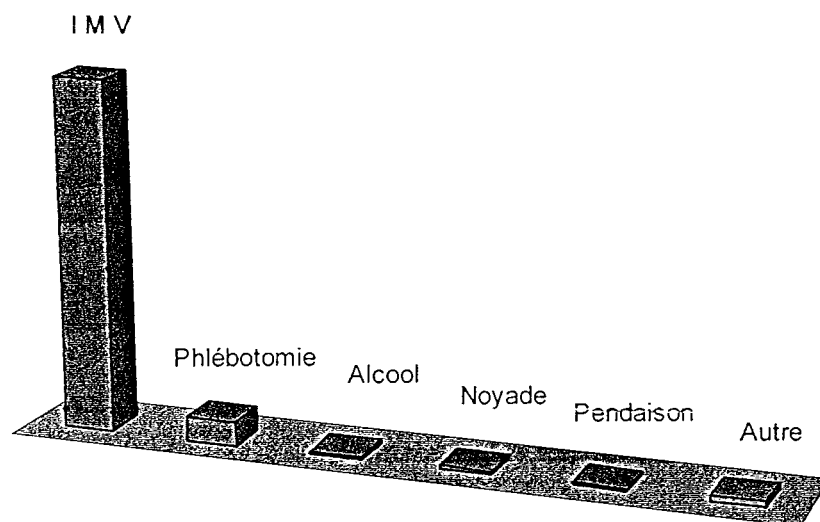
Là encore, ces données sont en accord avec les données nationales [18] : majorité de femmes, avec un rapport femmes/hommes pouvant aller, selon les tranches d'âge, jusqu'à 2,6.

On sait en revanche que pour les suicides aboutis, le rapport est inversé, allant jusqu'à trois hommes pour une femme dans certaines tranches d'âge [18].

2.2.2.3 Les Types de Tentative de suicide

Types de TS	Effectif	Pourcentage
Intoxication Médicamenteuse Volontaire	194	90,2
Phlébotomie	13	6
Alcool	2	0,9
Noyade	2	0,9
Pendaison	1	0,5
Autre	3	1,4
TOTAL	215	100

**Moyens Utilisés pour les Tentatives de Suicide
(en pourcentage relatif)**



Le type de tentative de suicide le plus fréquent est l'**Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV)**, elle concerne **90.2% des suicidants**.

On remarque aussi que moins de 1 % des suicidants ont tenté de se pendre ou de se noyer.

Encore une fois, ces données corroborent les données nationales qui retrouvent comme moyen privilégié de tentative de suicide (tous âges et sexes confondus) l'Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV), utilisée dans plus de 80 % des cas en ce qui concerne les statistiques nationales [18].

Une étude plus ancienne, réalisée par Davidson et Philippe pour le compte de l'INSERM en 1986 [28] montrait un recours à ce moyen dans 90 % des cas, ce qui nous renseigne sur la relative stabilité des moyens utilisés dans les T.S au cours des âges. Ce fait est d'ailleurs confirmé par de nombreuses autres études.

Certains auteurs se sont également penchés sur le type de médicaments utilisés. Il apparaît que les substances utilisées lors des intoxications médicamenteuses volontaires sont un reflet de la consommation médicamenteuse générale [29].

C'est ainsi que Lejoyeux et Rouillon à propos des suicides par IMV montraient que la diminution de la prescription des barbituriques s'était associée entre 1973 et 1980, à une diminution significative des morts par surdosage en barbituriques, tandis que, dans le même temps, la fréquence des suicides par surdosage en paracétamol, neuroleptiques, benzodiazépines et antidépresseurs augmentait [30].

Nous n'avons pas détaillé, dans notre étude, le type de médicaments utilisé dans chaque cas, car le matériel statistique à notre disposition était incomplet, ces informations se retrouvant, parfois seulement, dans la lettre de sortie adressée au médecin traitant.

2.2.2.4 L'existence d'Antécédents de tentative de suicide

Comme nous l'avons souligné plus haut, la variable « antécédents » est une variable peu fiable car elle dépend de l'interrogatoire des patients, de la possibilité d'omission par le médecin de cette information pourtant très importante, et de l'accès non systématique à ce type de renseignements (la lettre de sortie n'est en effet ni toujours faite, ni toujours consultable).

L'alternative aurait été de vérifier dans la base de donnée informatique s'il existait des antécédents répertoriés de tentatives de suicide ; mais d'une part, l'informatisation des données des urgences est trop récente à Pont à Mousson (1999) pour donner un recul suffisant légitimant une telle méthode ; d'autre part, cela limitait encore une fois les antécédents de tentatives de suicide prises en charge aux urgences de Pont à Mousson uniquement ; et enfin le recul aurait été différent pour les deux années étudiées, ce qui ne permettait pas une comparaison « statistiquement acceptable » des deux périodes.

C'est pourquoi nous avons opté pour un recueil anamnestique, avec tous les biais que cela comporte.

Les résultats sont, pour toutes les raisons sus citées, **inévitavelmente sous estimés**.

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Valide
Valide	Non	173	80,5	80,8
	Oui	41	19,1	19,2
		214	99,5	100,0
Total		1	0,5	
Manquante		215	100,0	
Total				

On constate que **moins d'un patient sur 5** est répertorié comme ayant des antécédents, ce qui semble effectivement être très sous-estimé puisque l'étude conduite par l'INSERM en 1986 [18] dénombrait 43% de suicidants récidivistes , et que d'une manière générale, on estime à environ 50% le nombre de primo-suicidants, comme le précise F.Eudier dans une étude réalisée en 1998 [31].

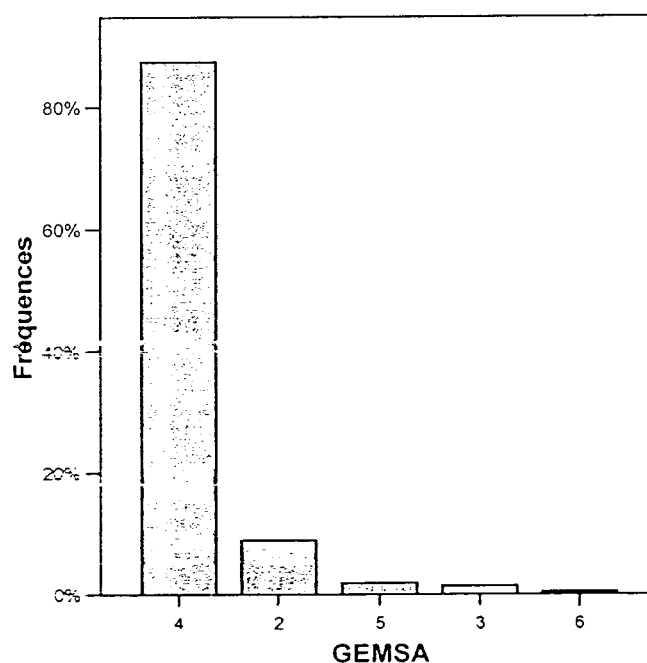
2.2.2.5 Le Groupe d'Etude Multicentriques des Services d'Accueil aux urgences (GEMSA) et l'Orientation des Suicidants à la sortie des urgences

➤ **Le Groupe d'Etude Multicentriques des Services d'Accueil aux urgences (GEMSA)**

Code GEMSA				
Code GEMSA		Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	2	19	8,8	8,9
	3	3	1,4	1,4
	4	187	87,0	87,4
	5	4	1,9	1,9
	6	1	,5	,5
	Total	214	99,5	100,0
Manquant		1	,5	
Total		215	100,0	

Signification des codes : 1 = décédé à l'arrivée ; 2= non convoqué, sortant après la consultation ; 3= re-convoqué ; 4= non attendu mais hospitalisé ; 5= attendu pour hospitalisation ; 6= patient pour prise en charge thérapeutique immédiate et prolongée

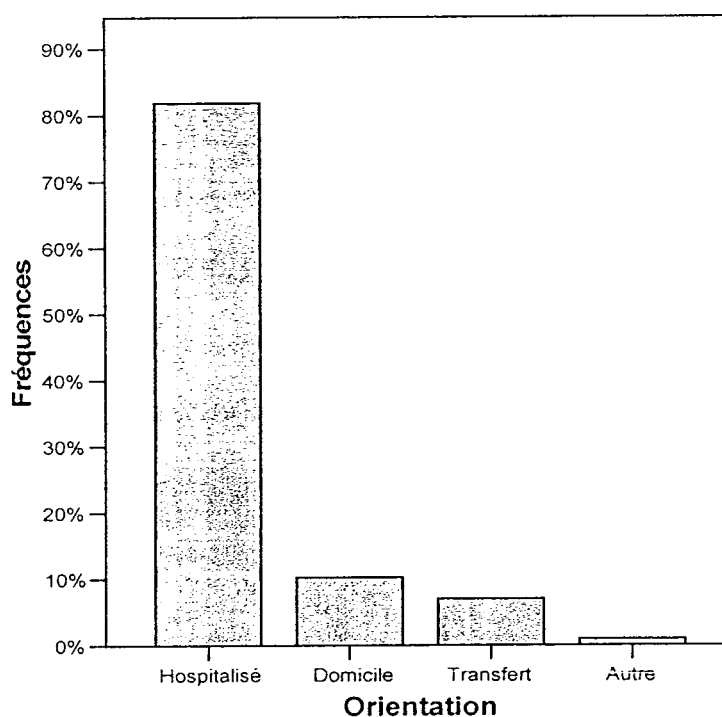
Situation des suicidants à l'arrivée aux Urgences (diagramme de Pareto)



➤ Orientation des suicidants

Orientation		Effectifs	Pourcentage
Valide	Autre	2	,9
	Domicile	22	10,2
	Hospitalisé	176	81,9
	Transfert	15	7,0
	Total	215	100,0

Orientation des patients à leur sortie des urgences (diagramme de Pareto)

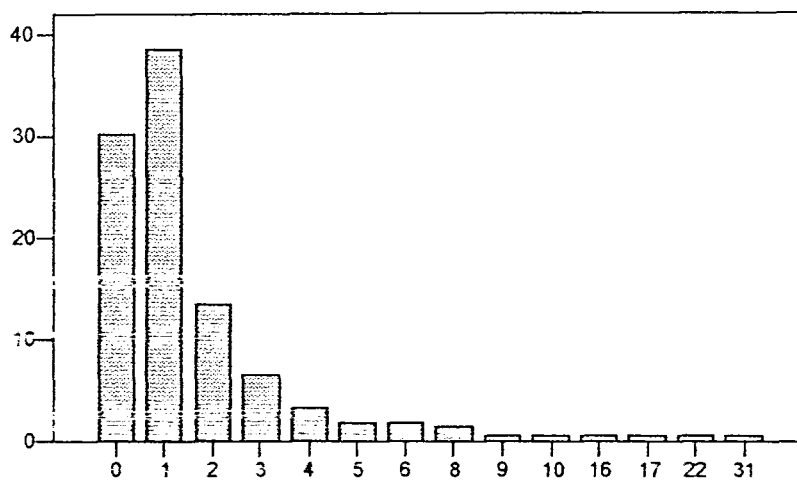


Ces deux variables sont assez proches en signification et se recoupent assez bien : elles permettent de constater que **plus de 80% des suicidants pris en charge seront finalement hospitalisés**, ce qui répond bien aux recommandations de l'ANAES et peut être considéré comme un **atout de la prise en charge mussipontine**.

2.2.2.6 La Durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (j)	Effectifs	Pourcentage	% valide	% cumulé
0	65	30,2	30,4	30,4
1	82	38,1	38,3	68,7
2	29	13,5	13,6	82,2
3	14	6,5	6,5	88,8
4	7	3,3	3,3	92,1
5	4	1,9	1,9	93,9
6	4	1,9	1,9	95,8
8	3	1,4	1,4	97,2
9	1	,5	,5	97,7
10	1	,5	,5	98,1
16	1	,5	,5	98,6
17	1	,5	,5	99,1
22	1	,5	,5	99,5
31	1	,5	,5	100,0
Total	214	99,5	100,0	
Manquant	Système	1	,5	
Total	215	100,0		

Histogramme
Fréquence (%) / Durée d'hospitalisation (jours)



N	214
Manquante	1
Moyenne	1,78
Médiane	1,00
Ecart-type	3,325
Variance	11,056

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation est d'environ **1.8 jours**.

On constate que la durée d'hospitalisation est comprise dans presque **89% des cas entre 0 et 3 jours**.

Ce résultat est à mettre en rapport avec les recommandations de l'ANAES, reprises dans le protocole de prise en charge des suicidants admis à l'UPATOU de Pont à Mousson, qui préconisent une hospitalisation de trois jours minimum de manière systématique, sauf cas particulier.

Même si, comme on a pu le constater dans le paragraphe précédent, les suicidants sont majoritairement hospitalisés, force est de constater que les recommandations ne sont pas complètement appliquées, les raisons étant probablement multiples : refus du patient, manque de place, situation jugée « à faible risque » ...

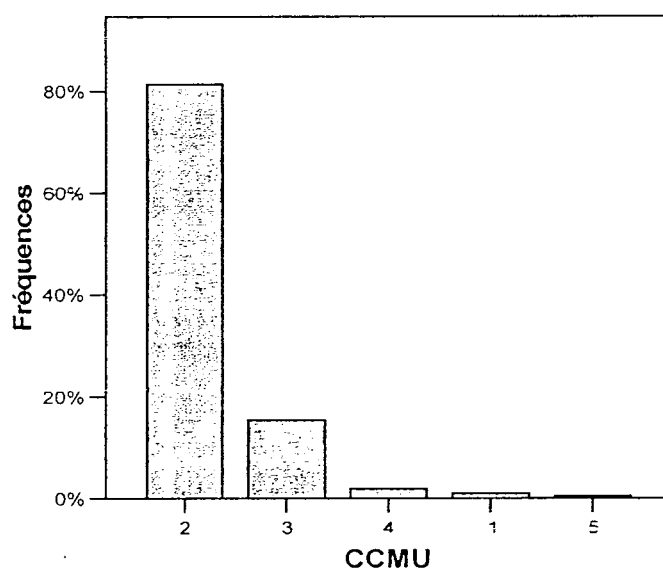
Il est intéressant à ce niveau de comparer les deux années étudiées, 2000 et 2002, afin de voir s'il existe une différence, et si la différence éventuellement constatée est significative : nous le ferons dans la troisième partie de l'étude.

2.2.2.7 La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

CCMU

		Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide	1	2	,9	,9
	2	175	81,4	82,3
	3	33	15,3	97,7
	4	4	1,9	99,5
	5	1	,5	100,0
	Total	215	100,0	

Etat Clinique des suicidants (diagramme de Pareto)



Correspondance des codes :

- 1= clinique stable, pas d'acte complémentaire
- 2= clinique stable, acte complémentaire
- 3= clinique stable susceptible de s'aggraver
- 4= pronostic vital engagé sans réanimation
- 5= pronostic vital engagé avec réanimation

On constate que pour **plus de 80% des suicidants, le pronostic vital n'est pas engagé** : ce n'est pas tant dans les conséquences somatiques que dans la symbolique du geste que la tentative de suicide signe sa gravité.

Il paraît nécessaire de rappeler encore qu'il s'agit donc de « prendre au sérieux » toutes les tentatives de suicide, et surtout de ne pas minimiser le geste, comme c'est encore trop souvent le cas.

C'est pourquoi l'existence d'une majorité de classe CCMU 2, qui se différencie de la classe CCMU 1 par la réalisation d'examens complémentaires, peut probablement être considéré comme un témoin de bonnes pratiques : la réalisation d'acte complémentaire, au delà du surcoût éventuel occasionné, toujours important à mettre en balance dans la logique économique actuelle de gestion de la santé, paraît être une économie à long terme, à la fois en terme financier, et en terme humain.

En effet, un simple bilan biologique ou un électrocardiogramme (par exemple en cas d'ingestion d'antidépresseurs tricycliques) permettent de faire prendre conscience au patient de la gravité potentielle du geste, et jouent probablement un rôle non négligeable dans la prévention de la récurrence suicidaire.

Il paraît également important de signaler que 2.4% des suicidants avaient un pronostic vital engagé à leur arrivée aux urgences .

Il faut rattacher, semble-t-il, ce chiffre, au rapport tentative de suicide/suicide « réussi » ou « abouti » qui est d'environ 15/1 en France [18] (11 000 suicides par an contre 130 à 180 000 tentatives de suicide, *données DREES, avril 2001*).

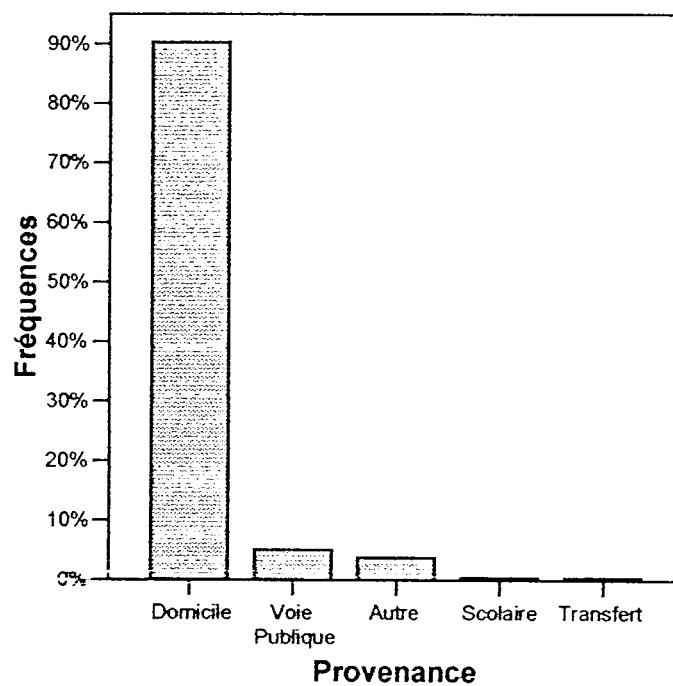
En effet, tout porte à croire qu'il s'agit là de personnes ayant cherché à mettre réellement fin à leurs jours, en utilisant des moyens potentiellement plus sûrement létaux.

2.2.2.8 La Provenance des suicidants et les Modes de Transport arrivée (MTA)

➤ Provenance des suicidants

Provenance		Effectifs	Pourcentage
Valide	Autre	8	3,7
	Domicile	194	90,2
	Scolaire	1	,5
	Transfert	1	,5
	Voie Publique	11	5,1
	Total	215	100,0

Provenance des suicidants (diagramme de Pareto)

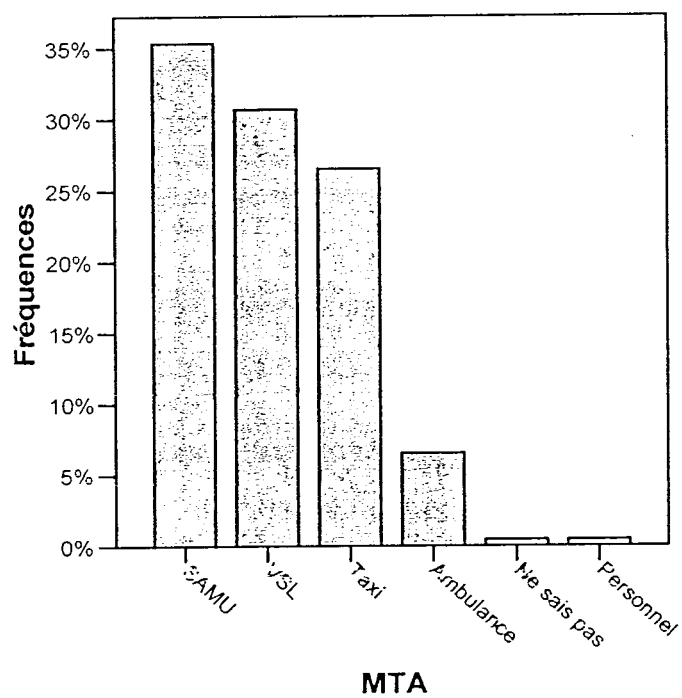


Les patients proviennent principalement de leur domicile (plus de 90%).

➤ Mode de transport arrivée (MTA)

MTA		Effectifs	Pourcentage
Valide	Ambulance	14	6,5
	Ne sais pas	1	,5
	Personnel	1	,5
	SAMU	76	35,3
	Taxi	57	26,5
	VSL	66	30,7
	Total	215	100,0

Mode de Transport d'Arrivée aux urgences (diagramme de Pareto)



Remarque :

Parmi les catégories proposées pour la cotation du type de transport, il existe la catégorie « pompier », c'est à dire Véhicule de Secours aux Asphixiés et Blessés (VSAB), qui est étonnement totalement absente des relevés de données (0 %), tandis que le SAMU arrive en première position, comme étant utilisé dans plus d'un cas sur trois.

C'est probablement là un amalgame de codification, et il faut sûrement inclure le « VSAB-pompier » dans la catégorie « SAMU », car il semble très étonnant de retrouver un transport médicalisé (SAMU) dans plus d'un cas sur trois, alors qu'il existe plus de 80 % de patients classés CCMU 2, donc sans gravité clinique immédiate.

➤ Commentaires

Il est également intéressant de remarquer que **moins d'1 % des patients arrivent aux urgences de façon « personnelle »**, c'est à dire soit seuls avec leur propre véhicule, soit accompagnés d'un proche. Cela traduit probablement plusieurs réalités, dont deux semblent importantes à individualiser.

Tout d'abord, relevons l'existence d'un probable sentiment de culpabilité, avec honte ou au moins réticence à demander de l'aide, que ce soit auprès du compagnon, d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un voisin. En effet, semble-t-il plausible qu'il existât plus de 99 % des situations dans lesquelles personne ne soit disponible pour conduire le patient à l'hôpital ? Il paraît plus sensé d'évoquer la nécessité de cacher un tel geste.

Ce point, qui peut paraître de prime abord un « détail », peut être un bon moyen d'entamer le dialogue avec le suicidant, qui minimise souvent son geste : la simple évocation du mode de transport d'arrivée permettrait souvent de mettre en évidence l'incohérence entre le discours « banalisateur », et la comportement qui trahit par une telle conduite, la prise de conscience « en actes » du caractère de gravité du geste.

En second lieu, il ne faut pas néanmoins méconnaître de réelles situations d'isolement socio-affectif qui même si elles ne représentent pas 99 % des patients. n'en sont pas moins existantes. Cela met en évidence toute la difficulté de la prise en charge, avec parfois, la quasi-impossibilité de s'appuyer sur un « réseau social » équilibrant et protecteur vis à vis de la récurrence. On voit là émerger la nécessité du repérage de telles situations à risque, avec besoin encore plus renforcé de mise en place d'un suivi au maillage à la fois souple et résistant, comme celui constitué par l'équipe de psychiatrie intra et extrahospitalière.

