



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2018-2019**

**Une prévention spécifique du suicide pour les
personnes souffrant de troubles psychiatriques :
quelle pertinence ?**

Chloé Coton

17/09/2019

*Sous la direction de
Delphine Moreau*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon tuteur de stage, Laurent Plancke. Merci pour ta bienveillance et ta gentillesse. Ton accompagnement et tes conseils furent précieux pour accomplir correctement ce stage et ce mémoire. J'ai pu apprendre énormément de choses à tes côtés et tout cela dans la bonne humeur.

Je remercie également Alina Amariei et Aurélie Thève pour tous ces moments passés ensemble et l'entraide existante entre nous. Merci d'avoir contribué largement à la bonne ambiance de travail.

Je remercie également Thierry Danel de m'avoir accueillie au sein de cette structure qu'est la Fédération de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts-de-France.

Je tiens également à remercier ma directrice de mémoire, Delphine Moreau pour le temps qu'elle m'a accordée. Merci pour votre accompagnement et vos conseils très pertinents sur mon mémoire. Je vous remercie également d'avoir su me guider lorsque je m'égarais et de m'avoir aidée à pousser ma réflexion.

Merci également à toutes les personnes qui ont accepté un entretien avec moi. Merci d'avoir été si bienveillants, à l'écoute de mes interrogations et de m'avoir partagé votre passion et votre implication pour vos métiers respectifs. Ce fut un réel plaisir d'échanger avec vous.

Je remercie Clément Kesselmark d'avoir été présent à chaque instant, dans les moments difficiles ainsi que dans les meilleurs. Je te remercie pour toute la joie et les rires que tu m'apportes. Merci de croire en moi et me pousser vers le haut. Merci également d'avoir pris le temps de lire mon mémoire et d'y avoir apporté tes remarques.

Et enfin je remercie mes parents Françoise et Jean-Claude Coton ainsi que mon frère Benoît Coton pour m'avoir épaulée dans les moments difficiles. Merci d'avoir toujours été derrière moi peu importe mes choix. Merci de me faire rire, merci d'être ce que vous êtes tout simplement. Je remercie particulièrement ma maman d'avoir pris autant de temps pour relire ce mémoire.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 7 |
| Partie 1 : Le suicide, ses facteurs de risque et de protection et sa prévention | 11 |
| I. Le processus de la crise suicide | 11 |
| II. Les facteurs de risque et les facteurs de protection | 12 |
| III. Le suicide et les troubles mentaux | 16 |
| IV. L'histoire de la prévention nationale du suicide en France | 18 |
| Partie 2 : Le suicide, une réalité épidémiologique qui démontre la nécessité d'une action | 25 |
| I. Méthodologie | 25 |
| II. Résultats | 29 |
| 1. Caractéristiques de la population (N=13 979) | 29 |
| 2. Analyses de survie | 33 |
| 3. Indices comparatifs de mortalité | 34 |
| III. Discussion | 37 |
| 1. L'analyse de la mortalité par suicide | 37 |
| 2. Les indices comparatifs de mortalité | 39 |
| Partie 3 : La prévention spécifique des personnes souffrant de troubles psychiatriques : exploration de la pertinence auprès d' experts | 43 |
| I. Méthodologie | 43 |
| II. Résultats | 44 |
| 1. Connaissance sur le suicide | 44 |
| 2. Actions, politiques de prévention et pratiques professionnelles | 46 |
| 3. Point de vue sur une prévention spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques | 48 |
| * Des avis divergents ... | 48 |
| * ... qui se recourent | 49 |
| * La contrainte de la « priorisation » | 49 |
| * La stigmatisation, un problème persistant | 52 |
| III. Discussion | 52 |
| Conclusion générale | 59 |
| Bibliographie | 63 |
| Annexes | 78 |
| Annexe 1 : exemple d'un code d'analyse de survie sous SAS | 78 |
| Annexe 2 : exemple de grille d'entretien avec un professionnel de santé | 79 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------|---|
| ARS | agence régionale de santé |
| CCTIRS | comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche |
| CepiDc | centre d'épidémiologie des causes médicales de décès |
| CH | centre hospitalier |
| CHS | centre hospitalier spécialisé |
| CHU | centre hospitalier universitaire |
| CIM | classification internationale des maladies |
| CLSM | conseil local de santé mentale |
| CNIL | commission nationale de l'informatique et des libertés |
| DPC | formation de développement professionnel continu |
| DSM | manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux |
| EPSM | établissement public de santé mentale |
| ESPIC | établissement de santé privé d'intérêt collectif |
| HAS | haute autorité de santé |
| IC | intervalle de confiance |
| ICM | indice comparatif de mortalité (=SMR) |
| INED | institut national d'études démographiques |
| INSEE | institut national de la statistique et des études économiques |
| PNACS | programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 |
| PTSM | projet territorial de santé mentale |
| RNIPP | répertoire national d'identification des personnes physiques |
| SMI | serious mental illness |
| SMR | standardized mortality ratio (=ICM) |

Introduction

Le suicide est reconnu internationalement comme une priorité majeure en santé publique. Ce sont environ 800 000 personnes qui décèdent chaque année par suicide dans le monde correspondant à 1 suicide toutes les 40 secondes (OMS, 2018). Ce phénomène n'épargne aucun pays, aucune tranche d'âge ainsi qu'aucun sexe. Cependant il touche davantage les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Il est également la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans et est une cause de mortalité principalement masculine avec un ratio de 3 hommes pour une 1 femme dans les pays à revenu élevé et un ratio de 1,6 dans ceux à faible et moyen revenu (OMS, sd ; OMS, 2014 ; OMS, 2018).

En France, le décès par suicide concerne environ 9 000 personnes (Santé Publique France, 2019 ; ONS, 2018). Néanmoins, on estime qu'il faut ajouter 10 % à ce chiffre pour des raisons de codage imprécis (le suicide n'étant pas toujours codé comme tel) (Aouba et al, 2011). En effet, le suicide reste encore un sujet tabou pouvant ne pas être accepté ou identifié comme tel. De ces faits, il n'est pas rare que le certificat de décès stipule « accident » ou « autres causes de décès » pour un suicide (OMS, 2014). Pour 100 000 personnes, le taux de suicide s'élève à 13 en 2016 ; il est l'un des plus élevés de l'Union Européenne (CépiDc, 2019 ; OCDE, 2019).

Par ailleurs, les maladies psychiatriques concernent 450 millions de personnes dans le monde (World Health Organization, s.d.-b). En France, 12 millions de la population souffrent de ces troubles (Chevreul, Prigent, Bourmaud, Leboyer & Durand-Zaleski, 2013). Le coût de ces pathologies les place en première position des dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie avec 19,3 milliards d'euros (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Une cause importante de décès de cette population¹ est le suicide avec une surmortalité 20 fois plus importante que la population générale (Charrel et al., 2014). Divers médicaments sont alors prescrits dans le cadre de ces troubles ayant divers effets sur le suicide ; par exemple le lithium semblerait diminuer le passage à l'acte chez les personnes bipolaires alors que les anti-dépresseurs l'augmenteraient (Sarai, Mekala, & Lippmann, 2018 ; Toffol et al, 2015). Cette pratique est alors considérée comme prévention secondaire du suicide². De plus, les troubles psychiatriques sont considérés comme faisant partie des facteurs primaires du risque suicidaire. Selon ce modèle, cela signifie que les autres facteurs de risque (secondaires et tertiaires) sont à risque limité si les facteurs primaires sont absents (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014). Par ailleurs, un

¹ Cette étude porte sur l'ensemble des troubles psychiatriques (addiction, psychose, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité et autres)

² Item 348 Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. (2014). In *L'officiel ECN. Référentiel de psychiatrie*.

ensemble d'articles ayant étudié le suicide et les personnes souffrant de troubles psychiatriques n'hésitent pas à pointer l'importance d'agir sur cette population (Miller et al, 2006 ; Chesnay et al, 2014 ; Castelain et al, 2015 ; Coldefy et Gandré, 2018).

Depuis près de 30 ans, plusieurs plans et stratégies se sont succédés portant sur la prévention du suicide. Un ensemble de dispositifs et d'actions se sont donc mis et se mettent toujours en place pour répondre à cet événement dramatique qu'est le suicide. Après les diverses évaluations de ces plans, les politiques publiques ont décidé de viser principalement les personnes les plus à risque. Elles ont donc fait le choix d'orienter leurs actions vers les personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide mais également vers les personnes souffrant de dépression. Cependant, les autres troubles psychiatriques ne sont pas pris en considération dans le public à haut risque suicidaire alors que ces derniers ont clairement été identifiés comme cible prioritaire dans l'évaluation du plan précédent « stratégie nationale contre le suicide 2011-2014 ». Il faut également notifier que les pouvoirs publics n'excluent pas le lien entre les troubles psychiatriques et le suicide. Cependant, celui-ci n'apparaît pas de manière explicite dans les programmes de prévention du suicide ainsi que dans les plans de psychiatrie et santé mentale. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques semblent être visées de manière indirecte par l'ensemble des actions menées. Cette population n'est pas la cible clairement énoncée mais en agissant sur d'autres cibles comme les personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide, celles souffrant de troubles psychiatriques devraient également être touchées.

Par ailleurs, le suicide fait partie de cette mortalité que l'on qualifie d'évitable. La crise suicidaire est en effet, temporaire et réversible. Le suicide n'est donc pas une fatalité, il est possible d'agir sur ce phénomène, dans une majorité des cas. Il a d'ailleurs été montré que la moitié voire les 3/4 des suicides peuvent être évités si les traitements ou la prévention pour les maladies mentales étaient efficaces (Cavanagh et al, 2003). De plus, il a également été montré que 1/3 des personnes qui se sont suicidées ont été en contact avec des services de santé mentale et 3/4 l'ont été avec les services de soins primaires (Luoma et al, 2002). Ainsi, savoir repérer ce processus permettrait d'interrompre cette trajectoire menant au suicide et permettrait peut être de diminuer le nombre de décès par suicide.

À la lumière de l'ensemble de ces données bibliographiques, un effort supplémentaire concernant la prévention du suicide envers cette population serait pertinent. On peut ainsi se demander pourquoi les actions menées ne sont pas davantage spécifiques à cette population et donc la problématique suivante se pose :

Problématique : est-il pertinent de développer une prévention du suicide davantage spécifique aux personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

Pour répondre à cette problématique, les méthodes choisies reposent sur une enquête quantitative et une enquête qualitative.

Ainsi, ce travail aura pour premier objectif de réaliser une exploitation secondaire d'une base de données portant sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ont été hospitalisées. Cela est réalisé dans le but de dresser un état des lieux de la mortalité par suicide de cette population ainsi que le sur-risque qu'elle présente par rapport à la population générale. Cette étude se base sur les personnes qui ont été hospitalisées du fait que la base de données qui m'a été confiée porte sur ces individus. Cependant, cette population est intéressante car ce sont des personnes avec des troubles jugés graves ou dans un état de crise. Ces dernières peuvent donc présenter un risque de passage à l'acte élevé. Par ailleurs, c'est une population qui pourrait être ciblée par des actions de prévention du suicide car elle peut être identifiée. Le second objectif de cette étude portera sur des entretiens avec des professionnels confrontés à cette thématique ou des personnes ayant étudié ce phénomène. Cela permet ainsi d'avoir le point de vue d'un panel éclectique sur la pertinence d'une prévention du suicide spécifique aux personnes souffrant de troubles psychiatriques. Cette étude ne portera pas sur des diagnostics spécifiques. Cette dernière a pour vocation d'étudier l'ensemble de ces troubles psychiatriques sans distinction pour permettre de dégager les diagnostics les plus pertinents pour une prévention spécifique. Un raisonnement en termes de classes de troubles psychiatriques comme décrites dans la CIM-10 sera donc réalisé (ATIH, 2019). Cependant, comme certaines maladies d'une classe sont énormément traitées spécifiquement dans la littérature alors la dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie le seront également étudiés en tant que tels.

Je décrirai ces axes de manière plus précise afin de développer chacune des trois parties suivantes :

En première partie, le suicide : ses facteurs de risque et de protection et sa prévention : une description des connaissances actuelles sur le processus de la crise suicidaire, les facteurs de risque et de protection relatifs au passage à l'acte sera faite. Le lien entre le suicide et les troubles psychiatriques sera davantage étayé afin de mieux appréhender le concept « suicide et troubles mentaux ». Puis je reviendrai sur l'histoire de la prévention nationale du suicide en France afin de mesurer l'évolution de cette prévention.

En deuxième partie, un exposé détaillé sur l'étude secondaire épidémiologique sera produit afin de comprendre l'enjeu de la prévention du suicide auprès de cette population.

Et enfin, dans la dernière partie, j'exposerai l'enquête exploratoire menée auprès de personnes ayant différentes formes « d'expertise » sur le sujet. Cela permettra de traiter cette question sous le point de vue de différentes professions (médicale, sociologique, psychologique, administrative).

Partie 1 : Le suicide, ses facteurs de risque et de protection et sa prévention

I. Le processus de la crise suicide

Selon le référentiel³ utilisé par les psychiatres français, le lexique se référant au suicide est le suivant :

« Le **suicidé** est l'individu qui a mis fin à ses jours.

Le **suicidant** est l'individu survivant à sa tentative de suicide.

La **tentative de suicide** correspond à tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz ...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique.

Le **suicidaire** est l'individu ayant des idées suicidaires et/ou exprimant verbalement ou comportementalement des menaces suicidaires.

Les **idées suicidaires** correspondent à la pensée de se donner la mort, à l'élaboration consciente d'un désir de mort qu'il soit actif ou passif. Quand ces idées sont exprimées, on parle de menaces suicidaires. »

Le suicide peut se définir « comme tout acte entraînant la mort, délibérément entrepris et exécuté par une personne consciente de son issue fatale et dans le but de se donner la mort » (Terra & Pacaut-Troncin, 2008). Un processus complexe sous-tend cet acte qui de plus, est multifactoriel. Ce passage à l'acte est favorisé par un ensemble de facteurs sous-jacents et non par un seul événement. Il peut résulter dans de rares cas d'un raptus qui est un geste brutal et non prévisible ou d'un processus progressif et temporaire variable en durée. Dans ce dernier cas, on parle alors de crise suicidaire (Moron, 2000). Cette dernière se définit comme « une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec l'expression d'idées et d'intentions suicidaires »¹. Phaneuf et Seguin font partie des premiers à proposer un modèle de cette crise suicidaire, décomposée en plusieurs étapes (Phaneuf & Seguin, 1987). La première phase est appelée la phase de détresse où la personne traverse une période difficile et envisage une diversité de solutions pour s'en

³Item 348 Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. (2014). In *L'officiel ECN. Référentiel de psychiatrie*.

sortir. Ensuite survient la phase de flash où apparaissent des fantasmes de mort sans pour autant que la personne soit l'initiatrice de ce geste. Au cours de cette phase, la personne recherche une solution instantanée à un moment où elle ne semble pas capable de mobiliser des solutions alternatives pour faire face à son problème. La troisième phase consiste en ce que les auteurs appellent « l'idéation du suicide ». Il s'agit de l'apparition d'idées suicidaires car les solutions envisagées semblent inefficaces et/ou diminuent. S'en suit une phase de rumination où les solutions envisagées sont épuisées. Ainsi, les idées suicidaires prennent davantage de place et la personne commence à considérer cette solution comme possible. Et enfin, la phase dite de « cristallisation » qui va ancrer l'idée du suicide comme seule solution. Face à cette souffrance rencontrée, la personne souhaite que cela s'arrête et va donc commencer à planifier son suicide en s'imaginant où, quand et comment le réaliser. Si cette personne n'a pas reçu l'aide nécessaire pour se sortir de ce processus, la dernière phase est donc le passage à l'acte. Ces différentes étapes seront également décrites par d'autres auteurs qui les ont regroupées (Walter & Tokapnou, 2003). C'est le cas de Walter et Tokapnou qui découpent alors la crise suicidaire en 3 phases : phase pré-suicidaire comprenant les idéations suicidaires, la rumination et la cristallisation, la phase correspondant au passage à l'acte et la phase post-suicidaire (Walter & Tokapnou, 2003).

Actuellement, le processus de crise suicidaire énoncé par Phaneuf et Seguin est repris par les psychiatres et autres professionnels travaillant sur la question suicide de manière plus simplifiée, on parle du « processus entonnoir » ou « tunnelaire ». Suite à l'apparition d'un événement problématique, une diversité de solutions s'offrent à la personne. Puis avec l'avancement dans ce processus, la diversité de solutions semble diminuer. De cette diminution, le suicide apparaît alors comme solution unique et envisageable par l'individu (source: exposé interne à la F2RSM⁴). De plus, lors de cette trajectoire, l'individu est marqué par son ambivalence, il est pris entre le fait de ne pas vouloir mourir et son désir d'arrêter cette souffrance. Cependant, il faut notifier que cette crise suicidaire est une phase réversible et temporaire dont l'issue n'est pas forcément létale. La personne peut en effet se tourner vers un usage abusif d'alcool ou de toxiques ou autres alternatives afin d'atténuer sa souffrance (Walter & Tokapnou, 2003).

II. Les facteurs de risque et les facteurs de protection

Le risque en tant que catégorie épidémiologique est « conçu comme la mesure du potentiel de dommages. L'essence du risque renvoie dans ce cas à un mode de représentation des événements fondé sur le calcul probabiliste » (Kermisch, 2012). Ainsi un

⁴ Présentation par N. Pauwels à la F2RSM Psy dans le cadre d'un exposé portant sur le programme Papageno

facteur de risque peut être défini comme un élément qui augmente la probabilité d'un risque donné, ici le passage à l'acte.

Plusieurs thèses ont été défendues concernant les facteurs de risque suicidaire. Durkheim fut l'un des pionniers dans cette thématique. *A contrario* des courants de pensées régnant à cette époque où le suicide était « psychiatrisé », celui-ci propose une approche sociologique de cette question. Le suicide est alors, pour cet auteur, un phénomène social et non plus individuel. Il rejette tous les facteurs extra-sociaux ; même si la psychophysio-physiologie peut prédisposer au suicide, aucun lien n'existe entre le suicide et ces facteurs (Durkheim, 1897). Il est lié aux relations sociales qui peuvent être influencées par deux mécanismes : l'intégration et la régulation. L'intégration est l'appartenance d'un individu à

une société alors que la régulation est un ensemble de règles et de contraintes guidant l'individu dans une société. Ainsi, le défaut ou l'excès de l'un de ces deux mécanismes sont des facteurs de risque du suicide. Durkheim décrit alors quatre types de suicide : le suicide égoïste dû à une diminution de l'intégration, le suicide altruiste provoqué par une sur-intégration, le suicide anémique lors d'une diminution de réglementation et au contraire le suicide fataliste lorsque cette réglementation est en excès. Les travaux de Durkheim ont généré de nombreux débats conduisant ainsi à l'amélioration des connaissances. Un auteur, par exemple, fait état des quelques incohérences d'un point de vue statistique et théorique des travaux de Durkheim (Gardette, 2001). Par ailleurs, Baudelot et Establet ont mis à jour cette théorie durkheimienne ; la sociologie n'explique pas tout (Baudelot & Establet, 2006 ; Chenu, 2007). Cela a permis de montrer que le suicide n'était pas uniquement lié à des variables sociales et d'autres facteurs de risque davantage tournés vers la psychiatrie, la psychologie ou la biologie se sont ainsi greffés.

L'OMS, par exemple, évoque par souci de simplification 5 grandes classes de facteurs de risque de passage à l'acte (*décrites sur le schéma ci-contre*). Cependant, cette catégorisation n'est

| | |
|------------------|--|
| SYSTÈME DE SANTÉ | Obstacles aux soins |
| SOCIÉTÉ | Accès aux moyens |
| | Couverture médiatique inappropriée |
| | Stigmatisation associée à la demande d'aide |
| COMMUNAUTÉ | Catastrophes naturelles, guerres et conflits |
| | Stress lié à l'acculturation et au déplacement |
| | Discrimination |
| | Traumatisme ou abus |
| RELATIONS | Sentiment d'isolement et manque de soutien |
| | Relations conflictuelles, méfiance ou perte |
| INDIVIDUS | Antécédents de tentative de suicide |
| | Troubles mentaux |
| | Usage nocif de l'alcool |
| | Perte d'emploi ou financière |
| | Désespoir |
| | Douleur chronique |
| | Antécédents familiaux de suicide |
| | Facteurs génétiques et biologiques |

Source : OMS (2014). *Prévention du suicide*

pas exhaustive et les catégories ne sont pas distinctes les unes des autres. Cette représentation permet ainsi d'avoir un modèle plus écologique recouvrant ainsi divers déterminants de santé (OMS, 2014). Cette vision tend à compléter le modèle durkheimien, il s'agit alors de ne pas intégrer uniquement des faits sociaux mais de redonner place à des facteurs individuels où la considération de l'individu dans sa globalité avec par exemple ses facteurs génétiques et biologiques ou même la douleur chronique s'ajoute.