2.2.2.9 L'existence de Récidive(s) des suicidants

Les résultats concernent les deux années confondues.

Les résultats comparatifs entre les deux périodes étudiées seront développés plus loin.

➤ **Récidives dans les 12 mois suivant la TS initiale (2000 et 2002)**

Récidive dans les 12 mois

		Effectif	Pourcentage
Récidive?	NON	176	81,9
	OUI	39	18,1
	Total	215	100,0

L'étude montre qu'il existe un peu **plus de 18% des suicidants récidivant dans les 12 mois**.

Ces résultats sont à mettre en rapport avec les données nationales publiées par la DREES en avril 2001, qui montraient que, sur étude conduite en 1986 par l'INSERM [18], portant sur 3273 patients, on dénombrait 43 % de suicidants récidivistes et que des résultats concordants avaient été obtenus lors d'une enquête réalisée sous l'égide de l'OMS sur la période 1989-1992. Il était encore rappelé que les récurrences étaient souvent précoces, avec 56% des récurrences qui survenaient dans la première année.

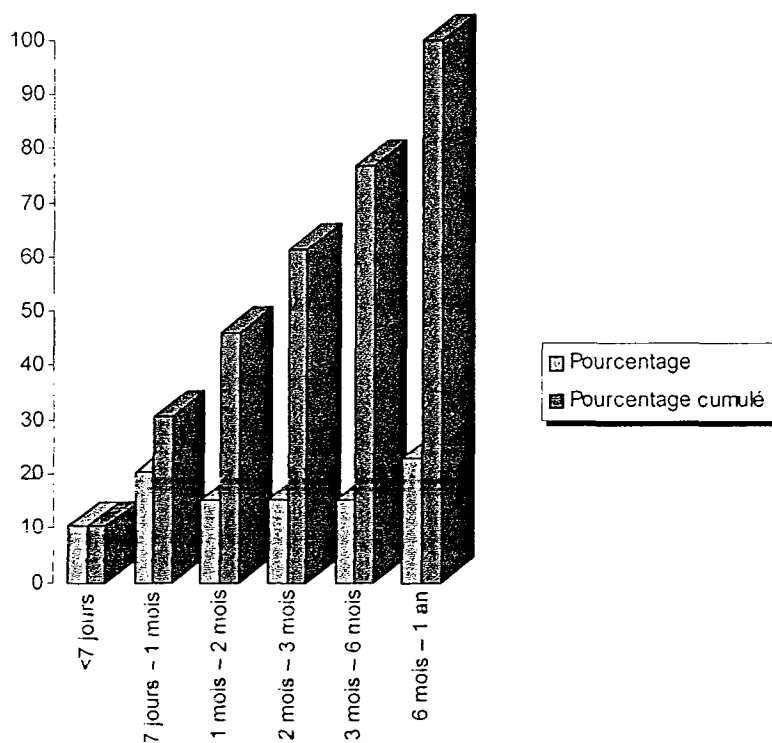
Si on applique des taux correctifs équivalents à notre population, on estime alors que 18 % des récidivants à douze mois représentent environ 56 % des récidivistes totaux, soit un taux calculé de 32 % de suicidants récidivistes pour l'UPATOU de Pont à Mousson.

On trouve donc un taux inférieur (32 % contre 43 %), mais qui convient d'être nuancé puisqu'il existe, comme cela a déjà été évoqué précédemment, un biais de recrutement : toutes les récurrences ne sont pas comptabilisées puisqu'il faut rappeler qu'il s'agit dans notre cas, uniquement des récidivistes pris en charge à nouveau par l'UPATOU de Pont à Mousson, ce qui exclut de facto les récidivistes ayant déménagé, les récurrences ayant été prises en charge par une autre structure (médecin traitant, autre centre hospitalier), et également les récurrences non prises en charge.

➤ Durée entre TS initiale et récidive, pour les récidivistes (2000 et 2002)

Durée	Fréquence	Pourcentage	Durée cumulée	Pourcentage cumulé
<7 jours	4	10,3	7 jours	10,3
7 jours – 1 mois	8	20,5	1 mois	30,8
1 mois – 2 mois	6	15,4	2 mois	46,2
2 mois – 3 mois	6	15,4	3 mois	61,6
3 mois – 6 mois	6	15,4	6 mois	76,9
6 mois – 1 an	9	23,1	1 an	100,0
TOTAL	39	100,0		100,0

Durée entre TS initiale et récidive



On constate que parmi les récidives étudiées, **plus d'une sur trois a lieu dans le mois suivant** la tentative de suicide initiale, **et presque une sur deux survient avant la fin du deuxième mois.**

Il convient de s'interroger sur la pertinence de ces résultats, et dans ce but, il semble utile de les confronter à d'autres études semblables.

D'une part, afin de pouvoir les comparer aux données de l'INSERM de 1986, évoquées plus haut [18], il convient une nouvelle fois de pondérer ces pourcentages.

En effet, pour des raisons de commodité et dans le but de travailler sur des données récentes, seules disponibles de façon reproductible, notre étude a été volontairement limitée aux douze mois suivant la tentative de suicide initiale ; dans l'étude de l'INSERM, il était fait état que 56% des récidives avaient lieu au cours de la première année, (et 75% dans les deux ans), avec dans ce cas, 24% de récidives qui avaient lieu dans les trois premiers mois, et 35% dans les six mois. Si on ramène ces pourcentages à un an, en tenant compte seulement des 56% de récidivistes à douze mois, on obtient des pourcentages relatifs de 42% de récidivistes à trois mois, contre 61,6% dans notre étude, et 62,5% à six mois, contre 76,9% dans notre cas.

Les résultats à Pont à Mousson mettent donc en évidence une précocité nettement plus marquée.

Il est difficile de conclure quant aux raisons expliquant un tel écart, cependant, il paraît utile d'illustrer par des données plus récentes cette tendance à la précocité.

En décembre 2004, au 3^{ème} congrès International Francophone de Prévention du Suicide, le Dr Guillaume Vaiva présentait les résultats d'une étude récente réalisée à Lille, et qui visait à montrer l'intérêt d'un recontact précoce des suicidants [32].

Dans la cohorte de 800 tentatives de suicide, il existait 150 récidives, dont 48 survenaient au cours du premier mois, soit près de 30% des cas : les résultats dans ce cas étaient donc très comparables à ceux retrouvés à Pont à Mousson (30,8%).

Si le Dr G.Vaiva s'est appuyé sur de telles constatations pour mettre en évidence l'intérêt d'un recontact précoce des suicidants, les enseignements à tirer paraissent multiples quant à la prévention secondaire, et nous tenterons de développer ces aspects de façon plus approfondie ultérieurement.

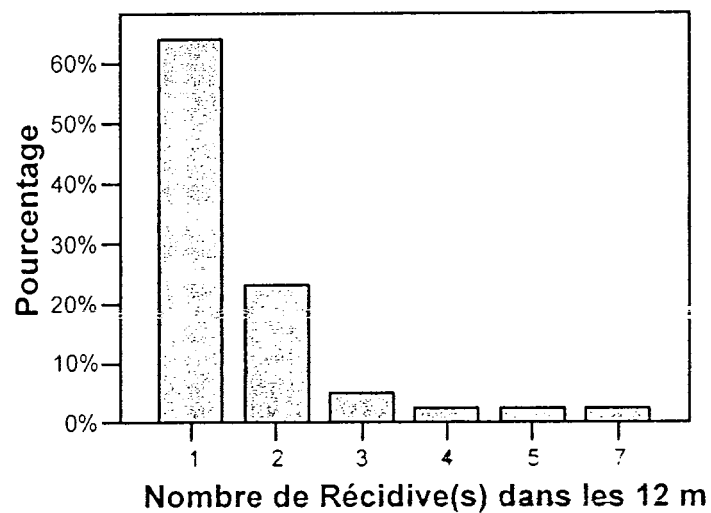
- **Nombre de récides (pour les récidivistes) dans les 12 mois suivant la TS initiale (2000 et 2002)**

Statistiques

N	Valide	39
Moyenne		1,67
Médiane		1,00
Ecart-type		1,264
Variance		1,596
Minimum		1
Maximum		7
Centile	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

Nombre de récidive(s) dans les 12 mois

	Effectifs	Pourcentages	% cumulés
1	25	64,1	64,1
2	9	23,1	87,2
3	2	5,1	92,3
4	1	2,6	94,9
5	1	2,6	97,4
7	1	2,6	100,0
Total	39	100,0	



La majorité (64%) des suicidants récidivant dans les 12 mois ne récidivent qu'une fois.

Moins de 8% font 3 ou plus de 3 récides.

2.2.2.10 Le Suivi des suicidants

➤ Note préliminaire

Les données concernant le suivi ont été colligées à partir des dossiers du Centre Médico-Psychologique (CMP) de Pont à Mousson : il s'agit donc plus précisément du « suivi des suicidants par le CMP de Pont à Mousson ».

Cette précision met en avant l'existence d'un biais de recrutement et de sélection.

En effet, un pourcentage non négligeable des patients répertoriés comme étant « non suivis » peuvent l'être, mais par une autre structure : psychiatre libéral, médecin traitant, autre CMP, psychologue libéral ...

Cependant, la nature même de l'enquête réalisée, de type rétrospectif, ne permettait pas de compléter les données, en y adjoignant par exemple un questionnaire postal ou un recontact téléphonique : cette option aurait modifié totalement l'esprit de l'étude, sans compter les nombreux problèmes éthiques posés (recontacter un suicidant à distance n'est jamais chose aisée).

Les résultats de l'étude de statistiques descriptives regroupant l'ensemble des données des deux années seront donc essentiellement indicatifs.

En revanche, la partie de statistique comparative, développée plus loin, sera beaucoup plus informative puisque les biais sont les mêmes pour chaque année étudiée.

➤ **Existence de suivi avec et sans catégories**

SUIVI?

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Non	179	83,3
	Oui	36	16,7
	Total	215	100,0

Comme prévu (étant donnée le type de recueil de données), le pourcentage de patients suivi est faible : **moins d'un suicidant sur cinq apparaît ici comme étant suivi** par le CMP de Pont à Mousson.

➤ **Catégories de suivi**

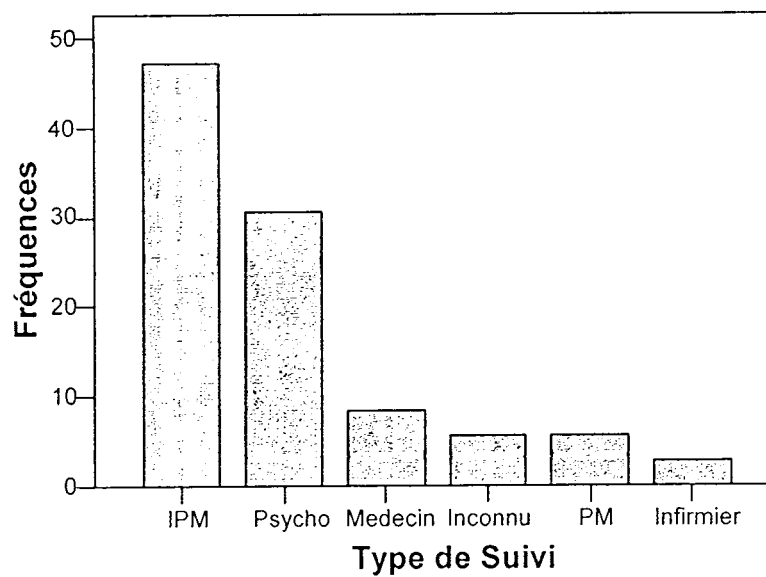
Catégories de suivi	Effectifs	Pourcentages
Pas de suivi	179	83,3
Suivi A PARTIR de la TS	15	7,0
Suivi AVANT la TS	21	9,8
Total	215	100,0

Par cet affinage des résultats, on constate que parmi le faible pourcentage de patients suivis, **plus de la moitié l'était déjà avant leur TS**.

➤ Type de suivi

Type de suivi	Effectifs	Pourcentages
Infirmier	1	2,8
Psychologue	11	30,6
Médecin	3	8,3
IPM	17	47,2
PM	2	5,6
Inconnu	2	5,6

Type de Suivi (Diagramme de Pareto)



On constate que **peu de suivis sont individuels** ; et quand ils le sont, il s'agit le plus souvent d'un suivi psychologique.

Ce type de statistique est difficilement interprétable, car le choix d'un suivi est surtout dépendant du type de structure de personnalité sous jacente.

L'essentiel est cependant de proposer à un patient démuni face à ses difficultés, un interlocuteur auquel il puisse faire appel lorsque sa situation personnelle devient impossible à gérer seul. Cet élément explique sans doute en partie le suivi psychologique privilégié en cas de suivi individuel.

C'est l'équipe de psychiatrie qui choisira ensuite, au cas par cas, le suivi le mieux adapté au patient.

Ces données sont donc très difficilement analysables de manière collective.

2.3 Descriptif bivarié de l'échantillon

2.3.1 Précisions statistiques

Cette partie de l'étude vise à comparer, à l'aide de tests statistiques validés, les variables deux à deux, afin de mettre en évidence l'existence d'un lien statistique ou au contraire d'une indépendance entre les deux variables.

Le test statistique retenu est le test du Chi² (X^2): il permet notamment de tester l'indépendance de deux variables, ou de tester l'indépendance entre une distribution théorique et une distribution expérimentale .

Il existe des conditions de validité du test :

- effectif total (n) au moins égal à 30
- tous les effectifs théoriques doivent être au moins égaux à 5 (regroupement si besoin)
- pour les tableaux deux à deux, avec un effectif faible ($n < 60$), il est nécessaire d'appliquer la correction de Yates, qui permet de traiter des variables continues avec le test du X^2 , alors que ce test répond normalement à une loi continue.

Pour les tests du X^2 on pose les hypothèses suivantes :

(Ho) Il y a indépendance entre les deux variables

Contre

(H1) Il y a une liaison significative entre les variables

➤ Nous avons choisi d'étudier en particulier trois variables :

- le sexe des suicidants, et l'existence d'un lien éventuel avec le type de tentative de suicide, le taux de récurrence, et l'existence d'un suivi
- l'âge des suicidants, et l'existence d'un lien éventuel avec le type de tentative de suicide, le taux de récurrence, l'existence d'un suivi, et l'existence d'antécédents
- les antécédents, et l'existence d'un lien éventuel avec le type de tentative de suicide, le taux de récurrence, l'existence d'un suivi, et le sexe des suicidants.

Il conviendra à chaque fois de discuter de ces résultats, pour évaluer d'une part leur taux de significativité, et de tenter d'apporter d'autre part, des éléments de réponse quant aux hypothèses pouvant les expliquer.

2.3.2 Résultats des études

2.3.2.1 Le sexe des suicidants (2000 et 2002)

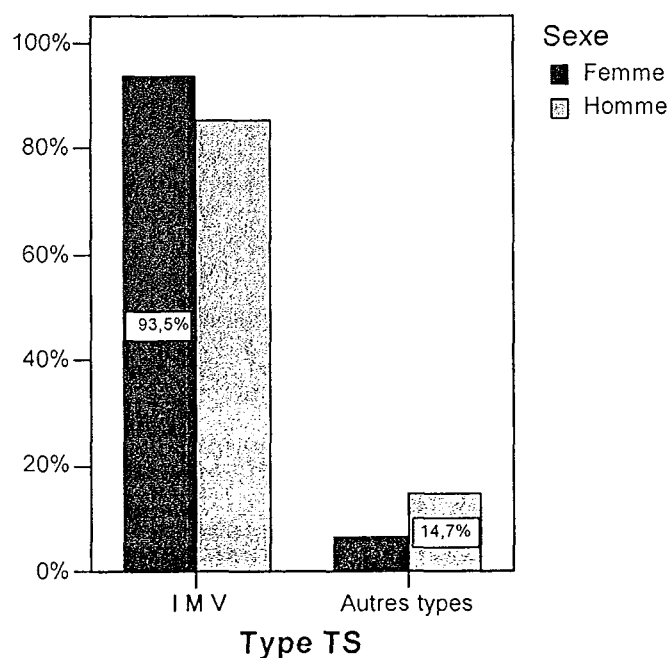
2.3.2.1.1 Sexe des suicidants et Type de Tentative de suicide

Etant donnée la très grande prépondérance de l'IMV parmi les types de tentatives de suicide, nous avons regroupé l'ensemble de autres moyens utilisés sous la catégorie « autre ».

Il s'agit de l'analyse des statistiques regroupées des deux années.

Type de TS			Sexe		Total
			Femme	Homme	
Type de TS	IMV	Effectifs	130	64	194
		Pourcentage (dans sexe)	93,5	85,3	100,0
	Autre	Effectifs	9	11	20
		Pourcentage (dans sexe)	6,5	14,7	100,0
Total		Effectifs	139	75	214
		Pourcentage	100,0	100,0	

Type de TS en fonction du sexe des suicidants
(diagramme en bâton)



Test du X^2

Sexe / Type de TS

p-valeur = 0,049

$X^2 = 3,86$

donc p-valeur < X^2 donc **H_0 rejetée**

au seuil de confiance = 5 %

On rejette donc H_0 , c'est que les deux variables ne sont pas indépendantes, ou encore qu'il existe **un lien significatif au seuil 5% entre le sexe des suicidants et le type de TS.**

On remarque en effet que **les femmes ont plus tendance à faire une TS par IMV que les hommes** (différence visible sur le graphique), et le test du X^2 nous apprend que cette différence constatée « à priori » est statistiquement significative au seuil 5 %.

Cette constatation est en accord avec les études nationales : la DREES écrivait en avril 2001 [18] que les TS par IMV représentait 80% des TS sans distinction de sexe et que ce pourcentage se portait à 90% si on s'intéressait uniquement aux TS chez les femmes : les chiffres retrouvés dans notre étude sont, quoique légèrement majorés, relativement proches.

2.3.2.1.2 Sexe des suicidants et existence de Récidive(s) dans les 12 mois

Sexe selon Récidive(s) dans les 12 mois

			Récidive(s)		Total
			NON	OUI	
Sexe	Femme	Effectif	116	24	140
		% dans Sexe	82,9%	17,1%	100,0%
		% dans Récidive(s)	65,9%	61,5%	65,1%
	Homme	Effectif	60	15	75
		% dans Sexe	80,0%	20,0%	100,0%
		% dans Récidive(s)	34,1%	38,5%	34,9%
Total	Effectif		176	39	215
	% dans Sexe		81,9%	18,1%	100,0%
	% dans Récidive(s)		100,0%	100,0%	100,0%

Test du X^2 Sexe / Récidive

p-valeur = 0,604

$X^2 = 0,268$

donc p-valeur > X^2 donc **H_0 acceptée**

au seuil de confiance = 5 %

Il y a donc indépendance entre les deux variables.

Le sexe n'influe pas sur le risque de récidiver.

2.3.2.1.3 Sexe des suicidants et existence d'un Suivi

Sexe des suicidants et Suivi

		Suivi		Total
		Non	Oui	
Femme	Effectif	118	22	140
	% dans Sexe	84,3%	15,7%	100,0%
	% dans Suivi	65,6%	62,9%	65,1%
Homme	Effectif	62	13	75
	% dans Sexe	82,7%	17,3%	100,0%
	% dans Suivi	34,4%	37,1%	34,9%
Total	Effectif	180	35	215
	% dans Sexe	83,7%	16,3%	100,0%
	% dans Suivi	100,0%	100,0%	100,0%

Test du X^2

Sexe / Suivi

p-valeur = 0,759

$X^2 = 0,094$

donc p-valeur $> X^2$ donc **H_0 acceptée**

au seuil de confiance = 5 %

On ne rejette donc pas H_0 et on conclut qu'il y a indépendance entre le suivi et le sexe du suicidant, c'est à dire que **le fait d'être un homme ou une femme n'influe pas sur l'existence d'un suivi.**

Ce résultat est à considérer avec prudence, puisqu'il s'agit là encore (cf paragraphe 1.2.10) d'une évaluation du suivi global, comportant comme on l'a déjà signalé de nombreux biais.

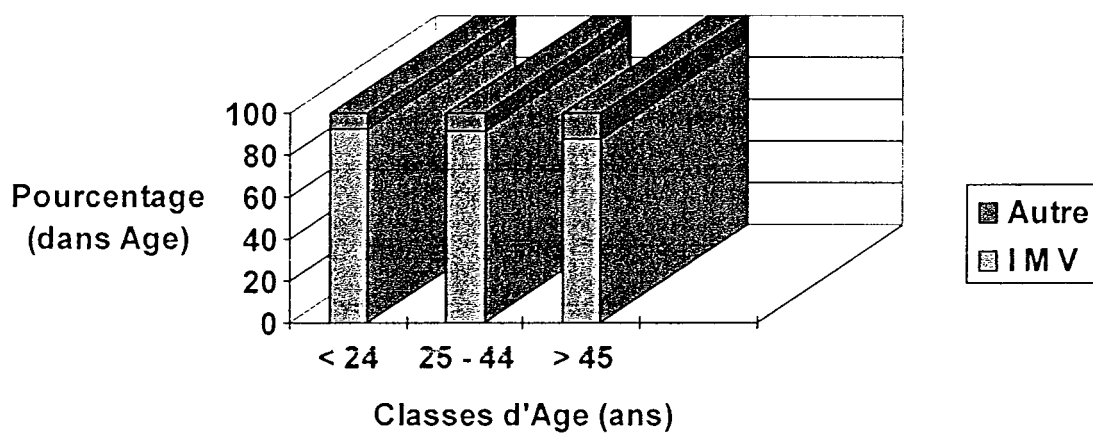
2.3.2.2 L'âge des suicidants (2000 et 2002)

2.3.2.2.1 Age des suicidants et Type de Tentative de suicide

Age et Types de TS

			Types TS		
			Autres	I M V	Total
Classes d'âge (ans)	+45	Effectif	7	50	57
		% dans Classes d'âge	12,3%	87,7%	100,0%
		% dans Types TS	35,0%	25,8%	26,6%
	<24	Effectif	4	47	51
		% dans Classes d'âge	7,8%	92,2%	100,0%
		% dans Types TS	20,0%	24,2%	23,8%
	25-44	Effectif	9	97	106
		% dans Classes d'âge	8,5%	91,5%	100,0%
		% dans Types TS	45,0%	50,0%	49,5%
Total	Effectif	20	194	214	
	% dans Classes d'âge	9,3%	90,7%	100,0%	
	% dans Types TS	100,0%	100,0%	100,0%	

Types de TS selon l'Age



Test du X^2

Age / Type de TS

p-valeur = 0,706

 $X^2 = 0,703$ donc p-valeur $> X^2$ donc **H_0 acceptée**

au seuil de confiance = 5 %

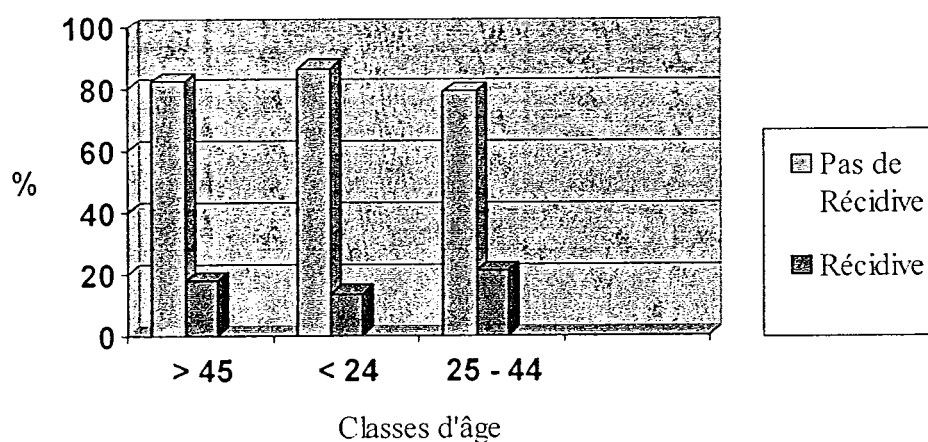
Il y a indépendance entre les deux variables : il n'existe **pas de différence significative** dans le choix du type de TS selon l'âge.