Enfin, d'autres, comme le Ministère des Solidarités et de la Santé, préfèrent classer les facteurs de risque selon 3 catégories (Ministère des Solidarités et de la Santé). Cette classification émergea d'une conférence de consensus sur le suicide organisée par la Fédération Française de Psychiatrie qui se déroula en 2000 à Paris (Fédération Française de Psychiatrie, 2000). Par ailleurs, elle fut décrite pour la première fois dans les années 1990 (Rhimer, 1996). Tout d'abord, nous avons les facteurs dits primaires qui sont connus pour être fortement associés à un risque suicidaire. Ce sont les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux, la communication d'une intention de passage à l'acte et le trait de personnalité qu'est l'impulsivité (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014). Les troubles psychiatriques ne sont pas clairement définis par le Ministère qui ne cite que la dépression. En revanche, Rhimer fait état des troubles de l'humeur, de la schizophrénie et des maladies mentales liées à un abus de substance. Cependant, dans la littérature est retrouvée une augmentation du risque suicidaire chez les personnes présentant des troubles psychiatriques au sens large excepté pour les personnes présentant un retard mental ou une démence qui sont aujourd'hui toujours classés par la CIM-10 dans les troubles mentaux (Harris & Barraclough, 1997 ; Arsenault-Lapierre, Klm & Turecki, 2004). De plus, les personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide sont également très à risque de passage à l'acte. C'est d'ailleurs le premier facteur de risque avec 4 fois plus de risque d'attenter à sa vie lorsqu'une tentative de suicide a déjà été réalisée auparavant (Christiansen, 2006). À cela s'ajoute l'impact des tentatives de suicide réalisées par les parents. Les enfants de ces derniers présentent des taux d'incidents suicidaires plus élevés que chez les enfants de personnes n'ayant jamais réalisé ce genre d'acte (Neeleman et al, 2001). De plus, la communication d'une intention suicidaire ne doit pas être ignorée car celle-ci n'est jamais anodine ; celle-ci est retrouvée dans 60 % des suicides (Jehel, 2000). Et enfin, il a été montré que chez les jeunes, il existait une corrélation entre l'impulsivité et les conduites suicidaires (McHugh, 2019).

Ensuite, les facteurs secondaires que sont un événement particulier négatif comme la perte d'un proche, la perte de son emploi ou encore l'isolement social rentrent en jeu (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014). Ces facteurs peuvent être considérés comme des facteurs « précipitants ». Ils ont un effet catalyseur du développement de la crise suicidaire mais il faut que d'autres facteurs de risque soient présents.

S'en suit enfin les facteurs tertiaires que sont le fait d'appartenir au sexe masculin, être jeune ou âgé (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014). Ces facteurs épidémiologiques sont associés à un risque suicidaire accru lorsque d'autres facteurs de risque sont présents. Le sexe est en effet un facteur de risque considérable avec par exemple, en France, 80 % des suicides de 2015 concernaient des hommes (Santé Publique France, 2019).

Chaque catégorie de ces facteurs est potentiellement un facteur de risque d'un passage à l'acte et ils interagissent entre eux (Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014). Il s'agit ici d' « un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou l'absence d'autres éléments » (Walter, 2003). Par exemple, des études ont démontré que le suicide est une cause importante de la mortalité des hommes présentant des troubles psychiatriques (Sher 2014).

À l'instar des facteurs de risque, des facteurs de protection ont en effet également leur importance dans ce phénomène qu'est le suicide. Durkheim identifia la famille, la religion ainsi que certaines situations politiques comme la guerre ou la révolution. Ces éléments font référence à l'intégration qui protégerait les individus contre le suicide (Durkheim, 1897). Le rapport de l'OMS de 2014 sur le sujet de la prévention du suicide rejoint Durkheim concernant le rôle protecteur de la famille en stipulant que les personnes du cercle le plus proche sont celles qui sont susceptibles d'avoir le plus d'influence. Par ailleurs, le soutien apporté peut conférer un renforcement de la résilience permettant ainsi une diminution du risque de passage à l'acte. La résilience semble être un trait important dans la protection contre le suicide. Autre trait de personnalité intéressant est la capacité à élaborer des stratégies d'adaptation positive permettant ainsi de mieux faire face aux événements de la vie et donc de se protéger contre le suicide. Quant à la religion, l'OMS s'avère être plus prudente. La foi peut avoir un effet salvateur du fait de la bonne conduite qu'elle dicte. Cependant la stigmatisation du suicide que celle-ci inculque peut s'avérer néfaste avec une peur de demander de l'aide (OMS, 2014). Et enfin pour le Ministère des Solidarités et de la Santé, suite à cette conférence de consensus sur le suicide, ce dernier pose comme facteurs de protection, l'intégration sociale, le développement des liens sociaux diversifiés ainsi qu'une prise en charge thérapeutique (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014). De l'ensemble de ces sources, les liens sociaux sont mis en exergue comme facteur de protection majeur contre le suicide.

De cela ressort une liste non exhaustive de facteurs de risque de passage à l'acte. Cependant, malgré cette large identification, ces facteurs semblent peu prédictifs du suicide. Le risque de passage à l'acte s'inscrit davantage dans un parcours de vie

regroupant ainsi des facteurs de risque et de protection ainsi que des facteurs précipitants (ONS, 2016).

III. Le suicide et les troubles mentaux

Les troubles mentaux sont considérés par l’OMS comme « un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d’émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux ». Ceux-ci sont codés en « F » dans la classification internationale des maladies (CIM-10) au niveau du chapitre V - Troubles mentaux et du comportement (ATIH, 2019) et apparaissent également dans le Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM-V).

⁵De nombreux articles (Harris & Barraclough, 1998 ; Charrel et al 2015 ; Coldefy, 2018) ont démontré l’impact des troubles mentaux sur la mortalité. Ces articles recouvrent un ensemble de maladies mentales. En effet, Harris et Barraclough ont travaillé sur 27 maladies codées par la CIM-9 et le DSM-III R et trouvent un effet significatif pour l’ensemble (troubles de l’humeur, schizophrénie...) excepté pour la dysthymie, la névrose anxieuse, les troubles de somatisation et d’adaptation. Charrel présente ses conclusions pour tous les patients présentant un code d’un trouble mental par la CIM-10 ; il s’agit de l’addiction, la psychose, les troubles de l’humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et autres. Et enfin Coldefy présente ses conclusions sur l’ensemble des troubles mentaux considérés comme sévères (troubles addictifs, troubles psychotiques, troubles maniaques et bipolaires, dépression et autres troubles de l’humeur et troubles névrotiques liés au stress et somatoformes). Les personnes souffrant de ces troubles présentent une espérance de vie plus faible ainsi qu’une surmortalité observée pour l’ensemble des causes qu’elles soient externes ou internes (Harris & Barraclough, 1998 ; Miller, Paschall, & Svendsen, 2006 ; Wahlbeck et al, 2011; Erlangsen et al, 2017; Coldefy & Gandré, 2018). Leur surmortalité est 2 à 6 fois plus élevée que celle de la population générale. Les maladies somatiques sont responsables, chez les personnes présentant un trouble mental, d’une mortalité 2 à 3 fois supérieure et une surmortalité importante est observée pour les causes externes de décès avec une mortalité 5 fois plus importante que celle la population générale (Coldefy & Gandré 2018). Ces causes externes regroupent aussi bien des accidents, des homicides que des suicides. Parmi ces dernières, le suicide constitue une part importante, de l’ordre de 40 % (Coldefy & Gandré 2018) et représente près de 42 années potentielles de vie perdues (Miller, Paschall, & Svendsen, 2006).

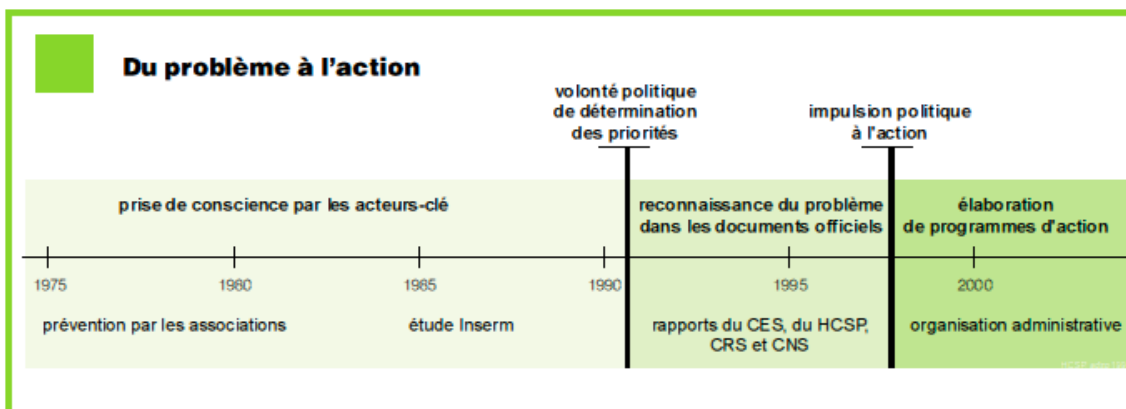
⁵ Les éléments grisés sont tirés de l’ article « Mortalité par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux » en cours de soumission réalisé en collaboration avec Laurent Plancke, Alina Amariei, Stéphane Duhem, Redha Kharfallah, Thierry Danel, Claire-Lise Charrel & moi-même.

Un lien étroit entre les troubles psychiatriques et le suicide apparaît ainsi. Les troubles psychiatriques sont en effet des facteurs de risque suicidaire avec l'existence d'une différence en termes d'impact selon le trouble mental. Une étude d'Arsenault-Lapierre datant de 2004 a montré que près de 90 % des décès par suicide concernaient des personnes avec des troubles psychiatriques. Cette dernière se base sur l'exploitation de 27 études dans lesquelles apparaissait un critère diagnostique standard. Cependant malgré cette tendance, des diagnostics sont davantage présents parmi les suicidés ; on retrouve une part importante de personnes qui présentaient un diagnostic de troubles affectifs (43,2 %) ou un diagnostic de troubles liés aux substances (25,7 %) (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004). Ainsi, une grande variabilité de susceptibilité de passage à l'acte existe parmi ces troubles. C'est le cas des personnes présentant des troubles de l'humeur et plus spécifiquement des troubles dépressifs et bipolarité ainsi que les personnes avec des psychoses (Joukamaa et al, 2011 ; Hardy, 2009 ; Olfson et al, 2015 ; Chesney, Goodwi & Fazel, 2014). Par exemple, les personnes avec un diagnostic de dépression sont retrouvées dans près d'un cas de suicide sur 2 (Hardy, 2009). Par ailleurs, une pathologie donnée peut également présenter des différences selon sa gravité ; par exemple, une dépression sévère majeure davantage le risque de suicide que si celle-ci est modérée ou faible (Hardy, 2009). Les troubles mentaux nécessitant une hospitalisation engendrent également une augmentation de ce risque suicidaire. En effet, la sortie d'hospitalisation s'avère être une période très suicidogène pour les patients (Mortensen et al, 2000 ; Meehan et al, 2006 ; Olfson et al, 2016). Dans une étude israélienne, il a été retrouvé que 30 % des personnes décédées par suicide avaient connu au moins une hospitalisation psychiatrique (Goldberger, Haklai, Pugachova & Levav, 2015). Par ailleurs, dans les 90 jours suivant une hospitalisation, le risque de décéder par suicide est particulièrement élevé pour les personnes présentant des troubles dépressifs comparativement à ceux ne présentant aucun trouble psychiatrique. Cela est également vrai, dans une moindre mesure, chez les personnes présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique (Olfson et al, 2016). Par ailleurs, le stade dans lequel les patients se trouvent peut également jouer un rôle ; les personnes atteintes de troubles psychotiques sont fortement à risque à l'apparition de la maladie où le décès par suicide arrive donc plus fréquemment (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005 ; Castelein, 2015).

Face à ce risque suicidaire accru, certains traitements ont montré leur efficacité. C'est le cas du lithium prescrit aux personnes souffrant de troubles bipolaires, qui semble diminuer la mortalité par suicide (Sarai, Mekala, & Lippmann, 2018). Cependant, malgré cette diminution, les taux de suicide restent encore très largement supérieurs à ceux de la population générale (Kessing, Søndergård, Kvist & Andersen, 2005 ; Toffol et al, 2015). Les antipsychotiques s'avèrent également actifs en termes de diminution du risque suicidaire

chez les personnes souffrant de schizophrénie (Khan, Faucett, Morrison & Brown, 2013). En revanche, d'autres traitements présentent l'effet inverse ; l'acide valproïque, les antidépresseurs ou encore les benzodiazépines semblent augmenter ce risque chez les personnes souffrant de bipolarité (Toffol et al, 2015). Le cas est similaire concernant les antidépresseurs hétérocycliques pour les patients souffrant de dépression (Khan, Faucett, Morrison & Brown, 2013). Toutefois la littérature se compose de thèses différentes concernant l'évolution du risque suicidaire après utilisation de médicaments psychotropes.

IV. L'histoire de la prévention nationale du suicide en France



Source : infosuicide.org

À partir de 1969, où l'OMS publia un rapport consacré à la prévention du suicide, la thématique du suicide s'immisça doucement en tant qu'enjeu de politique publique. Tout d'abord, cette prévention fut déléguée aux associations. Puis cette thématique prit place doucement dans l'agenda politique. Le premier qui a insufflé cette question fut Robert Boulin alors ministre de la santé et de la sécurité sociale. Cependant, la considération du suicide par les politiques publiques a débuté grâce à l'étude RGB (Rationalisation des Choix Budgétaires) qui démontra l'enjeu humain mais également budgétaire de traiter cette question. Cependant, les pouvoirs publics ne se sont pas sentis impliqués, engendrant alors une paralysie en termes d'actions. L'identification du suicide comme enjeu de santé publique prit alors naissance dans la controverse que produisit le livre « Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité » publié en 1982, expliquant comment se suicider. Cela engendra une législation concernant l'incitation au suicide ainsi qu'une considération majeure du suicide (Campéon, 2003). Cette inscription du suicide dans l'agenda politique s'officialisa avec le rapport élaboré en 1992 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Sous la coordination de Jean-Claude Henrard, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et professeur émérite de santé publique, l'HCSP publia un rapport dénommé « Stratégie pour une politique de Santé » dans lequel apparaissait une section dédiée à la santé mentale et au suicide afin d'établir des objectifs et actions à entreprendre. Au sein de cette stratégie,

différents objectifs ont été identifiés, notamment une amélioration de la formation des professionnels sanitaires, une coordination entre le travail sanitaire et le travail social ainsi qu'un renforcement de la capacité d'adaptation à des événements compliqués et une volonté d'agir sur la stigmatisation (Haut Comité de la Santé Publique, 1992). Il a donc fallu attendre les années 1990 pour que le suicide soit considéré comme un enjeu de santé publique en France pour lequel il est urgent d'agir (Campéon, 2003 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2016; site Infosuicide). En parallèle, en 1993, le conseil économique et social se pencha sur cette question pour la première fois (Campéon, 2003).

Un premier programme national «Programme national de prévention du suicide des adolescents et jeunes adultes 1998-2000» porté par Bernard Kouchner (Secrétaire d'État chargé de la santé à cette date) fut mis en place en 1998. Celui-ci s'articulait autour de 4 axes principaux : «développer l'écoute, mieux prendre en charge les adolescents à l'hôpital, s'appuyer sur les médecins généralistes et initier une politique de communication» (Site Infosuicide). Ce premier programme, élaboré à la suite d'une journée nationale de prévention du suicide, semblait alors pointer comme cible prioritaire les jeunes. Dans le cadre de ce programme, des recommandations professionnelles ont été établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de Santé ; celles-ci concernaient « la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » (ANAES, 1998). Par ailleurs, dans une volonté d'échanger entre professionnels et d'améliorer la pratique, une conférence de consensus s'est tenue à Paris sur la thématique de la reconnaissance et la prise en charge de la crise suicidaire en 2000 afin de palier la faible littérature existante en prévention secondaire (HAS, 2006).

En 2000, la « stratégie nationale face au suicide 2000-2005 » a vu le jour. Cette stratégie visait quatre objectifs qui étaient de favoriser le dépistage de la crise suicidaire, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge des suicidants et approfondir les connaissances épidémiologiques. Les actions prévues par cette stratégie semblent être, à ses débuts, orientées vers le « tout public » avec une légère tendance à s'axer vers le public « jeunes » puis ces actions se sont élargies et se sont axées également vers les détenus en 2002 et les personnes âgées en 2005 (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Par ailleurs, cette stratégie prévoyait la déclinaison de la mise en œuvre d'un programme régional dans l'ensemble des régions. Cette stratégie engendra la mise en œuvre de multiples actions et des dépenses de l'ordre de 1,5 million d'euros au niveau national et 20 millions d'euros dans les régions (Ministère des solidarités et de la santé, 2016). Cela témoigne de l'impulsion politique qui s'est mise en place et de la volonté de lutter contre le suicide. Cependant, les conclusions de cette stratégie laisse à penser qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts ; il existe une implication trop faible des médecins

généralistes, le maillage d'acteurs est encore peu développé, les personnes formées même si elles sont en augmentation ne sont pas suffisantes, cette stratégie renforce uniquement la mobilisation des régions qui étaient déjà sensibles auparavant, une dynamique de cibler divers publics doit être réalisée et enfin il y a un manque d'animation au niveau national et une difficulté de la pérennisation des acteurs (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Ce plan fut par la suite prolongé grâce à son inclusion dans la partie « dépression et suicide » du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Le suicide a été lié à la dépression dans ce plan sur la base d'un argumentaire où les suicidés présentaient en majorité une dépression. Cependant, malgré cette notification, dans les objectifs de lutte contre la dépression, il n'apparaît pas clairement la volonté de diminuer le nombre de suicides. Par ailleurs, l'accent est de nouveau mis sur les jeunes avec une mesure portant sur le « développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent » (Ministère des Solidarités et de la Santé et de la Famille, 2005).

Dans la continuité de la « stratégie nationale face au suicide 2000-2005, un autre programme émergea : « programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 ».

Dans le cadre des travaux préparatoires de ce programme, une revue systématique concernant les actions probantes a été réalisée. De ce travail était attendu des pistes d'actions afin d'établir un programme cohérent qui se base sur des données scientifiques. Tout d'abord, la restriction de l'accès aux moyens létaux semble efficace qu'elle soit appliquée au niveau national, local ou individuel. Le maintien du contact avec le patient est également un élément important dans la prévention du suicide. Celui-ci doit comporter trois caractéristiques : ce contact ne doit pas émaner uniquement du patient, il doit être actif et doit s'effectuer de manière régulière et être personnel. Dans cette continuité, des lignes d'appel ont également montré leur efficacité. Cependant, cette action doit être davantage réfléchie afin que l'accès à la ligne téléphonique soit facilité et que les appels soient adaptés à la personne. La formation des médecins généralistes semble également un élément intéressant du fait que ces derniers sont les premiers en termes de recours aux soins et ont donc plus facilement accès à cette population. Cependant, pour que cela soit efficace, il faut que cette intervention auprès des médecins généralistes soit continue et répétée. De plus, l'organisation des soins joue un rôle important. Un suivi par un spécialiste lors des traitements, des thérapies avant et après une hospitalisation semble efficace. Et enfin les campagnes d'informations du public ont montré leur efficacité si ces dernières sont couplées avec une prise en charge et une offre de soins adéquates (Roscoat, 2013). Ce premier travail a permis de dégager des interventions sur lesquelles se focaliser pour espérer obtenir une prévention du suicide efficace. Cependant, ces interventions ne font jamais référence à un quelconque diagnostic psychiatrique.

Suite à cela, le programme a été établi selon cinq grands axes principaux visant à réduire le taux de suicide en France. Ainsi, ces axes étaient respectivement dédiés au développement de la prévention et postvention⁶, l'amélioration de la prise en charge des personnes à risque suicidaire, l'information et communication autour de la prévention du suicide, la formation des professionnels, l'amélioration de la compréhension de ce phénomène via le développement de recherches et études autour de ce sujet et enfin le suivi et l'animation d'un programme d'actions contre le suicide (Ministères de la justice et des libertés et al, 2011). Ce nouveau programme semblait vouloir agir sur la globalité du phénomène qu'est le suicide. Ce nombre d'actions, très éclectiques, est le reflet de la volonté publique d'intervenir sur l'ensemble des déterminants du suicide. Dans la logique du travail préparatoire, le programme national d'actions contre le suicide n'a établi aucune action spécifique en direction de personnes souffrant de troubles psychiatriques excepté pour la dépression. Une amélioration de la prise en charge de la dépression chez les adolescents (développé dans l'axe II : « amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire ») ainsi que l'information concernant la dépression (développé dans l'axe III : « information et communication autour de la prévention du suicide ») sont prévues par le programme. Cependant, dans cet axe II dédié aux personnes à risque suicidaire, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas considérées comme un groupe vulnérable à part entière. Les mesures établies visent des situations très spécifiques comme la souffrance liée au travail ou la prise en charge psychiatrique des personnes mais uniquement des personnes se trouvant dans une situation de précarité ou la dépression juvénile. Par ailleurs, lorsque la mesure 3 de l'axe I (développement de la prévention et de la postvention) aborde la détresse psychique, les troubles psychiatriques énoncés dans le chapitre les concernant (chapitre V) de la CIM-10 ne sont pas considérés alors que cette population est en grande souffrance (Ministère de la Justice, 2011).