2.3.2.2.2 *Age des suicidants et existence de Récidive(s) dans les 12 mois*

Age et Récidive(s)

			Classes d'âge (ans)			Total
			> 45	< 24	25 - 44	
Récidive(s)	NON	Effectif	47	45	84	176
		% dans Récidive(s)	26,7%	25,6%	47,7%	100,0%
		% dans Classes d'âge	82,5%	86,5%	79,2%	81,9%
	OUI	Effectif	10	7	22	39
		% dans Récidive(s)	25,6%	17,9%	56,4%	100,0%
		% dans Classes d'âge	17,5%	13,5%	20,8%	18,1%
Total	Effectif	57	52	106	215	
	% dans Récidive(s)	26,5%	24,2%	49,3%	100,0%	
	% dans Classes d'âge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Récidive(s) selon l'Age



Test du X^2

Age / Récidive(s)

p-valeur = 0,552

$X^2 = 1,268$

donc p-valeur > X^2 donc **H_0 acceptée**

au seuil de confiance = 5 %

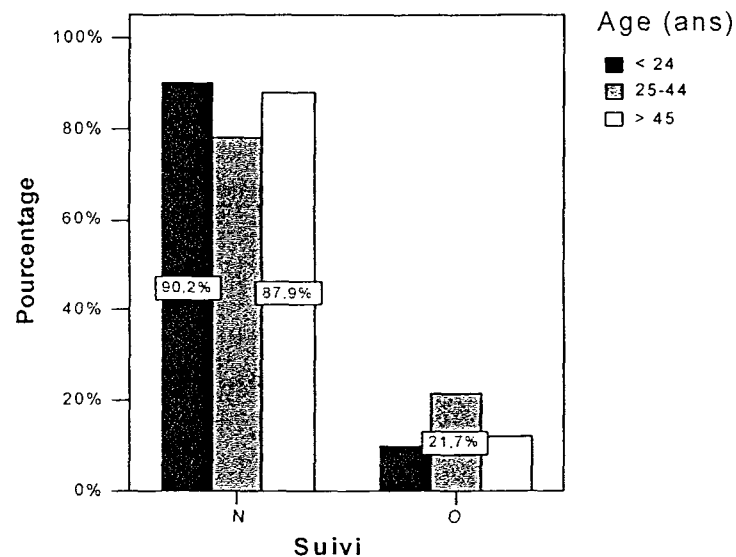
Age et existence de récidive(s) apparaissent comme deux variables indépendantes : il n'y a pas plus de risque de récidiver, selon qu'on fait partie d'une classe d'âge ou d'une autre.

2.3.2.2.3 Age des suicidants et existence d'un Suivi

Age et Suivi

			Classes d'âge (ans)			Total
			< 24 ans	25-44 ans	> 45 ans	
Suivi	Non	Effectif	46	83	51	180
		% dans l'âge	90,2%	78,3%	87,9%	83,7%
	Oui	Effectif	5	23	7	35
		% dans l'âge	9,8%	21,7%	12,1%	16,3%
Total	Effectif		51	106	58	215
	% dans l'âge		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Suivi selon l'Age
(Diagramme en bâton)



Test du X^2

Age / Suivi

p-valeur = 0,100

$X^2 = 4,607$

donc p-valeur < X^2 donc H_0 rejetée

au seuil de confiance = 10 %

Il y a donc un lien significatif entre l'âge et l'existence d'un suivi, au seuil de confiance 10 %.

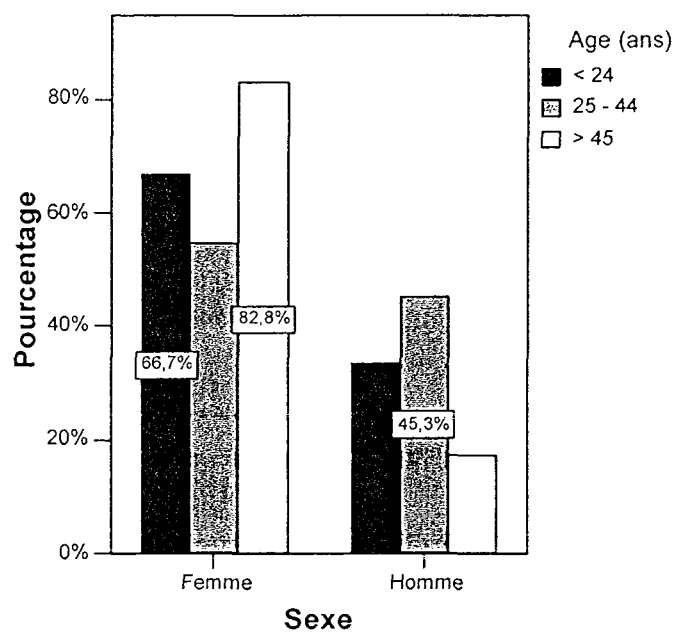
En effet, la classe d'âge **25-44 ans** est statistiquement plus suivie que les deux autres classes d'âge.

2.3.2.2.4 Age et Sexe des suicidants

Age et Sexe des suicidants

		Classe d'âge (ans)			Total	
		< 24 ans	25 -44	> 45 ans		
Sexe	Femme	Effectif	34	58	48	140
		% dans Classe d'âge	66,7%	54,7%	82,8%	65,1%
	Homme	Effectif	17	48	10	75
		% dans Classe d'âge	33,3%	45,3%	17,2%	34,9%
Total		Effectif	51	106	58	215
		% dans Classe d'âge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Age et Sexe des suicidants
(Diagramme en bâton)



On voit qu'il existe une nette disparité entre les classes d'âge, selon les sexes, avec une nette majorité de femmes dans les tranches extrêmes, et une prédominance masculine dans la tranche 25-44 ans.

Cette impression est confirmée par le test du X^2 :

Test du X^2

Age / Sexe

p-valeur = 0,001

$X^2 = 13,05$

donc p-valeur < X^2 donc **H_0 rejetée**

au seuil de confiance = 5 %

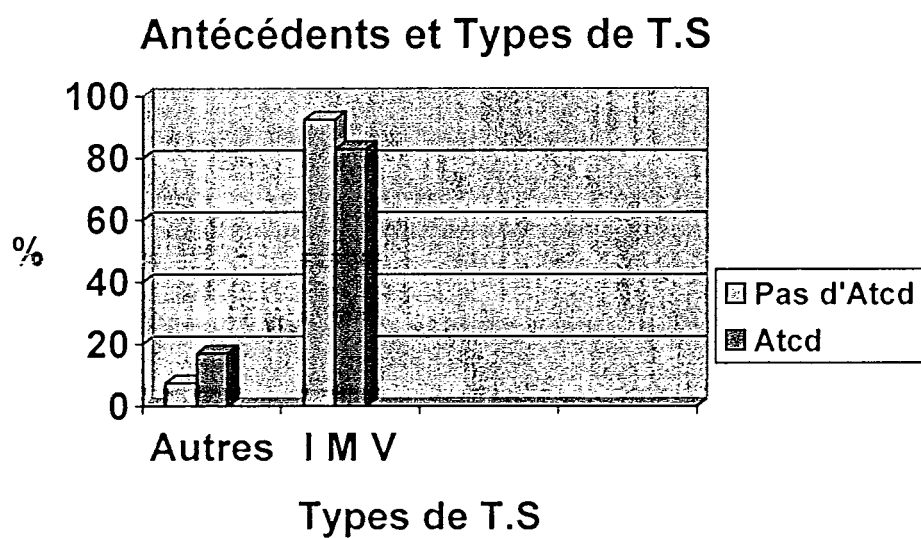
Il existe une **liaison nette** entre classes d'âge et sexe.

2.3.2.3 Les Antécédents des suicidants (2000 et 2002)

2.3.2.3.1 Antécédents et Types de Tentatives de Suicide

Antécédents et Types de T.S

			Types de T.S		Total
			Autres	I M V	
ATCD	Non	Effectif	13	159	172
		% dans Atcd	7,6%	92,4%	100,0%
		% dans Types de T.S	65,0%	82,4%	80,8%
	Oui	Effectif	7	34	41
		% dans Atcd	17,1%	82,9%	100,0%
		% dans Types de T.S	35,0%	17,6%	19,2%
Total		Effectif	20	193	213
		% dans Atcd	9,4%	90,6%	100,0%
		% dans Types de T.S	100,0%	100,0%	100,0%



Test du X^2 **Antécédents / Types de T.S**

p-valeur = 0,74

$X^2 = 3,52$

donc p-valeur < X^2 donc **H_0 rejetée**

au seuil de confiance = 10 %

Les deux variables sont liées : en effet, on remarque que **la proportion de suicidants qui a des antécédents est plus faible pour les tentatives par IMV** que pour les suicidants utilisant un autre moyen, et inversement, on note une plus grande proportion de tentative de suicide par IMV parmi les suicidants n'ayant pas d'antécédents.

La TS par IMV semble donc bien être le « mode d'entrée privilégié » dans la « maladie suicidaire ».

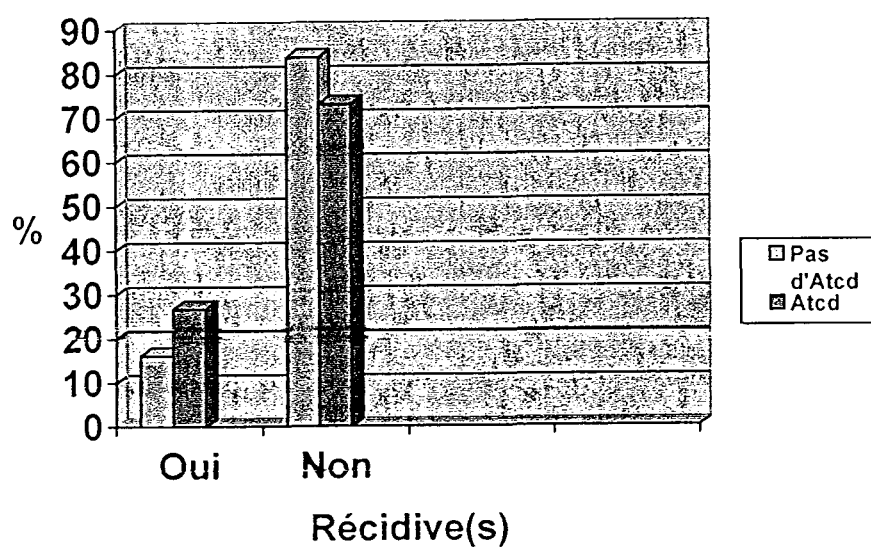
Il est encore utile de rappeler que quelle que soit l'apparent manque de gravité somatique du geste (parfois deux comprimés de dafalgan ou un tube de lysopaïne), c'est l'appel à l'aide qu'il faut considérer, faute de quoi, on s'exposera à des TS de plus en plus potentiellement létales.

2.3.2.3.2 Antécédents et existence de Récidive(s) dans les 12 mois

Antécédents et Récidive(s)

			Récidive(s)		Total
			Oui	Non	
ATCD	Non	Effectif	28	145	173
		% dans Atcd	16,2%	83,8%	100,0%
		% dans Récidive(s)	71,8%	82,9%	80,8%
	Oui	Effectif	11	30	41
		% dans Atcd	26,8%	73,2%	100,0%
		% dans Récidive(s)	28,2%	17,1%	19,2%
Total	Effectif		39	175	214
	% dans Atcd		18,2%	81,8%	100,0%
	% dans Récidive(s)		100,0%	100,0%	100,0%

Antécédent et Récidive(s)



<u>Test du X^2</u>	Antécédents / Récidive(s)
p-valeur = 0,078	
$X^2 = 3,1$	
donc p-valeur < X^2 donc H_0 rejetée	
au seuil de confiance = 10 %	

Les deux variables sont liées ; on constate par exemple **qu'une personne ayant des antécédents a 1,7 fois plus de risque de récidiver.**

Cette donnée confirme la revue de la littérature : J.Ma Sinclair rapportait par exemple [33] un taux de récidive de 32,4 % chez les récidivistes, contre seulement 10% chez les primo suicidants.

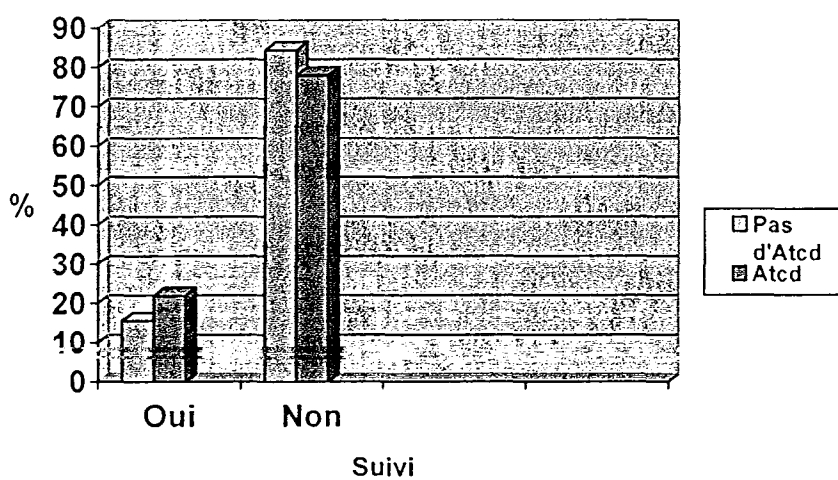
Le nombre de TS antérieures apparaît de loin comme le premier facteur prédictif indépendant de récidive [34].

2.3.2.3.3 Antécédents et Suivi

Antécédents et Suivi

			Suivi		Total
			Non	Oui	
Atcd	Non	Effectif	146	27	173
		% dans Atcd	84,4%	15,6%	100,0%
		% dans Suivi	82,0%	75,0%	80,8%
	Oui	Effectif	32	9	41
		% dans Atcd	78,0%	22,0%	100,0%
		% dans Suivi	18,0%	25,0%	19,2%
Total	Effectif		178	36	214
	% dans Atcd		83,2%	16,8%	100,0%
	% dans Suivi		100,0%	100,0%	100,0%

Antécédent et Suivi



Test du X^2

Antécédents / Suivi

p-valeur = 0,329

 $X^2 = 0,953$ donc p-valeur $< X^2$ donc **H_0 rejetée**

au seuil de confiance = 10 %

Il y a une **liaison significative** entre l'existence d'antécédents et l'existence d'un suivi.

On a donc plus de chances d'être suivi quand on a des antécédents ; ou faudrait-il dire plutôt que les patients qui acceptent, voire demandent, un suivi, sont les patients ayant des antécédents ?

On voit que ces deux dernières analyses soulèvent une problématique de taille.

D'une part, on sait que le recueil de données concernant les antécédents est anamnestique.

On peut donc dire que les patients ayant des antécédents sont en partie des patients

« revendiquant » le fait d'avoir des antécédents.

D'autre part, on a vu plus haut qu'on avait également « plus de chances » de récidiver quand on avait des antécédents.

A la vue de ces résultats, on est en droit de se poser la question du type de personnalité sous-jacente de cette « catégorie » de patients.

En effet, on peut dire, au risque de choquer certains, que certains patients se réclament de façon quasi identitaire comme « suicidaires » : ils sont consommateurs de soins psychiatriques, ont un lourd passé (antécédents, qu'ils évoquent facilement) et continuent de connaître des difficultés (récidives).

Deux options s'opposent et néanmoins coexistent si on tient compte de la globalité de ces patients « rompus à l'exercice de la tentative de suicide ».

- il est indéniable, et aucune étude ne pourra prouver le contraire, qu'un patient suicidaire est un patient en souffrance, ne serait-ce que par l'impossibilité d'utiliser un autre moyen de communication pour alerter son entourage au sujet de ses difficultés. A ce titre, toute tentative de suicide doit être prise au sérieux, quand bien même il s'agirait de récurrences multiples d'actes aux conséquences somatiques bénignes. On sait, si besoin de preuves il y avait pour étayer ce propos, que plus le nombre de récurrences est élevé, plus le risque de tentative de suicide est grand : selon l'analyse de la littérature de Schneider [34], cette incidence serait de 0,85% par an, considérablement plus élevée que dans la population générale. La littérature admet en général 1 à 2 % par an durant les dix ans qui suivent une tentative [35].

- d'un autre côté, on constate que malgré l'existence d'un suivi plus fréquent que la moyenne chez ce type de patients, les récurrences sont elles aussi plus nombreuses : il paraît donc légitime de penser, comme le soutient Walker [36], que la récurrence survient quand on n'a pas répondu convenablement à la souffrance de ce type de patient, ou tout du moins, qu'on n'a pas su donner au patient un autre moyen de communiquer sa souffrance.

C'est pourquoi on est tenté d'individualiser une « catégorie » particulière de patients suicidaires, qu'on pourrait appeler les « multi-récidivistes », à qui vraisemblablement l'offre de soins proposée n'est pas adaptée.

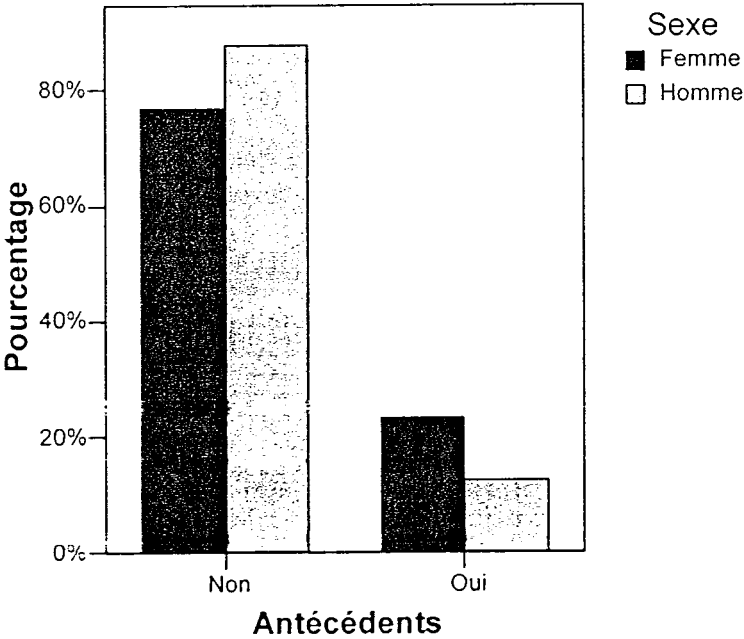
Une réflexion quant à une prise en charge différente de ces patients, qui, par la fréquence de leurs difficultés, sont souvent bien identifiés par les équipes de psychiatrie est sûrement l'une des pistes à explorer si on veut à la fois réduire le nombre de tentatives de suicide, diminuer par la même le risque de suicide abouti, et surtout proposer une vraie solution alternative à ces malades en grande difficulté.

2.3.2.3.4 Antécédents et Sexe

Antécédents et Sexe des suicidants

			Sexe		Total
			Femme	Homme	
Atcd	Non	Effectif	106	65	171
		% dans Sexe	76,8%	87,8%	80,7%
	Oui	Effectif	32	9	41
		% dans Sexe	23,2%	12,2%	19,3%
Total	Effectif		138	74	212
	% dans Sexe		100,0%	100,0%	100,0%

Antécédents et Sexe des suicidants
(diagramme en bâton)



Test du X^2 **Antécédents / Sexe des suicidants**

p-valeur = 0,053

$X^2 = 3,75$

donc p-valeur < X^2 donc **H_0 rejetée**

au seuil de confiance = 10 %

On constate que **12 % des hommes ont des antécédents, et presque deux fois plus de femmes (23 %)** : il y a bien un lien entre les deux variables, ce qui est confirmé par le test du X^2 .

Ce résultat recoupe la statistique concernant tentatives de suicide et sexe : on retrouve l'existence d'une nette prépondérance féminine dans les deux cas, et il semble tout à fait logique que les deux résultats soient en accord.

2.4 Impact du protocole de prise en charge des suicidants (2001)

2.4.1 Précisions statistiques

En guise d'introduction, et parce que cette comparaison nous a semblé intéressante, nous reviendrons sur la durée d'hospitalisation, afin d'évaluer si une différence entre les deux années existe, et dans ce cas, si elle est significative.

Comme il s'agit de comparer deux moyennes, nous utiliserons le Test de Student, qui est recommandé dans ce genre de situation.

Il s'applique quelque soit la valeur de l'effectif, avec des échantillons gaussiens, ce qui est le cas pour notre étude.

Comme pour le test du X^2 , on recherche une indépendance (H_0 acceptée) ou une liaison significative (H_0 rejetée) entre les deux moyennes, selon que le t calculé est inférieur (H_0 acceptée) ou supérieur (H_0 refusé) au $t \alpha$ (t théorique) au seuil choisi (5 %).

Ensuite, nous nous attacherons à répondre à notre question de départ : il s'agit de déterminer statistiquement si le protocole de prise en charge des suicidants établi à Pont à Mousson en 2001 a permis d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Nous avons décidé d'évaluer cette efficacité à travers une variable : l'existence de récurrence(s) éventuelle(s) .