Lors de l'évaluation de ce programme, des conclusions mitigées en sont ressorties (Haut Conseil de la Santé Publique, 2016). Tout d'abord, un point très positif est que ce plan est en adéquation avec les interventions efficaces relevées par l'INPES telles que la restriction de l'accès aux moyens létaux, le maintien d'un contact avec les personnes à risque et bien d'autres encore (Santé Publique France, 2019). En revanche, les actions de ce programme étaient à destination de la population générale mais également des groupes jugés comme vulnérables telles que les personnes malentendantes, les personnes en situation de handicap, les jeunes homosexuels. Nonobstant, il ne propose que peu d'actions concernant les populations les plus à risque (Haut Conseil de la Santé Publique, 2016). Ces dernières sont les personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide, premier facteur de risque, ainsi que les personnes avec des troubles psychiatriques qui s'avèrent être le deuxième facteur de risque concernant le suicide (Haut Conseil de la Santé Publique,

⁶ La postvention est une intervention auprès des personnes endeuillées suite à un suicide d'un proche

2016). Ces actions ciblées n'ont donc montré que peu d'efficacité. Par ailleurs, malgré la volonté d'agir, la mobilisation au niveau national n'a pas réussi à s'ancrer dans une dynamique interministérielle et au niveau régional, les ARS souffrent d'un manque de mise en réseau entre elles mais également avec les acteurs de terrain. Et enfin, les moyens financiers mis à disposition n'étaient pas suffisants afin de mettre en œuvre correctement l'ensemble des actions prévues par le programme (Haut Conseil de la Santé Publique, 2016).

L'évaluation du programme national contre le suicide 2011-2014 a ainsi marqué un tournant dans la prévention du suicide. Certaines limites ont été prises en considération. En effet, à la suite de ce constat, certaines actions et dispositifs ont tenté de répondre à ce problème. Beaucoup d'entre eux sont à destination d'une population à haut risque que sont les personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide. C'est le cas, par exemple, du dispositif Vigilans porté par le Professeur Vaiva qui a été mis en place en 2015 dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais. Ce dispositif repose sur le principe de « recontact » ; il s'agit ainsi de recontacter les personnes qui ont effectué une tentative de suicide sur une période de 6 mois. L'ensemble des personnes ayant réalisé une tentative de suicide se voient remettre une carte avec un numéro gratuit régional. Si les personnes sont « récidivistes », elles sont recontactées 10 à 21 jours après leur tentative de suicide. Si elles ne sont pas joignables, quatre cartes postales sont envoyées sur une période de quatre mois. Et enfin un dernier contact téléphonique a lieu au bout de 6 mois pour l'ensemble des personnes faisant partie de ce programme. Celui-ci a d'ores et déjà permis une diminution du taux de suicide ; entre 2014 et 2017, une baisse de 13 % des tentatives de suicide a été observée et cela pourrait être lié à l'implantation du dispositif car cette diminution est proportionnelle à la pénétrance du dispositif sur différents centres (Vaiva et al, 2018). Cependant, cette focalisation sur les personnes suicidantes présente une limite ; une partie de la population cible « passe donc à travers les mailles du filet ». En effet, les personnes qui se sont suicidées n'avaient déjà réalisé une tentative de suicide que dans 13 % à 38 % des cas (Jehel, 2000).

De plus, suite aux recommandations faites lors de l'évaluation du PNACS, la prévention du suicide est désormais incluse dans la politique de santé mentale et psychiatrique. Ainsi, en 2018 est sortie la feuille de route santé mentale et psychiatrie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Celle-ci prévoit un ensemble d'actions intégrées que sont : « généraliser le dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, proposer une formation actualisée aux professionnels en contact avec des personnes à risque suicidaire, proposer une formation aux médecins généralistes concernant la prise en charge de la dépression, poursuivre les formations croisées des médias, intervenir dans les réseaux sociaux et expérimenter le numéro national unique » (Ministère des Solidarités et de la

Santé, 2018). Cette stratégie cible alors deux populations à risque que sont les suicidants et les personnes souffrant de dépression.

Par ailleurs, la politique de psychiatrie et santé mentale a également évolué au cours du temps. Ces plans ne détaillaient que très rarement des mesures concernant le suicide. Que ce soit le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ou celui de 2011-2014, ceux-ci n'ajoutaient guère que peu d'éléments par rapport aux plans luttant contre le suicide (Ministère des Solidarités et de la Santé et de la Famille, 2005 ; Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011). Leur objectif était d'être dans la continuité de ces plans de prévention du suicide. Par exemple, le « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 » ne présentait pas de partie dédiée spécifiquement au suicide. Celui-ci se référait au « programme national contre le suicide 2011-2014 » en encourageant les actions que ce plan prévoyait (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011). Cependant, cette imbrication des plans de prévention du suicide et des plans de psychiatrie et santé mentale laissent envisager d'une association entre psychiatrie et suicide qui pourtant n'est pas mise en évidence au sein de ces différents plans. Les plans de psychiatrie et santé mentale n'ajoutaient pas de mesures supplémentaire concernant les troubles psychiatriques et le suicide.

En France, il a alors fallu attendre la « feuille de route santé mentale et psychiatrie » de 2018 pour voir apparaître le suicide dans un axe d'actions à part entière au sein d'un plan psychiatrie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Cette feuille de route est une déclinaison de la « Stratégie nationale de santé 2018-2022 ». Cette stratégie a pour premier axe « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie ». Cette feuille de route est donc en adéquation avec cette stratégie de par sa volonté de développer une prévention du suicide mais également par la promotion de la santé en développant un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des malades présentant des troubles psychiatriques. Malgré cette évolution, cette feuille de route pointe principalement les personnes suicidantes comme cible d'action concernant la prévention du suicide. Parmi les personnes souffrant de troubles psychiatriques, seules celles ayant reçu un diagnostic de dépression sont visées.

Ainsi, on observe que malgré la mise en exergue par la littérature des personnes souffrant de troubles psychiatriques comme population à haut risque, les efforts d'actions se sont orientés uniquement vers des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique qu'est la dépression.

La dépression est en effet majoritairement retrouvée parmi les personnes suicidées (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Par ailleurs, cette maladie touche une partie importante de la population, 1 personne sur 5 en France a été, serait ou sera touchée par ce mal (INSERM, 2014). De plus, 5 % à 20 % de ces personnes se suicident. Avec une prévalence de 10 % en France concernant uniquement la dépression majeure, le suicide toucherait environ 300 000 à 1 million de personnes (Fond, Lancon, Auquier, & Boyer, 2019). D'un point de vue de santé publique, cela permet de comprendre la raison qui amène la politique publique à se focaliser davantage sur ce trouble. Cependant, le suicide est également un enjeu pour les autres troubles psychiatriques tels que, par exemple, le trouble bipolaire ou la schizophrénie. En effet, 670 000 à 1 675 000 personnes souffrent d'un trouble bipolaire (HAS, 2015) dont 9 à 18 % décèdent par suicide soit 60 300 à 301 500 (Latalova, Kamaradova, Prasko, 2000) et 600 000 personnes sont atteintes de schizophrénie et environ 60 000 se suicident (INSERM, 2014).

La description de l'ensemble de ces programmes, plans, stratégies ou encore feuilles de route montrent l'évolution qui s'est opérée au cours des années concernant la prévention du suicide. Cette dernière fut largement centrée sur la population que sont les jeunes. Puis un élargissement des publics cibles s'est mis en place avec une orientation vers les personnes âgées et les détenus. En revanche, en considérant les diagnostics établis dans la CIM-10 des troubles psychiatriques, les personnes souffrant de ces maux ne sont jamais pointées comme cibles prioritaires en tant que telles, excepté pour les personnes souffrant de dépression.

Partie 2 : Le suicide, une réalité épidémiologique qui démontre la nécessité d'une action

I. Méthodologie

Afin d'évaluer la nécessité d'une prévention spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, une exploitation secondaire d'une base de données nommée « MoPsy » a été réalisée (base provenant d'une étude primaire élaborée par Claire-Lise Charrel). Cette étude épidémiologique secondaire est un travail indépendant de la fédération proposée par Laurent Plancke et n'a donc pas de commanditaire, à savoir que celle-ci a été réalisée en collaboration avec Laurent Plancke, Alina Amariei, Stéphane Duhem, Redha Kharfallah, Thierry Danel, Claire-Lise Charrel et moi-même. L'ensemble des calculs a été réalisé par moi-même avec l'aide de Laurent Plancke et Alina Amariei.

L'étude primaire a donc été pensée, coordonnée et réalisée par la psychiatre Claire-Lise Charrel⁷ dans un objectif d'évaluer la mortalité toutes causes (toutes causes confondues, causes externes: suicides, homicides, accidents et causes internes : maladies somatiques) des personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ont été hospitalisées. Elle a été financée par les fonds propres de la fédération qui a étudié cette population par souci de facilité d'accès. Du fait du fonctionnement de la fédération regroupant un ensemble d'établissements de santé mono-disciplinaire (EPSM, CHS) ou pluri-disciplinaire avec un service de psychiatrie (CH, ESPIC, clinique), il était en effet plus facile d'accéder aux bases de données des établissements se portant volontaires. Cette étude a été approuvée par le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en Matière de Recherche (CCTIRS) et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette première étude a mené à l'écriture d'un article portant sur la mortalité des personnes souffrant de troubles psychiatriques (Charrel et al, 2015).

⁸L'étude primaire consistait en une étude longitudinale, rétrospective et multicentrique. Cette base de données « Mopsy » est construite par chaînage de 3 sources différentes. Ce sont ainsi 9 établissements publics (EPSM,CH) des Hauts-de-France qui ont fourni leur base de données. Chacune d'elles comprend des informations relatives aux hospitalisations

⁷ Psychiatre à l'EPSM Lille Agglomération & salariée à la F2RSM

⁸ Les éléments grisés sont tirés de l' article « Mortalité par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux » en cours de soumission réalisé en collaboration avec Laurent Plancke, Alina Amariei, Stéphane Duhem, Redha Kharfallah, Thierry Danel, Claire-Lise Charrel & moi-même.

des patients souffrant de troubles psychiatriques (diagnostics à l'inclusion ainsi que 3 diagnostics secondaires, le nombre d'hospitalisations et de jours passés en hospitalisation lors de la période d'étude et la durée d'hospitalisation la plus longue) ainsi que des données socio-démographiques (sexe, âge, situation familiale, mode de vie, situation professionnelle, mesure de protection). Cette base de données a été liée au Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) qui est renseignée par l'INSEE, permettant d'obtenir le statut vital des individus. Puis, elle fut également reliée au fichier sur les causes médicales de décès géré par le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) afin de renseigner la date, la cause initiale et les causes associées, le lieu de décès ainsi que l'état matrimonial et la catégorie socioprofessionnelle du patient décédé.

Population d'étude

Les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent nécessiter une hospitalisation en psychiatrie ; seuls 420 000 patients sont concernés (ATIH, 2018). Dans ce cas, elles sont susceptibles d'être admises dans un service public de psychiatrie qui en France, correspond à la zone géographique de leur lieu de résidence. Ces services sont soit rattachés à des établissements mono-disciplinaires, on parle alors d'Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) soit à des Centres Hospitaliers généraux (CH). Par ailleurs, certaines personnes font le choix de se faire hospitaliser dans le privé.

Notre population d'étude est constituée des personnes de 18 ans et plus, hospitalisées entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009 au sein des services de psychiatrie de 9 établissements de santé volontaires du Nord- Pas-de-Calais avec un diagnostic de trouble mental et du comportement (code F de la CIM-10), à l'exception des codes de démence (F0) et de retard mental (F7). Ce furent 13 979 personnes qui ont été incluses dans l'étude ; leur statut vital au 31 décembre 2013 a été recherché, ainsi que les causes médicales de celles qui étaient décédées à cette date. Cette population a été observée en moyenne 4,87 années, soit 68 080 personnes-années⁹. Pour cette étude, nous allons plus particulièrement nous intéresser aux personnes décédées par suicide soit 286 personnes. La date de point¹⁰ équivaut soit à la date de décès soit au 31/12/2013.

Cette étude a été menée dans le but d'une publication scientifique¹¹ afin de participer aux connaissances portant sur la mortalité par suicide des personnes souffrant de troubles

⁹ Cette unité permet de prendre en compte le temps d'observation de chaque patient. Ex : 1 personne observée sur 2 ans correspond alors à 2 personnes-années (1x2).

¹⁰ Date à laquelle on recherche le statut vital du patient

¹¹ Article qui va être soumis au British Journal of Psychiatry. Auteurs : Chloé Coton, Laurent Plancke, Alina Amariei, Redha Kharfallah, Stéphane Duhem, Thierry Danel, Claire-Lise Charrel.

psychiatriques et qui ont nécessité une hospitalisation. L'hypothèse fut que les personnes atteintes d'un trouble mental présentent une mortalité par suicide plus importante que la population générale. De plus, un schéma récurrents de facteurs de risque était attendu pour cette population. Celui-ci était que les hommes étaient plus touchés par le suicide que les femmes, que la population adulte âgée entre 35 et 54 ans soient fortement concernée par le suicide, que les diagnostics relatifs aux troubles de l'humeur, plus particulièrement les troubles bipolaires, la dépression, ainsi que la « serious mental illness » soient un facteur de risque de passage à l'acte. Ces éléments sont retrouvés dans la littérature concernant le passage à l'acte des personnes souffrant de troubles psychiatriques. De plus, une rupture dans la situation familiale (séparation, veuvage) entraînerait une mortalité par suicide plus importante que de vivre seule ou d'être en couple et enfin que le travail protégerait contre le suicide. Ces deux variables ont également été largement décrites, cependant cela a été réalisé dans une population ne présentant pas de troubles psychiatriques connus. Par ailleurs, la présence d'une mesure de protection ainsi qu'un mode légal d'hospitalisation sous contrainte peuvent être témoins de la gravité de la maladie ; notre hypothèse était donc que ces facteurs seraient retrouvés dans un passage à l'acte plus important que ceux qui n'ont pas de mesure de protection et ceux ayant connu des soins libres.

Analyses statistiques

Les caractéristiques des personnes décédées par suicide ont été comparées au reste de la population d'étude (χ^2 (Khi-2) pour les variables catégorielles, t-test pour les variables numériques).

Les variables d'intérêt étaient les suivantes :

- Sexe ;
- Âge regroupé en 4 classes (18-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55 ans et plus) ;
- Diagnostic codé à l'inclusion pour les pathologies suivantes à l'aide de la CIM-10 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2) et plus spécifiquement la schizophrénie (F20), troubles de l'humeur (F3) et plus spécifiquement le trouble bipolaire (F31) et le trouble dépressif (F32), troubles anxieux (F4), syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F5), troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6), troubles du développement psychologique (F8), troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9). Ces diagnostics ont également été utilisés comme variable dichotomique : présence ou absence d'un diagnostic. Ce diagnostic

posé à l'inclusion correspond à la date d'entrée dans la première hospitalisation de la période d'étude (séjour index) ;

- La Severe Mental Illness (SMI) : les diagnostics de troubles psychotiques (F2) et de troubles bipolaires (F30 à F319) ;
- Situation familiale : la personne vivait seule/en couple/séparée ou veuve/autre /sans information ;
- Situation professionnelle à l'inclusion : la personne était en activité professionnelle ou sans activité professionnelle (demandeur d'emploi, étudiants ou retraités) ;
- La mesure de protection : avec ou sans mesure de protection (tutelle ou curatelle) ;
- Le mode légal d'hospitalisation : si au moins une hospitalisation d'office durant la période allant de J0-2 à J0+2 ans : hospitalisation à la demande d'un représentant de l'état (HO), sinon, si au moins une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), sinon : soins libres (SL) ;
- Le temps écoulé entre le décès et la dernière hospitalisation : durant l'hospitalisation/moins de 7 jours/entre 8 et 28 jours/entre 29 jours et 3 mois/entre 3 et 6 mois/entre 6 mois et 1 an/plus d'un an ;
- Le lieu de décès regroupé en 4 catégories (Domicile, Hôpital/Clinique, Voie publique, Autres lieux).

Afin de réaliser nos calculs, des imputations multiples ont été effectuées dans l'objectif de remplacer les valeurs non renseignées. La méthode de régression logistique multinomiale a été utilisée.

Des analyses de survie univariée et bivariées ont également été réalisées. Les analyses bivariées ont concerné les variables d'intérêts présentées ci-dessus.

Dans ces analyses, la durée de l'observation était égale à

- 31/12/2013 – date du 1^{er} jour de la 1^{re} hospitalisation enregistrée en 2008-2009, pour les patients en vie à la date de point ;
- Date de décès – date du 1^{er} jour de la 1^{re} hospitalisation enregistrée en 2008-2009, pour les patients décédés à la date de point.

Par hypothèse, l'information était connue pour tous les patients inclus (les non décédés au 31/12/2013 ont été considérés comme en vie).

Et enfin un modèle de cox¹² a été réalisé avec les variables d'intérêts qui présentaient une significativité inférieure à 0,2.

Des indices comparatifs de mortalité (ICM) ont par la suite été réalisés. Pour cela, une standardisation indirecte a été appliquée avec pour base la moyenne des taux de mortalité du Nord-Pas-de-Calais en 2010-2011-2012. Ces taux de mortalité proviennent de la base de données de mortalité de CépiDc et ont permis de calculer le nombre de décès par suicide attendus. Les ICM sont obtenus de cette façon : $ICM = 100 \times \frac{N_{\text{observé}}}{N_{\text{attendu}}}$

Les indices de confiance de ces ICM ont été calculés à l'aide de la méthode de Byar ainsi que le χ^2 .

Par ailleurs, pour chaque personne décédée par suicide, l'espérance de vie a été recherchée (Ined) en fonction de son sexe et année de naissance. La différence entre l'âge au décès et son espérance de vie a été calculée.

Les statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) et RStudio (Version 3.5.1, RStudio) (Voir Annexe 1 pour exemple de lignes de code).

II. Résultats

1. Caractéristiques de la population (N=13 979)

Tableau 1 : Description de la population décédée par suicide (N=286) et des autres patients inclus dans l'étude. Taux de suicide (N=13 693)

| | | Décédés par suicide | | Autres | | Ensemble | | P khi2/ ttest* | Taux suicide ** | IC95 % | P khi2 |
|----------|----------|---------------------|---------|--------|---------|----------|---------|-------------------|--------------------|---------------|---------|
| | | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Ensemble | | 286 | 100,0 % | 13 693 | 100,0 % | 13 979 | 100,0 % | | 0,42 % | | |
| Sexe | Féminin | 102 | 35,7 % | 6461 | 47,2 % | 6 563 | 46,9 % | <0,0001 | 0,32 % | [0,255-0,377] | <0,0001 |
| | Masculin | 184 | 64,3 % | 7232 | 52,8 % | 7 416 | 53,1 % | | 0,51 % | [0,440-0,588] | |

¹² C'est un modèle statistique de survie permettant d'étudier le lien entre la survenue d'un événement et des variables explicatives.

| | | Décédés par suicide | | Autres | | Ensemble | | P khi2/ ttest* | Taux suicide ** | IC95 % | P khi2 |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-------------------|--------------------|---------------|--------|
| | | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Age | 18-34 | 73 | 25,5 % | 3968 | 29,0 % | 4 041 | 28,9 % | 0,126 | 0,36 % | [0,277-0,442] | 0,2014 |
| | 35-54 | 160 | 55,9 % | 6699 | 48,9 % | 6 859 | 49,1 % | | 0,47 % | [0,400-0,547] | |
| | 55-74 | 46 | 16,1 % | 2568 | 18,8 % | 2 614 | 18,7 % | | 0,38 % | [0,269-0,487] | |
| | 75 et plus | 7 | 2,4 % | 458 | 3,3 % | 465 | 3,3 % | | 0,38 % | [0,100-0,665] | |
| | Age moyen ± SD | 43,5±12,8 | | 43,6±14,6 | | 43,6±14,6 | | 0,912* | | | |
| Situation familiale | Seul | 117 | 40,9 % | 6088 | 44,5 % | 6 205 | 44,4 % | 0,562 | 0,38 % | [0,312-0,450] | 0,4116 |
| | En couple | 80 | 28,0 % | 3671 | 26,8 % | 3 751 | 26,8 % | | 0,44 % | [0,343-0,535] | |
| | Séparé/veuf | 71 | 24,8 % | 3010 | 22,0 % | 3 081 | 22,0 % | | 0,49 % | [0,374-0,600] | |
| | Autre | 18 | 6,3 % | 924 | 6,7 % | 942 | 6,7 % | | 0,39 % | [0,211-0,571] | |
| Situation professionnelle | En activité | 96 | 33,6 % | 3477 | 25,4 % | 3 573 | 25,6 % | 0,002 | 0,55 % | [0,440-0,660] | 0,003 |
| | Sans activité professionnelle | 190 | 66,4 % | 10 216 | 74,6 % | 10 406 | 74,4 % | | 0,38 % | [0,322-0,429] | |
| Mesure de protection | Avec | 24 | 8,4 % | 1682 | 12,3 % | 1 706 | 12,2 % | 0,058 | 0,28 % | [0,170-0,397] | 0,048 |
| | Sans | 262 | 91,6 % | 12 011 | 87,7 % | 12 273 | 87,8 % | | 0,44 % | [0,386-0,493] | |
| Diagnostic 1*** | F1 | 73 | 25,5 % | 3162 | 23,1 % | 3235 | 23,1 % | 0,2568° | 0,47 % | [0,366-0,583] | 0,532 |
| | F2 (F20) | 58 (43) | 20,3 % | 3169 (2080) | 23,1 % | 3227 (2123) | 23,1 % | | 0,36 % | [0,268-0,453] | |
| | F3 (F31/F32ouF33) | 80 (15/61) | 28,0 % | 3665 (647/2715) | 26,8 % | 3745 (662/2776) | 26,8 % | | 0,44 % | [0,344-0,536] | |
| | F4 | 50 | 17,5 % | 2233 | 16,3 % | 2283 | 16,3 % | | 0,45 % | [0,325-0,574] | |
| | F5 | - | - | 149 | 1,1 % | 149 | 1,1 % | | < 2 décès | - | |
| | F6 | 24 | 8,4 % | 1299 | 9,5 % | 1323 | 9,5 % | | 0,37 % | [0,222-0,517] | |
| | F8 | - | - | 7 | 0,05 % | 7 | 0,05 % | | < 2 décès | - | |
| | F9 | 1 | 0,3 % | 7 | 0,05 % | 8 | 0,05 % | | < 2 décès | - | |
| Serious mental illness (SMI) | Présence | 81 | 28,3 % | 4239 | 31,0 % | 4 320 | 30,9 % | 0,373 | | | |
| | Absence | 205 | 71,7 % | 9454 | 69,0 % | 9 659 | 69,1 % | | | | |
| | Soins libres | 149 | 52,1 % | 8283 | 60,5 % | 8 432 | 60,3 % | 0,012 | 0,37 % | [0,305-0,430] | 0,005 |

| | | Décédés par suicide | | Autres | | Ensemble | | P khi2/ ttest* | Taux suicide ** | IC95 % | P khi2 |
|--|-------------------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|----------|-------------|-------------------|--------------------|---------------|--------|
| | | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Mode légal d'hospitalisation **** | HDT | 118 | 41,3 % | 4767 | 34,8 % | 4 885 | 34,9 % | | 0,53 % | [0,434-0,631] | |
| | HO | 19 | 6,6 % | 643 | 4,7 % | 662 | 4,7 % | | 0,63 % | [0,338-0,914] | |
| Temps écoulé entre la dernière hospitalisation et date du décès***** | D u r a n t l'hospitalisation | 18 | 6,3 % | 73 | 6,3 % | 91 | 6,3 % | | | | |
| | < 7 jours | 23 | 8,0 % | 63 | 5,4 % | 86 | 5,9 % | | | | |
| | [8 - 28] jours | 25 | 8,8 % | 89 | 7,6 % | 114 | 7,8 % | | | | |
| | [29 jours - 3 mois[| 47 | 16,4 % | 110 | 9,4 % | 157 | 10,8 % | <0,001 | | | |
| | [3 - 6 mois[| 28 | 9,8 % | 94 | 8,0 % | 122 | 8,4 % | | | | |
| | [6 mois - 1 an[| 41 | 14,3 % | 148 | 12,7 % | 189 | 13,0 % | | | | |
| | 1 an ou + | 97 | 33,9 % | 572 | 49,0 % | 669 | 46,0 % | | | | |
| | NR | 7 | 2,5 % | 19 | 1,6 % | 26 | 1,8 % | | | | |
| | | Moyenne ± SD | 375,1±460,5 | | 548,4±557,7 | | 514,5±544,2 | | <0,0001 | | |
| Lieu de décès***** | Domicile | 173 | 60,5 % | 469 | 40,2 % | 642 | 44,2 % | | | | |
| | Hôpital/clinique | 46 | 16,1 % | 535 | 45,8 % | 581 | 40,0 % | | | | |
| | Voie publique | 31 | 10,8 % | 35 | 3,0 % | 66 | 4,5 % | <0,0001 | | | |
| | Autres lieux | 36 | 12,6 % | 110 | 9,4 % | 146 | 10,0 % | | | | |
| | NR | - | - | 19 | 1,6 % | 19 | 1,3 % | | | | |

*ttest ° Calculé sans les diagnostics F5, F8 et F9. **Nombre de suicides / Nombre de personnes-années

*** Diagnostic principal à l'inclusion du patient dans l'étude.

F1 : addictions, F2 : troubles psychotiques (F20 : schizophrénie), F3 : troubles de l'humeur (F31 : troubles bipolaires F32/F33 : épisodes dépressifs, dépression récurrentes), F4 : troubles anxieux, F5 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques, F6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, F8 : troubles du développement psychologique, F9 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

**** Si au moins une hospitalisation d'office durant la période J0-2 ans et J0+2 ans : HO ; sinon, si au moins une hospitalisation à la demande d'un tiers : HDT ; sinon : soins libres (SL)

*****La population décédée représente 1454 personnes. Pour cette variable, autres = décès pour autre cause que le suicide (n=1168).

La population d'étude est composée de 13 979 personnes ayant été observées en moyenne 4,87 années, soit 68 080 personnes-années. Au 31 décembre 2013, 1 454 décès ont été enregistrés (10,4 % de la population d'étude), dont 286 par suicide (2,0 % de cette même population), soit environ 1 décès enregistré sur 5 (19,7 %).

Les caractéristiques de notre population d'étude sont décrites dans le tableau 1. Elle est composée de 46,9 % de femmes et de 53,1 % d'hommes âgés de $45,8 \pm 15,5$ et $41,7 \pm 13,4$ ans, respectivement. Celle-ci présente une part importante de personnes seules (44,4 %) et est majoritairement sans activité professionnelle (74,4 %) et 87,8 % de la population n'est pas sous mesure de protection (curatelle, tutelle). Sur le diagnostic à l'inclusion, le diagnostic F3 est le plus représenté avec 26,8 % des patients diagnostiqués d'un trouble de l'humeur dont 74 % souffraient de dépression. De plus, 30,9 % de notre population présente un trouble psychique sévère (SMI = « serious mental illness»). Notre population a connu en moyenne $3,6 \pm 5,8$ hospitalisations dont la plus longue est de $77,6 \pm 206,2$ jours. Cette population a été hospitalisée en moyenne $116,2 \pm 249,8$ jours sur notre période d'étude et, en majorité (60,3 %) n'a pas connu d'hospitalisation sans consentement. Enfin, 30,8 % des patients suicidés ont perdu la vie moins de 3 mois après leur dernière hospitalisation et décèdent en grande partie (44,6 %) à leur domicile.

Par ailleurs, le taux de mortalité annuel par suicide est de 0,42 % (286/ 68 080 personnes-années). Les hommes connaissent un taux de suicide (0,51 %. IC95 % 0,44-0,59 %) significativement plus important ($p < 0,0001$) que celui des femmes (0,32 %. IC95 % 0,25-0,38 %). On observe également que les personnes ayant une activité professionnelle avant leur hospitalisation présentent un taux de suicide plus important (0,55 %. IC95 % 0,44-0,66 %) que les personnes n'en ayant pas (0,38 %. IC95 % 0,32-0,43 %). Et enfin, une hospitalisation à la demande d'un tiers est significativement reliée à un taux de mortalité (0,53 %. IC95 % 0,43-0,63 %) plus élevé ($p = 0,005$) que lorsque l'hospitalisation est un choix du patient (0,37 %. IC 95 % 0,30-0,43 %). L'âge, la situation familiale, la protection juridique, le diagnostic à l'inclusion n'introduisent pas de différence significative dans les taux de suicide des patients.

Les personnes décédées par suicide ne présentent que peu de différences avec les autres personnes de notre population d'étude. Néanmoins, on observe de manière significative ($p < 0,0001$ et $p < 0,002$ respectivement) une proportion plus importante d'hommes et de personnes en activité chez les personnes décédées par suicide (64,3 % et 33,6 % respectivement) que dans le reste de la population d'étude (52,8 % et 25,4 % respectivement). De plus, un mode légal d'hospitalisation contraint apparaît davantage prédominant chez les personnes décédées par suicide (47,9 %) que chez les autres personnes de notre population d'étude (39,5 %) et cela de manière significative ($p = 0,012$). Les suicides s'avèrent également intervenir plus rapidement à la sortie de l'hôpital que les autres décès ($p < 0,0001$) ; cette durée est en moyenne d'un an pour les personnes décédées par suicide alors que celle-ci s'élève à environ 1 an et demi pour les autres causes de décès. Enfin, le lieu de décès est significativement différent ($p < 0,0001$) selon que les personnes soient décédées par suicide ou pour une autre cause. Les suicidés décèdent à

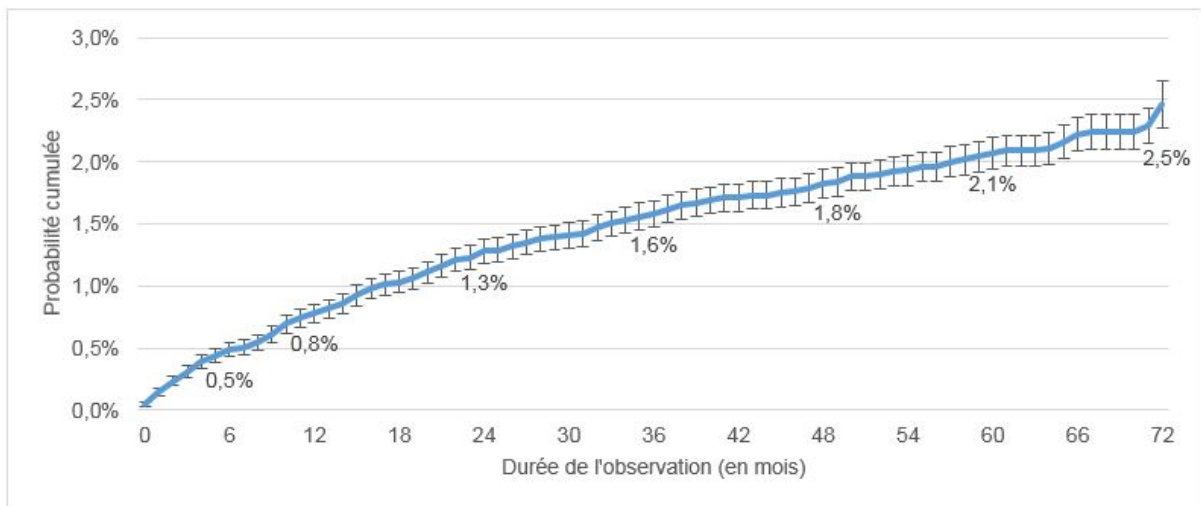
60,5 % des cas au domicile alors que ce lieu de décès n'est présent que pour 40,6 % des autres personnes décédées

Par ailleurs, 267 décèdent avant leur espérance de vie et 19 personnes décèdent après leur espérance de vie. L'espérance de vie est amputée de 23,9 (+/-16,5) ans dans l'ensemble (23,1 +/- 15,5 ans pour les hommes et 25,2 +/- 18,1 pour les femmes).

2. Analyses de survie

Douze mois après le début du séjour index, 0,8 % (IC95 % 0,7-0,9) de la population d'étude est décédée d'un suicide. C'est au cours de la 1^{re} année que le niveau de mortalité est le plus élevé, notamment durant les 6 premiers mois.

Figure 1 : Probabilité cumulée de décès par suicide. N = 13 979.



Les hommes décèdent davantage par suicide que les femmes (log-rank <0,001¹³). Au cours de la première année, 1,0 % (IC95 % 0,9-1,1) des hommes de la population d'étude sont décédés alors que seules 0,6 % (IC95 % 0,5-0,7) des femmes sont concernées.

La présence d'un diagnostic F2 (troubles psychotiques) à l'inclusion semble être moins à risque que son absence (log-rank = 0,1957). À 1 an, la probabilité cumulée de décéder par suicide est de 0,8 % lorsqu'il y a une absence du diagnostic F2 et 0,5 % lorsqu'il y a une présence du diagnostic F2. Cependant, cela n'est pas significatif mais du fait de la valeur de son log-rank, cette variable peut être prise en compte dans le modèle de cox.

La présence d'une mesure de protection, que ce soit une curatelle ou une tutelle, engendre une probabilité cumulée de décéder par suicide moins importante que lorsque celle-ci est

¹³ Le log-rank est un test statistique permettant de comparer la distribution de survie de deux échantillons.

absente (log-rank = 0,039). En effet, on observe que 0,5 % (IC 95 % 0,3-0,7) de notre population d'étude s'est suicidée 12 mois après le séjour index lorsqu'ils sont sous une mesure de protection. Ce taux passe à 0,8 % (IC 95 % 0,7-0,9) lorsque les patients ne sont pas sous mesure de protection. Cette variable est donc considérée dans le modèle de cox.

Par ailleurs, les autres variables d'intérêts ne se sont pas révélées significatives du fait que celles-ci présentaient soit un log-rank supérieur à 0,05 soit un croisement des courbes ne permettant pas de conclure sur l'effet de la variable. De plus, ces variables présentaient un log-rank supérieur à 0,2 ne permettant pas de les inclure dans le modèle de cox. En effet, la situation professionnelle et le mode légal d'hospitalisation présentent chacun un log-rank inférieur à 0,2, cependant, il existe un croisement des courbes s'opérant à 12 et 13 mois respectivement. Et enfin, l'ensemble des autres variables (l'âge, la situation familiale, la présence d'un diagnostic F1 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives), F3 (troubles de l'humeur), F31 (trouble bipolaire), F32/F33 (dépression), F4 (Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes), F6 (troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte), la présence d'une trouble mental grave (SMI)) ne semblent pas impacter la probabilité de décéder par suicide du fait de leur non significativité.

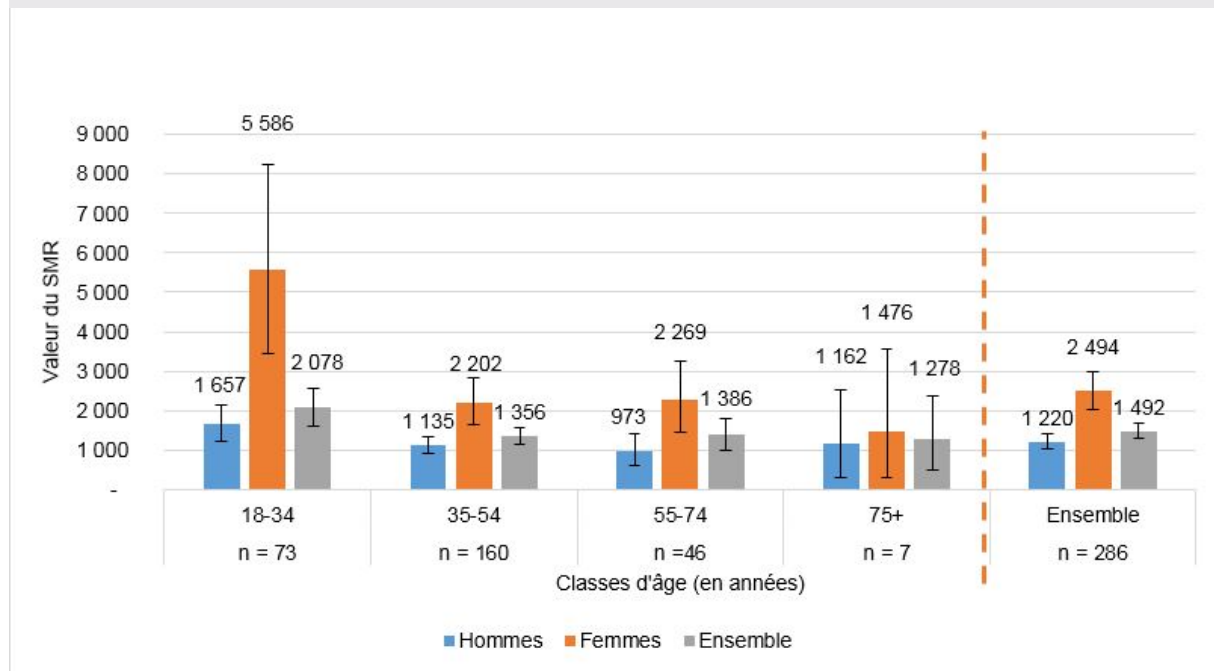
Le modèle de cox intègre les variables suivantes : sexe, âge, présence d'un diagnostic F2 et la mesure de protection. De ce dernier ressort l'effet de l'âge ; dans une population à haut risque (*i.e.* : présentant des troubles psychiatriques et qui ont été hospitalisées), les personnes âgées de plus de 55 ans ont 16 % plus de chance de décéder par suicide que les personnes âgées entre 18 et 34 ans. De plus, cela met en exergue la diminution du risque de passage à l'acte de 28 % lorsqu'un diagnostic F2 (troubles psychotique) est présent. La présence d'une mesure de protection, quant-à-elle, diminue la probabilité de se suicider de 25 %.

3. Indices comparatifs de mortalité

Par rapport à la population de référence, le risque de décéder de suicide est 15 fois supérieur (SMR=1486. IC95 % 1319-1663). La surmortalité est 2 fois plus élevée chez les femmes (SMR=2491. IC95 % 2031-2997) que chez les hommes (SMR=1215. IC95 % 1045-1396).

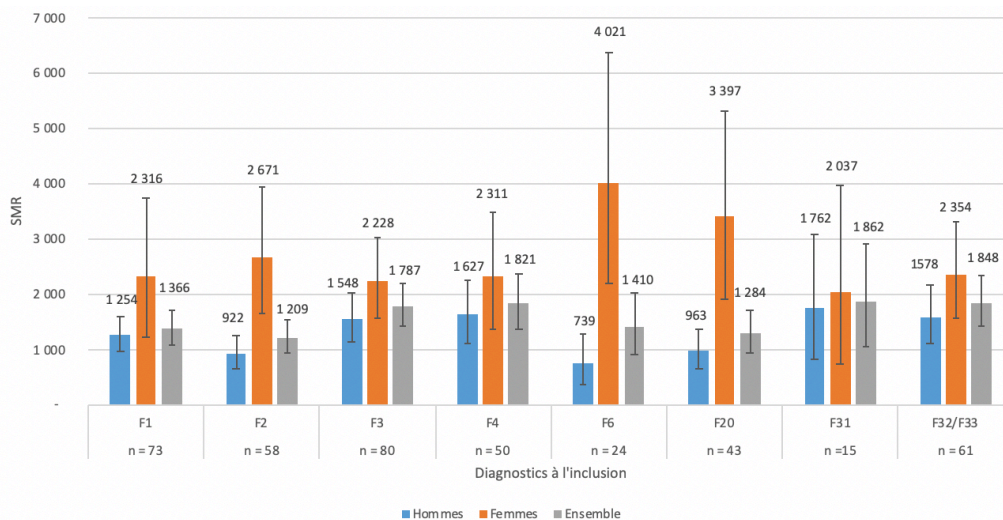
Les SMR des plus jeunes (18-34 ans) sont les plus élevés ; ils diminuent ensuite, irrégulièrement, avec l'avancée en âge. De plus, les femmes de cette tranche d'âge présentent une surmortalité très importante, celle-ci est 55 fois plus importante (SMR=5508. IC95 % 3408-8103) que la population de la région Nord-Pas-de-Calais ($p < 0,001$).

Figure 2 : Indices comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge (référence : 100 = Nord -Pas-de-Calais 2010-2011-2012)



Dans l'ensemble des classes d'âge, les SMR des femmes sont plus élevés que ceux des hommes. En effet, celles âgées entre 35 et 54 ans, d'une part et entre 55 et 74 ans, d'autre part, connaissent une mortalité 22 et 23 fois supérieure à la population régionale (SMR = 2202. IC95 % 1654-2824 et SMR = 2269. IC95 % 1453-3263 respectivement) comparé aux hommes qui présentent un facteur 11 et 9 de surmortalité pour les classes d'âge 35-54 et 55-74 ans (SMR = 1135. IC95 % 929-1361 et SMR = 973. IC95 % 610-1420 respectivement). Et enfin, les femmes âgées de 75 ans et plus ont 15 fois plus de risque (SMR=1476. IC95 % 297-3553) de décéder par suicide que celles de la population régionale alors que ce risque présente un facteur 12 pour les hommes (SMR=1162. IC95 % 313-2546).

Figure 3 : Indices comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe et la présence d'un diagnostic (référence : 100 = Nord - Pas-de-Calais 2010-2011-2012)



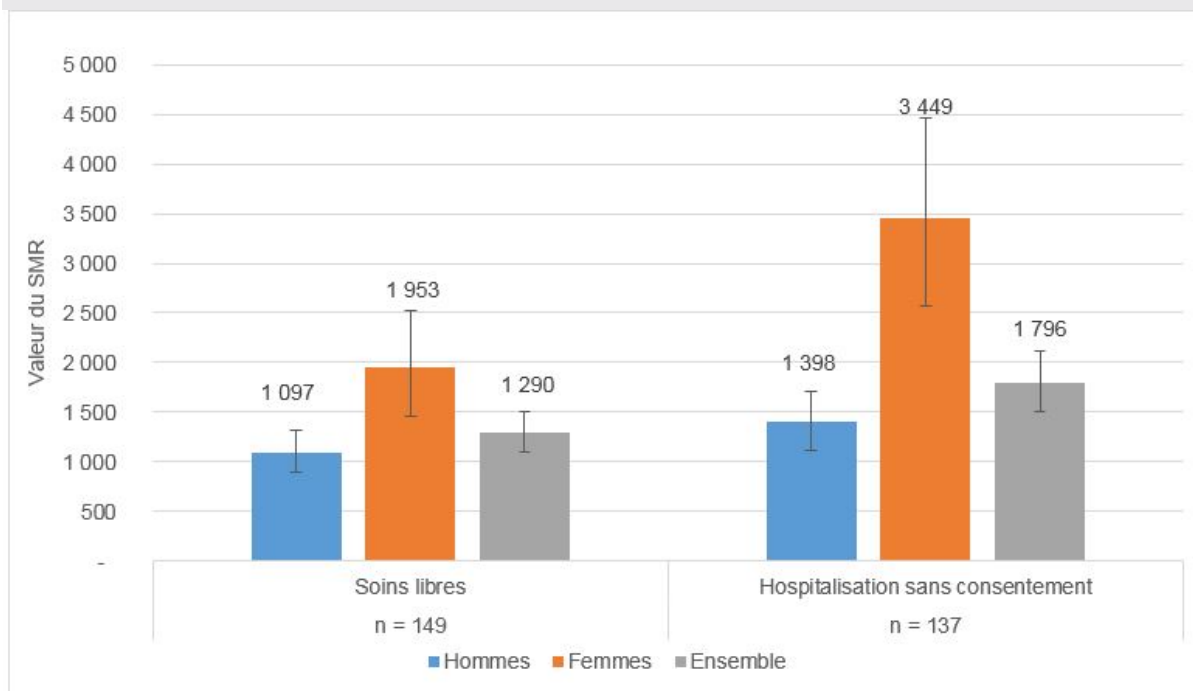
Diagnosics codés selon la CIM-10 : F1 : addictions, F2 : troubles psychotiques (F20 : schizophrénie), F3 : troubles de l'humeur (F31 : troubles bipolaires, F32/F33 : épisodes dépressifs, dépression récurrentes), F4 : troubles anxieux, F6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Les personnes présentant des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F5, 1 décès par suicide), troubles du développement psychologique (F8, 0 décès par suicide), troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9, 1 décès par suicide) ne sont pas présentés dans cette figure.