Dans cette partie de l'étude, la récurrence dans les 12 mois (facteur maladie) sera donc mise en relation avec deux autres facteurs étudiés, l'année de la tentative de suicide initiale et l'existence de suivi chez les suicidants (facteurs d'expositions).

Après avoir donné les résultats bruts, nous introduirons deux tiers facteurs, l'âge et le sexe, éventuels facteurs de confusion, afin d'améliorer encore la significativité de l'étude.

2.4.2 Résultats des études

2.4.2.1 Comparaison des moyennes de durée d'hospitalisation

ANNÉE	2000 – 2002	2000	2002
EFFECTIF	215	112	103
MOYENNE (nombre de jours)	1,78	1,63	1,92
MÉDIANE	1	1	1
ECART-TYPE	3,325	2,613	3,957
VARIANCE	11,056	6,828	15,663

On remarque en premier lieu que ni en 2000, ni en 2002, les recommandations de l'ANAES, qui préconisent trois jours d'hospitalisation, ne sont respectées, probablement pour des raisons multiples que nous avons déjà évoquées.

Ensuite, on note que **la moyenne de la durée d'hospitalisation a progressé entre 2000 et 2002.**

Cette différence est-elle statistiquement différente, ou due au hasard ?

Test de Student : comparaison des moyennes des durées d'hospitalisation

$t_{\text{calculé}} = 0,505$

$t_{\alpha} = 1,96$

donc $t_{\text{cal}} < t_{\alpha}$ donc **H_0 acceptée**

au seuil de confiance = 5 %

La **différence entre les deux moyennes n'est pas significative** au seuil de risque 5 %, ce qui signifie que la progression de la durée d'hospitalisation est due au hasard.

On ne peut donc pas dire qu'il y ait eu augmentation de la durée d'hospitalisation entre les deux années, même si la comparaison des chiffres bruts nous y invite.

On ne peut donc pas conclure sur un effet positif du protocole de prise en charge des suicidants concernant la durée d'hospitalisation.

Il faut toutefois nuancer notre propos : on sait que d'une manière générale, le nombre de lits disponibles par habitant a tendance à baisser dans les hôpitaux, et que dans ces conditions, on ne peut certainement malheureusement pas proposer à tous les patients qui le nécessiteraient une hospitalisation d'une durée suffisante, les lits devant se libérer rapidement.

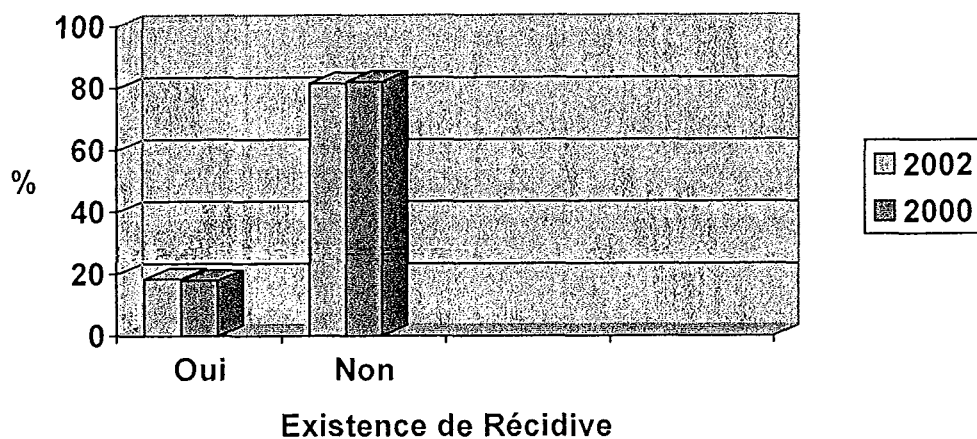
2.4.2.2 Etude des deux facteurs d'exposition

2.4.2.2.1 L'année de la tentative suicide en tant que facteur d'exposition

Année de la T.S Initiale et Récidive(s) éventuelle(s)

			Récidive		Total
			Oui	Non	
Année	2002	Effectif	19	84	103
		% dans Année	18,4 %	81,6 %	100,0 %
		% dans Récidive	48,7 %	47,7 %	47,9 %
	2000	Effectif	20	92	112
		% dans Année	17,9 %	82,1 %	100,0 %
		% dans Récidive	51,3 %	52,3 %	52,1 %
Total		Effectif	39	176	215
		% dans Année	18,1 %	81,9 %	100,0 %
		% dans Récidive	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Année et Récidive(s)



Visuellement, on constate que pour les deux années, les taux de récidive sont très proches.

Ceci est confirmé par le test du X^2 :

<u>Test du X^2</u>	Année de T.S initiale / Existence de Récidive
p-valeur = 0,911	
$X^2 = 0,013$	
donc p-valeur > X^2 donc H_0 acceptée	
au seuil de confiance = 5 %	

Cela se traduit par une indépendance des deux variables : **il n'existe pas de baisse du taux de récidive en 2002 par rapport à 2000.**

(si on regarde précisément, il existe même une légère hausse).

On peut donc dire que le protocole mis en place en 2001, à partir des recommandations de l'ANAES, n'a pas d'influence positive sur une éventuelle baisse du taux de récidive.

Si on choisit ce critère comme critère d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge, on peut conclure que le protocole mis en place en 2001 n'a pas permis, à Pont à Mousson, d'améliorer, en 2002, l'efficacité de la prise en charge.

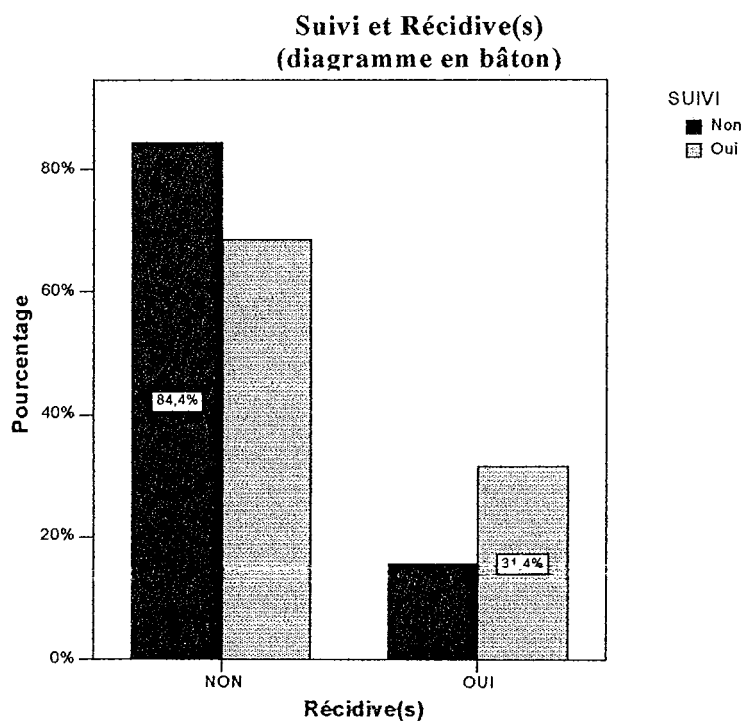
Faut-il pour autant conclure de façon négative quant à l'utilité du protocole de prise en charge des suicidants ?

- tout d'abord, le critère sélectionné (la récidive), ne reste que l'un des nombreux critères existant pour qualifier les tentatives de suicide ; même s'il a l'avantage d'être concret et reproductible, il n'en reste pas moins partiel et n'est donc à ce titre pas de nature à rendre compte totalement de l'efficacité.
- ensuite, il n'est pas établi qu'à pourcentages de récidives équivalents, on ait des situations cliniques aussi préoccupantes dans les deux cas : il faudrait pour conclure à cela, évaluer, par des échelles standardisées et acceptées de tous, les deux populations de récidivistes. Tel n'était pas l'objet de ce travail, mais il convient néanmoins de garder ces notions à l'esprit.

2.4.2.2.2 L'existence d'un suivi en tant que facteur d'exposition

Suivi et Récidive(s) éventuelle(s)

			Récidive		Total
			Oui	Non	
Suivi	Oui	Effectif	11	23	34
		% dans Suivi	32,4 %	67,6 %	100,0 %
		% dans Récidive	28,2 %	13,1 %	15,8 %
	Non	Effectif	28	153	181
		% dans Suivi	15,5 %	84,5 %	100,0 %
		% dans Récidive	71,8 %	86,9 %	84,2 %
Total		Effectif	39	176	215
		% dans Suivi	18,1 %	81,9 %	100,0 %
		% dans Récidive	100,0 %	100,0 %	100,0 %



Visuellement, on voit là aussi nettement une différence ... mais pas dans le sens attendu : en effet, la récurrence est plus fréquente quand on est suivi, et inversement.

Le test du X^2 nous renseigne sur la significativité de ces résultats :

<u>Test du X^2</u>	Existence d'un Suivi / Existence de Récidive
p-valeur = 0,019	
$X^2 = 5,49$	
donc p-valeur < X^2 donc H_0 rejetée	
au seuil de confiance = 5 %	

On peut voir qu'il y a effectivement une liaison statistiquement significative entre le fait d'être suivi et le fait de récidiver.

En affinant, on remarque que le risque de récidiver est multiplié par deux quand le suicidant est suivi, avec un intervalle de confiance de 95 % (c'est à dire au seuil 5 %) :

RR significatif : RR=2.09

et IC $_{95\%}$ = [1.15 ; 3.79]).

Il y a donc **deux fois plus de chance de récidiver pour un patient s'il est suivi.**

En introduisant le sexe ou l'âge (en trois classes) comme tiers facteurs, les tests du X^2 rendent compte de la non significativité de l'influence du sexe et de l'âge sur la récidence.

Ces résultats sont bien embarrassants; cependant il convient encore de les relativiser.

D'une part, nous ne reviendrons pas sur le peu d'objectivité de la variable suivi, dans notre étude, pour des raisons que nous avons déjà exposées plus haut (non exhaustivité du recueil, existence de suivis non répertoriés etc..).

D'autre part, il paraît logique de penser qu'on propose plus facilement un suivi à un patient qu'on estime plus gravement malade ... donc plus à même de récidiver facilement.

Il faudrait pour mettre en évidence l'influence réelle du suivi, réaliser une étude prospective randomisée, c'est à dire en proposant de façon aléatoire un suivi aux patients, ce qui est éthiquement inacceptable.

Enfin, et surtout, il s'agit là de données concernant l'ensemble des suivis faits depuis 2000, sans distinguer les deux périodes étudiées.

Or on sait que si à partir de 2002, la proposition de suivi était systématique chez tout suicidant, ce n'était pas le cas en 2000, ce qui modifie considérablement les choses entre les deux périodes étudiées.

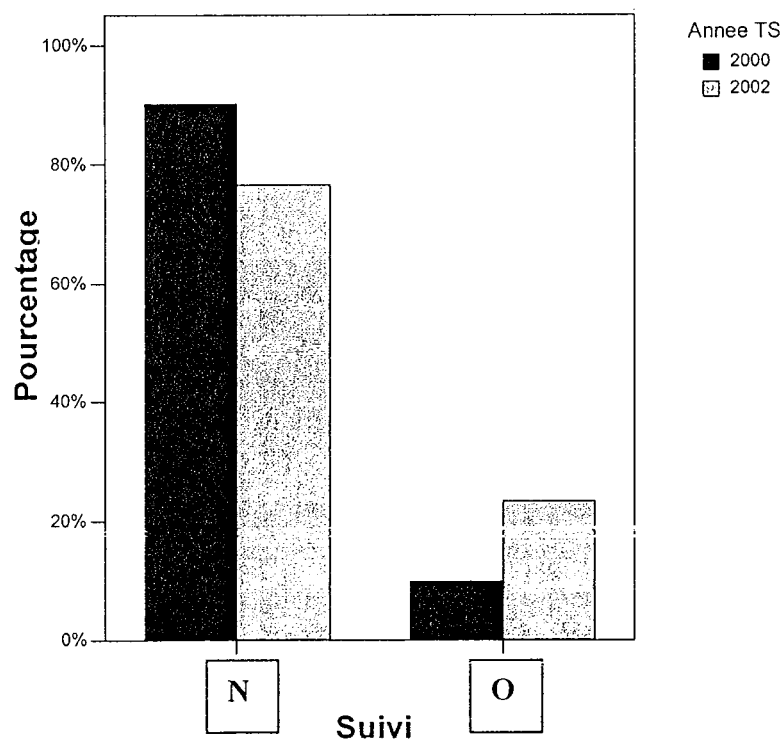
Il reste donc à connaître, dans un premier temps, l'existence ou non d'une indépendance entre les deux variables « suivi » et « année de la T.S », afin d'éliminer ce facteur de confusion, avant de savoir finalement, en introduisant un coefficient correctif éventuel, si les patients suivis en 2002 sont plus à risque de récidiver que les patients suivis en 2000.

2.4.2.3 Suivi et Année de la tentative de suicide

Suivi et Année de la T.S

			Année		Total
			2002	2000	
Suivi	Oui	Effectif	24	11	35
		% dans Année	23,3%	9,8%	16,3%
	Non	Effectif	79	101	180
		% dans Année	76,7%	90,2%	83,7%
Total	Effectif		103	112	215
	% dans Année		100,0%	100,0%	100,0%

**Suivi et Année de la T.S
(diagramme en bâton)**



Test du X^2

Année / Existence de Suivi

$$p\text{-valeur} = 0,012$$

$$X^2 = 6,3$$

donc $p\text{-valeur} < X^2$ donc **H_0 rejetée**

au seuil de confiance = 5 %

La proportion de patients suivis en 2002 est statistiquement différente de la proportion de patients suivis en 2000 par le CMP de Pont à Mousson.

Si on affine les résultats, on constate qu'**un suicidant a 1.6 fois plus de chance d'être suivi en 2002 qu'en 2000** (IC_{95%} = [1.2 ; 2.1]).

Les statistiques du X^2 stratifiées selon le sexe sont significatives au seuil 10% ($p\text{-valeur}_{\text{(Femme)}} = 0.11$ et $p\text{-valeur}_{\text{(Homme)}} = 0.037$).

On obtient les risques relatifs suivants :

$$RR_{\text{femme}} = 1.45$$

$$RR_{\text{homme}} = 1.69$$

$$\text{tandis que } RR_{\text{global}} = 1.6.$$

Les intervalles de confiances nous donnent

$$IC_{95\%}(RR_{\text{femme}}) = [0.96 ; 2.2]$$

$$\text{et } IC_{95\%}(RR_{\text{homme}}) = [1.2 ; 2.4].$$

Il n'y a donc **pas de biais de confusion**, les intervalles de confiance se chevauchant de manière importante et les risques étant presque identiques.

On peut avancer plusieurs hypothèses explicatives à un tel résultat :

- d'une part, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, les données statistiques concernant les suivis ont été colligées à partir du fichier de patients suivis par le CMP de Pont à Mousson ; il ne s'agit donc que de données partielles, puisqu'on ne tient pas compte des patients suivis par une autre structure que le CMP de Pont à Mousson.

Aussi, même s'il semble logique de penser qu'une proportion statistiquement équivalente de patients échappe au suivi CMP de Pont à Mousson pour les deux années, on peut également penser que les conditions globales ont évolué en deux ans (socio-économiques, modification de l'offre libérale de suivi psychiatrique etc...), et que ce changement explique une partie de la différence entre les deux années.

- d'autre part, on est en droit de penser que la mise en place du protocole de prise en charge des suicidants a systématisé l'offre de soins, et donc de suivi.

Il est en effet légitime de penser qu'en proposant un suivi à plus de patients, on parvient, au final, à davantage de patients suivis ... même s'il ne s'agit pas toujours des patients en ayant le plus besoin, c'est à dire étant les plus à risque de récidiver ; mais ceci sera discuté plus loin.

En tout état de cause, nous venons de montrer que le nombre de suivis était significativement majoré en 2002, et que cette différence pouvait probablement s'expliquer en partie par la mise en place du protocole.

Il reste maintenant à intégrer cette donnée pour rediscuter de l'évolution du nombre de récidives entre les deux années étudiées.

2.4.2.4 Régression logistique : existence de récurrence, selon l'année et le suivi.

2.4.2.4.1 Précisions statistiques

La régression logistique est une méthode qui permet d'étudier la relation entre une variable (ici la récurrence) et un ou plusieurs facteurs de risque (ici l'existence d'un suivi et l'année).

Ce mode statistique permet d'estimer la probabilité d'être malade (de récidiver) en fonction des différents facteurs de risque (année, suivi).

On obtient donc des risques (risque de récidiver en 2002 par rapport à 2000 et par rapport à l'existence d'un suivi) ajustés sur chaque facteur et donc corrigés d'éventuels facteurs de confusion ou d'interaction qui fausseraient les résultats.

2.4.2.4.2 Résultats

Régression Logistique					
		Signif.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0%	
				Inférieur	Supérieur
Etape 2 ^b	AnnéeTS	0,122	0,604	0,319	1,144
	Suivi	0,003	3,149	1,469	6,751
	Constante	0,000	0,379		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : Suivi

b. Variable(s) entrées à l'étape 2 : Année

L'analyse des résultats conclut à :

- En prenant l'année de tentative de suicide, les risques relatifs ne sont pas significatifs mais le risque relatif de 2002 est plus faible que celui de 2000.

$$(RR_{2000} = 2.6 \text{ et } RR_{2002} = 1.8)$$

- **Le risque de récidiver en 2002 ajusté sur le suivi diminue : il est en effet divisé par 1.7 par rapport à 2000.**

Cela signifie que le **risque de récidiver pour un patient suivi est plus faible en 2002 qu'en 2000** ; autrement dit, que le suivi proposé en 2002 est « plus efficace » dans la prévention des récives qu'en 2000 ... même s'il faut garder à l'esprit, comme nous l'avons dit plus haut, que le suivi étant proposé de manière systématique en 2002, il est « moins spécifique des patients à risque » : il semble donc logique de retrouver une proportion moins importante de récidivistes.

2.4.3 Discussion

Ces observations sont à la fois encourageantes et préoccupantes :

Elles montrent qu'en augmentant l'offre de soins (suivi), on augmente par la même le risque de récurrence suicidaire, et ce de manière importante puisqu'on avait vu qu'il existait un risque relatif supérieur à 2 entre un patient suivi et un patient non suivi.

Elles montrent qu'en suivant un plus grand nombre de patients (2002), on parvient à diminuer globalement le risque de récurrence (par 1,7 pour notre étude).

Il convient de garder à l'esprit qu'en systématisant l'offre de soins (suivi systématique proposé en 2002) , on « dilue » artificiellement le nombre de suivis de patients « à risque » , et donc la proportion de récidivistes potentiels, ce qui peut expliquer en partie les « bons résultats » de 2002.

Finalement, une évidence s'impose : il est très difficile de repérer le patient « à risque » de récurrence, comme le souligne D.Sechter dans son article sur la prédiction du risque suicidaire chez les patients déprimés [37]. Nous devons sans doute dans notre pratique garder à l'esprit sa conclusion : « Devant chacun de nos malades, la vigilance clinique et la qualité de la relation thérapeutique restent les éléments principaux de la prévention du suicide ».

PARTIE III

3.1 Synthèse des résultats

Voici le « tableau de bord » de la prise en charge des suicidants à l'UPATOU de PAM.

3.1.1 Description de la population

- Un peu plus d'une centaine de patients pris en charge annuellement
- Moyenne d'âge 36 ans, médiane identique
- Environ deux femmes pour un homme
- Majorité (plus de 90 %) de TS par IMV
- Un suicidant sur cinq a des antécédents de suicide, valeur probablement sous estimée du fait de différents biais statistiques
- 80 % des patients sont hospitalisés, pour une durée moyenne de moins de deux jours
- 20% de récidivistes dans les 12 mois (là aussi, probable sous estimation), dont un tiers dans le mois, et presque la moitié dans les deux premiers mois suivants la TS initiale
- Moins d'un patient sur cinq suivi par le CMP

3.1.2 Descriptif bivarié de l'échantillon

- IMV plus fréquemment utilisée par les femmes et les patients sans antécédents suicidaires ; pas d'influence du sexe sur le taux de récurrence ou le suivi
- Pas d'influence de l'âge sur le type de TS ou le taux de récurrence
- Risque de récurrence plus élevé chez les patients ayant des antécédents ; ces patients sont d'ailleurs plus souvent suivis

3.1.3 Impact du protocole de prise en charge

- Durée d'hospitalisation stable, tout comme le taux de récurrence brut
- Augmentation du taux de patients suivis, avec un risque relatif de récurrence abaissé en 2002 pour chaque patient suivi, mais un risque de récurrence plus important pour un patient suivi qu'un patient non suivi

3.2 Stratégies mussipontines actuelles

3.2.1 Groupes de Travail

A Pont-à-Mousson, la réflexion sur la prise en charge des suicidants est dynamique depuis plusieurs années déjà.

Parmi les actions déjà réalisées, on peut notamment relever la mise en place d'un groupe de travail « réseau », en 2000, intitulé Groupe Prévention Suicide, conviant plusieurs partenaires locaux amenés à intervenir dans un contexte de crise suicidaire (médecin généraliste, infirmière scolaire, pompier, gendarme, etc...). Ce travail de réflexion a abouti à la mise en place d'une plaquette, distribuée à large échelle, et ayant pour but de fournir les coordonnées des différentes structures existantes en cas de « souffrance » (cf annexe 7). Ce réseau « ville-hôpital » n'a malheureusement pas pu perdurer, faute de forces vives, mais a permis de faire émerger un travail de réflexion sur le suicide au sein du cercle plus restreint, mais plus spécialisé, de l'équipe de psychiatrie de Pont à Mousson.

Actuellement, l'intervention psychiatrique (infirmier $\pm$ psychiatre) est réalisée dans l'heure qui suit l'appel des urgentistes, la proximité des lieux permettant une telle rapidité d'action. Au moindre doute, c'est l'avis du psychiatre qui prévaudra. Dans tous les cas, l'ensemble des dossiers de la semaine est repris lors d'une réunion hebdomadaire de deux heures (vendredi). Ce temps permet de faire le point sur le devenir de ses patients, revoir les orientations prises avec quelques jours de recul et en équipe, et éventuellement mettre en place des stratégies d'actions pour un patient un doute

Mensuellement ou bimensuellement selon les époques de l'année, l'équipe pluridisciplinaire de l'UPPAM, composée à la fois du ou des médecins-psychiatre intervenant, de la cadre de santé, des infirmiers de liaison, et des psychologues du service, se réunit afin de poursuivre les propositions d'amélioration en matière de prévention du suicide.