Une surmortalité par suicide est observée dans notre population d'étude, quelle que soit la classe des diagnostics ; la probabilité de décéder par suicide est 12 à 18 fois supérieure par rapport à la population de référence ($p < 0,0001$). La présence de troubles anxieux (F4) engendre une surmortalité par suicide très élevée ; elle est 18 fois supérieure à celle de la population de référence (SMR=1841. IC95 % 1502-2213). De plus, les femmes présentent une surmortalité 2 à 5 fois plus importante que celle des hommes pour les diagnostics F2 et F6. En revanche, les intervalles de confiance se superposent pour les diagnostics F1, F3 et F4, on ne peut donc pas conclure d'une différence significative entre les sexes.

Si on se focalise sur la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression, une mortalité supérieure de 13 à 19 fois à celle de la population générale est observée. La surmortalité la plus importante concerne les troubles bipolaires (SMR : 1862. IC95 % 1042-2917). Cependant, ce diagnostic n'est composé que de 15 personnes. Par ailleurs, seul le diagnostic de schizophrénie présente une surmortalité entre hommes et femmes statistiquement différente ; la mortalité est 3 fois supérieure chez les femmes.

Figure 4 : Indices comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe et le mode légal d'hospitalisation (référence : 100 = Nord-Pas-de-Calais 2010-2011-2012)



Une surmortalité des personnes qui ont subi une hospitalisation sous contrainte est observée (SMR= 1786. IC95 % 1508-2109) comparée à celles hospitalisées en soins libres

(SMR = 1290. IC95 % 1092-1506). La surmortalité par suicide est davantage importante pour les femmes ; elle est 34 fois supérieure (SMR = 3449. IC95 2567-4457) à celle de la population de référence alors que celle des hommes est 14 fois supérieure (SMR = 1398. IC95 % 1119-1709)

III. Discussion

1. L'analyse de la mortalité par suicide

En analyse de survie, la probabilité de suicide à un an s'élève à 0,8 % ; à 6 ans, 2,5 % de la population d'étude est décédée de cette cause. Cette mortalité intervient principalement au cours de la première année avec 0,5 % à 6 mois, part qui diminue ensuite (0,3 % durant le 2^e semestre, 0,35 % durant le 3^e ...), ce qui pourrait confirmer la grande vulnérabilité des patients à leur sortie d'hospitalisation. De plus, 39,5 % des personnes s'étant suicidées ont effectué ce geste dans les 3 mois suivant leur dernière hospitalisation connue. Ces résultats sont cohérents avec les travaux établissant que la période suivant l'hospitalisation est suicidogène (Bickley et al., 2013 ; D.Chung et al., 2019; D.T. Chung et al., 2017). Le risque de décéder par suicide au cours des 3 premiers mois suivant la sortie de l'hospitalisation est 6 à 10 fois supérieure au risque présent sur le long terme (D. Chung et al., 2019 ; Olfson et al., 2016 ; Walter et al., 2019). La semaine suivant la sortie est une période de vulnérabilité particulièrement élevée (Goldberger et al., 2015), Par ailleurs, la probabilité de suicide calculée dans notre étude (0,8 % à 1 an) est proche de celle calculée au sein d'une population ayant été hospitalisée pour tentative de suicide un an après celle-ci (0,9 %) (Vuagnat, Jollant, Abbar, Hawton, & Quantin, 2019).

Par ailleurs, excepté le fait d'appartenir au sexe masculin, aucune des variables étudiées n'est statistiquement significative. Cela amène à penser que cette population ne présente pas les facteurs de risques usuels, ceux retrouvés en population générale. Par exemple, les analyses de survie réalisées sur les variables socio-économiques (situation professionnelle et situation familiale) ne permettent pas de conclure alors que dans la littérature, il est retrouvé que le chômage est associé à un risque suicidaire accru (Iglesia-García et al, 2017). Cependant, il a été montré que ce sont davantage les transitions en termes d'emploi (transitions qui sont néanmoins en défaveur des personnes) comme le passage entre un travail permanent et un travail précaire qui augmente la probabilité de présenter des idées suicidaires comparé aux personnes en situation de précarité toute l'année (Kim, Ki, Choi, & Song, 2019). Par ailleurs, la présence d'un diagnostic particulier n'engendre pas de différence significative avec ceux ne le présentant pas. Cela peut être expliqué par le fait qu'ici, les personnes n'ayant pas de diagnostic particulier présentent forcément un autre diagnostic psychiatrique. Il n'y a donc pas un diagnostic qui se démarque plus que les autres.

Concernant le modèle de cox, on obtient trois résultats significatifs. Tout d'abord, être âgé de plus de 55 ans augmente le risque de se suicider dans cette population. Dans la littérature, la population âgée présente une tendance plus marquée de suicide (Raue, Ghesquiere, & Bruce, 2014) et cela se retrouve donc dans cette population. La présence d'un trouble psychotique à l'inclusion ne semble pas être un facteur de risque. Cela est un résultat atypique comparé aux données retrouvées dans la littérature pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant été hospitalisées (Nordentoft, Mortensen, & Pedersen, 2011). Cependant, une explication possible serait que la présence de ce trouble amène à des hospitalisations fréquentes ou longues. Ainsi, le milieu hospitalier apporterait une protection du fait de la surveillance existante. Par ailleurs, être sous une mesure de protection permet de diminuer le risque de passage à l'acte de 25 %. Cela est en adéquation avec l'hypothèse précédente stipulant que la surveillance accrue permet une diminution du passage à l'acte.

Par ailleurs, dans cette étude, le taux de suicide des personnes en emploi apparaît supérieur à celui de celles qui n'y sont pas (étudiants, demandeurs d'emploi, retraités). De nombreuses études en population générale établissent pourtant que le chômage est un facteur significativement relié à des taux supérieurs de suicide avec une différence selon la durée du chômage (Classen & Dunn, 2012 ; A. Milner, Page, & LaMontagne, 2014 ; Allison Milner, Page, & LaMontagne, 2013). Cependant, le lien entre chômage et suicide n'est pas si évident. L'étude de Milner et al a montré une diminution du risque de survenue du suicide chez les individus au chômage une fois l'ajustement avec la variable « santé mentale » réalisé. La santé mentale peut donc se révéler être un facteur de confusion de ce lien, un médiateur ou même un modificateur (A. Miner et al., 2014). Dans notre population d'étude, l'emploi ne semble donc pas être protecteur, mais des facteurs de confusion, non documentés dans notre étude, ne sont pas à exclure. Cependant, une étude de Agerbo fait état du même résultat ; les personnes avec un emploi ont un risque suicidaire plus important que ceux n'en présentant pas (Agerbo, 2005). Dans notre étude, le suicide intervient parfois durant l'hospitalisation (6,3 % des cas enregistrés), taux environ trois fois plus faible que celui retrouvé dans une étude israélienne (Goldberger et al., 2015) ; il est difficile d'établir si l'hospitalisation constitue un risque (du fait du stress, notamment si l'hospitalisation est sans consentement) ou une protection (par l'éloignement des moyens létaux et la surveillance quasi-permanente) du suicide. Martelli estime entre 5 et 6,5 % la part de l'ensemble des suicides intervenant à l'hôpital, dont 3 à 5,5 % en service de psychiatrie [37] ; d'autre part, 16,1 % des personnes suicidées dans notre étude sont décédées en hôpital ou en clinique, mais la source ne permet pas de savoir si la personne s'y trouvait avant le passage à l'acte ou si elle y a été conduite après celui-ci.

2. Les indices comparatifs de mortalité

Par la suite, nous nous sommes intéressés aux taux de suicide par rapport à la population générale (SMR). Notre étude confirme donc la surmortalité par suicide marquée d'une population ayant été hospitalisée en psychiatrie. Celle-ci présente une mortalité 15 fois supérieure à la population générale, à âge et sexe comparables. Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études ayant retrouvé une surmortalité générale de cette population particulière (Charrel et al., 2015 ; C. Harris & Barraclough, 1998 ; Joukamaa et al., 2001; Laursen, Munk-Olsen, Nordentoft, & Mortensen, 2007 ; Nordentoft et al., 2013; Walker, McGee, & Druss, 2015). Cependant, comparée à la surmortalité toutes causes confondues (4 fois supérieure à celle de la population générale (Charrel et al., 2015)), celle par suicide est beaucoup plus marquée (15 fois supérieure). Cela concorde avec la littérature ; il a été notifié qu'un risque relatif de décès par causes non naturelles est plus important que celui des décès par causes naturelles¹⁴ (Nordentoft et al., 2013; Walker et al., 2015). De plus, de nombreuses recherches ont montré une surmortalité par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux ; celle-ci est généralement comprise entre 3 et 20 selon le diagnostic, l'âge, le sexe et la présence d'une hospitalisation antérieure (Chesney et al., 2014 ; Dutta et al., 2007; Ôsby, Correia, Brandt, Ekblom & Sparén, 2000; Park, Kim, & Hong, 2013)

On observe également une surmortalité supérieure chez les jeunes puis une diminution de cette dernière avec l'avancée dans l'âge. Les taux de mortalité par suicide en population générale chez les jeunes sont plus faibles que chez les âgés (« Centre for Epidemiology on Medical Causes of Death (CepiDc) », 2018), d'où un faible effectif attendu, contribuant à la valeur élevée de l'ICM, le nombre de suicides dans notre échantillon étant élevé chez les jeunes. Une explication possible aurait été que la population jeune (inférieure à 25 ans) recoure moins aux services de psychiatrie que la population plus âgée dans les 12 mois avant le passage à l'acte, mais cette hypothèse est à exclure, car notre population d'étude est définie par son recours aux soins psychiatriques (elle a connu au moins une hospitalisation) (Hunt et al., 2006).

De plus, cette surmortalité apparaît davantage chez les femmes et plus spécifiquement, chez les 18-34 ans dont leur mortalité est 55 fois plus élevée que celle de la population générale. En population générale, le suicide concerne peu de femmes, chez qui le taux de mortalité par suicide est de 7,4 pour 100 000, contre 30,2 (« Centre for Epidemiology on Medical Causes of Death (CepiDc) », 2018). Ainsi les valeurs des indices comparatifs de mortalité peuvent rapidement se révéler conséquents dès lors que les suicides sont rares dans la population de référence et relativement nombreux dans la population d'étude, comme chez les jeunes femmes. Ce nombre important de suicides peut s'expliquer par le

¹⁴ Les causes non naturelles comprennent les homicides, les accidents, les suicides alors que les causes naturelles font références aux maladies (cancers, maladies cardiovasculaires...)

fait que les femmes sont plus à risque de développer une dépression, qui commence souvent très tôt (Kessler, 2003). Or les femmes présentant ce diagnostic ont une mortalité par suicide 27 fois supérieure à la population générale (Lépine & Briley, 2011). Jeunes et femmes sont également retrouvés comme groupes les plus touchés par le suicide dans une étude sur des personnes hospitalisées en psychiatrie en Israël (Goldberger et al., 2015).

Par ailleurs, tous les diagnostics (F1, F2, F3, F4 et F6 et plus spécifiquement F20, F31 et F32/F33) engendrent une surmortalité par rapport à la population générale ; résultat confirmant ainsi la tendance générale d'une surmortalité pour l'ensemble des troubles psychiatriques. Cependant, seuls les diagnostics F2 (et spécifiquement F20) et F6 sont à l'origine d'une différence significative entre les femmes et les hommes. Cette différence concernant le diagnostic de schizophrénie (F20) a également été retrouvée dans une précédente étude réalisée à Taiwan (Ko et al., 2018). Et enfin, la population ayant été hospitalisée sans consentement présente une mortalité 1,4 fois supérieure à celle n'ayant connu que des soins libres durant la période de l'étude. Les soins psychiatriques demandés par un tiers ou un représentant de l'État concernent généralement des personnes en situation critique (en crise suicidaire notamment) ; cela expliquerait donc cette surmortalité.

L'indice comparatif de mortalité est une mesure comparative et non celle d'un risque ; ici les jeunes et les femmes connaissent les plus fortes valeurs, alors que leurs taux de mortalité suicidaires sont plus faibles en population générale.

Enfin, on peut également notifier un indice comparatif de mortalité important (SMR = 1278. IC95 % 766-1107) concernant les personnes âgées de plus de 75 ans. Ce chiffre attire l'attention du fait que les personnes âgées connaissant une mortalité par suicide importante. En effet, en population du Nord - Pas-de-Calais, les taux de suicide sont de 26,6 pour 100 000 chez les 75-84 ans, de 38,4 chez les 85-94 ans et de 16,1 chez les plus de 95 ans (contre 16,6 tous âges confondus) (« Centre for Epidemiology on Medical Causes of Death (CepiDc) », 2018). Ainsi, la surmortalité des personnes âgées souffrant de troubles mentaux est particulièrement inquiétante.

Forces et limites

La force principale de notre étude réside dans la taille de son échantillon. Celui-ci comprenant 13 979 personnes, il permet de disposer d'une grande puissance statistique. D'autre part, elle ne comporte pas de perdus de vue : le statut vital des personnes vivant en France est une information fiable ; il existe une parfaite concordance entre la base des personnes décédées (Insee) et la base des causes médicales de décès (Inserm, CepiDc). Enfin l'étude a associé 9 établissements, ce qui lui confère un caractère multicentrique.

Nous pouvons néanmoins pointer quelques limites à cette étude. Tout d'abord, celle-ci est composée d'une cohorte très spécifique, les patients hospitalisés en psychiatrie, introduisant ainsi un biais de recrutement. Toutes les personnes souffrant de troubles

psychiatriques ne sont pas hospitalisées ; 86,6 % des personnes suivies en psychiatrie sont exclusivement suivies en ambulatoire (ATIH, 2018). Ainsi, notre cohorte n'est pas représentative de l'ensemble des personnes présentant des troubles mentaux ; les taux de mortalité calculés ne peuvent donc pas être extrapolés à celui-ci. Ils sont d'ailleurs, davantage spécifiques à des troubles psychiatriques graves. Il a été noté qu'une surestimation de mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux avait lieu lorsque l'étude était menée à partir de données hospitalières (Crump, Loannidis, Sundquist, Winkleby, & Syndquist, 2013).

Par ailleurs, l'enquête n'a pas recherché les antécédents de tentatives de suicide, qui représentent pourtant le premier facteur de risque de décès par suicide ; le taux de suicide est 37,2 fois plus élevé chez les personnes ayant déjà réalisé cet acte qu'en population générale (Olfson et., 2017). Ceci est d'autant plus vrai que le moyen employé pour la tentative ait été violent. Il semblerait ainsi pertinent dans de futures études de relever cette variable pouvant influencer de manière importante le taux de suicide.

De plus, l'ensemble des suicides n'est peut-être pas décrit. Il existe, en effet, une sous notification des suicides de part un codage imprécis. Les suicides peuvent être codés en tant qu'« accidents » ou « autres causes de décès ». Cette sous-estimation avait été évaluée à 10 % en France en 2006 (Aouba, Péquignot, Camelin, & Jouglu, 2011) ; il est cependant à noter que cette sous-estimation minore vraisemblablement les taux de suicide présentés dans nos résultats, mais qu'elle n'affecte pas les valeurs de SMR, puisqu'elle concerne à la fois la population d'étude et la population de référence.

Cette étude épidémiologique confirme la considérable surmortalité par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux. La méthode des indices comparatifs de mortalité fait apparaître des sous-groupes de patients (jeunes, femmes, personnes affectées de troubles anxieux ...) encore plus concernés par l'excès de mortalité que la moyenne des patients. Des programmes de prévention du suicide devraient être déployés en direction de ces populations à haut risque, durant les séjours, pour celles qui sont hospitalisées, et aussi en soins ambulatoires, en coopération avec les acteurs de première ligne (par exemple, les médecins généralistes) Les méthodes actuellement mises en œuvre ne semblent pas suffisantes et doivent gagner en spécificité. Mais qu'en pensent les experts dans ce domaine ?

Partie 3 : La prévention spécifique des personnes souffrant de troubles psychiatriques : exploration de la pertinence auprès d'experts

I. Méthodologie

Afin de juger de la pertinence d'une prévention spécifique du suicide pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, des entretiens avec des experts ont été réalisés.

Cela permettait de se rendre compte des intérêts, des priorités et des préoccupations de chaque participant concernant la prévention du suicide ainsi que leurs connaissances sur les mécanismes du suicide. Ces experts sont soit des personnes ayant travaillé sur cette thématique du suicide de manière approfondie au cours de leurs recherches soit des professionnels de santé ayant pu être confrontés à cette problématique au cours de leur exercice.

Ainsi, au cours de ce travail, 9 personnes ont été interrogées. Ces personnes font partie d'un éventail de professions permettant la diversité des points de vue. Un psychologue, deux psychiatres, un médecin généraliste, deux sociologues ainsi qu'un psychologue de formation travaillant à Santé Publique France et deux administratifs¹⁵ à la Direction Générale de santé faisaient donc partie de ce panel. Ces entretiens ont été réalisés entre fin avril et début juillet.

Ces entretiens semi-directifs ont été préparés en amont par la réalisation d'une grille d'entretien (*voir Annexe 2*). Celle-ci peut se décomposer en 3 parties. La première partie concernait plutôt leur perception des mécanismes du suicide. La seconde partie était davantage en lien avec la prévention du suicide permettant ainsi de recueillir leurs connaissances sur les actions mises en place ainsi que leurs avis. Pour finir, une dernière partie a pu être abordée avec certains participants permettant de discuter des premiers résultats dans l'exploitation de la base MoPsy. Par ailleurs, certaines questions pouvaient diverger selon la profession de l'interrogé.

L'ensemble de ces entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des enquêtés, grâce à la fonction dictaphone d'un téléphone et retranscrits intégralement permettant leur analyse. Un codage thématique a été choisi pour l'analyse de ces données. Ces analyses ont été réalisées grâce au logiciel NVivo afin de faciliter ce codage thématique lors des mois de juillet et août.

¹⁵ Administratifs étant historien et juriste de formation

II. Résultats

L'ensemble de ces entretiens a pu être codé de manière thématique. Il en ressort trois grands thèmes que sont : la connaissance que les experts ont autour du suicide (son processus, ses facteurs de risque), les actions, les pratiques professionnelles et les politiques de prévention actuellement mises en place, la position qu'ils ont concernant une prévention spécifique aux personnes souffrant de troubles psychiatriques.

1. Connaissance sur le suicide

Les experts consultés énoncent des mécanismes menant au suicide différents. Cependant, le mécanisme le plus reporté est celui dit « d'entonnoir » (cités par 2 psychiatres, 1 psychologue et 1 sociologue). C'est un processus où un nombre de solutions s'offrant à la personne diminue alors que la solution du suicide prend un poids de plus en plus considérable. D'autres théories ont également été évoquées. Il y a le modèle stress-vulnérabilité cité par un psychiatre et un psychologue. Celui-ci considère que seuls les individus présentant une vulnérabilité passeront à l'acte lorsque survient un stress. Il y a également le modèle de Turecki énoncé par un sociologue. Il repose davantage sur l'explication des facteurs où il distingue les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants (HCSP, 2016). Ce modèle rejoint également l'énoncé d'un médecin généraliste et d'un administratif où ils considèrent que le suicide présente des causes génétiques et environnementales. Cette diversité de théories démontre les divergences existantes en termes de principales connaissances, celles qui les marquent davantage. Les positions que les experts peuvent avoir peuvent alors être influencées par la manière dont ils appréhendent le suicide. Cependant, même si les experts dénombrent différentes théories lorsque la question est clairement posée, ils sont tous d'accord pour dire que le suicide s'inscrit dans un processus de parcours de vie et est multifactoriel.

Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse aux mécanismes spécifiques se référant aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, les éléments de réponse évoqués par les experts se recourent. Tout d'abord, dans la majorité des cas (8 experts sur 9), les experts considèrent qu'il n'existe pas un processus différent qui amènent les personnes souffrant de troubles psychiatriques à se suicider. Ces troubles font partie intégrante de ce processus mais les experts ne les intègrent pas forcément de la même manière. Un psychiatre chef de service dans un EPSM considère que la présence de ces troubles peut compliquer le repérage de conduites suicidaires « *ça ne va pas s'exprimer aussi simplement, ça va être parfois noyé ou enseveli sous les symptômes plus marquants* » (enquête 1). Un autre psychiatre exerçant au sein du pôle urgence dans un centre hospitalier universitaire (CHU) précise qu'il y aura des particularités selon le trouble présent « *pour les personnes qui souffrent de schizophrénie, bah peut-être qu'il peut y avoir des apparitions plus brutales et imprévues, ça peut être lié à des injonctions, des hallucinations qui disent « il faut que tu*

mettes fin à tes jours » de façon très menaçante [...] ou il y a des gens qui font des attaques de panique, des troubles anxieux et au moment de l'attaque de panique, on a ce que l'on appelle un raptus anxieux [...] il n'y a pas forcément d'idées suicidaires avant, pas forcément un processus mais on perd le contrôle de ce que l'on fait » (enquête 9). De plus, selon les troubles, des traits de personnalité sont présents pouvant alors favoriser le passage à l'acte : il peut s'agir de l'impulsivité, un manque de capacité d'adaptation, une intolérance à la frustration et bien d'autres. Il est également considéré par un psychiatre et un psychologue que ces troubles interviennent dans ce processus en tant que facteur de risque ou de susceptibilité de passage à l'acte. Ces personnes seraient alors en permanence dans ce stade de vulnérabilité où un seul événement pourrait les amener très rapidement dans cette phase de crise suicidaire. Et enfin, un sociologue et un psychiatre estiment que les troubles psychiatriques sont le résultat d'un parcours de vie pouvant alors les mener aux conduites suicidaires. L'ensemble des événements de vie peut modifier l'individu pouvant alors même fragiliser sa santé mentale et conduire au développement de troubles mentaux qui, pour certains, sont très suicidogènes « le processus suicidogène est inclus dans un processus psychopathologique. Et ensuite le passage à l'acte suicidaire va être favorisé, déclenché, précipité par des événements situationnels : des événements de vie, une maladie, un chômage, une rupture, des problèmes financiers, énormément de choses. » (enquête 8).

De plus, tous les experts s'accordent pour énoncer la raison commune les poussant à se suicider : il s'agit de la souffrance importante. C'est cette dernière qui les pousse à commettre cet acte et non la volonté de mourir : « *Le premier élément pour la relation entre troubles mentaux et suicide, c'est la souffrance psychique qui est intolérable ou qui peut le devenir. Ça c'est l'événement final, on va dire à un instant t, la souffrance est tellement intense que c'est plus possible de la supporter, c'est l'aboutissement du processus » (enquête 8).*

Une limite de tout cela est à pointer ; il faut définir clairement chaque pathologie lorsque l'on parle de processus. Chaque expert a exprimé le fait que ça dépendait toujours du trouble auquel on faisait référence. Le rapport au suicide est différent d'une maladie à une autre « *on peut distinguer [...] des troubles névrotiques et des troubles psychotiques. Dans le premier cas, ce sont des individus qui sont pris par des réalités compliquées qui essayent de faire face. Et dans l'autre cas, bah on échappe à la réalité » (enquête 7).* Par ailleurs, les experts utilisent diverses terminologies pour les mêmes pathologies pouvant complexifier la tâche de clarification des maladies mentales visées.

2. Actions, politiques de prévention et pratiques professionnelles

Les actions citées spontanément par les enquêtés ne font pas référence à des actions spécifiques aux personnes souffrant de troubles psychiatriques. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'actions menées vers les suicidants. Le programme « Vigilans » est d'ailleurs évoqué par les 9 experts. Très peu d'actions supplémentaires sont citées ; on a par exemple les associations d'écoute comme « SOS amitié » qui sont actuellement remises en question par certains experts : « moi, je pense que ce que l'on fait actuellement, c'est exactement l'inverse de ce qu'il faut faire. C'est à dire qu'on met en face des gens qui ont des troubles sévères les gens qui sont les moins biens formés et on leur propose strictement aucun suivi et aucune inscription dans un parcours de soins » (enquête 8).

Par ailleurs, la mise en place d'actions peut s'avérer difficile. Un manque de ressources financières se fait ressentir par un expert travaillant à Santé Publique France. Par exemple, la diminution du budget alloué à Santé Publique France a contraint la fermeture d'un service nommé « la direction d'animation des territoires et des réseaux » qui permettait l'animation et la coordination entre les différents acteurs du territoire. Pourtant, cela semble être un élément clé afin d'impulser les actions, de permettre les échanges entre différents territoires. Ces échanges permettent la mise à jour de chaque territoire en termes de connaissances scientifiques ou encore la prise en considération de bonnes pratiques ou d'idées mises en place ailleurs. Cependant, cette compétence d'animation est remise aux régions pouvant conduire alors à un échange plutôt d'ordre régional que national. Cela pourrait alors également accentuer les inégalités territoriales de santé en laissant des régions très innovatrices améliorer leur situation sans que les autres régions ne puissent en profiter. De plus, certaines structures peuvent également souffrir d'un manque de personnel pouvant impacter la recherche et la mise en place de nouvelles actions « donc en gros, vous avez à Santé Publique France, 1 personne virgule 20 qui travaille sur la prévention des conduites suicidaires. C'est un peu light, c'est un peu compliqué. On va essayer de faire ce que l'on peut mais c'est pour ça qu'on est forcé de prioriser » (enquête 8).

En matière de politique de prévention du suicide, une « stratégie multimodale » (enquête 5) a été mise en place. Cette stratégie est fortement axée sur la généralisation du dispositif Vigilans. Mais quatre autres grandes actions ont été pensées : la mise en place de formations portant sur l'intervention, l'évaluation, et la mise en place de sentinelles des conduites suicidaires ; les formations de repérage de la dépression

destinées aux médecins généralistes ; un travail sur la contagion suicidaire¹⁶ et la mise en place d'un numéro national unique. Cette politique n'inclut donc pas directement les personnes souffrant de troubles psychiatriques excepté pour la dépression, élément remarqué par quatre enquêtés au cours de mon questionnement. Cependant, ils ne pensent pas qu'il soit forcément utile de développer cet axe particulier dans une politique de prévention du suicide. Par ailleurs, cette politique de prévention est confrontée à un ensemble de problèmes. Tout d'abord, une lutte contre les idées reçues doit s'opérer concernant le suicide comme le fait que l'on ne puisse rien faire ou que ce soit un acte impulsif. Il faut également faire face au manque de moyen matériel et humain. De plus, l'évolution de la politique est complexe car elle doit oeuvrer avec différents acteurs présentant des positions différentes sur la question : « *il y a des représentations idéologiques, il y a des intérêts personnels, il y a un tas de trucs qui sont la base de la vie en société qui font que voilà on a du mal à faire avancer les choses dans le sens où la littérature montre où il faudrait aller* » (enquête 8).

Concernant les pratiques professionnelles, les enquêtés travaillant avec ce public sont très attentifs à ce risque de mortalité. Ils utilisent alors divers procédés. Tout d'abord, l'ensemble de ces experts accordent une grande importance à l'évaluation du risque suicidaire qui pour certains est systématique dans le cadre d'une rencontre avec une personne souffrant de trouble psychiatrique. Certains aussi sont très en alerte et essayent de repérer le moindre risque suicidaire « *en général, la phrase de fin, j'arrive toujours à glisser : s'il y a des idées farfelues, comme je dis toujours, qui vous traversent l'esprit de temps en temps* » (enquête 3). Et enfin d'autres n'oublient pas que le suicide est multi factoriel et vont donc « *être attentifs à tout ce qui peut être une baisse sinon d'humeur ou du moins d'une capacité de vivre, au boulot, famille, enfin voir tout ce qui est événementiel et environnement* » (enquête 1). De plus, les facteurs protecteurs ne sont pas oubliés et les acteurs de la santé vont donc mobiliser la famille, travailler sur le pouvoir d'agir (empowerment¹⁷) ou encore les orienter vers des psychothérapies pour travailler leur capacité d'adaptation.

¹⁶ Il s'agit du suicide mimétique. Lorsqu'un suicide intervient, celui-ci peut « se transmettre » à l'entourage. De plus, quand le suicide concerne une personne connue, les personnes présentant certaines caractéristiques communes avec le/la suicidé.e peuvent également être touchées par ce phénomène de contagion suicidaire.

¹⁷ Il s'agit de donner plus de pouvoir au patient, qu'il soit davantage maître dans les choix concernant sa santé

3. Point de vue sur une prévention spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques

✿ Des avis divergents ...

Une prévention spécifique destinée aux personnes souffrant de troubles psychiatriques concernant le suicide questionne particulièrement huit des neuf enquêtés lorsque la question est posée. De ces entretiens, deux positions semblent s'affronter lors d'une première lecture. La première position concerne trois enquêtés qui pensent que toute nouvelle action ou initiative est à considérer, « *quand on fait de la prévention, quand on est dans la santé, chaque mort que l'on peut éviter ou pathologie, on est preneur, c'est dans les gènes de la santé publique, de réduire la morbi-mortalité* » (citation d'un psychologue travaillant dans un organisme de santé publique). Du fait de la vulnérabilité de cette population et de la prévalence de ces troubles parmi les suicidés, une prévention orientée vers ce public serait plus adéquate qu'une prévention générale « *on pourrait organiser une prévention du suicide chez tout le monde mais c'est compliqué, ce n'est pas comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Bon les gens, tu leur dis : bon on va vous faire une prise de sang, prendre une tension, faire le parcours du cœur, là on va leur dire : « on va faire une journée suicide, venez on va voir si vous êtes suicidaire* ». C'est vrai tu ne fais pas une prévention comme ça « *sinon ça va dans votre vie en ce moment ? Vous n'avez pas envie de vous pendre ? Non tu vois, tu ne peux pas faire ça, les gens ils vont te regarder bizarre. Donc effectivement tu te recoupes un peu plus sur un public spécifique* » (enquêté 3). Ainsi, une prévention trop généralisée n'atteindrait pas le public à risque et elle serait donc inefficace. En revanche, quatre autres experts pensent que même si cette population est très vulnérable et qu'il faut être en alerte, aucune prévention spécifique n'est à élaborer. Cette prévention du suicide pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques devrait passer uniquement par les professionnels de santé gravitant autour d'elles. En effet, leur perspective est que les personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ont été diagnostiquées bénéficient, dans la logique des choses, d'un suivi particulier et que la prévention soit incluse dans ce suivi : « *la prévention pour les gens qui ont des troubles psychiatriques, elle est censée exister car s'ils ont des troubles psychiatriques chroniques, ils doivent être intégrés dans un suivi et normalement il doit avoir une prévention spécifique* » (enquêté 6). Les professionnels de santé au sein de leur prise en charge effectuent donc la prévention du suicide auprès de ce public « *c'est notre boulot, c'est l'accompagnement, c'est le suivi. Ça veut dire être à l'écoute, à l'écoute du patient, à l'écoute de sa famille, de ses proches. C'est un travail qui est pluridisciplinaire et d'écoute* » (enquêté 1, ici un psychiatre). Ainsi, ils considèrent qu'aucune plus-value ne semble être apportée par la focalisation de la prévention du suicide envers ce public « *on sait qu'ils meurent plus donc il*

faut être en alerte car ils seront toujours dans cette phase de vulnérabilité de toute façon. Mais est-ce qu'il faut mettre une prévention plus que quelqu'un qui arriverait en crise ? Non » (enquête 6). Une vulnérabilité de ce public est clairement identifiée par les experts avec cependant une divergence des pensées concernant la mise en place potentielle de nouvelles actions. En revanche, les avis semblent se recouper sur certains points.

✿ ... qui se recouper

En effet, les experts présentant la première vision ont des idées qui se recouper avec ceux présentant la deuxième vision. Par exemple, leur avis convergent concernant les personnes sur qui incombent cette prévention du suicide auprès de cette population. Ils pensent, en effet, que la prévention est à la charge des spécialistes que sont les psychiatres, les psychologues mais également le personnel médical ou paramédical qui sont sur la première ligne de recours aux soins comme les médecins généralistes ou les infirmières. *« la prévention, c'est nous, c'est les infirmiers, c'est les appels téléphoniques, c'est les passages réguliers, c'est les infirmières de CMP, c'est les psychologues, les sophrologues » (enquête 3).* De plus, quatre personnes énoncent également que même si ce public spécifique n'est pas ciblé, il est malgré tout inclus dans d'autres mesures ou dispositifs de manière indirecte *« c'est-à-dire que voilà, on ne va peut être pas passer directement par la caractérisation de troubles psychiques, mais finalement, on peut passer indirectement en mettant en place des dispositifs. Autant ce n'est pas un dispositif qui est spécifique pour cette population mais c'est un dispositif qu'on va implanter préférentiellement dans un lieu où on sait qu'on trouve des populations à forte prévalence » (enquête 4).* Comme les personnes souffrant de ces maux représentent une part importante des suicides, alors elles sont également visées par toute mesure concernant le suicide *« ce que nous on a choisi, ce sont des actions plutôt ciblées sur les personnes qui ont fait un geste parce qu'elles sont à haut risque de récidiver. Et que souvent les personnes qui ont déjà fait un geste, souvent ces personnes là, elles sont porteuses d'un trouble mental » (enquête 9).*

✿ La contrainte de la « priorisation »

Par ailleurs, l'ensemble des enquêtes pointe des limites considérables à l'instauration d'une prévention du suicide spécifique aux personnes souffrant de troubles mentaux. Tout d'abord, la politique de prévention actuellement mise en place est le produit de choix, le choix de ne pas cibler plusieurs sous-populations mais uniquement de se consacrer aux personnes à haut risque, les personnes ayant réalisé une tentative de suicide *« ce qui se passe, c'est qu'il y a un choix qui été fait, qui est de ne pas cibler » (enquête 4).* Ce raisonnement provient de l'évaluation d'anciens plans qui considérait que les politiques

de prévention ciblée n'étaient pas pertinentes. Il s'agit du plan 2011-2014 où le public qui avait été ciblé, à savoir les personnes malentendantes, les jeunes homosexuels, les personnes âgées, personnes en situation de précarité, n'était pas celui présentant les plus hauts risques de passage à l'acte. D'ailleurs il a été recommandé de cibler les personnes à haut risque du fait de ce principe « le groupe/la personne ciblé(e) présente un risque élevé de comportement suicidaire, plus les intervenants engagés à titre principal devront être de haut niveau, proches de la psychiatrie/psychologie/médecine, et cibler directement la problématique suicidaire » (HCSP, 2016). Les politiques de prévention suivantes ont alors évalué le facteur de risque le plus important en considérant qu'un manque de suivi pouvait avoir lieu lors d'une tentative de suicide mais que cela n'est pas le cas pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques car elles sont déjà dans un processus d'accompagnement.

À cela s'ajoute également la question du financement. Les ressources octroyées pour la prévention du suicide sont limitées amenant fatalement la question de prioriser les actions que les organismes publiques doivent mener « *là c'est effectivement une question de priorisation, la prévention est un peu le parent pauvre de la santé publique, ça il faut le savoir* » (enquête 7). Dans cette optique de raisonnement, de politique de santé publique, où la question des coûts doit être considérée, il est évident que les actions vont être menées vers un public présentant le plus grand facteur de risque de passage de l'acte, qui est bien défini et qui représente une part restreinte de la population (200 000 personnes) ; on parle ici des personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide « *maintenant, comme on a des ressources réduites, on est obligé de faire des choix, raisonner en fonction du fardeau* » (enquête 7). De plus, développer une prévention spécifique envers cette population peut avoir un coût important sur le court terme. Ainsi, une recherche plus spécifique est à prévoir afin de motiver cet engagement financier. Cependant « *la recherche est également stimulée par des financements, donc aujourd'hui si vous proposez un projet de recherche qui intervient sur le grand public, c'est à dire un gros segment de la population, vous avez plus de chance d'obtenir un financement que si vous intervenez sur un micro-segment qui aura moins d'impact à l'échelle populationnelle* » (enquête 7). En effet, cette question traite l'ensemble des troubles, sans distinction, cependant, chaque trouble psychiatrique est différent avec des caractéristiques particulières. Ainsi, le développement d'actions ou de dispositifs envers ce public pourrait nécessiter une spécialisation pour chaque maladie pour que cela soit le plus efficace possible.

Par ailleurs, la question de manque de moyens humains a été évoquée par un enquêté. Cette prévention du suicide pour cette population doit en effet être réalisée par les médecins généralistes ou encore les psychiatres. Toutefois, un manque de temps de la part

des professionnels se fait ressentir et cela est d'autant plus marqué dans les zones rurales « nous les difficultés qu'on a ici, effectivement, ce que j'aimerais chez les patients comme ça, qui souffrent de troubles psychiatriques et notamment la dépression, c'est d'avoir la capacité de les accueillir plus souvent mais on ne peut pas » (citation d'un médecin généraliste exerçant en milieu rural). À cela s'ajoute également le problème de formation des médecins généralistes mais également des psychiatres qui est évoqué par six enquêtés.

Concernant les psychiatres, il n'existe pas une manière universelle d'exercer ainsi « la culture du suicide » (enquête 9) n'est pas présente chez chaque psychiatre. Certains y seront plus sensibles que d'autres et seront donc plus vigilants aux signaux d'alerte. De plus, le contexte actuel ne permet pas de suivre les patients comme ils le désirent « les psychiatres, leur problématique, c'est de dire, bah voilà, nous on a pas les moyens, il manque des psychiatres, il y a des files actives¹⁸ énormes » (psychologue exerçant dans un organisme de santé publique).

Concernant les médecins généralistes, certains semblent démunis face à ce problème ne sachant que faire ni qui joindre « S'il y a un problème psy, vous faites quoi, où vous adressez vous ? Ah bah je ne sais pas, là où vous exercez, il y a un CMP pas loin, je le connais, est-ce que vous savez où il est ? Non. Est-ce que vous savez que par exemple parce qu'il y a une équipe mobile, qui peut venir etc... » (enquête 1). Ceux-ci n'ont pas forcément au cours de leur formation initiale un apport de connaissances lié aux troubles psychiatriques et au suicide. Des formations existent pour palier à ce manque. Néanmoins, « un médecin, c'est très difficile pour lui de dégager trois jours de sa clientèle etc. Les médecins travaillent de 8h à 20h, enfin bon. Et ils ont 327 000 maladies à gérer » (enquête 8). Par ailleurs, pour qu'ils s'y rendent, ils doivent déjà ressentir une certaine sensibilisation car ces derniers vont être que très peu confrontés au suicide au cours de leur carrière.

De plus, deux enquêtés estiment que la mise en place de cette prévention nécessiterait qu'elle soit claire en termes d'attribution des fonctions de chacun. La réalisation d'une prévention spécifique envers cette population au niveau national pourrait offenser les professionnels travaillant au plus proche de cette population « si on fait une politique spécifique pour les gens qui sont diagnostiqués souffrant de troubles mentaux et qu'on fait une politique spécifique vers eux, ça veut dire qu'on estimerait que tous les professionnels de santé ne sont pas capables de traiter cet aspect de la pathologie » (enquête 5) et dans certains cas prendre la place de ces professionnels ». Ici, une distinction claire est mise en lumière entre les politiques publiques et les pratiques professionnelles. Il est considéré que les politiques publiques ne doivent pas prendre la place d'un guide de bonnes pratiques.

¹⁸ nombre de patients traités dans l'année

✿ La stigmatisation, un problème persistant

Finalement, pour réaliser cette prévention, un travail en amont serait également à réaliser. La psychiatrie, aujourd'hui, souffre toujours de la stigmatisation pouvant empêcher la mise en place d'actions vers ce public « *sur mon secteur, il n'y a pas moyen de mettre en place un CLSM*¹⁹. *Quand j'ai dit au maire qu'on aimerait bien s'occuper de la santé mentale, il a fait : « oh la la, on ne veut pas de fous dans notre commune, on n'a pas vocation à accueillir toute la misère du monde » » (psychiatre chef de service dans un EPSM)*. Il existe une stigmatisation où les troubles mentaux peuvent être considérés comme « *invisibles et donc à partir du moment où c'est invisible, pour beaucoup de gens, ça n'existe pas. Donc en gros c'est juste dans la tête et juste des gens bizarres* » (administratif). Par ailleurs, « *le monde psy est tellement conflictuel en France, il y a beaucoup d'écoles différentes, tout le monde s'oppose à tout le monde* » (sociologue ayant travaillé sur les plans de prévention du suicide). Par ailleurs, le suicide est également un sujet difficile où un grand nombre d'idées reçues règnent encore « *pour ceux qui sont vraiment déterminés, de toute façon, malheureusement, on ne peut rien faire* » (médecin généraliste). L'ensemble peut alors paralyser l'évolution.

De plus, cela pourrait même présenter des dangers si ce sujet n'est pas traité correctement. Des quiproquos pourrait apparaître comme le fait de penser qu'une personne qui se suicide présenterait forcément un trouble psychiatrique, cela participerait à accentuer davantage la stigmatisation concernant les personnes souffrant de ces troubles « *on oublie le côté pluri factoriel et je pense qu'il y a un danger à vouloir stigmatiser les gens qui sont dans un processus suicidaire pour dire vous êtes psychiatriques, bah non* » (enquête 1).