Parmi les actions concrètes, outre la réalisation de l'audit dont nous avons déjà parlé, on peut relever la décision, il y a 18 mois déjà, d'un recontact systématique de tout suicidant ayant donné son accord pour une telle mesure, et n'ayant pas honoré un rendez-vous au CMP de Pont-à-Mousson.

Les thèmes de réflexions proposés par l'équipe de l'UPPAM en novembre 2004, ont été :

- La crise amoureuse et sa prise en charge en psychiatrie
- Le rôle du CMP en cas de non réponse aux consultations
- L'hospitalisation en service de psychiatrie après une TS et son impact sur la récurrence

Dans le même temps, l'ANAES a quant à elle proposé d'améliorer un des points qui semblait encore défaillant : la préparation à la sortie.

Ainsi, le groupe de travail suicide de l'UPPAM a concentré ses efforts sur la mise en place et la réalisation de ce nouvel audit, appelé « audit ciblé » de décembre 2004 à juin 2005.

3.2.2 Audit ciblé

3.2.2.1 Présentation

L'ANAES a donc proposé un nouvel audit, en concentrant les axes d'évaluation sur « l'après », c'est à dire la sortie du suicidant.

Les deux coordonnateurs sont pour la région Lorraine, Mme le Dr Pichenet, praticien hospitalier en psychiatrie, responsable des urgences psychiatriques du CHU de Nancy, et Mr Lejeune, ingénieur qualité.

L'audit ciblé s'est déroulé en trois phases :

1^{ère} phase, d'évaluation : 6 semaines, du 15/01/2005 au 24/02/2005, avec un maximum de 30 dossiers de suicidants.

2^{nde} phase, d'amélioration collective et d'actions correctives, du 6/03/2005 au 6/05/2005.

3^{ème} phase, d'évaluation : de 6 semaines, du 06/05/2005 au 05/06/2005, avec à nouveau un maximum de 30 dossiers.

Ensuite, l'analyse des résultats s'est déroulée sur une semaine, afin que les coordonnateurs puissent envoyer l'ensemble des données à l'ANAES pour juin 2005

L'audit ciblé avait pour but d'évaluer 7 critères (cf annexe 6), pouvant être résumés ainsi :

- Contacts préalables à la sortie du patient avec les intervenants extérieurs susceptibles d'améliorer le suivi
- RDV psychologue ou psychiatre pris avant la sortie
- Compte-Rendu d'hospitalisation adressé dans la semaine suivant la sortie
- Coordonnées écrites d'un interlocuteur joignable 24h/24 remises au patient
- Le professionnel référent se renseigne sur la bonne conduite du suivi et au besoin agit dans ce sens
- Un professionnel référent (voire deux) a (ont) coordonné l'ensemble de la prise en charge
- Toute intervention ou observation est mentionnée dans le dossier patient (critères 1,2,3,5,6)

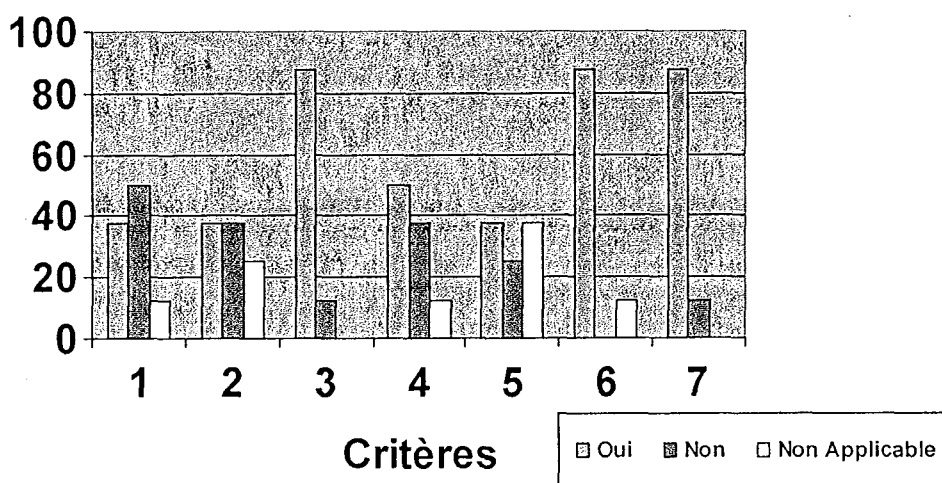
3.2.2.2 Résultats

3.2.2.2.1 1^{ère} phase

La 1^{ère} phase s'est déroulée du 15/01/2005 au 24/02/2005 et a concerné, à Pont-à-Mousson, 8 dossiers.

Les résultats sont résumés dans le graphique suivant :

Résultat Audit Ciblé - PAM - 1^{ère} phase



On constate que les trois critères avec le taux le plus faible de réponse positive (1,2,5), inférieur à 50%, sont ceux en rapport avec la mise en place effective du suivi :

Critère 1 = travail en collaboration avec le médecin traitant ou tout autre intervenant agissant dans l'intérêt du patient

Critère 2 = RDV psychologue ou psychiatre

Critère 5 = s'assurer que le patient est compliant quant à la prise en charge psychothérapique

On le voit, la partie qui reste la plus délicate actuellement, est celle de l'après : une fois le patient sorti, une fois la crise passée, comment s'assurer que le lien tissé, souvent en peu de temps, est suffisamment solide pour que le patient puisse y faire référence en cas de nouvelle crise et privilégie cette démarche à celle d'un nouveau passage à l'acte.

3.2.2.2.2 Propositions d'Actions correctives

Malheureusement, après le retour des résultats de la première phase, aucune mesure corrective n'a été proposée par l'ANAES, ce qui a lassé l'équipe dans le doute et l'embarras.

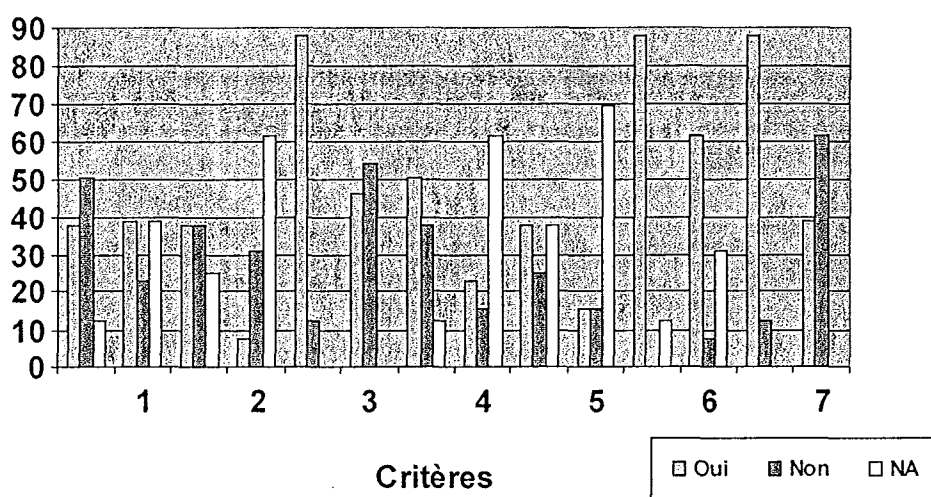
Néanmoins, l'équipe a continué son travail de réflexion avant d'aborder la 2nde phase.

3.2.2.2.3 2nde phase

La deuxième phase s'est déroulée du 06/05/2005 au 05/06/2005 et a concerné 13 dossiers.

Afin de comparer les deux phases, les résultats de la 1^{ère} phase ont été inclus à ce graphique, à gauche de chaque résultat de la 2^{ème} phase.

Résultat Audit Ciblé - PAM - 2ème phase



On voit nettement que, paradoxalement, les résultats sont beaucoup moins positifs que lors de la 1^{ère} phase, avec pour les critères 2 et 5 des taux de réponse positive encore inférieurs à ceux du 1^{er} tour. On constate que seulement deux critères (3 et 6) ont un taux de réponse « oui » supérieur à 50 %.

Cela montre bien, s'il était encore utile de le prouver, la difficulté pour une équipe à modifier ses habitudes : pour devenir systématique, une pratique a besoin d'être rodée et malgré la sensibilisation des intervenants, l'appropriation des nouvelles méthodes nécessite un temps de latence, d'autant qu'elle concerne une pratique pluridisciplinaire bousculant la manière de travailler de chacun.

3.2.2.2.4 Conclusion

Au delà des chiffres, c'est la démarche de remise en question qui doit être mise en avant, avec la volonté de ne pas accepter les résultats actuels comme une fatalité.

Au terme de cet audit, malgré le silence de l'ANAES, l'équipe de PAM a donc décidé de poursuivre l'action en élaborant, à partir des critères de l'audit, un guide de recueil, sorte de « pense-bête », afin que chaque doublon « infirmier-psychiatre » ayant à prendre en charge un suicidant aux urgences de PAM renseigne systématiquement différents items jugés importants.

Depuis juin 2005, pour chaque suicidant pris en charge aux urgences de PAM, 5 réponses sont renseignées systématiquement : une sur l'orientation du patient à la sortie des urgences, et quatre qui sont issues directement de l'audit ciblé :

1. Si sortie, un RDV a-t-il été pris ? Auprès de qui ? Où ? Quand ?
2. Le patient a-t-il donné son accord pour information à son médecin traitant ?
3. Comment préfère-t-il être contacté (téléphone fixe, mobile, courrier, mail) ?
4. Les coordonnées de structures de soins avec personnel joignable 24h/24 ont-elles été remises ?

3.3 Revue de la littérature et discussion

Le Pr M. Walter identifie trois types de prévention en matière du suicide [38] : la prévention primaire, qui concerne les sujets ayant des facteurs de risque suicidaire, la prévention secondaire qui consiste à empêcher qu'un processus suicidaire ne se concrétise en acte, et la prévention tertiaire qui vise à éviter, à court ou moyen terme, la récurrence suicidaire.

Notre travail s'intéresse à la prévention tertiaire, l'observation des tentatives de suicide démontrant qu'un suicide est presque toujours précédé d'une ou plusieurs tentatives de suicide [39] [40] et les deux autres formes de prévention étant, semble-t-il, encore plus difficiles à mettre en pratique, même s'il faut considérer les idées suicidaires comme un signal d'alarme, premier indicateur d'un passage à l'acte [41], et que des travaux sur la conception de tests visant à dépister les conduites suicidaires, notamment chez les adolescents, sont également des pistes de travail développées actuellement [42].

La prévention tertiaire débute donc immédiatement après la première tentative, aussi bénigne soit-elle sur le plan somatique, car on ne peut faire aucun parallèle entre les conséquences physiques d'un geste, et les conséquences psychiques : comme le dit Ladame [43], « toute tentative de suicide doit être considérée comme psychologiquement extrêmement sérieuse, car elle correspond à un moment d'effondrement de l'organisation psychologique de la personne ». De ce fait, les patients suicidants forment un groupe à haut risque. Rien ne permet de penser que la tentative de suicide ne soit que l'expression d'une crise bénigne [44].

Forts de ces notions, depuis plusieurs années, nous avons vu qu'un important travail de réflexion et une forte mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de santé ont permis de nombreuses avancées dans ce domaine. avec l'acceptation quasi unanimes de certaines pratiques.

En premier lieu, il faut mettre en avant le rôle primordial des **médecins généralistes**, puisqu'ils sont dans 50 à 60 % des cas selon les études [19, 28, 45] le premier professionnel de santé consulté. Parce qu'ils entretiennent un lien particulier avec eux, souvent établi depuis plusieurs années quand il s'agit du médecin de famille, dont la place tend à être remise au

centre du dispositif de santé si l'on en croit les discours politiques actuels, le médecin traitant est en effet l'interlocuteur privilégié pour des patients qui sont souvent en manque de repères, et en quête de soutien. C'est pourquoi il est important d'une part de privilégier les formations continues : on sait par exemple qu'il y a peu, encore 15% des tentatives de suicide ne semblaient pas avoir d'autre prise en charge médicale qu'une simple consultation chez le généraliste [45], alors que dans le même temps, l'ANAES préconisait **d'adresser systématiquement les suicidants à l'hôpital**, et ce, quelle que soit la gravité somatique du geste [26] ; d'autre part de continuer de développer les réseaux ville-hôpital et la psychiatrie extra-hospitalière, comme les CMP, qui doit jouer un rôle privilégié de partenariat avec la médecine de ville ; enfin et surtout d'intégrer totalement le médecin traitant au dispositif de suivi, ce qui doit permettre d'éviter les récives, et à terme de tisser un lien plus solide avec le suicidant. De nombreuses études ont d'ailleurs souligné ce rôle prépondérant, avec des projets ambitieux de développement de réseaux sentinelles [46].

Une fois le patient adressé à l'hôpital, c'est bien souvent dans les **services d'urgence** qu'il va être pris en charge initialement, comme c'est d'ailleurs le cas à Pont à Mousson.

Si la prise en charge de ces patients dans le contexte de l'urgence semble assez bien formalisée, à la faveur, nous venons de le voir, de nombreux travaux, études et autres audits sur le sujet, c'est « l'après TS » qui reste le plus problématique, les différentes stratégies mises en place jusqu'à maintenant semblant peu efficaces sur la récive suicidaire, et à terme, le suicide abouti, et ce, que la post-urgence soit organisée sur un mode ambulatoire ou institutionnel .

La tendance actuelle est donc à **l'hospitalisation systématique**, et pour des durées de plus en plus importantes : là où on préconisait il y encore une dizaine d'années une hospitalisation courte de 24 à 48h , ce qui est confirmée par les enquêtes épidémiologiques réalisées [47], on s'oriente maintenant vers des périodes d'au moins 72h, et dans certains services, comme en pédopsychiatrie, vers des séjours d'au minimum une semaine, les enquêtes épidémiologiques réalisées à l'heure actuelle notamment chez les jeunes suicidants retrouvant des durées de 4 à 5 jours [48] : c'est qu'il a bien fallu reconnaître qu'en matière de suicide, le point essentiel était le tissage d'un lien entre soignant et soigné, et qu'une telle réalité ne pouvait s'effectuer en deux ou trois jours et guère plus d'entretiens.

La **compliance aux soins** est, d'une manière générale en médecine, une lutte quotidienne, et en particulier pour toutes les pathologies chroniques nécessitant un traitement continu : combien d'asthmatiques, de diabétiques, d'hypertendus « lâchent prise » soudainement, après de nombreuses années de soins attentifs ? Le statut de malade leur est rappelé à la faveur d'une décompensation aiguë, et permet de mieux faire accepter un traitement, sous toutes les formes, astreignant parce qu'obligatoire et systématique chez eux qui, « apparemment », vont bien.

La problématique suicidaire ne déroge pas à cette règle : le suicidant, après son geste, banalise voire dénie la réalité : « apparemment, tout va bien », ou au moins, « nettement mieux » comme le décrit le Pr D.Marcelli [49]. En effet, à la phase très précoce de « l'après TS », le soignant est confronté à un « syndrome de pseudo-guérison », qui va grever de beaucoup le pronostic du suivi. D.Marcelli met en lumière cette phase de soulagement immédiat, et tente d'en expliquer les raisons : en premier lieu, le suicidant est en général très entouré dans les jours qui suivent son geste, que ce soit par l'entourage proche, ou par les soignants et d'une manière générale, on peut résumer cette phase en disant que le suicidant retire de nombreux bénéfices secondaires de son passage à l'acte ; en second lieu, il existe également des motifs individuels de satisfaction, comme le sentiment de ne plus être envahi par une idée suicidaire quasi-compulsionnelle, contre laquelle le suicidant peut avoir lutté pendant une longue période avant de passer à l'acte. Il semble intéressant de tenter ici un parallèle clinique, entre tentative de suicide et addiction : dans les deux cas, le passage à l'acte peut « soulager », que ce soit la réalisation du geste suicidaire, ou la prise d'une substance. Juste après, l'envie irrépressible s'est éteinte, et c'est ce bien être que le patient va se remémorer, l'incitant à reproduire son geste lors d'une situation ultérieure semblable. Il existe d'ailleurs une entité clinique qui regroupe les symptômes addictifs et le risque plus élevé de passage à l'acte : la personnalité border-line, qui fait même de ces éléments des critères diagnostiques.

Enfin, le Pr Marcelli souligne que le suicidant peut ressentir une sorte de « bien-être » d'être en vie : aussi paradoxal que cela puisse paraître, et même si c'est souvent inavoué, la majorité des TS, en particulier chez l'adolescent, sont inspirées non pas par le désir de mourir, mais celui de « vivre autrement », comme l'expliquent les Pr C.Vidailhet [50] et P.Jeammet [51-54], ou encore le Docteur X.Pommereau [55] qui reformule la question en demandant si le suicidant veut en finir avec la vie, « ou avec cette « vie là » qui lui paraît invivable » [56].

Ainsi, l'une des premières difficultés naît de l'amélioration constatée chez le suicidant après son geste, surtout s'il y a une phase de somnolence, voire de coma, qui est souvent présente dans les TS par IMV [49] : le patient semble presque toujours détendu, pressé de quitter l'hôpital, banalisant voire déniaient son geste, jurant « qu'on ne l'y reprendra plus ».

C'est pourquoi la **prise en charge spécialisée multidisciplinaire** doit être débutée dès le passage aux urgences : il faut intégrer le plus vite possible les patients suicidants arrivant aux urgences de l'hôpital général dans un dispositif de soins [57].

Des expériences originales ont été tentées sur ce principe, comme celles d'une équipe suisse [58], consistant en une prise en charge ambulatoire intensive baptisée « intervention de crise » : elle consiste à former une équipe spécialisée (infirmier(e), interne et psychiatre sénior), qui va , pour une durée moyenne de deux mois, intervenir conjointement ou isolément, et de façon quotidienne (le centre de crise, sorte de CMP, ne ferme jamais), voire même pluriquotidienne au début : l'implication importante du patient et de l'équipe contribuent à tisser un lien fort, qui s'avèrera résistant puisque les résultats de cette étude sont très encourageants. En effet, par rapport au groupe témoin bénéficiant d'une prise en charge classique, le taux de rupture de suivi a été inversé (15% de rupture contre 15% de suivi habituellement), le lien thérapeutique s'est prolongé au delà de la période de deux mois (86% suivis à six mois contre 29% dans le groupe témoin), et surtout, le risque de récurrence suicidaire est largement abaissé .

L'une des raisons du succès de cette méthode est expliqué par le « positivisme » de la démarche : l'intervention de crise « ne considère pas le moment d'effondrement psychique de la TS comme un symptôme à supprimer, mais plutôt comme un moment fécond, une opportunité de changement, une occasion d'entrer sérieusement en matière à propos des difficultés intrapsychiques qui existaient peut-être depuis longtemps ». Le suicidant ne se sent pas obligé de récidiver pour être entendu, et récidive moins.

Cet exemple semble idyllique, et surtout sort de la réalité quotidienne du manque d'effectifs (infirmier, médecin et psychologue) rendant difficile un suivi aussi intensif pour tous les suicidants, quand on se rappelle qu'il faut prendre en charge annuellement plus d'une centaine de patients à PAM.

Néanmoins, il reste un modèle très intéressant qui pourrait sûrement inspirer un protocole réalisable à Pont à Mousson qui fasse appel à une équipe de plusieurs personnes capables d'assurer un vrai suivi rapproché, y compris si l'un des membres de l'équipe est absent (repos, congé, formation, maladie), avec un rythme soutenu, en s'appuyant à la fois sur le CMP et l'UPPAM afin de ne pas suspendre le lien le week-end, qui est souvent une période délicate chez ces patients.

Le corollaire de cette prise en charge est le problème posé en cas de **rupture précoce du lien** : dans certains cas, parce que le délai entre TS et début du suivi extra-hospitalier a été trop long, ou parce que le patient ne s'est pas rendu à son rendez-vous, il se retrouve « perdu dans la nature », jusqu'à ce qu'une nouvelle TS le rappelle au bon souvenir de l'équipe.

En faisant l'hypothèse que ce phénomène est à l'origine de bien des récurrences, le Dr Guillaume Vaiva a présenté en décembre 2004, au IIIème Congrès International Francophone de Prévention du Suicide, à Poitiers, les résultats d'une étude [32] visant à évaluer l'intérêt du **recontact téléphonique des suicidants**, et qui faisait suite à d'autres travaux réalisés en 2002 sur le même sujet, mais à propos d'un cas [59].

L'étude a porté ici sur 800 patients, dont 600 ont accepté la proposition de prise en charge. Les recontacts ont été effectués à un mois (M1), deux mois (M2) et quatorze mois (M14), de nombreuses études ayant déjà montré la nécessité d'éviter la date anniversaire à un an.

Sur l'ensemble de l'étude, on a dénombré 150 récurrences, et 6 décès.

Les résultats se sont montrés significatifs à M1, avec une diminution de 50% du taux de récurrence dans le groupe recontacté.

Il est important de signaler que 48 récurrences se sont produites avant le 1^{er} mois.

Le Dr Vaiva concluait donc son étude en proposant notamment :

- 1^{er} recontact téléphonique entre j15 et j21
- suivi à 5 ans
- mise en place d'un centre pilote régional de recontact téléphonique

De tels résultats encouragent bien sûr la systématisation de la démarche proposée.

D'autres études sur ce type de prise en charge avaient déjà été réalisées, certaines s'intéressant d'avantage à l'aspect éthique de la démarche [59, 60]. Dans l'une d'entre elles [59], à laquelle a d'ailleurs participé le Dr Vaiva, il était notamment fait état d'un patient multirécidiviste chez qui le contact avait été suivi d'une résurgence de la symptomatologie anxieuse et de l'idéation suicidaire, nécessitant une hospitalisation de quelques jours. Par la suite, le patient avait tenu un discours pour le moins ambivalent puisqu'il avait formulé le regret de ne pas avoir été relancé lors des tentatives de suicides antérieures. L'évolution fut favorable en quelques jours avec régression de l'anxiété et surtout persistance de l'adhésion au suivi régulier à distance de cet épisode.

Les auteurs concluaient qu'il était important de prendre des précautions lors d'un recontact. En premier, il leur semblait indispensable de disposer d'une structure de soin susceptible de prendre en charge rapidement le patient en cas de mauvaise tolérance. Ensuite, il fallait effectuer ce contact chez une certaine catégorie de patients : ceux qui n'avaient pas adhéré au projet de soin au décours immédiat du geste, qu'ils aient refusé le RDV proposé précocement ou qu'ils l'aient accepté initialement en ne l'honorant pas par la suite, ainsi que chez les patients pour lesquels le suivi avait été interrompu rapidement.