III. Discussion

Ces entretiens ont permis dans un premier temps de mettre en lumière les connaissances que les experts présentaient en termes de processus de suicide mais également les actions mises en place actuellement. Cela a permis de témoigner de la présence de la généralisation de la connaissance du processus suicidaire auprès des personnes interrogées représentant divers corps de métier. Les experts s'accordent pour dire que le suicide intervient dans un parcours de vie, que c'est un processus pouvant être brutal ou plus long et que cet acte intervient dans une logique d'interactions entre plusieurs facteurs. De plus, la souffrance est un mot revenant systématiquement dans les entretiens menés. Le passage à l'acte est « motivé » non pas par un désir de mort mais par la volonté

¹⁹ Conseil Local de Santé Mental. C'est un espace de concertation et de coordination de différents corps de métiers (élus, psychiatres, usagers...) oeuvrant à l'amélioration de la santé mentale au sein d'un territoire.

d'arrêter de souffrir. Cependant, l'importance de divers mécanismes du suicide reste floue dès lors qu'on entre dans les détails ou spécificités. Ainsi, cela peut mener à des réflexions sur la prévention du suicide qui diffèrent les unes des autres. En effet, raisonner en terme de facteurs de risque et penser qu'il existe une différence de processus menant au suicide entre les personnes souffrant de troubles psychiatriques et celles n'en souffrant pas peut amener les experts à se focaliser sur ces troubles. En revanche, considérer que les personnes souffrant de ces maux se trouve dans la même trajectoire que ceux n'en souffrant pas avec cependant une vulnérabilité plus importante peut laisser penser qu'il ne doit pas y avoir de prévention spécifique envers ce public mais simplement un suivi renforcé de la part des professionnels accompagnant ce public.

La limite pointée par ce travail est la diversité de classification des troubles psychiatriques utilisée par les professionnels. Il semble alors judicieux de s'attarder particulièrement sur la terminologie des troubles psychiatriques pour traiter cette problématique. Il faut savoir quelles pathologies sont considérées comme psychiatriques. Malgré une classification des pathologies mentales dans la CIM-10 et le DSM-V, les professionnels de santé confrontés à ces pathologies n'ont pas les mêmes représentations de ces dernières. La sévérité d'un trouble peut amener à une distinction entre ce qui relève de la psychiatrie ou non. Par exemple, lors de ces entretiens, un psychiatre considérerait une pathologie telle que le trouble de la personnalité comme un continuum comprenant différentes formes de sévérité et peut donc classer un trouble de la personnalité peu sévère hors des troubles psychiatriques. Par ailleurs, toute une pathologie peut également être vue différemment. Par exemple, un psychologue a énoncé le fait qu'il considérerait la dépression comme un trouble commun et non psychiatrique.

Ces entretiens permettent également de se rendre compte des actions mises en place répertoriées. Cela a mis en lumière que peu d'actions de prévention du suicide étaient connues par ces personnes interrogées de manière générale. Seul le dispositif Vigilans était évoqué dans chaque entretien. Cela est dû au fait que les experts interrogés font partie des Hauts-de-France et que ce dispositif Vigilans, initié dans cette l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, est un dispositif phare de lutte contre la récurrence suicidaire. Ainsi les experts ont tous associé la lutte contre le suicide à ce dispositif. Cependant, aucun dispositif spécifique pour cette population n'a été évoqué. Cela démontre que si des actions pour cette population sont mises en place, elles ne sont pas connues par les personnes interrogées ou ne sont peut-être pas de renommée nationale ni même régionale. Il se peut également que les actions menées soient considérées comme incombant aux professionnels de santé et non pas comme devant faire l'objet d'une action publique organisée. Cela peut d'ailleurs se vérifier par les pratiques professionnelles évoquées lors de ces entretiens. Chaque soignant interrogé présente les techniques qu'il utilise pour répondre à cette thématique du suicide

chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Cependant, l'ensemble insiste sur l'importance de la coordination et de la pluridisciplinarité dans la prise en charge de ces problématiques. D'ailleurs, dans une étude réalisée en Nouvelle-Écosse, la collaboration des médecins de famille avec les spécialistes que sont les psychiatres a permis d'améliorer la connaissance de certains troubles psychiatriques (psychoses, troubles liés à l'abus d'alcool ou de substances) ainsi que la prise en charge adéquate (Kisely, Duerden, Shaddick & Jayabarathan, 2006).

Par ailleurs, les personnes interrogées présentent diverses pensées concernant la mise en place d'une prévention spécifique auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Quand certaines pensent que cela n'apporterait pas une plus-value, d'autres estiment qu'il faut toujours être à la recherche de nouvelles approches ou rechercher l'amélioration.

Tout d'abord, l'ensemble des experts préfère malgré tout concentrer ses efforts sur la population à plus haut risque ; les personnes ayant réalisé une tentative de suicide. Cette idée est cohérente avec la littérature qui a montré qu'environ 30 à 40 % des personnes ayant réalisé un geste suicidaire vont réitérer ce geste dans l'année qui suit et celui-ci est potentiellement létal (10 % vont décéder par suicide dans les 10 ans) (Walter, 2003). De plus, ces personnes étant passées par un service de soins sont facilement identifiables ce qui permet de cibler les actions.

Les experts s'accordent sur la nécessité de la prévention du suicide par les spécialistes tels que les psychiatres mais également par les médecins généralistes. Des experts considèrent que cette prévention ne doit reposer que sur ce personnel de santé alors que d'autres pensent que la prévention doit également émaner des politiques publiques ou d'initiatives d'autres acteurs pouvant être dans le champ social également.

La prévention du suicide fait en effet partie du rôle du personnel soignant gravitant autour du patient. Cependant, le contexte actuel ainsi que d'autres limites entravent cette dernière.

☼ **Un personnel à bout de souffle**

Le personnel soignant souffre du contexte actuel pouvant entraver le bon suivi de leur patient. Prenons par exemple les psychiatres, ils travaillent en moyenne 50 heures par semaine et déclarent qu'ils n'ont pas assez de temps pour parler aux patients (Estryn-Béhar, Braudo, Fry, & Guetarni, 2011). Une enquête de 2018 menée par Philippe Nuss a révélé que 12 % des psychiatres sont en burn-out professionnel, 66 % se sentent épuisés et 89 % frustrés (Nuss, 2018). Une explication a été énoncée par le Dr David Gourion « *le problème n'est pas notre corps de métier mais les conditions de travail, la surcharge administrative, la demande sociétale... Son augmentation est le signe d'une déstigmatisation du recours à la*

psychiatrie, et l'on peut s'en réjouir mais, dans dix ans, nous serons 30 % de moins » (santé mentale, 2018).

Concernant les médecins généralistes, la situation est similaire, près de 50 % sont en burn-out (Kansoul et al, 2019). Ces derniers semblent également évoquer les mêmes raisons de leur épuisement : « organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, poids de l'administration, conflit avec les organismes sociaux) mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles). » (Cathébras, Begon, Laporte, Bois, & Truchot, 2004).

☼ **Un problème de formation**

Il semblerait que la formation initiale soit insuffisante concernant la psychiatrie et que les développements professionnels continus (DPC)²⁰ proposés ne correspondent pas aux attentes des médecins (Fovet, Amad, Geoffroy, Messaadi & Thomas, 2014) ; selon une étude, 68 % des médecins étaient demandeurs de formation (Fannello et al, 2002). Par ailleurs, d'après la thèse d'un médecin généraliste, il a été trouvé que 67 % des médecins généralistes éprouvent des difficultés face à un patient suicidaire quelque soit l'expérience de ces derniers (Cauet, 2014). Un autre article stipule que 3/4 des médecins généralistes ressentent des difficultés dans le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire (Fannello et al, 2002). Par ailleurs, un contact avec les organismes de soins augmente dans l'année précédant le suicide, ainsi un problème de formation en termes de repérage ou de prise en charge peut transparaître (Chock, Lin, Athyal, & Bostwick, 2019).

Pourtant une étude ancienne publiée en 1989 a déjà montré l'efficacité de la formation des médecins généralistes. L'implantation d'un programme de formation auprès de cette population avait permis de diminuer le taux d'hospitalisation des patients souffrant de dépression mais également le nombre de suicide était réduit (Rutz et al, 1989). Cela dénote bien de l'importance de former cette population qui actuellement est démunie face aux problèmes que sont les troubles psychiatriques et les conséquences qu'ils peuvent engendrer comme le suicide. Cependant, il faut également notifier que les médecins généralistes ont déjà l'ensemble des maladies à gérer. Il semble alors compliqué qu'ils s'intéressent à cette question du suicide si ces derniers n'y sont pas sensibilisés ou n'y ont pas été intéressés.

☼ **Une priorité discutable**

Les médecins généralistes ne vont rencontrer que peu de cas de suicide au cours de leur pratique ; pour 80 % des médecins présentant une ancienneté supérieure à 10 ans, ils ont été confrontés à moins de 10 suicides lors de leur carrière (Fannello et al, 2002). Ainsi, développer des formations en lien avec un phénomène peu rencontré ne semble par

²⁰ Formations proposées aux professionnels de santé. Elles permettent à ces derniers de répondre à leur obligation triennale de formations.

pertinent. Ces derniers ne se sentiront pas concernés. Cependant, les troubles psychiatriques sont fréquemment rencontrés par les médecins généralistes mais ils les connaissent mal. Pour palier ce manque, la HAS a tenté d'élaborer des guides dans un objectif d'amélioration de la coordination entre les médecins généralistes et les autres acteurs de santé afin d'améliorer la prise en charge de ces patients et ainsi d'une certaine manière de répondre à ce problème (HAS, 2018). *A fortiori*, cette alliance thérapeutique engendre une prise en charge plus globale du patient pouvant alors diminuer le risque de passage à l'acte. Cependant, cette volonté n'est pas clairement énoncée dans ce guide « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques ».

Par ailleurs, les psychiatres peuvent également accorder une importance variable au suicide. Les psychiatres ont un âge moyen de 52 ans (Profil médecin, 2019). Ainsi, s'il n'existe que peu de DPC en lien avec le suicide et les troubles psychiatriques, ils peuvent se reposer sur des éléments vu lors de leur cursus initial. Il y a 20 ans, nous n'étions qu'aux prémises de la prévention du suicide. De plus, cette dernière ne pointait pas les troubles psychiatriques comme facteur de risque. Les psychiatres ont pu alors intégrer le suicide comme un événement se rencontrant au cours de leur carrière du fait que celui-ci faisait partie intégrante de certaines maladies psychiatriques. Cela ne nécessitait alors pas d'attention particulière car il est « normal d'avoir des morts par suicide quand on traite des troubles psychiatriques »²¹.

Par ailleurs, dans les guides de bonnes pratiques en psychiatrie, le suicide n'est pas non plus une priorité du fait d'un manque d'actions proposées. Dans le programme pluriannuel « Psychiatrie et Santé Mentale 2018-2023 », la thématique du suicide est uniquement abordée en pédopsychiatrie et qui de plus est appréhendée sous l'angle de la tentative du suicide (HAS, 2018).

✿ Le problème des inégalités territoriales

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé²², la compétence santé et donc la prévention est du ressort des régions. Cela peut poser problème du fait des différences existantes entre chaque région concernant la démographie des acteurs de santé, des ressources financières et humaines. En 2018, en France, on recense 15 388 psychiatres inégalement répartis sur le territoire français. Par exemple, dans le Nord - Pas-de-Calais, 15,75 psychiatres sont présents pour 100 000 habitants alors que cela s'élève à

²¹ citation entendue lors d'échanges avec des professionnels de santé

²² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

29,1 pour la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (densité de 23 pour la France) (Dress, 2018). Il en est de même pour les médecins généralistes, 102 466 exercent sur le territoire français et sont également inégalement répartis ; 122,7 pour 100 000 habitants dans la Haute-Normandie contre 178,9 dans la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Dress, 2018).

La mise en place de CLSM ou autres initiatives locales est aussi dépendante de la politique régionale instaurée pouvant ainsi amener des inégalités territoriales de santé. Cependant, l'instauration de PTSM²³, se basant sur les besoins de la région, vise à réduire les inégalités territoriales en matière de santé mentale.

Ainsi, ce contexte actuel semble montrer la nécessité que d'autres dispositifs viennent en renfort afin de traiter cette problématique de prévention du suicide auprès de ce public. Cependant, pour réaliser cela, un premier travail sur la stigmatisation est à réaliser. En effet, la question de la stigmatisation est très liée aux troubles psychiatriques. Celle-ci transparaît partout. Il suffit de regarder les insultes que nous utilisons au quotidien faisant référence à cette population. Des livres traitant des troubles psychiatriques utilisent encore des titres à connotation stigmatisante. D'usage, le terme « fou » peut être utilisé pour lutter contre la stigmatisation ou pour permettre l'acceptation de la différence. Cependant, cela peut être critiqué. En effet, mal compris, pris au premier sens, ce terme peut ainsi être banalisé. Il est important de faire attention à l'usage des mots afin que ces derniers soient compris dans le sens dans lequel on l'entend. Lutter contre la stigmatisation est donc essentiel afin que ces personnes soient considérées comme des malades comme le pourrait être d'autres personnes atteintes d'une maladie cardiaque. Cette volonté de lutter contre la stigmatisation peut aussi amener à perdre la spécificité du soins envers cette population. On se retrouve donc ici avec une vraie question éthique. La volonté de vouloir agir spécifiquement sur cette population cible peut engendrer une stigmatisation. Cela appuierait le fait que même si le suicide peut toucher chacun d'entre nous, il faudrait agir différemment envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Limites et points forts

Le point fort de cette étude qualitative est la vision multidisciplinaire qu'elle recueille. Elle permet ainsi de confronter le point de vue de chaque professionnel de santé, qui est influencé par sa profession.

Cependant, cette étude n'est qu'un aperçu des écoles de pensée du fait du peu d'experts interrogés. Ce travail qualitatif n'a donc qu'un caractère exploratoire. Elle permet de donner une piste de recherche pour explorer davantage la question de la prévention du

²³ Projet territorial de santé mentale. C'est un projet visant à l'amélioration du parcours de santé et de vie du patient concernant la santé mentale. Ce projet repose sur des diagnostics territoriaux partagés faisant état des lieux des besoins d'un territoire.

suicide. Il serait intéressant lors de futures recherches de confronter les points de vue de différentes professions provenant également de différents territoires. Chaque territoire spécifique est porté par des acteurs avec leurs opinions et leurs idées. Dans les Hauts-de-France, le Professeur Vaiva et son équipe sont très novateurs et portent des projets pouvant influencer les autres acteurs de la région s'intéressant à cette thématique. Par ailleurs, une élaboration d'un état des lieux des pratiques professionnelles serait intéressante afin de visualiser tout ce qui est effectué pour cette population.

Une autre limite à mettre en avant est que l'ensemble des acteurs interrogés est très impliqué dans cette thématique du suicide. Ils connaissent leur sujet et cela influence également leurs pensées. Cela peut les conduire à élaborer une réflexion davantage construite sur le sujet de la prévention par rapport aux connaissances qu'ils possèdent.

Conclusion générale

Lors de l'étude quantitative, il a été montré que les personnes souffrant de troubles psychiatriques présentait une probabilité cumulée de décéder de 0,8 % à 1 an avec une part important de décès au décours des 6 premiers mois (0,5 % à 6 mois). Par ailleurs, un nombre important (39,5 %) de ceux qui sont décédés par suicide ont effectué ce geste dans les 3 mois suivant leur dernière hospitalisation. Ainsi, cette étude a permis de mettre en exergue l'importance d'un suivi attentif lors de la sortie d'hospitalisation qui semble être une période de rupture et est donc très suicidogène. De plus, le seul facteur de risque retrouvé dans cette population qui est commun à la population générale est le fait d'être un homme. En revanche, cette population ne semble pas présenter les traits caractéristiques socio-économiques retrouvés dans la littérature qui favorisent le passage à l'acte des personnes ne souffrant pas de troubles psychiatriques. En effet, les résultats d'analyses de ces données telles que la situation familiale ou la situation professionnelle ne permettent pas de conclure en utilisant la méthode d'analyse de survie. Cependant, lors des calculs de taux de mortalité, il est observé une mortalité plus importante chez les personnes ayant une activité professionnelle en comparaison avec celles n'en ayant pas ; élément contraire à ce qui est retrouvé en population générale.

Par ailleurs, les analyses faites grâce aux indices comparatifs de mortalité ont permis de mettre en relief l'enjeu considérable de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en ce qui concerne le suicide. En effet, de manière générale, cette population présente une mortalité de décès par suicide 15 fois supérieure à celle de la population générale. Par ailleurs, même si cette surmortalité est plus importante chez les jeunes et les femmes, il est important de prendre en considération le taux de mortalité par suicide présent au sein de la population générale. Ainsi, les personnes âgées souffrant de ces maux demeurent les plus touchées par cette mortalité. De plus, aucun diagnostic ne semble se démarquer des autres.

Ces résultats témoignent ainsi de la complexité de raisonner en facteurs de risque chez une population spécifique représentée par les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Cependant, ces éléments épidémiologiques laissent apparaître la nécessité d'agir sur cette population en particulier et cela de manière générale (sans distinction de diagnostics avec cependant des spécificités selon les diagnostics). C'est une population à haut risque de passage à l'acte qui présente toujours une surmortalité importante par suicide. La surmortalité pour certains diagnostics (comme les troubles anxieux) est plus importante que d'autres, cependant l'ensemble des diagnostics présente une mortalité 12 et 19 fois supérieure à la population générale, ce qui est considérable. Ainsi, aucun choix d'action envers un trouble particulier ne semble alors être justifié lorsqu'on considère uniquement la surmortalité. De plus, il est vrai que les personnes souffrant de ces troubles

ne représentent qu'une partie de la population générale et qu'un raisonnement en santé publique impose la proportionnalité des moyens alloués selon la part que représente la problématique à traiter. Cependant, à la lumière de ces résultats présentant une surmortalité par suicide élevée, la prévention du suicide chez cette population ne peut pas être ignorée. Ainsi d'un point de vue purement épidémiologique, il existe une vraie pertinence à développer des actions envers ce public.

Cependant, les résultats de l'enquête exploratoire semblent indiquer une non pertinence à développer des actions publiques organisées. En effet, après divers entretiens auprès d'un panel hétérogène en termes de professions, la prévention du suicide semble incomber principalement aux personnels de santé rencontrant cette population. Cette problématique semble faire partie du suivi du patient et plus largement du parcours du soin. Cela semble pertinent du fait de la diversité des troubles mais également des patients qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé et non standardisé. En effet, cette standardisation pourrait engendrer un oubli des réels attentes et capacités de l'individu se trouvant face au professionnel de santé. Cependant, il est possible qu'une prévention du suicide reposant sur le personnel soignant va engendrer des inégalités. Il existe un ensemble de problèmes pouvant entraver la bonne prise en charge et suivi du patient : problème de formation du personnel soignant, épuisement des psychiatres et médecins, une priorisation du suicide variable d'un soignant à un autre ainsi que les inégalités territoriales engendrant des difficultés d'accès aux soins pour les patients. Par ailleurs, malgré les difficultés rencontrées sus-mentionnées, certains professionnels de santé ne négligent pas les interventions en lien avec le suicide auprès de ce public. Par exemple, le maintien du contact à l'aide de nouvelles technologies ou avec des cartes postales semble intéressant dans ce type de prévention et peut être employé de manière concomitante avec d'autres actions de prévention comme les traitements (médicamenteux et/ou psychothérapies) (Falcone et al, 2017). Certains ont également développé une échelle afin d'évaluer le risque suicidaire au sein des urgences psychiatriques. Cela a permis de détecter des personnes à risque suicidaire qui n'étaient pas reportées comme telles. (Moroget al, 2014).

De cette étude ressort une pertinence à se consacrer à cette population mais pas par le biais d'actions de prévention du suicide organisées par des organismes publics. En revanche, une focalisation de la prévention du suicide pour ce public par le biais du personnel soignant semble être un élément à approfondir. Il serait alors judicieux de diriger les actions publiques vers cet axe là, direction qui semble être prise selon les actions envisagées dans la feuille de route « Psychiatrie et Santé Mentale » de 2018. Ainsi combattre la stigmatisation dont souffre cette population mais également celle retrouvée autour du suicide afin de permettre le développement d'actions et dispositifs. Mais aussi poursuivre la lutte des inégalités territoriales en termes de santé mentale pour permettre un

suivi assidu de chaque patient. Et enfin, améliorer la formation des professionnels (soignants et sociaux) est essentiel dans un objectif d'un meilleur repérage et prise en charge des conduites suicidaires de ce public.

Actuellement, de nombreuses recherches s'intéressent à la e-santé. Il s'agit de l'utilisation de nouvelles technologies pour traiter des problématiques de santé. Une perspective intéressante méritant une attention particulière est la e-santé concernant la santé mentale. Celle-ci permettrait de suivre un patient dans son environnement et d'ainsi d'obtenir des données de santé plus écologiques (Briffault, Morgiève, & Courtet, 2018). Par ailleurs, dans un contexte où le temps entre deux rendez-vous avec un psychiatre peut être long, ces technologies peuvent permettre la continuité dans le suivi du patient et éviter que ce dernier sorte du parcours de soin. Le développement de la télémédecine²⁴ et plus particulièrement la télépsychiatrie peut ainsi répondre à cela. De plus, d'autres applications se développent plus spécifiquement sur la prévention du suicide. Par exemple, actuellement en phase expérimentale, une application nommée « EMMA » (Ecological Mental Momentary Assessment) initiée par le Pr. Courtet au CHU Montpellier a été élaborée dans un objectif de prédiction du risque suicidaire. Cette application est à destination des personnes suicidantes ou présentant des idées suicidaires. Celle-ci est construite selon un modèle de « question-réponse » permettant d'évaluer les idées noires du patient. Diverses solutions lui sont apportées en cas de repérage de risque suicidaire. De plus, cette application a accès à l'activité du patient (nombre de SMS, appels...) qui peut donc témoigner d'un isolement et potentiellement une entrée dans une crise suicidaire. Ces technologies semblent prometteuses en termes de suivi du patient mais interrogent en termes d'éthique. Jusqu'où ces technologies peuvent s'immiscer dans la vie des individus afin de traiter la problématique du suicide chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

²⁴ Il s'agit d'une consultation (médecine générale, psychiatrie ...) à distance réalisée par le biais de nouvelles technologies.

Bibliographie

Agerbo, E. (2005). Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: A healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(7), 598-602. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.025288>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1998). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>

ATIH. (2018). Psychiatrie, chiffres clés. Consulté 24 juin 2019, à l'adresse https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2017.pdf

ATIH. (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. (Vol. 1).

Aouba, A., Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. (2011). *Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006*. 47-48. Consulté 25 juillet 2019, à l'adresse <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>

Arsenault-Lapierre, G., Klm, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. - PubMed - NCBI. Consulté 15 mai 2019, à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527502>

Baudelot, C., & Establet, R. (2006). *Suicide: L'envers de notre monde* (Broché).

Bickley, H., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: A case-control study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(7), 653-659. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200026>

Briffault, X., Morgiève, M., & Courtet, P. (2018). From e-Health to i-Health: Prospective Reflexions on the Use of Intelligent Systems in Mental Health Care. *Brain Sci*. Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/325465621_From_e-Health_to_i-Health_Prospective_Reflexions_on_the_Use_of_Intelligent_Systems_in_Mental_Health_Care

Campéon, A. (2003). *De l'histoire de la prévention du suicide en France*. (45), 35-38.

Castelein, S., Liemburg, E. J., de Lange, J. S., van Es, F. D., Visser, E., Aleman, A., ... Knegtering, H. (2015). Suicide in Recent Onset Psychosis Revisited: Significant Reduction of Suicide Rate over the Last Two Decades — A Replication Study of a Dutch Incidence Cohort. *PLoS ONE* 10 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129263>

Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C., & Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. */data/revues/07554982/00330022/1569/*. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/102123>

Cauet, C. (2014). *Évaluation et Prise en charge de la Crise Suicidaire en Médecine Générale*. Université Lille 2 Droit et Santé. Faculté de médecine Henri Warembourg.

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>

CépiDc. (2019). Taux bruts de décès pour 100 000 habitants. Suicides. Consulté 8 juillet 2019, à l'adresse <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>

Charrel, C.-L., Plancke, L., Genin, M., Defromont, L., Ducrocq, F., Vaiva, G., & Danel, T. (2015). Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 269-277. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0913-1>

Chenu, A. (2007). Compte rendu de C. Baudelot et R. Establet, « Suicide. L'envers de notre monde ». *Travail, genre et sociétés*, (17), 189-192.

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 153-160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>

Chevreul, K., Prigent, A., Bourmaud, A., Leboyer, M., & Durand-Zaleski, I. (2013). The cost of mental disorders in France. *European Neuropsychopharmacology*, 23(8), 879-886. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.012>

Chock, M., Lin, J., Athyal, V., & Bostwick, J. (2019). Differences in Health Care Utilization in the Year Before Suicide Death: A Population-Based Case-Control Study. *Mayo Clin Proc.*

Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265. <https://doi.org/10.1080/00048670601172749>

Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>

Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M., & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>

Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health economics*, 21(3), 338-350. <https://doi.org/10.1002/hec.1719>

Coldefy, M., & Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé*, 237, 8.

Crump, C., Ioannidis, J. P. A., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Mortality in persons with mental disorders is substantially overestimated using inpatient psychiatric diagnoses. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1298-1303. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.05.034>

DRESS. (2018). Professions de santé et du social. Consulté 20 août 2019, à l'adresse http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr

Durkheim, E. (1897). *Le Suicide: Étude de sociologie*. Paris.

Dutta, R., Boydell, J., Kennedy, N., Van Os, J., Fearon, P., & Murray, R. M. (2007). Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder: A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37(6), 839-847. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000347>

Erlangsen, A., Andersen, P. K., Toender, A., Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Canudas-Romo, V. (2017). Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: A nationwide, register-based cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 4(12), 937-945. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30429-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30429-7)

Estryn-Béhar, M., Braudo, M.-H., Fry, C., & Guetarni, K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Consulté 20 août 2019, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-2-page-95.htm>Vous

Falcone, G., Nardella, A., Lamis, D. A., Erbutto, D., Girardi, P., & Pompili, M. (2017). Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. *World Journal of Psychiatry*, 7(3), 163-176. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.163>

Fanello, S., Paul, P., Delbos, V., Gohier, B., Jousset, N., Duverger, P., & Garre, J. B. (2002). Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Sante Publique, Vol. 14*(3), 263-273.

Fédération Française de Psychiatrie. (2000). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Présenté à Amphithéâtre Charcot Hôpital La Salpêtrière Boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS. Amphithéâtre Charcot Hôpital La Salpêtrière Boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS.

Fond, G., Lancon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : Une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*, 48(4), 365-375. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.12.004>

Fovet, T., Amad, A., Geoffroy, P. A., Messaadi, N., & Thomas, P. (2014). État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*, 90(5), 319. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0319>

Gardette, J. (2001). Analyse Durkheimienne du suicide : controverses méthodologiques et théoriques. *8*(1-2), 50-63.

Goldberger, N., Haklai, Z., Pugachova, I., & Levav, I. (2015). Suicides among persons with psychiatric hospitalizations. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *52*(1), 25-31.

Hardy, P. (2009). [Severe depression : morbidity-mortality and suicide]. *L'Encephale*, *35* Suppl 7, S269-271. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)73484-0](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73484-0)

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *170*(3), 205-228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>

Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Consulté 15 mai 2019, à l'adresse <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/excess-mortality-of-mental-disorder/45A4F4869523062F276342D48914BB53>

HAS. (2006). La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge. Consulté 4 août 2019, à l'adresse Haute Autorité de Santé website: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

HAS. (2015). Troubles bipolaires : Diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire. Consulté 11 août 2019, à l'adresse Haute Autorité de Santé website https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire

HAS. (2018). *Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023*.

HAS. (2018). *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques*.

Haut Comité de la Santé Publique. *Stratégie pour une politique de santé*. , (1992).

Haut Conseil de la Santé Publique. (2016). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Consulté 1 juillet 2019, à l'adresse <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

Hunt, I. M., Kapur, N., Robinson, J., Shaw, J., Flynn, S., Bailey, H., ... Appleby, L. (2006). Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188(2), 135-142. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.135>

Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., ... Bobes, J. (2017). Suicide, unemployment, and economic recession in Spain. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental*, 10(2), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>

InfoSuicide. (s. d.). Programme national France. Consulté 13 mai 2019, à l'adresse InfoSuicide website: <https://www.infosuicide.org/reperes/programmes/programme-national-france/>

INSERM. (2014). Dépression. Mieux la comprendre pour la guérir durablement. Consulté 11 août 2019, à l'adresse Inserm - La science pour la santé website <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>

INSERM. (2014). Schizophrénie. Consulté 11 août 2019, à l'adresse Inserm - La science pour la santé website: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>

Jehel, L. (2000). *Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité*. Présenté à La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Amphithéâtre Charcot Hôpital La Salpêtrière Boulevard de l'Hôpital - 75013 Paris.

Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R., & Lehtinen, V. (2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179, 498-502.

Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 132-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>

Kermisch. (2012). Vers une définition multidimensionnelle du risque. Consulté 2 juillet 2019, à l'adresse <https://journals.openedition.org/vertigo/12214#tocto2n2>

Kessing, L. V., Søndergård, L., Kvist, K., & Andersen, P. K. (2005). Suicide risk in patients treated with lithium. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 860-866. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.860>

Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3)

Khan, A., Faucett, J., Morrison, S., & Brown, W. A. (2013). Comparative mortality risk in adult patients with schizophrenia, depression, bipolar disorder, anxiety disorders, and attention-deficit/hyperactivity disorder participating in psychopharmacology clinical trials. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1091-1099. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.149>

Kim, W., Ki, M., Choi, M., & Song, A. (2019). Comparable Risk of Suicidal Ideation between Workers at Precarious Employment and Unemployment: Data from the Korean Welfare Panel Study, 2012-2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph16162811>

Kisely, S., Duerden, D., Shaddick, S., & Jayabarathan, A. (2006). *Collaboration between primary care and psychiatric services: does it help family physicians?* - PubMed - NCBI. 52(876), 7.

Ko, Y. S., Tsai, H.-C., Chi, M. H., Su, C.-C., Lee, I. H., Chen, P. S., ... Yang, Y. K. (2018). Higher mortality and years of potential life lost of suicide in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 270, 531-537. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.038>

Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 108-114.

Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2007). Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: A register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 899-907.

Lépine, J.-P., & Briley, M. (2011). *The increasing burden of depression*. (7 (Suppl 1)), 3-7.

Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>

Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). [In-patients suicide: Epidemiology and prevention]. *L'Encephale*, 36 Suppl 2, D83-91. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.06.011>

McHugh, C. M., Chun Lee, R. S., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 116, 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012>

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., ... Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 129-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.129>

Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., ... Mann, J. J. (2007). Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1364-1370 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091522>

Miller, B. J., Paschall, C. B., & Svendsen, D. P. (2006). Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1482-1487. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1482>

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. Consulté 19 juillet 2019, à l'adresse <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0051333>

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: A meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine*, 44(5), 909-917. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001621>

Ministères de la justice et des libertés, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. (2011). *Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*. 96.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006). *Évaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005*.

Ministère des Solidarités et de la Santé et de la Famille. (2005). *Plan santé mentale 2005-2008*.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2014). Reconnaître la crise suicidaire. Consulté 13 mai 2019, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/reconnaitre-la-crise-suicidaire>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016). La politique publique de prévention du suicide. Consulté 2 juillet 2019, à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé website: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/la-politique-publique-de-prevention-du-suicide>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie*.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, juillet 1). La stratégie nationale de santé 2018-2022. Consulté 1 juillet 2019, à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé website: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*. , (2011)

Moroge, S., Paul, F., Milan, C., Gignoux-Froment, F., Henry, J.-M., Pilard, M., & Marimoutou, C. (2014). Idées suicidaires aux urgences psychiatriques : Étude prospective comparant auto- et hétéro-évaluation. *L'Encéphale*, 40(5), 359-365. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.004>

Moron, P. (2000). *La crise suicidaire (Définitions et limites)*. Présenté à La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Amphithéâtre Charcot Hôpital La Salpêtrière Boulevard de l'Hôpital - 75013 Paris.

Mortensen, P., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet*, 355(9197), 9-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06376-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06376-X)

Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.113>

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... Laursen, T. M. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLOS ONE*, 8(1), e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>

Nuss, P. (2018). Rapport de l'enquête sur le burn-out chez les psychiatres. Consulté 28 août 2019, à l'adresse l'encéphale online website: <https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2018/Rapport-de-l-enquete-sur-le-burn-out-chez-les-psychiatres>

OCDE. (2019). État de santé - Taux de suicide. Consulté 26 juin 2019, à l'adresse the OECD website: <http://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1172-1181. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S.-M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1119-1126. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2017). Suicide Following Deliberate Self-Harm. *The American Journal of Psychiatry*, 174(8), 765-774. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111288>

OMS. (s. d.). Données et statistiques sur le suicide. Consulté 26 juin 2019, à l'adresse WHO website: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/

OMS. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*.

OMS. (2018). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Consulté 2 mai 2019, à l'adresse WHO website: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/

Organisation nationale du suicide. (2016). *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives* (N° 2).

ONS. (2018). *Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence* (N° 3).

Ösby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A., & Sparén, P. (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research*, 45(1), 2 [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00191-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00191-7)

Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>

Park, S., Kim, C. Y., & Hong, J. P. (2013). Unnatural Causes of Death and Suicide Among Former Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.018>

Phaneuf, J., Séguin, M. (1987). *Suicide : prévention et intervention - Guide à l'usage des intervenants*, Montréal Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.

Profil médecin. (2019, mai 20). Chiffres clés : Psychiatre. Consulté 20 août 2019, à l'adresse Profil Médecin website: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-psychiatre/>

Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: Identification and management in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>

Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39(2), 83-91. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00007-9](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00007-9)

Rutz, W., Wålinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., von Knorring, A. L., von Knorring, L., ... Aberg-Wistedt, A. (1989). An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(1), 19-26. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb09229.x>

Santé mentale. (2018). Des psychiatres en burn out. Consulté 20 août 2019, à l'adresse <https://www.santementale.fr/actualites/des-psychiatres-epuises.html>

Santé Publique France. (2019). Bulletin de santé publique Hauts-de-France. Conduites suicidaires. Consulté 13 mai 2019, à l'adresse <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Nord/Bulletin-de-sante-publique-Hauts-de-France.-Fevrier-2019>

Santé Publique France. (2019). Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé. Consulté 8 août 2019, à l'adresse [/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante](http://a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante)

Santé publique France. (2019). Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. Consulté 13 mai 2019, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>

Sarai, S. K., Mekala, H. M., & Lippmann, S. (2018). Lithium Suicide Prevention: A Brief Review and Reminder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 15(11-12), 30-32.

Sher, L. (2014). Men's mental health and suicide. *Psychiatr Dnub*, 26(3), 298.

Terra, J.-L., & Pacaut-Troncin, M. (2008). Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : Convergences et spécificités. *Perspectives Psy*, Vol. 47(4), 321-329.

Toffol, E., Hätönen, T., Tanskanen, A., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Joffe, G., ... Partonen, T. (2015). Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk

bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 183, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.055>

Vaiva, G., Plancke, L., Amariei, A., Demarty, A., Lardinois, M., Creton, A., ... Messiah, A. (2018). Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-PasdeCalais depuis l'implantation de Vigilans: Premières estimations. *L'Encéphale* 45 <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.006>

Vuagnat, A., Jollant, F., Abbar, M., Hawton, K., & Quantin, C. (2019). Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: A nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-10 <https://doi.org/10.1017/S2045796019000039>

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(6), 453-458 <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Walter, M. (2003). *La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention*. (45), 25-30.

Walter, M., & Tokpanou, I. (2003). Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(2), 173-178. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00026-X](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00026-X)

Walter, F., Carr, M. J., Mok, P. L. H., Antonsen, S., Pedersen, C. B., Appleby, L., ... Webb, R. T. (2019). Multiple adverse outcomes following first discharge from inpatient psychiatric care: A national cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(7), 582-589. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30180-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30180-4)

World Health Organization. (2001). Mental disorders affect one in four people. Consulté 25 juillet 2019, à l'adresse WHO website: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/

Liste des annexes

Annexe 1 : exemple d'un code d'analyse de survie sous SAS

Annexe 2 : exemple de grille d'entretien avec un professionnel de santé

Annexes

Annexe 1 : exemple d'un code d'analyse de survie sous SAS

```
/*Création d'une librairie permanente*/  
libname mopsy 'x:\chloe c\analyse_survie' ;  
run;  
  
/*Importation d'une base de données*/  
proc import datafile = 'x:\chloe c\mopsy.xlsx' out = mopsy.mopsy dbms = xlsx;  
run;  
  
/*Analyse de survie univariée */  
proc lifetest data=mopsy.mopsy outsurv=estimates intervals=0 to 600 by 1 plots=(lls);  
time duree_obs * DC_suicide(0);  
title 'Probabilité cumulée de décès par suicide';  
run;  
  
/*Analyse de survie bivariée */  
proc lifetest data=mopsy.mopsy outsurv=estimates intervals=0 to 600 by 1 plots=(lls);  
time duree_obs * DC_suicide(0);  
strata sexe';  
title 'Probabilité cumulée de décès par suicide selon le sexe';  
run;  
  
/*Modèle de Cox */  
proc phreg data=mopsy.mopsy ;  
class age sexe mesur_prot F2_inclu;  
model duree_obs * DC_suicide(1) = age sexe mesur_prot F2_inclu/risklimits;  
run;
```


Annexe 2 : exemple de grille d'entretien avec un professionnel de santé

Se présenter

Cadre de mon entretien : Réalisation d'un mémoire portant sur la prévention spécifique du suicide pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques (envisageable? souhaitable?)

+ présentation de l'entretien : lien suicide et troubles psychiatriques, prévention du suicide, présentation résultats

+ demande d'enregistrement

Présentation :

- Pourquoi vous vous êtes intéressés à la thématique du suicide ?
 - Votre parcours ?
 - Votre activité ?

Suicide et troubles psychiatriques :

- Pensez-vous que l'on puisse identifier un processus qui conduit les individus à se suicider ?
- Est-ce un processus différent qui va amener des personnes souffrant de troubles psychiatriques (ceux qui ont été diagnostiqués avec le code F de la CIM 10) à se suicider ?
- Littérature: présence ++ de troubles psychiatriques pour les personnes décédant par suicide : avez-vous des hypothèses ou une idée de ce qu'il fait qu'il semble avoir un lien entre troubles psychiatriques et suicide ?

Prévention du suicide :

- Quelles sont pour vous les actions de prévention qui vous semblent efficaces ou intéressantes ?
- Que pensez-vous de l'inclusion des médecins généralistes dans la prévention du suicide ? (Avez-vous déjà participé à des formations concernant le suicide ? Qu'en avez-vous pensé ?)
- Dans le cadre de votre travail, quelles sont les actions ou prises en charge que vous mettez en place ? (évaluation de l'efficacité)
 - *Pratiques*
 - *Utilisez-vous une prise en charge spécifique pour ces personnes qui diffère de vos autres patients ? Quelle est cette prise en charge ? Relation/coordination avec d'autres professionnels de santé (psychiatre ...) ?(Abordez-vous cette thématique du suicide avec ces patients ? Et si oui, comment ?)*

- *Evaluez-vous le risque suicidaire ? (Si oui, avec quels outils? Inclusion famille/ proches ?)*
- Pour vous quels sont les facteurs de risque et de protection qui méritent une attention particulière en termes de prévention du suicide ?
- Plans politiques :
 - Diriez-vous que la prévention actuellement mise en place intègre les personnes souffrant de troubles psychiatriques (Si oui: quelles sont-elles? Efficaces ? Suffisantes ?) ?
 - Pensez-vous que cela serait pertinent de se focaliser davantage sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques?
 - Pourquoi ?
 - Comment faudrait-il procéder ? (prévention spécifique, plutôt proportionnée, évaluation du risque suicidaire, utilisation d'outils (RUD))
 - Quelle prévention (primaire/secondaire/tertiaire) devrait être privilégiée ?
 - Pour vous, quels seraient les points sur lesquels il faudrait se focaliser concernant ce public cible ?
 - Concernant les personnes avec troubles psychiatriques qui ont été hospitalisées (et pas forcément pour TS), on peut considérer que pendant l'hospitalisation elles sont assez protégées. Mais une fois qu'elles sont sortantes, devrait-il avoir un protocole particulier ? qui devrait intervenir en ville ?
- Que pensez-vous de la prévention du suicide actuellement mise en place en France ?

DISCUSSION RESULTATS

- Plusieurs analyses de survie avec différentes variables (sexe, âge, situation familiale, situation professionnelle, mesure de protection, présence de diagnostics, nombre d'hospitalisations, nombre total de jours passés en hospitalisation, hospitalisation la plus longue, mode légal d'hospitalisation) permettant de visualiser s'il y a un effet de ces variables sur le suicide. Pas grand chose ne ressort excepté le fait d'appartenir au sexe masculin, diagnostic F3 (troubles de l'humeur) et la mesure de protection. Qu'en pensez-vous ? Etonnant ? Hypothèses?
- On retrouve cependant des résultats un peu atypiques : une tendance de protection des troubles psychotiques et de manière significative, les personnes sans activité pro se suicident moins. Qu'en pensez-vous ?
- Surmortalité pour notre population (risque 15 fois supérieur, surmortalité 2 fois supérieure pour les femmes) et principalement chez les femmes de 18-34 ans: qu'en pensez-vous ? Avez-vous une hypothèse expliquant ce phénomène ?

Aimeriez-vous aborder un point particulier que nous n'avons pas évoqué au cours de cet entretien ?

| | | |
|--|--------------|-------------------|
| Coton | Chloé | 17/09/2019 |
| Master 2 Promotion de la santé et prévention | | |
| Une prévention spécifique du suicide pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques : quelle pertinence ? | | |
| Promotion 2018-2019 | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Les personnes touchées par des troubles mentaux sont près de 450 millions dans le monde. C'est une population qui est très vulnérable avec une mortalité 2 à 6 fois supérieure à celle de la population générale. Cette surmortalité est marquée pour les causes externes de décès. Parmi ces causes externes, le suicide représente à lui seul 40 % des décès chez cette population. Aujourd'hui, le suicide est devenue une priorité de santé publique majeure dans le monde. Le suicide touche 800 000 personnes par an dans le monde dont une part importante des suicidés présentaient des troubles psychiatriques. Par ailleurs, les actions et dispositifs mis en place ne concernent pas spécifiquement les personnes souffrant de ces troubles. Ainsi la problématique de cette mémoire porte sur la pertinence d'une prévention spécifique auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques.</p> <p>Le premier objectif de cette étude a été de révéler l'enjeu épidémiologique de se consacrer à cette population spécifique. Pour cela, il a été mesuré le risque de décéder par suicide chez les patients majeurs ayant connu un séjour en service de psychiatrie. Et il est également question de mesurer le surrisque de suicide par rapport à la population générale de la zone d'étude qui est ici les Hauts-de-France. Le second objectif consistait en une enquête exploratoire auprès d'experts afin d'évaluer de la pertinence d'élaborer une prévention davantage spécifique à cette population.</p> | | |
| <p>Mots-clés : suicide, hospitalisation, prévention spécifique, troubles psychiatriques</p> | | |
| <p><small>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</small></p> | | |