Enfin, il était rappelé la nécessité d'éviter les dates anniversaires (1 an), et il était proposé qu'un acteur de soin soit désigné pour effectuer le recontact. Ce recontact devait également être défini à l'avance en terme de choix du mode de reprise de contact de manière à préserver le secret médical (appel téléphonique, courrier, visite à domicile, implication du médecin traitant), et du nombre limite de sollicitations.

De telles démarches sont à priori très attrayantes, mais leur principal écueil reste le refus du patient de se voir recontacté : dans ce cas, et cela a d'ailleurs représenté un quart de l'ensemble de l'effectif de l'étude réalisée par G.Vaiva, l'équipe se sent démunie, hésitant entre « non assistance à personne en danger » et respect des libertés individuelles, d'autant qu'il s'agit souvent de patients jugés « à risque ».

Lors de ce dernier congrès de prévention du suicide, le Dr Matthieu Lustman [61], sociologue et médecin généraliste à Paris, a évoqué cette dualité à laquelle chaque soignant est confronté continuellement : **jusqu'où faut-il aller en matière d'interventionnisme ?**

Nous avons déjà décrit les différents types de suicide selon Durkheim [1]. M.Lustman actualise cette vision et individualise trois approches théoriques : l'approche psychiatrique, où le suicidant est un malade, l'approche sociogénique où il est victime de la société et l'approche stratégique où il est l'acteur d'un « chantage » . Il développe sa vision sociologique du phénomène, en s'appuyant sur la description de la société actuelle, qui fait la part belle à l'individualisme, comme le rappelle le psychosociologue Alain Ehrenberg [62, 63] dans ce qu'il appelle les « quatre commandements sacrés de la société » : Connais-toi toi même, Sois autonome, Fais-toi plaisir, et Ne prends pas trop de risque avec ta vie unique et sacrée . Pour A.Ehrenberg, l'autonomie devient une contrainte de masse pour se repérer et agir dans une société morcelée, elle exige de l'individualité, mais elle la fragilise.

Ainsi, l'individu se retrouve isolé dans une société où règne une compétition sans merci, et se retrouve parfois dans un isolement et une impasse tels que le suicide devient « son seul salut ». Il appartient alors au soignant de se positionner, selon ses convictions propres et son éthique, sur un axe qui va de l'approche libertaire à l'approche interventionniste.

On saisit là toute la difficulté pour une équipe d'adopter une attitude unique : la sensibilité de chacun est différente, et quelle que soit la décision prise, elle ne fera jamais l'unanimité.

La seule solution semble donc d'adopter une position claire, retenue à la majorité et s'appuyant sur un niveau de preuves scientifiques le plus élevé possible pour atténuer au maximum la part de subjectivité ; puis, une fois le cap fixé, chacun doit s'interroger sur sa capacité à s'approprier cette « orientation philosophique » afin de savoir s'il pourra remplir son rôle le plus justement possible, sans que cela ne soit incompatible avec sa propre conviction.

Pour finir, il convient de garder à l'esprit que même si l'on doit respecter le libre arbitre de chacun, la tentative de suicide est d'abord un appel à l'aide, même s'il est dénié par le patient en se rappelant que le choix du moyen n'est pas anodin et qu'il correspond souvent bel et bien à un « désir de vivre », sûrement autrement, mais en tout cas pas à un « désir de mourir », puisqu'il existe dans ce cas des moyens radicaux à disposition, retrouvés dans les suicides aboutis (arme à feu, pendaison, défenestration ...).

A la lumière de cette réflexion, il n'est sans doute pas illogique de penser que dans bien des cas, respecter le libre arbitre n'est pas forcément s'arrêter au refus « poli » de prise en charge, et au discours volontiers banalisateur déjà décrit, mais bien d'insister auprès du patient : avant de convaincre un individu du bien fondé de sa position, il faut en être intimement persuadé, et avoir la volonté d'aller au delà du discours de surface faussement rassurant pour certains soignants y voyant là un alibi, pourtant bien peu solide.

Enfin, il n'est pas inutile de souligner que de nombreuses situations cliniques menant à des passages à l'acte suicidaire sont la conséquence directe de pathologies psychiatriques dans lesquelles le patient n'a justement plus son libre arbitre, raison pour laquelle il existe notamment des procédures permettant l'hospitalisation contre le gré du patient, dans l'unique but de le protéger à un moment où il est trop fragilisé pour prendre de bonnes décisions.

3.4 Propositions d'action

Afin de tenter de diminuer de manière significative le nombre de récidives de tentatives de suicide prises en charge à Pont à Mousson, en nous inspirant des divers modèles proposés jusqu'alors, et en essayant de les adapter aux moyens disponibles nous proposons :

De reprendre les mesures déjà mises en place jusqu'à maintenant :

- Intervention aux urgences d'un doublon infirmier-psychiatre dans l'heure qui suit la demande des urgentistes
- Reprise en équipe de l'ensemble des dossiers une fois par semaine

De poursuivre le remplissage systématique de la grille de recueil avant que tout suicidant ne quitte les urgences :

- Si sortie, un **RDV** a-t-il été pris ? Auprès de **qui** ? **Où** ? **Quand** ?
- Le patient a-t-il donné son accord pour **information à son médecin traitant** ?
- Comment préfère-t-il **être contacté** (téléphone fixe, mobile, courrier, mail) ?
- Les **coordonnées de structures de soins** avec personnel joignable 24h/24 ont-elles été remises ?

D'étendre cet interventionnisme :

- **RDV extrahospitalier au maximum dans les sept jours** suivant la sortie de l'hôpital, auprès de l'infirmier et/ou du médecin ayant débuté la prise en charge en intra-hospitalier
- **Recontact systématique**, par le moyen qu'il aura privilégié, de tout patient n'ayant pas honoré son rendez vous, pouvant aller jusqu'à la visite infirmière à domicile si besoin, le patient ayant été prévenu préalablement de cette éventualité

- **Rythme soutenu de suivi**, pendant les deux premiers mois, avec **au minimum un RDV tous les trois jours pendant les quinze premiers jours**, puis deux fois par semaine, si nécessaire à l'UPPAM lors des week-end. Certains de ces entretiens pourront être de simples contacts téléphoniques, l'essentiel étant de garder un lien quasi permanent pendant cette période à haut risque. Pour certains cas particuliers, en fonction du diagnostic psychiatrique et de l'avis spécialisé de l'équipe, ce rythme pourra être adapté et cette modification pourra être abordée lors de la réunion hebdomadaire (cf plus loin).

D'assurer un suivi à moyen terme :

- Constitution d'une **équipe référente du patient** formée d'au minimum deux infirmiers, un médecin et un psychologue, de telle manière qu'il existe pendant les mois qui suivront la TS, toujours une personne connaissant plus personnellement le patient disponible pour lui
- Elaboration d'une **fiche pour chaque suicidant**, consultable et modifiable dans toutes les structures (CMP, UPPAM, CPN) par l'intermédiaire du **dossier patient informatisé**, et contenant l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement du suivi : coordonnées du patient, désignation nominative des intervenants de l'équipe référente, date de la TS, et dates des RDV programmés
- Mise en place, au CMP, d'une **réunion hebdomadaire** faisant le point sur tous les suivis récents de suicidants en cours, c'est à dire **concernant les patients pour qui la TS date de moins de deux mois**, et permettant de discuter des difficultés de chacun, y compris en matière d'éthique à propos par exemple du degré plus ou moins prononcé d'interventionnisme
- **Bilans réguliers** assurés à distance du geste : quatre mois, six mois et neuf mois après la TS, convocation du patient pour un entretien « commun », sorte de réunion de synthèse animée par le médecin, le psychologue et l'un (ou les deux) infirmiers référents permettant de faire le point sur la situation du patient. Le médecin traitant sera invité à y participer et le patient en sera averti. Là encore, un recontact systématique sera effectué en cas d'absence.

Ainsi, nous espérons renforcer le lien soignant-soigné, et faire préférer au patient un entretien à un passage à l'acte, lorsqu'il sera confronté inévitablement à la résurgence de situations délicates.

Pour parfaire cette étude, il faudrait, outre appliquer toute ou partie de ces propositions, les évaluer, en réalisant d'ici un à deux ans, une nouvelle étude statistique pour chiffrer le taux de récurrence et le comparer au taux actuel qui constituera le groupe témoin.

Après avoir longtemps figuré au rang des bannis de la société, le suicidant a, depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, retenu l'attention du monde médical et politique.

Si les nombreux efforts consentis sont à la hauteur du problème de santé publique que le suicide représente encore, ils paraissent à ce jour insuffisamment efficaces pour faire reculer les chiffres dramatiques et relativement stables depuis près de vingt ans.

L'équipe de psychiatrie de Pont à Mousson, et avec elle celle des urgences de l'hôpital, a entrepris depuis de nombreuses années la recherche d'une méthode de prise en charge pour permettre d'améliorer ces données épidémiologiques, et à travers elles, la somme de souffrances individuelles qu'elles traduisent.

Aidée dans sa tâche par des éléments de réflexion nationale et internationale, elle a choisi d'adopter un protocole de prise en charge, et elle l'applique depuis mars 2001.

L'étude statistique descriptive rétrospective réalisée sur les années 2000 et 2002 a montré que la situation à Pont à Mousson était assez proche des données nationales les plus récentes.

L'étude comparative de ces deux années n'a pas permis de mettre en évidence une diminution significative du taux de récurrence brut, mais a démontré que les patients étaient davantage suivis depuis 2002, et que le taux de récurrence ajusté sur le suivi est abaissé depuis la mise en place du protocole.

En tout état de cause, le protocole de prise en charge a permis de renforcer l'implication des équipes d'intervenants, et d'entretenir le processus de réflexion auquel ce travail tente de contribuer.

Les données récentes de la littérature encouragent à davantage d'interventionnisme, avec notamment des procédures de recontact systématique et une fréquence de consultation plus élevée, si tant est qu'une telle démarche soit acceptée d'un point de vue éthique par l'ensemble des équipes, et que les moyens humains mis à disposition soient à la hauteur des objectifs retenus par les acteurs politiques du monde de la santé.

Nous avons donc proposé un nouveau protocole, plus volontariste et engagé, dont il conviendrait d'évaluer dans quelques temps l'impact afin de poursuivre ce travail, sans doute encore de longue haleine, mais néanmoins passionnant, comme toujours quand il s'agit de contribuer à l'amélioration de conditions humaines difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

1. E.Durkheim, *Le suicide, étude de sociologie.*, ed. PUF. 1960, Paris. 461p.
2. G.Deshaies, *Suicide*. Vie Med Evolut Med Ther, 1952. Jan-Mar(1): p. 41-54.
3. OMS, *Suicide*, in *Chapitre 2 : Impact des troubles mentaux et du comportement. Rapport sur la santé dans le monde*. 2001.
4. J.Vedrinne, P.Sorel, and D.Weber, *Sémiologie des conduites suicidaires*. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), 1996. 37-114-A-80(8 p).
5. A.Delmas, *Psychopathologie du suicide*, ed. Alcan. 1932, Paris.
6. M.Halbwachs, *Les causes du suicide*, ed. Alcan. 1930, Paris.
7. S.Freud, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, ed. Gallimard. 1964, Paris.
8. S.Freud, *Deuil et Mélancolie*, in *Métapsychologie*, Gallimard, Editor. 1968: Paris. p. 147-174.
9. S.Freud, "*Un enfant est battu*." *Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles*, in *Névrose, psychose et perversion*, PUF, Editor. 1973: Paris.
10. S.Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Editor. 1981: Paris.
11. E.Stengel and NG.Cook, *Attempted suicide. Its social significiance and effects*. Oxford University Press. 1958. 135p.
12. J.Vedrinne and J-M.Elchardus, *Du droit à la clinique, une question éthique*, in *F.Terré Le suicide*, PUF, Editor. 1994: Paris. p. 157-167.
13. Bonniec, Y.L. and C.Guillon, *Suicide, mode d'emploi*, ed. A.Moreau. 1982, Paris.
14. J-M.Kerkhof, *Assisted suicide among psychiatric patients in the Netherlands*. Crisis, 1994. 15: p. 50-52.
15. P.Gorwood and F.Rouillon, *Epidémiologie des maladies mentales*. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), 1996. 37-878-A-10(10 p).

16. H.Chabrol, *Les comportements suicidaires de l'adolescent.*, ed. PUF. 1992, Paris. 126 p.
17. H-F.Diekstra, *Suicide and the attempted suicide: an international perspective.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989. 80 (suppl 354): p. 1-25.
18. G.Badeyan and C.Parayre, *Suicides et Tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique.* Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Etudes et Résultats. Vol. 109. 2001.
19. A.Bergogne, *Suicides : les généralistes en premières ligne.* Le concours médical, 2001. 123(17): p. 1189-1190.
20. Légifrance. <http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/cns.htm>. 1996
21. DGS. *Programme National de prévention du suicide.* 1999 5 février 1999
22. B.Kouchner, *Discours de Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé et à l'action sociale*, in *Publication du baromètre santé du Comité français d'éducation pour la santé.* 1998: Paris.
23. ANAES, *Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.* Novembre 1998: Paris.
24. ANAES, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus.* 19 et 20 octobre 2000.
25. DGS, *Circulaire DGS/SD 6 C n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001.* Légifrance, 2001. Annexe 3: p. MES 2001/32 p. 113-131.
26. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus.* 19 et 20 octobre 2000. Hopital de la Pitié Salpêtrière, Paris.

27. R.Bouet. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Expérience de l'ANAES.* in *IIIème Congrès International Francophone de Prévention du Suicide : mal être, bien être, quelles ressources pour agir ?* . 2004. Poitiers (France).
28. F.Davidson and A.Philippe, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique.* 1986 INSERM. 173 pages.
29. J.Palazzolo, et al., *Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide.* L'encéphale, 2002. XXVIII: p. 39-50.
30. M.Lejoyeux and F.Rouillon, *Suicide et psychotropes.* L'encéphale, 1996. Sp IV: p. 40-45.
31. F.Eudier, et al., *Les récurrences suicidaires précoces : suivi et analyse des précautions prises.* Ann.Méd.-Psychol., 1998. 156 (8): p. 529-539.
32. G.Vaiva. *Recontact téléphonique systématique des suicidants à distance du geste.* in *3ème Congrès International Francophone de Prévention du Suicide, XXXVIè Journées du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide du 13 au 17 décembre 2004.* 2004. Poitiers, France.
33. Sinclair, J.M. and K.K. Hawton, *Reducing repeated deliberate self-harm.* The Practitioner, March 2002. 246.
34. P.B.Schneider, P.Martini, and D.Meylan, *Contribution à l'étude de la prévention du suicide : étude d'un groupe de 372 sujets de 28 à 35 ans après une tentative de suicide.* Arch.Suisses Neurol.Neurochir.Psychiatr., 1976. 118: p. 307-355.
35. M.A.Haines, *Suicide prevention.*, in *Preventing disease - Beyond the rethoric.*, R.B.Goldbloom and R.S.Lawrence, Editors. 1990, Springer Verlag: New York.

36. R.L.Walker, T.E.Joiner, and M.D.Rudd, *The course of post-crisis suicidal symptoms : how and from whom is suicide "cathartic" ?* Suicide Life Threat Behaviour, 2001. 31: p. 144-152.
37. D.Sechter, et al., *Prédiction du risque suicidaire*. L'encéphale, 1991. XVII: p. 361-4.
38. M.Walter and I.Kermarrec, *Idées ou conduites suicidaires et conduite à tenir en situation d'urgence*. La revue du praticien, 1999. A62(49): p. 1685-1690.
39. PB.Schneider. *La tentative de suicide. Etude statistique clinique, psychologique et catamnastique*. 1954. Neuchâtel: Delachaux et Nestlé.
40. JP.Soubrier and J.Vedrinne, *Epidémiologie du suicide.Réalisation pratique, incidences prophylactiques*. 1973, Paris: Masson.
41. U.Otto, *Suicidal acts by children and adolescents : a follow up study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1972. 233.
42. P.Binder and F.Chabaud, *Dépister les conduites suicidaires des adolescents*. La revue du praticien - Médecine Générale, 2004. 18 (650-651): p. 576-580.
43. F.Ladame, *Les tentatives de suicide des adolescents*. 1994, Paris: Masson.
44. P.Hazell and T.Lewin, *Evaluation of postvention following adolescent suicide*. Suicide and Life Treating Behavior, 1993. 23: p. 101-109.
45. A.Philippe, *Les tentatives de suicide vues en médecine générale*. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1999. 30: p. 33-36.
46. P.Carrière, I.Lehodey, and A.demare, *Suicides et tentatives de suicide au Havre : mise en place d'un réseau de prévention des récives*, in *G.E.P.S.* 1994, Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide: Chambéry.
47. M.Choquet, *Jeunes suicidants à l'hôpital*. Soins pédiatrie-puériculture, 2004. 218: p. 5-7.

48. M.Choquet, *Jeunes suicidants à l'hôpital. Enquête co-organisée et financée par la fondation de France*. Le carnet psy, 2003. 85: p. 14-19.
49. D.Marcelli, *Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide*. Nervure, 2002. XV(7): p. 18-21.
50. C.Vidailhet, *La tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent : expression du désir de vivre autrement* Psychologie Médicale, 1994. 26 (11): p. 1-3.
51. P.Jeammet and E.Birot, *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune*, ed. PUF. 1994, Paris.
52. P.Jeammet and E.Birot, eds. *Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique*. Adolescence et suicide, ed. Masson. 1995: Paris. 92-109.
53. P.Jeammet, *Introduction du dossier "L'hospitalisation des jeunes suicidants"* Le carnet psy, 2003. 85: p. 13-14.
54. P.Jeammet, *Les agirs à l'adolescence*. Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996(1): p. 17-24.
55. X.Pommereau, *Quand l'adolescent va mal*, ed. J.-C. Lattès. 1997.
56. X.Pommereau, *L'adolescent suicidaire*. 1995, Paris: Dunod.
57. I.Gothuey and N.D. Coulon, *Tentatives de suicide et intervention de crise : un concept de soin pour les patients suicidants*. Stress et Trauma, 2002. 2(4): p. 197-204.
58. I.Gothuey, *Intervention de crise et tentatives de suicide : quand le centre de crise rencontre l'hôpital somatique*. 2001, Université de Lausanne.
59. E.Cucheval, et al., *Recontacter un suicidant à distance de son geste : éthique et intérêt*. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1998. N°15.
60. M.Cedereke, K.Monti, and A.Ojehagen, *Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt : does it affect treatment attendance and outcome ? A randomised controlled study*. Eur Psychiatry, 2002. 17(2): p. 82-91.

61. M.Lustman. *Lien social et autonomie*. in *3ème Congrès International Francophone de Prévention du Suicide, XXXVIè Journées du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide du 13 au 17 décembre 2004*. 2004. Poitiers, France.
62. A.Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*. 1998: Poches Odile Jacob
63. A.Ehrenberg, *L'individu incertain*. 1995: Pluriel, Hachette.

ANNEXES

Annexe 1

PRS Suicide Lorraine

PROGRAMME REGIONAL:

Lorraine

Responsable : Eliane PIQUET (DRASS de Lorraine)

Prévention Primaire

Développement des compétences psycho-sociales des adolescents

Renforcement des conditions d'accueil et du personnel pénitentiaire

*→ La majeure partie des suicides dans les établissements
pénitentiaires a lieu dans les premières semaines.*

INFORMATION-FORMATION: (médicaux, paramédicaux, sociaux, enseignants, bénévoles)
et pluridisciplinaire au repérage et à la prise en charge

RESEAUX :

Réalisation d'annuaires " de personnes ressources et de lieux d'écoute "

Création de Médiateurs de santé dans les quartiers difficiles (réflexion importante sur la
prévention du suicide)

Renforcement et développement de lieux d'écoutes

Prévention Secondaire

Élaborer et utiliser un protocole de prise en charge des tentatives de suicide aux urgences

Renforcement en personnel des urgences

Prise en charge des proches de suicidant/suicidé

Évaluation et Recherche

Centralisation des données de tentatives de suicide dans le système d'information des
hôpitaux, et en ville

Epidémiologie des tentatives de suicide

✚✚✚ Réalisée/En cours (2) envisagée 1999 ✚✓ ☒ envisagée 2000

Annexe 2

Prise en charge hospitalière des adolescents

après une tentative de suicide

Texte des Recommandations.Novembre 1998

Introduction

1. Définition des termes utilisés

Suicide : mort volontaire.

Tentative de suicide (TS) : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.

Menace de suicide : conduite faisant craindre la réalisation à court terme d'une TS.

Suicidé : individu qui s'est donné la mort volontairement.

Suicidant : individu qui a réalisé une TS.

Suicidaire : individu ayant des idées ou exprimant des menaces de suicide.

2. Patients auxquels s'adressent les recommandations

Les recommandations s'appliquent aux adolescents et aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans. Elles peuvent être étendues jusque vers 25 ans, la limite d'âge supérieure de la dépendance au milieu familial et des comportements psycho-sociaux propres à l'adolescence étant difficile à définir avec précision.

3. Cibles professionnelles des recommandations

Les recommandations qui suivent répondent plus particulièrement à trois problèmes : l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie. Elles s'adressent donc en priorité aux acteurs hospitaliers de la prise en charge. Elles s'adressent également à tous les professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des suicidants, en particulier dans le cadre du projet de sortie de l'hôpital.

4. Grade des recommandations

Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve. Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique forte, fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve.

En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel.

Problèmes soulevés par une tentative de suicide chez un adolescent

Une TS chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une "crise d'adolescence". Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. Outre la possibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire. Environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2 % des suicidants décèdent par suicide dans ce délai.

Dans 20 à 30 % des TS, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte.

Il faut systématiquement la rechercher, l'identifier et la traiter.

Dans les autres cas, la TS est sous-tendue par des facteurs de risque et par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autre voie de résolution que l'atteinte corporelle. Il faut reconnaître la souffrance exprimée au travers de ce comportement et trouver, à un rythme adapté à chaque situation individuelle, les modalités d'intervention qui vont permettre la résolution de la crise et la prévention de la récurrence. Une TS est aussi un événement permettant la mise en route d'une prise en charge et de soins.

Principes généraux de la prise en charge des adolescents suicidants

En cas de TS, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement.

Tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins, où cette triple évaluation sera commencée. Cette recommandation repose sur un accord professionnel. Le non-recours aux urgences hospitalières ne peut être envisageable que s'il est possible d'éliminer toute gravité somatique immédiate ou différée, et si la triple évaluation peut être commencée immédiatement par un réseau d'intervenants extrahospitaliers habitués à prendre en charge des adolescents. Ce réseau doit être préexistant, structuré, clairement identifié et immédiatement mobilisable.

La prise en charge des adolescents suicidants doit reposer sur des principes fondamentaux de travail en équipe pluridisciplinaire, de stabilité et de disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, de continuité des soins, de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge. Il est recommandé que soit désigné, pour un patient donné, un professionnel " référent ", c'est-à-dire un interlocuteur facilement accessible, qui organise et coordonne les soins et le suivi sur un mode personnalisé, et donne sa cohésion à la prise en charge hospitalière ou dans le cadre d'un réseau de soins.

Prise en charge des adolescents suicidants aux urgences

1. Accueil aux urgences

La qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité paraissent essentiels à la bonne continuité des soins et à l'adhésion de l'adolescent. Les soins prévus doivent être présentés au patient dès que son état somatique et sa vigilance le permettent. Tout en fixant un cadre strict à la prise en charge, il apparaît important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité.

2. Examen somatique

L'examen somatique initial évalue la gravité immédiate et différée du geste suicidaire et permet de définir le traitement et la surveillance adaptés. Il doit être complété dans un second temps pour évaluer, entre autres, l'état général, l'état nutritionnel et staturo-pondéral, les comorbidités, l'hygiène de vie, le développement pubertaire et

la vie sexuelle (en particulier recherche d'une éventuelle grossesse en cours). Il apporte des éléments utiles à l'évaluation psychologique.

Il guide le choix des examens complémentaires, des consultations spécialisées et des traitements éventuellement nécessaires.

3. Évaluation psychologique

L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre, si possible formé à l'approche des adolescents (recommandation de grade C). Elle doit commencer le plus précocement possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission, dès que l'état somatique et la vigilance le permettent. Il faut s'assurer qu'elle peut se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle est réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme. Il est généralement impossible de recueillir dans le contexte des urgences tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique, l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront.

Les éléments à réunir concernent en particulier :

le geste suicidaire : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchants, idées suicidaires passées et actuelles, antécédents de TS personnels ou dans l'entourage ;

la santé mentale : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, modalités de prise en charge, adhésion aux traitements proposés, prise de médicaments psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac ;

la biographie : maltraitance, abus sexuels, événements entraînant une rupture ou une menace de rupture (en particulier amoureuse), fugues, grossesses, interruptions volontaires de grossesse ;

le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, scolaire ou professionnelle, degré et désir d'autonomie, étayage par l'entourage, conduites avec prises de risques (activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, conduites violentes), projets scolaires, professionnels et relationnels.

Bien qu'aucun critère ne soit formellement prédictif, il faut rechercher les éléments faisant craindre une récurrence à court terme de la TS :

intentionnalité suicidaire. On peut s'aider de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck pour structurer l'entretien (cf. *encadré*) ;

antécédent de TS, en particulier dans le jeune âge, antécédent de TS dans l'entourage ;

absence de facteur déclenchant explicite ;

pathologie psychiatrique, en premier lieu les états dépressifs, particulièrement polymorphes chez l'adolescent ;

abus sexuels, maltraitance ;

conduites violentes et comportements à risque, prise de drogues, abus régulier d'alcool.

Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche, afin d'appréhender leur propre vécu, de recueillir leurs difficultés et leurs plaintes, et d'apprécier la qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital.

4. Évaluation sociale

Elle doit préciser le contexte social de l'entourage, la situation scolaire ou professionnelle de l'adolescent, son niveau d'adaptation et l'existence éventuelle d'un suivi social en cours. Elle peut conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de maltraitance ou d'abus sexuels. Elle nécessite l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) au sein de l'équipe.

Prise en charge après la période de soins aux urgences

L'évaluation psychologique, familiale et sociale doit être poursuivie, parallèlement à la mise en route des soins. Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier : une prise en charge hospitalière ou par un réseau ambulatoire. Il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant de définir si l'une est meilleure que l'autre. À défaut de cette donnée, un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge hospitalière des adolescents.

1. Prise en charge hospitalière

L'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement en cas :

de risques de récurrence immédiate de la TS, en particulier s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient ;

de pathologie psychiatrique non stabilisée, patente ou suspectée, dans le but de préciser le diagnostic et d'instaurer un traitement adapté au trouble identifié ;

d'environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient ;

si l'adolescent le désire ;

s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.

Idéalement, l'hospitalisation du patient se déroulera dans une unité adaptée à recevoir des adolescents et reconnue dans le schéma de santé local pour sa compétence dans ce domaine. Selon les contraintes locales, il peut s'agir de services de crise et d'urgences psychiatriques, de psychiatrie infanto-juvénile ou d'adultes, de pédiatrie, voire de médecine qui se chargent de cette mission.

Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour hospitalier, même si l'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie.

Une hospitalisation qui viserait seulement à mettre temporairement l'adolescent à l'écart de ses difficultés extérieures, sans autre forme de soins, ne peut suffire et ne paraît pas être supérieure en efficacité à un suivi ambulatoire. Il est essentiel que soient développés simultanément et dès le début du séjour hospitalier des soins somatiques et psychiques (recommandation de grade C).

2. Prise en charge par un réseau ambulatoire

En l'absence d'indication d'hospitalisation, le relais sous forme d'une prise en charge ambulatoire intensive par un réseau d'intervenants extrahospitaliers peut être également envisagé. Ce réseau doit pouvoir assurer la poursuite de l'évaluation et les soins. Selon les cas, ce réseau peut faire intervenir les centres médico-psychologiques sectoriels ou intersectoriels, mais aussi des centres d'accueil et de crise, des praticiens libéraux, médecin généraliste ou psychiatre.

Le suivi ultérieur

1. Préparation de la sortie

Qu'elle se fasse directement à partir du service d'urgences vers un réseau de soins ou de l'unité hospitalière qui a pris en charge l'adolescent après l'accueil aux urgences, la sortie du suicidant doit être soigneusement préparée. Elle doit être adaptée à chaque cas particulier.

Les liens préalables doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge (selon le cas, médecin généraliste, psychiatre, travailleurs sociaux, médecin ou infirmière scolaires, éducateur) pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi corrects de l'adolescent. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge.

2. Modalités du suivi

Des suivis structurés, planifiés, reposant éventuellement sur des programmes psychothérapeutiques préparés, permettent d'augmenter l'adhésion aux soins et de diminuer le nombre de récurrences suicidaires. Des rendez-vous de consultation planifiés au préalable par l'équipe hospitalière, avec des intervenants connus par l'adolescent et acceptés par lui, sont plus souvent honorés. L'adhésion du patient à ce suivi paraît augmentée lorsqu'il lui est proposé de consulter initialement des membres de l'équipe qui l'a pris en charge lorsqu'il était hospitalisé, par exemple dans un dispensaire rattaché à l'hôpital. Des études démontrent l'utilité de fournir au suicidant des coordonnées écrites lui permettant de joindre et de consulter rapidement un correspondant qu'il connaît ou une unité de consultations (recommandations de grade B).

Dans les cas où l'adolescent ne se présente pas aux rendez-vous de consultation, il est utile que les intervenants concernés effectuent des rappels de ces rendez-vous, au besoin par téléphone, pour aider à l'intégration dans le schéma de soins. Dans les cas où de nombreux indices de détresse persistent, il paraît utile d'agir sur le lieu de vie si cela est organisable, par exemple par des visites à domicile, des réunions de synthèse avec les travailleurs sociaux ou les éducateurs, un soutien psychologique auprès de la famille ou en hospitalisant à nouveau si nécessaire l'adolescent dans l'unité qui l'a auparavant accueilli.

Actions souhaitées

Les disparités dans les moyens de prise en charge et de soins aux adolescents en France imposent une réflexion et l'élaboration de stratégies adaptées pour permettre à chaque adolescent en détresse de trouver des réponses reposant sur des principes fondamentaux de qualité et de spécificité des soins. Des actions de formation et des moyens supplémentaires au niveau des équipes d'accueil doivent être développés. Il paraît souhaitable au groupe de travail d'inciter à la création de structures de prise en charge bien identifiées dans les établissements de soins et dans les réseaux ambulatoires, avec des "référénts" identifiés par tous les acteurs de la prise en charge.

Annexe 3

Conférence de consensus

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge

19 et 20 octobre 2000

Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière

Paris.

Avant-propos

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

Introduction

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

Pourtant il est essentiel de repérer une telle crise suicidaire car elle justifie une prise en charge et constitue un moment fécond où une action thérapeutique est possible.

C'est pourquoi la Fédération Française de Psychiatrie a estimé qu'il serait utile d'organiser une conférence de consensus sur ce sujet. La principale difficulté est venue de cette pauvreté des données. Les recommandations qui suivent correspondent à " l'état de l'art " actuel. Elles ne sont ni complètes ni parfaites. Elles auront certainement à être revisitées lorsque les connaissances auront progressé. **Leur objectif est de permettre l'amélioration du repérage, et par là même l'organisation d'une prise en charge susceptible d'éviter ou de limiter la fréquence des passages à l'acte.**

Le jury a rédigé des "**Recommandations longues**" (RL) qui sont plus complètes que celles-ci et auxquelles nous renverrons parfois pour des situations plus particulières: armée, prison, addictions. Ces RL présentent les données de la littérature sous une rubrique "**constatations**" qui précède les "**recommandations**" qui en découlent. Nous n'avons pas pu les reprendre ici.

I - La crise suicidaire : définition

1. Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.
2. Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire.

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

3. La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier.

Si le recours au médecin apparaît devoir être systématique, le médecin n'est pas la solution à tout. Il est là pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique, ce qui implique son investissement. Une partie de son action thérapeutique - et quelquefois la possibilité même de cette action - dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement.

II - Comment des non-professionnels peuvent-ils repérer une crise suicidaire et quelle première attitude adopter ?

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations :

l'expression d'idées et d'intention suicidaires,

des manifestations de crise psychique,

dans un contexte de vulnérabilité.

Initialement, la crise suicidaire peut se manifester à travers la fatigue, l'anxiété, la tristesse, des pleurs, une irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une perte du goût aux choses, un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement.

À un stade ultérieur de la crise, celle-ci peut s'exprimer par des comportements particulièrement préoccupants : le désespoir, une souffrance psychique intense, une réduction du sens des valeurs, le cynisme, un goût pour le morbide, la recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte, un comportement de départ sont des signes de très haut risque.

Parmi les facteurs de vulnérabilité, la dépression, des affections psychiatriques déjà existantes, les facteurs de personnalité ainsi que l'alcoolisme et la toxicomanie y tiennent une place importante. Dans ce contexte, l'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, conflits, ...) peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire.

Les premiers signes que nous venons de décrire ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. Ils peuvent être labiles. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel qui doit alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise

suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par le médecin. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage est un élément essentiel pour l'engagement de cette prise en charge.

Repérage à des âges et dans des environnements particuliers ; premières attitudes recommandées

Chez l'enfant

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires est rare.

La crise psychique peut s'exprimer par des problèmes somatiques mal étiquetés, un isolement, des troubles de la communication et de l'apprentissage, une hyperactivité, une encoprésie, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à tenir la place de souffre-douleur de la part des autres. Sont décrits comme facteurs de vulnérabilité, l'isolement affectif, les bouleversements familiaux, l'entrée au collège, un contexte de maltraitance.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : ne pas chercher à résoudre le problème seul, parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif, signaler les signes repérés à la famille, les signaler au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste.

Chez l'adolescent

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires était jadis jugée " banale " à l'adolescence. On s'accorde actuellement à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention.

La crise psychique peut s'exprimer par un inflexibilité des résultats scolaires, des conduites excessives et déviantes, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites ordaliques, des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées, notamment au niveau sexuel, une violence sur soi et sur autrui, des fugues.

L'adolescence est une période de particulière vulnérabilité à laquelle peuvent se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires, les conflits d'autorité.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière, psychologue ou assistante scolaires), la famille et le médecin traitant ; utiliser les réseaux spécialisés existants.

Chez l'adulte

Les idées suicidaires sont peu exprimées en dehors de la relation avec le médecin ou de façon très manifeste dans la famille.

Les manifestations de la crise psychique sont : l'ennui, le sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, de décalage et de perte d'investissement au travail, les difficultés relationnelles (y compris celles de couple), l'incapacité à supporter une hiérarchie, les arrêts de travail à répétition ou au contraire le surinvestissement au travail, les consultations répétées chez le médecin (douleur, sensation de fatigue,...).

Le contexte de vulnérabilité dépend beaucoup du statut conjugal, social et professionnel et peut être aggravé par un climat délétère, voire de harcèlement dans le travail. Parmi les autres facteurs, on trouve les toxicomanies, le sida, la violence ou l'atteinte narcissique et l'émigration.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin.

Chez la personne âgée

Les idées suicidaires sont rarement exprimées, et lorsqu'elles le sont, elles ne doivent pas être banalisées par l'entourage.

Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des gestes suicidaires. Le contexte de vulnérabilité peut comporter une dépression, des maladies somatiques notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. Un autre facteur est le veuvage pour les hommes.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : être attentif à la possibilité d'une dépression, envisager une souffrance somatique et une maltraitance devant un changement comportemental.

Chez les personnes atteintes de troubles psychiques avérés

Les idées suicidaires peuvent être exprimées ou à l'inverse totalement dissimulées.

La crise suicidaire est constituée d'une alternance de moments à haut risque et de moments d'accalmie, sur un fond de variabilité permanente. Certains signes peuvent marquer une aggravation du risque, qu'il peut être difficile de repérer parmi des signes qui sont déjà présents : isolement, rupture des contacts habituels, réduction et abandon des activités, exacerbation de tous les signes de maladie.

Le contexte de vulnérabilité est la maladie, au sein de laquelle des événements d'allure insignifiante peuvent avoir un impact très important.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels, assurer la sécurité par rapport à des objets ou des médicaments dangereux.

Pour les personnes souffrant d'alcoolisme et pour les situations particulières rencontrées dans l'armée et dans les prisons, voir les RL.

III - Comment reconnaître et évaluer la crise suicidaire en milieu sanitaire ?

A - reconnaître la crise

Chez un patient connu

1. Patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc.) une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.

2. Patient sans troubles psychiatriques préalables :

symptomatologie physique inexplicée, pouvant masquer un état dépressif ;

événement vécu comme stressant ;

conduite inhabituelle ;

changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage

le contexte peut être la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant.

Chez un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par :

un changement récent de praticien ;

un motif d'appel ou de consultation pas clair ;

un état d'agitation ou de stress ;

des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique.

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles.

Le praticien pourra alors :

utiliser des outils de repérage adaptés ;

rechercher des événements de vie récents, éléments conjoncturels pouvant avoir déclenché le processus ;
situer l'épisode dans son contexte socio-environnemental (famille, profession, milieu de loisir, etc.).

Au-delà de la présence éventuelle d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, le diagnostic de crise suicidaire s'appuiera sur :

Le contexte suicidaire: la présence d'idées et leur fréquence, l'intention communiquée au praticien ou à des tiers (directement ou indirectement) le sentiment de désespoir, des conduites de préparation de l'acte ;

Des signes de vulnérabilité psychique, comme des troubles de l'image de soi , des signes d'impulsivité, de l'agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte, une instabilité comportementale, une tendance à l'anxiété, notamment des attaques de panique ;

Des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risque.

B - en apprécier la dangerosité et l'urgence

Il est souhaitable d'explorer six éléments :

- 1. Le niveau de souffrance** : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
- 2. Le degré d'intentionnalité** : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
- 3. Les éléments d'impulsivité** : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
- 4. Un éventuel élément précipitant** : conflit, échec, rupture, perte, ...
- 5. La présence de moyens létaux à disposition** : armes, médicaments, etc...
- 6. La qualité du soutien de l'entourage proche** : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles " à transaction suicidaire ou mortifère ".

Le jury recommande de considérer :

En urgence faible une personne qui :

est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;
désire parler et est à la recherche de communication ;
cherche des solutions à ses problèmes ;
pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

En urgence moyenne une personne qui :

présente un équilibre émotionnel fragile ;
envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;

ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
est isolée.

En urgence élevée une personne :

décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée ;
complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ;
ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
très isolée.

Il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

Un tel bilan exhaustif n'est pas toujours possible. Il est souhaitable dans une évaluation psychiatrique. Le médecin généraliste confronté à la diversité des situations aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence. L'urgentiste confronté à une crise d'angoisse aura à apprécier le potentiel de dangerosité suicidaire. Le médecin scolaire et le médecin du travail confrontés dans leurs pratiques respectives à des signes d'appel auront à les identifier et à orienter le sujet vers une structure de soins.

IV - Quels modes d'intervention proposer ?

Ils répondent à quatre principes de base :

1. Adaptation aux différents contextes dans lesquels se situe le sujet en crise.
2. Prise en compte des interrelations de l'individu avec son entourage et avec l'ensemble du tissu social.
3. Prise en charge pluridisciplinaire de la crise suicidaire.
4. Place essentielle réservée aux liens dans la prise en charge des personnes en crise suicidaire. Le sentiment d'être compris, reconnu et accepté par l'intervenant, la capacité d'établir un bon contact avec la personne suicidaire, ne peuvent être remplacés par aucune technique standardisée.

1 - La famille et l'entourage proche

Inciter les familles, et en particulier les parents d'adolescents, à accorder une valeur à leur ressenti et à leurs inquiétudes, avec demande d'aide à l'extérieur de la famille et auprès de professionnels.

Informar les parents des facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés ;

Informar la famille des facteurs de protection, en particulier :

maintenir ou restaurer le lien affectif du sujet en crise avec sa famille et avec les autres, malgré ses tentatives de s'exclure du cercle familial ou à s'isoler,

éviter l'accès aux moyens ou retirer les objets susceptibles d'être utilisés par la personne en crise pour s'auto agresser,

être attentive aux signes évolutifs de la crise, sans banaliser ni dramatiser, par des réactions en symétrie ou en miroir de celles du sujet suicidaire.

Développer ou renforcer au sein de la famille la capacité de mettre en mots, les tensions ressenties et agies.
Favoriser l'alliance thérapeutique avec les autres intervenants, tout comme les initiatives positives de la personne.

Considérer la concordance ou la multiplication des manifestations alarmantes à l'intérieur et à l'extérieur de la famille comme un élément de gravité.

Faciliter la mise à disposition des informations susceptibles d'améliorer le repérage de la crise suicidaire.

2 - Milieu socioprofessionnel

En milieu scolaire

Le cumul des difficultés sociales et familiales, l'absentéisme scolaire, l'isolement au sein du groupe, la consultation auprès de l'infirmière scolaire ou du psychologue, le fait qu'un tiers vienne s'inquiéter pour un élève sont à considérer avec vigilance.

Il est recommandé de :

Communiquer sur les réseaux d'écoute et d'accueil jeune (numéros verts et accueils locaux).

Favoriser le développement en milieu scolaire des programmes visant à améliorer l'estime de soi et à s'exercer à la résolution de conflits.

En cas d'inquiétude ressentie, proposer à l'élève de le rencontrer, éventuellement plusieurs fois.

En cas d'énoncé suicidaire ou de plan suicidaire, ne pas se laisser enfermer dans le secret, se référer à l'infirmière ou au médecin scolaire.

Contacter les parents.

En cas d'imminence de passage à l'acte, solliciter l'aide urgente du réseau de soins (médecins traitants, dispositif d'urgence ou spécialisé en psychiatrie).

En milieu universitaire

Les problèmes d'adaptation, l'isolement, les conduites d'échec constituent les principaux soubassements de crises, particulièrement pendant la première année de faculté.

Il est recommandé de favoriser l'accueil, les dispositifs de parrainage, la qualité de diffusion de l'information disponible.

En milieu professionnel

L'entourage est toujours un recours et un soutien. L'infirmier(e) et le médecin du travail sont des interlocuteurs privilégiés.

L'augmentation du suicide est significative chez l'adulte jeune. Les ruminations et les plans suicidaires, les troubles dépressifs, semblent particulièrement dissimulés parmi cette population d'actifs et méritent d'être interrogés.

Les conflits en milieu professionnel sont de gestion difficile et ont souvent un retentissement de souffrance psychique importante.

Il est recommandé de :

Évoquer et interroger sur des idées suicidaires en cas de consultations répétées de médecine du travail, particulièrement après un arrêt maladie.

Rechercher des abus de toxiques (alcool, ...) comme facteurs de risques associés.

Contacter l'entourage familial si cela aide à une diminution des tensions.

Privilégier le médecin généraliste comme premier interlocuteur du soin.

Recourir à l'urgence en cas d'expression de troubles psychiques aigus et évoquant l'imminence d'un passage à l'acte.

3 - Médecins généralistes

Nous avons déjà vu les modalités de l'évaluation.

Il est recommandé de :

1. Renforcer la formation des médecins généralistes concernant :

- le repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire,
- l'écoute active de la souffrance psychique,
- la préparation du sujet (et de son entourage) à un suivi spécialisé lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée,
- l'implication de la famille ou de l'entourage dans la prise en charge des patients en crise,
- l'articulation avec des partenaires locaux (réseaux sanitaires et sociaux).

2. Organiser une expérience de formation sur le modèle de Gotland qui a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est possible et efficace en termes de morbidité et de mortalité.

3. Développer des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes.

4 - Les paramédicaux de proximité et les travailleurs sociaux

Dans les cas de crise suicidaire de nature psychosociale ou familiale, le jury recommande de viser une réduction de la tension et une orientation vers les structures sanitaires et sociales, socio-éducatives, et vers les réseaux existants.

C'est pourquoi le professionnel paramédical devra être formé :

- à reconnaître la nature de la crise suicidaire, à différencier les modes de réponses,
- à identifier des correspondants extérieurs auxquels il pourra adresser les personnes
- à développer et entretenir des relations de complémentarités dans la prise en charge.

5 - Réseau d'accueil et d'écoutes

Les services d'aide téléphoniques apportent un support privilégié pour la prévention du suicide chez les adolescents et chez les personnes âgées. L'intervention à domicile s'avère particulièrement bien acceptée pour ces populations.

Il est recommandé de :

- Mieux évaluer les services téléphoniques français généralistes ou spécialisés, fréquemment confrontés à l'écoute de personnes en crise suicidaire.
- Formaliser les programmes de formation centrés sur la spécificité et la variété des situations de crises suicidaires et mettre en place des protocoles de bonne pratique, adaptés à ce travail.
- Organiser pour les écoutants, de façon plus systématique, une supervision assurée par des spécialistes.
- Améliorer la connaissance du réseau de soins existant et des personnes ressources, avec le but d'affiner les orientations et de préparer le relais vers des structures de soins ou de suivis appropriés.
- Mener une réflexion sur les interventions avec sortie d'anonymat et respect de la confidentialité pour les cas de passage à l'acte imminents ou avérés.

6 - Urgences

Les situations de crise suicidaire en phase aiguë passent fréquemment aux urgences hospitalières, le plus souvent comme effet immédiat d'un passage à l'acte, mais aussi sous la forme d'une symptomatologie anxieuse, somatique ou toxicologique.

L'organisation de l'accueil aux urgences, avec une mise au calme en essayant de garder autant que possible les mêmes interlocuteurs, contribue à une sécurisation immédiate qui est également favorable à l'évaluation du risque et aux décisions concernant la prise en charge.

Recommandations

L'évaluation du risque suicidaire associera les constatations cliniques et l'utilisation de l'échelle de désespoir de Beck. Elle respectera les principes suivants :

une souffrance tolérable doit être écoutée, une souffrance intolérable (grande perplexité anxieuse, agitation) doit être soulagée par des traitements symptomatiques ;

l'examen médical de la personne en crise reste indispensable. Il permet d'apaiser et d'entrer en relation ;

la recherche d'antécédents de tentative de suicide fait partie de l'interrogatoire ;

la famille et les accompagnants sont à écouter car souvent impliqués dans le suivi ; la possibilité de soutien du suicidaire sera évaluée en cas de retour au domicile comme en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

À l'issue de cette évaluation, un avis spécialisé ou une hospitalisation brève est recommandé en principe de référence.

L'hospitalisation du patient reste indiquée à partir des urgences en cas de :

risque suicidaire imminent ;

situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie ;

perplexité anxieuse sans distanciation vis à vis de la souffrance psychique.

Après une consultation spécialisée et à l'issue de l'hospitalisation aux urgences, le relais de soins du sujet est à considérer à partir du réseau socio-sanitaire connu et disponible.

Cette mise en liens est particulièrement indiquée pour les patients qui n'investissent aucune filière de soins autre que la répétition mécanique de leur passage aux urgences en situation de crise.

Remarque

Les urgences étant continuellement en difficulté pour gérer les flux d'entrants, on ne saurait trop recommander la possibilité de recours à des lits de crise.

7 - Psychiatres

1. L'intervention du psychiatre se situe à toutes les phases de la crise suicidaire pour :

évaluer la psychopathologie ;

diagnostiquer la crise et les troubles psychiatriques qui peuvent lui être associés ;

déterminer des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients.

2. Les éléments centraux de cette prise en charge sont :

son adaptation à chaque pathologie ;

l'importance de la relation ;

les particularités de cette relation (attachement, suppléance des objets internes par des objets réels, caractère conflictuel des identifications).

3. Les données concernant les médicaments sont les suivantes :

Lithium

Dans la psychose maniaco dépressive bipolaire, le lithium ramène le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement. Dans les formes unipolaires ce résultat n'est pas retrouvé

Antidépresseurs

Aucune étude validée versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant. En revanche, de nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés.

Quelques méta analyses vont dans ce sens en montrant une amélioration plus rapide des idées suicidaires avec les I.R.S (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine) par apport aux tricycliques. Ceci n'exclut pas l'existence de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportés avec tous les antidépresseurs.

Il est reconnu que le risque d'intoxication mortelle est beaucoup plus faible avec les nouveaux antidépresseurs qu'avec les tricycliques.

Neuroleptiques

Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie.

Il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur, contre le suicide, des neuroleptiques atypiques ou " nouveaux antipsychotiques ".

Benzodiazépines

Malgré leur efficacité sur certains troubles anxieux spécifiques, elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire.

Il n'existe aucune étude expérimentale venant confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.

Le jury :

Souligne la nécessité d'une évaluation psychiatrique soigneuse devant une crise suicidaire majeure ou grave.

Recommande le recours à la psychiatrie dans tous les cas où l'existence d'une pathologie psychiatrique s'associe à la crise (grade A).

Recommande le recours à la psychothérapie dans tous les cas où cet abord est indiqué pour traiter les facteurs psychopathologiques de vulnérabilité ou diminuer les effets critiques.

Recommande de n'utiliser les psychotropes dans la crise suicidaire qu'en fonction des pathologies psychiatriques éventuellement associées. En particulier, les benzodiazépines prescrites le plus souvent à l'instigation des patients, sont encore trop ou trop longtemps utilisées.

8 - L'hospitalisation

L'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est d'urgence élevée (cf. ci-dessus). Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas.

Elle aura pour but :

la protection de la personne ;

l'établissement d'une relation de confiance avec elle ;

la mise en mots de la souffrance en ayant le souci constant de définir et de favoriser les soins ultérieurs (cf. ci-dessous "suivi").

Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi du 27 juin 1990.

Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et l'impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe) et l'aspect transitoire de cette hospitalisation. Il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue.

Situations particulières

La personne âgée

À partir de 65 ans, le taux de suicide augmente avec l'avance en âge.

Chez les personnes âgées, la crise suicidaire est souvent peu apparente et elle est difficile à reconnaître. Ces personnes ne montrent pas leur détresse de façon bruyante ou par une tentative de suicide. Des signes comme le repli sur soi, les attitudes de désinvestissement, le refus de s'alimenter ou le refus de soin doivent faire évoquer la possibilité d'une crise suicidaire. La détermination à se donner la mort augmente avec l'âge.

Facteurs de risque spécifiques : âge supérieur à 75 ans, le sexe masculin, la perte du conjoint, les maladies somatiques (notamment celles sources de handicap ou de douleur), les changements d'environnement (comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital), la perte des rôles, l'isolement, les conflits et la maltraitance, la dépression (quasiment constante même si ses manifestations ne sont pas toujours typiques), l'existence de moyens de suicide par mort violente qu'il faudra rechercher et mettre à l'écart .

Il est recommandé de :

Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la crise suicidaire et du suicide dans le grand âge.

Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la dépression, sa reconnaissance et son traitement chez le sujet âgé.

Améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression en médecine générale, en psychiatrie, en hospitalisation et en institution gériatrique, en proposant aux médecins concernés le large recours à des questionnaires simples et utilisables par tout médecin, comme le mini GDS.

Pour les addictions voir les RL.

V - Faut-il un suivi après la crise et sur quelle durée l'envisager ?

Les patients en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide ont un risque majeur de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte, un taux de suicide de 1 % à un an et un risque accru de décès toute cause confondues. Ce risque est majoré pour les suicidants présentant des facteurs de risque primaires.

Chez les patients présentant certaines pathologies psychiatriques à haut risque suicidaire (dépression, et schizophrénie notamment) il existe un lien entre la survenue d'une tentative de suicide et la diminution récente de l'intensité du traitement (diminution des posologies, espacement des consultations).

Chez les patients en crise (suicidaire ou non)

La prise en compte du contexte familial par les équipes psychiatriques favorise une bonne acceptation des soins spécialisés par le patient et son entourage.

Ce type de modalité contribue à dédramatiser le recours à la psychiatrie et diminue le taux des rechutes ;

Le suivi est essentiel dans tous les cas ;

Les modalités proposées seront adaptées au stade évolutif de la crise, au moment de la prise en charge, au contexte dans lequel elle s'inscrit et aux professionnels ou intervenants sollicités.

Dans tous les cas le jury recommande :

D'envisager et d'organiser la continuité des soins dès le début de la prise en charge de crise.

D'orienter les sujets qui présentent des facteurs de risque primaires ou un cumul de plusieurs facteurs de risque (troubles psychiatriques patents, suicidants, et addictions) vers un suivi spécialisé, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire.

D'organiser également un suivi après la crise (tant sur le plan personnel que familial) pour les sujets présentant une crise suicidaire sans facteur de risque primaire.

Ce suivi non systématiquement médicalisé, doit s'inscrire dans le réseau déjà sollicité.

De favoriser l'alliance thérapeutique sur le long terme, d'informer le sujet et son entourage sur le choix de l'orientation et d'éviter une rupture de la continuité des soins ;

De maintenir une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.

Annexe 4

Criteres d'évaluation de l'ANAES pour l'audit sur l'amélioration de la prise en charge des suicidants.

1--La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).

2--Un examen initial a été réalisé aux urgences

3--Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission.

4--Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.

5--Le patient a été revu au minimum une fois pendant son hospitalisation.

6--C'est le même psychiatre qui a revu le patient lors des différents entretiens.

7--Une échelle d'évaluation structurée a été utilisée, en complément de l'entretien, pour apprécier le risque de récurrence suicidaire.

8--Les proches du patient ont été reçus en entretien par le psychiatre au moins une fois pendant l'hospitalisation.

9--Une assistante sociale a évalué la situation sociale du patient (situation familiale, scolaire, professionnelle, suivi social en cours).

10--Lorsque le patient est resté hospitalisé après les urgences, cela s'est fait dans un service approprié (centre d'accueil et de crise psychiatrique, service de psychiatrie infanto-juvénile ou générale, de pédiatrie, de médecine interne).

11--Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord et si nécessaires avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés: milieu scolaire, éducatif, professionnel, sanitaire...

12--Un professionnel référent a coordonné les décisions concernant le patient pendant toute la durée du séjour (la fonction de référent peut être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

13--Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous en consultation spécialisée, rendez-vous pris par l'équipe soignante, le patient lui-même ou ses proches.

14--Le patient a reçu à sa sortie une carte mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24h/24 en cas de besoin.

15--Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.

Annexe 5 Recommandations après audit (PRS SROS)

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDES EN HOPITAL

Ces recommandations visent à répondre à un des objectifs spécifiques du PRS : "Améliorer la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide aux fins de réduire le nombre de récidives de tentatives de suicide".

Ces recommandations sont issues :

- des Recommandations du jury du groupe régional de consensus sur la tentative de suicides chez les jeunes de 15 à 24 ans – février 1992 – travaux préparatoires au SROS 1^{ère} génération

- des réponses apportées par 13 référents régionaux sollicités dans le cadre du PRS "Suicide – Tentatives de suicide" mars 1998

- des Avis émis lors de deux réunions aux groupes de travail préparatoires sur les urgences et la psychiatrie

- des Recommandations professionnelles (version provisoire) émises par l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'évaluation des Etablissements de Santé) sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide en novembre 1998.

PREMIERE RECOMMANDATION :

Toutes les tentatives de suicides doivent être adressées aux urgences hospitalières.

En effet, l'hospitalisation de toutes les tentatives de suicide est nécessaire car la gravité psychologique et somatique de l'acte n'a pas de caractère évident a priori.

La prise en charge aux urgences doit permettre la mise en route d'une triple évaluation somatique, psychologique et sociale.

Elle permet :

- la prise en charge somatique
- de disposer d'un espace et d'un temps d'observation afin d'évaluer la gravité psychologique de l'acte qui est indépendante de la nature du moyen utilisé
- d'institutionnaliser un moment de rupture par rapport à l'environnement (familial, scolaire, travail, ...) qui correspond au désir du suicidant
- une évaluation sociale
- de préparer et de mettre en place les actions visant à la prévention de la récidive (entretiens avec le patient et son entourage, contacts médicaux et sociaux)

DEUXIEME RECOMMANDATION :

La prise en charge initiale doit s'effectuer dans les établissements de santé disposant de service d'accueil des urgences ou d'une unité d'accueil des urgences.

En effet, compte tenu du plateau technique de réanimation indispensable, la prise en charge des tentatives de suicides ne peut être réalisée dans un établissement de santé non reconnue site d'urgence. L'hospitalisation ne peut avoir lieu que dans des établissements disposant d'un SAU ou d'une UAU si cette dernière dispose d'une unité de surveillance continue et a passé un contrat relais avec un établissement de santé doté d'une unité de réanimation et

dispose d'un service de psychiatrie ou a passé une convention avec un centre hospitalier psychiatrique. La prise en charge psychiatrique devra intervenir dans les 24 heures.

TROISIEME RECOMMANDATION :

L'hospitalisation doit être la règle et la durée de l'hospitalisation doit être d'au moins trois jours

QUATRIEME RECOMMANDATION :

L'organisation des soins doit être optimale.

Une véritable organisation des soins autour de l'urgence et de la crise doit être élaborée. L'objectif est de ne pas briser la linéarité du somatique et du psychique et d'assurer l'articulation avec la prise en charge ultérieure.

La prise en charge doit reposer sur une équipe pluridisciplinaire, formée, structurée, permanente et disponible. Il est recommandé que soit désigné pour le patient un professionnel référent qui organise et coordonne les soins et le suivi sur un mode personnalisé et donne sa cohésion à la prise en charge hospitalière ou dans le cadre d'un réseau de soins

Un médecin psychiatre doit être accessible quotidiennement ainsi qu'un assistant social.

Le temps d'intervention médico-psychologique est évalué à 4 heures par admission, tout comme le temps d'intervention psycho-sociale

Le fonctionnement doit être multidisciplinaire et intersectoriel et doit

permettre l'intervention des équipes de secteur psychiatrique et du médecin traitant

Pour les adolescents et jeunes adultes :

1 - l'accueil de l'adolescent à l'hôpital nécessite des modalités de prise en charge spécifiques :

- formation initiale et permanente spécifique du personnel
- adaptation du règlement intérieur (horaires de visites, des lèves et couchers, possibilité de téléphoner, etc.)
- mise en place de consultations externes spécifiques à l'adolescent
- création d'un lieu de rencontre où les adolescents peuvent se retrouver en dehors des périodes de soins
- interventions d'animateur permettant d'organiser des activités informatives et récréatives
- maintien des liens avec l'extérieur et notamment avec le milieu scolaire en cas de séjour prolongé

2 - idéalement l'hospitalisation de l'adolescent suicidant se déroulera dans une unité adaptée à recevoir des adolescents

Celle-ci doit permettre :

- la surveillance continue par du personnel formé
- l'entretien avec un psychiatre dans les 24 premières heures suivant le réveil
- la poursuite de l'hospitalisation sur une durée qui ne saurait être inférieure à 48 heures mais dont l'optimum serait de 5 jours
- une évaluation psycho-sociale avec le suicidant ou famille et des contacts avec le médecin traitant et les autres intervenants

CINQUIEME RECOMMANDATION

La préparation à la sortie doit être soigneusement organisée.

Nécessité d'une préparation à la sortie soignée et articulée avec une articulation entre la prise en charge à l'hôpital et la prise en charge à la sortie en vue d'une bonne qualité du suivi, de l'adhésion du patient et d'un réel impact à court terme de la prise en charge.

La continuité de la prise en charge somatique, médico-psychologique et sociale intra-hospitalière doit être assurée. Celle-ci doit être garantie par l'élaboration et la mise en place d'un projet thérapeutique.

La désignation dans la libre choix du patient ou de sa famille s'il est mineur, pour chaque admission d'un référent assurant de la mise en œuvre et du suivi du projet thérapeutique et notamment des liaisons avec les intervenants extérieurs est nécessaire

L'articulation doit se faire étroitement avec le médecin traitant du patient ou de sa famille et le cas échéant avec l'équipe du secteur psychiatrique.

Il serait important que le psychiatre du service d'urgence puisse revoir au moins une fois le patient afin de s'assurer de la réalité du suivi.

La mise en place de réseaux "collèges" structurés, clairement identifiés et immédiatement mobilisables devrait pouvoir contribuer à mieux assurer ce relais. Ce réseau peut faire intervenir les centres médico-psychologiques

sectoriels ou intersectoriels mais également les praticiens libéraux.

SIXIEME RECOMMANDATION

Des critères d'évaluation de la qualité de la prise en charge de la tentative de suicide doivent être élaborés et respectés.

L'objectif d'une prise en charge optimale est de faire diminuer les récidives des tentatives de suicides et principalement les récidives précoces à moins d'un an.

Afin de mesurer cet objectif, il importe que tous les établissements de santé élaborent des R.S.S. enrichis de catégories "tentatives de suicides", "récidives des tentatives de suicide"

Les indicateurs à recenser afin d'évaluer la qualité de la prise en charge seront les suivants :

- le nombre de sorties contre avis médical ou par fugue
- le nombre des suicidants retournant catégoriquement l'hospitalisation
- le nombre de patients ayant bénéficié au moins d'une consultation psychiatrique
- le nombre de consultations psychiatriques par patient/sejour
- l'existence dans les dossiers d'une évaluation psychosociale
- la qualité du dossier
- le nombre de patients ayant poursuivi la prise en charge au delà du temps hospitalier

SEPTIEME RECOMMANDATION :

Renforcement des formations initiales et continues.

Mise en place d'un enseignement systématique sur le suicide auprès des professionnels de santé (étudiants en médecine, médecins généralistes, personnels des écoles d'infirmiers et assistants sociaux ...)

Développement de l'enseignement relatif à la prise en charge sur le plan diagnostique, thérapeutique et du suivi longitudinal des syndromes dépressifs et des syndromes psychotiques.

HUITIEME RECOMMANDATION :

Développement des programmes de recherches

Nécessité de mise en place, dans le cadre d'un programme de recherche, d'un dossier spécifique au suicide, permettant de documenter la comorbidité associée des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux de risques et la réponse qui a été apportée lors de l'intervention

NEUVIEME RECOMMANDATION :

Amélioration du recueil d'information sur les tentatives de suicide.

Ajout de deux rubriques : "tentatives de suicide" et "menace de suicide" au sein des fiches de recueil d'information des services et unité d'urgence.

DIXIEME RECOMMANDATION :

Nécessité d'une large diffusion de ces recommandations.

- centre 15 – SAMU – SMUR
- services d'accueil des urgences et unité d'accueil des urgences
- secteurs psychiatriques

- médecins généralistes, psychiatres et pharmaciens
- médecins de santé scolaire – médecins du travail
- services scolaires
- responsables de formation initiale et continue

EN CONCLUSION :

Le temps de l'urgence doit, et ceci est fondamental, s'inscrire dans la continuité des soins et être parfaitement cohérent tant avec la politique de prévention en amont qu'avec les suivis à plus long terme en aval. Cette continuité des soins correspond à la politique de secteur entre autres qui doit s'intéresser aussi à la prise en charge des tentatives de suicides.

Annexe 6

Les 7 critères de l'Audit ciblé réalisé en 2005 à PAM

Audit Clinique Ciblé appliqué à « l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide »

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : préparation de la sortie n° 3 (TSU sor)

Critère 1 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord, et, si nécessaire, avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.

Source : le dossier du patient.

Critère 2 Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.

Source : le dossier du patient.

On répond **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).
La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 3 Le compte-rendu d'hospitalisation prenant en compte les observations psychiatriques est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient.

Source : le dossier du patient.

Critère 4 Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24H/24 en cas de besoin.

Sources : le dossier du patient, l'équipe soignante.

On répond **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 5 Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci. Ou selon le cas, les dispositions sont prises pour s'informer de la venue du patient à son rendez-vous, et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence.

Sources : le dossier du patient, l'équipe soignante.

On répond **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 6 Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques, psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

Source : le dossier du patient.

Le référent peut être un médecin, un infirmier ou un psychologue.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse NA doit être justifiée.

Critère 7 Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée, signée dans le dossier du patient pour les critères 1, 2, 3, 5, 6.

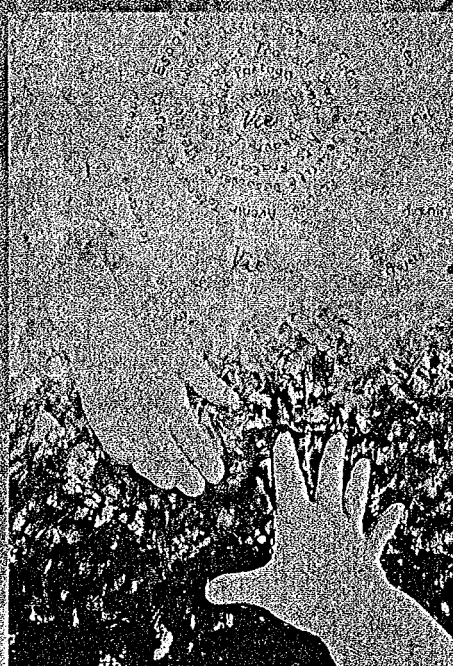
Source exclusive: le dossier du patient.

Répondre **NON** si un seul élément est manquant. La réponse non doit être explicitée : citer les critères déficitaires.

Annexe 7

Plaquette réalisée dans le cadre du réseau ville-hôpital

La souffrance existe...



SIGNES D'ALERTE

- rupture sentimentale
- rupture professionnelle
- conduites à risques
- tristesse
- maladies
- idées suicidaires
- isolement
- deuil
- harcèlement
- changement
- maladie chronique
- violence

VOUS N'ETES PAS SEUL

Des professionnels, des associations,
sont à votre écoute et peuvent vous aider :

- Service d'urgence : 03 83 80 20 20
- Service de nuit : 03 83 35 35 35
- Service de jour : 03 83 81 38 39
- Service de nuit : 03 83 80 43 10
- Service de jour : 03 83 83 15 15

VU

NANCY, le **14 avril 2005**

Le Président de Thèse

NANCY, le **6 septembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Mme le Professeur C. VIDAILHET

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **9 septembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RÉSUMÉ DE LA THESE

La tentative de suicide, et la prévention de la récurrence, sont devenues pour les instances politiques l'une des priorités de santé publique de la fin du XX^{ème} siècle, avec le but annoncé, en France, de passer sous la barre symbolique des 10 000 suicides aboutis annuels.

Un grand travail de réflexion a été mené, et de nombreux moyens ont été alloués pour atteindre cet objectif. Des recommandations de l'ANAES, est né, en 2001, aux urgences de Pont à Mousson, un protocole de prise en charge des suicidants.

L'idée du travail était d'évaluer l'impact de ce protocole sur le taux de récurrence suicidaire ; après avoir vérifié que les résultats obtenus pour la population étudiée sont assez comparables aux données nationales récentes en matière de suicide, nous avons constaté que le taux de récurrence est resté stable ; en revanche le risque de récurrence apparaît deux fois plus important pour un patient s'il est suivi, ce résultat paradoxal s'expliquant en partie par un biais de sélection des patients les plus fragiles.

En affinant les tests statistiques, nous avons mis en évidence un taux de suivi multiplié par 1,6 entre 2000 et 2002, et un risque relatif de récurrence pour un patient suivi en 2002 divisé par 1,7, ce qui s'explique en partie par l'existence de suivi chez des patients moins à risque.

En nous appuyant sur les données récentes de la littérature, nous avons proposé des modifications du protocole, avec notamment des procédures de recontact systématique et de traçabilité du suivi, qu'il serait utile d'évaluer dans les années à venir afin de poursuivre ce travail.

TITRE EN ANGLAIS

Prevention of reattempted suicide. Emergency unit experiment at Pont à Mousson.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNÉE 2005

MOTS CLEFS

tentative de suicide – urgences – récurrence – prévention

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex