

Recommandations pour
développer un

Plan d'action pour la prévention du suicide



Réseau de professionnels qui travaillent pour l'intégration des soins de santé mentale

Avril 2016

Membres du Réseau Soma&Psy:



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC



Travail conduit par :

Raquel Carrera, technicienne de qualité du Consorci Hospitalari de Vic

Judit Pons, infirmière psychiatre du Consorci Hospitalari de Vic

Avec la participation de :

André Daetwyler, infirmière psychiatre de la Fondation de Nant

Vanessa Barneda, médecin adjoint d'urgences psychiatriques du Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Carlos Carmona, psychiatre coordonnateur du Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Édité et géré par :

INDEX

1. Introduction	4
2. Objectif	5
3. Méthodologie	6
4. Contexte	7
Le suicide en chiffres	7
L'effet de la crise économique sur la hausse des suicides	10
Causes principales de suicide et facteurs de risque	12
5. Recommandations pour un plan de prévention du suicide	13
I - Détection et identification des cas	13
II- Identifier les zones d'amélioration grâce à l'analyse des décès par suicide	15
III - Identification et mise en œuvre d'actions concrètes de prévention, rattachement et traitement des patients	18
IV- Formation des professionnels et d'autres agents de soins directs impliqués	24
V - Sensibilisation et création d'une culture interne	25
VI - Prise en charge des survivants	27
VII - Promotion de la recherche sur la prévention du suicide	28
6. Liste de recommandations	29
7. Bibliographie	32
8. Annexe	35
Annexe I : Mort judiciaire par suicide, Consorci Hospitalari de Vic	35
Annexe II : Feuille d'enregistrement : suicide effectif dans la region d'Osona, Consorci Hospitalari de Vic	36
Annexe III : Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires, Fondation de Nant	39
Annexe IV : Modèle d'autopsie psychologique, Parc Sanitari Sant Joan de Déu	41

1. INTRODUCTION

Le Réseau Soma&Psy est une communauté internationale constituée par des organisations qui ont en commun la volonté d'offrir des services intégraux pour les soins en santé mentale. Actuellement, en font partie la Fondation de Nant, le Parc Sanitari Sant Joan de Déu, le Consorci Hospitalari de Vic et le Centre Psychiatrique Saint-Bernard. Le Réseau a pour but de promouvoir le débat et l'action pour l'intégration entre les différents services de santé, sociaux et d'autres domaines, comme l'éducation ou la justice, qui interviennent dans les soins intégrés des personnes atteintes de maladies mentales.

Le Réseau Soma&Psy mène plusieurs activités de façon continue par le biais de trois versantes: un portail web de contenus de qualité qui tournent autour de l'intégration des soins en santé mentale ; groupes de discussion online entre des professionnels qui débattent et partagent des expériences sur des sujets d'intérêt en santé mentale ; et un Colloque International annuel adressé aux professionnels et aux intéressés aux soins de santé mentale.

Ce document est le résultat du premier sujet de discussion des groupes de travail online sur le portail web Soma&Psy. Le sujet a été choisi à partir des posters scientifiques les plus appréciés qui ont été présentés lors du III Colloque International Soma&Psy, tenu au mois d'octobre 2015 à Barcelone.

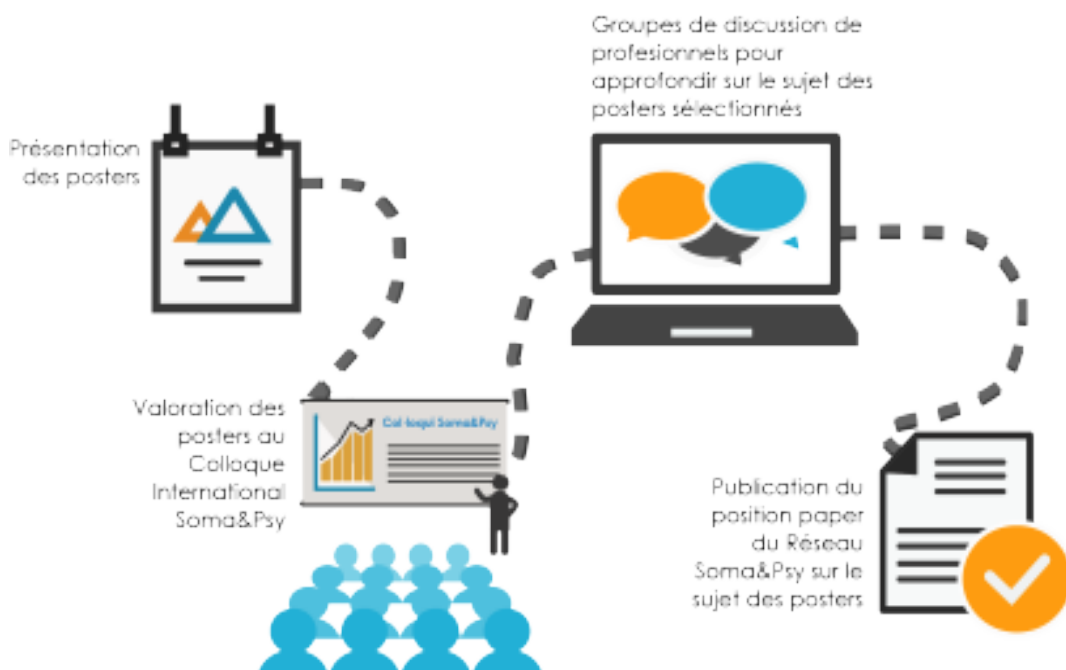
Avec la publication de ce plan d'action, les institutions du Réseau Soma&Psy s'engagent à mettre en œuvre chacune des recommandations détaillées dans le plan d'action pour améliorer les actions des différents centres dans la prévention du suicide des adultes et pour avoir plus d'outils pour encourager et promouvoir la recherche sur ce sujet dans ces centres et faire le suivi des résultats de sa mise en œuvre.

Les institutions du Réseau Soma&Psy s'engagent à mettre en œuvre
chacune des recommandations détaillées dans le plan d'action

2. OBJECTIF

Le plan d'action pour la prévention du suicide est un outil conçu aussi bien pour les professionnels médicaux des institutions membres du Réseau Soma&Psy que pour les autres professionnels de première ligne intéressés par l'amélioration des actions pour prévenir le suicide des adultes dans les centres. Ce plan est proposé comme un modèle avec des axes d'intervention, qui apporte sécurité aux professionnels et qui contribue à une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués.

L'objectif principal est de réduire la mortalité par suicide dans les territoires sur lesquels chaque organisation agit et de déterminer les aspects essentiels de prévention qui peuvent s'articuler depuis l'activité professionnelle. De façon complémentaire, l'objectif spécifique de ce document est d'établir des dynamiques pour prévenir les conduites suicidaires des populations de référence des institutions membres de Soma&Psy et pour intervenir de façon efficace et effective depuis les différents domaines concernés.



3. MÉTHODOLOGIE

Ce plan d'action a été élaboré à partir des expériences, des connaissances et du débat organisé online sur le portail web de Soma&Psy, auquel les professionnels des institutions du Réseau Soma&Psy ont participé : la Fondation de Nant, le Parc Sanitari Sant Joan de Déu et le Consorci Hospitalari de Vic.

Deux professionnels du Consorci Hospitalari de Vic ont coordonné les questions débattues online par les participants. Ces questions étaient distribuées en quatre blocs actualisés de façon hebdomadaire avec les nouvelles contributions des professionnels qui disposaient aussi d'une bibliographie de référence pour faire leurs commentaires.

Ce document a été élaboré à partir de leurs contributions et des sources de référence et il est constitué de deux parties : une première partie de contextualisation sur le suicide et une deuxième partie plus large sur les recommandations à mettre en œuvre pour améliorer les pratiques relatives à :

- La détection des cas
- Détecter les domaines d'amélioration à partir de l'analyse des décès par suicide
- Identifier et assurer le rattachement et le traitement des patients
- La formation des professionnels
- La sensibilisation autour du suicide
- La prise en charge spécifique des survivants
- La promotion de la recherche dans le domaine de la prévention du suicide

4. CONTEXTE

Le suicide est le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux. Il est difficile d'expliquer la raison pour laquelle certaines personnes décident de se suicider, alors que d'autres, dans une situation similaire ou encore pire, ne le font pas. Pourtant, la plupart des suicides peuvent être évités.

Le suicide est devenu un problème majeur de santé publique dans tous les pays. Former le personnel des soins de santé primaire et des soins spécialisés à identifier, évaluer, traiter et maintenir la personne suicidaire dans la communauté, est une étape essentielle dans la prévention et le traitement du suicide.

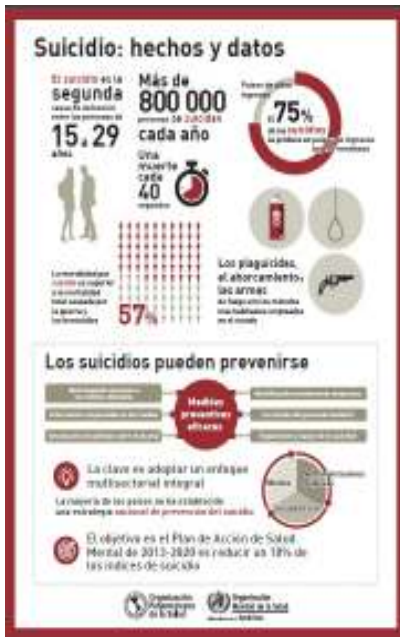
Le poids du suicide peut être estimé en termes de DALY (années de vie ajustées sur l'incapacité). Selon cet indicateur de l'OMS (1), en 1998¹ le suicide représentait 1,8% du total de la charge des maladies au niveau mondial, avec des variations selon les pays : 2,3% dans les pays à revenu élevé et 1,7% dans les pays à faible revenu. Ce poids est égal à celui provoqué par les guerres et les homicides, et il représente presque le double du poids lié au diabète.

Dans l'ensemble des stratégies de soins pour répondre à la complexité du suicide, il faut également inclure les soins psychologiques destinés aux personnes proches car ce sont des survivants susceptibles de développer des troubles mentaux et de troubles fréquents liés au stress post-traumatique.

Le suicide en chiffres

Selon l'OMS, en 2012 il y a eu 804 000 décès par suicide, soit un taux de 11,4 suicides pour 100 000 habitants (15,0 chez les hommes et 8,0 chez les femmes). Enregistrer les données de suicide est un processus complexe qui englobe plusieurs autorités. Cependant, dès que le suicide est devenu un aspect sensible de santé, et même illégal dans certains pays, il est très probable que ce taux soit

1. Il n'existe pas de données plus récentes de l'OMS sur le fardeau du suicide en termes de DALY.



Infographie sur le suicide de l'Organisation Mondiale de la Santé

supérieur. Dans les pays où les données sont enregistrées, les cas de suicide peuvent être classifiés comme des décès accidentels ou autres. Dans les pays où les données de décès ne sont pas vérifiées, les suicides ne sont pas comptabilisés.

Dans ce document, les données relatives au suicide des trois pays dont les institutions du Réseau Soma&Psy sont originaires (Espagne, Suisse et Belgique) sont analysées.

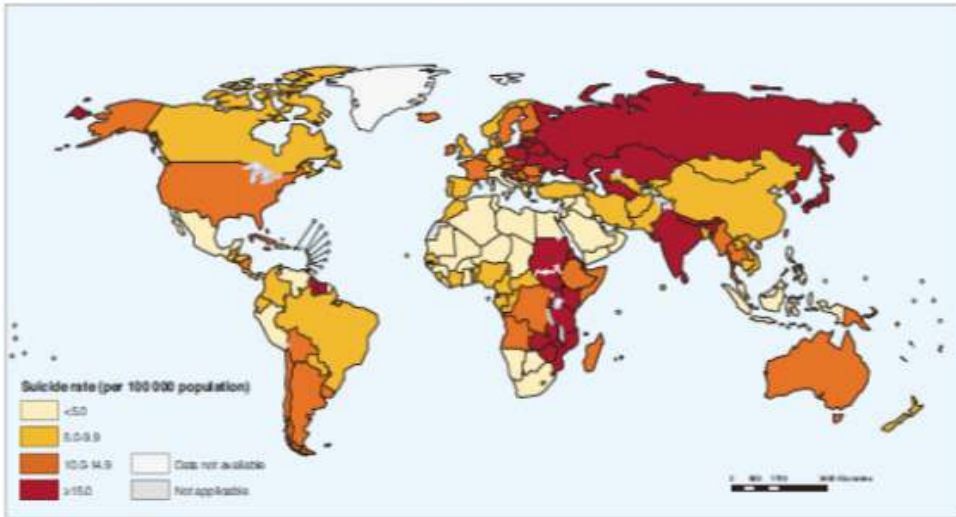
En Catalogne, trois décès par suicide sur quatre touchent des hommes (76,6%). Selon l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya(2), les taux d'hospitalisation par tentatives de suicide ont augmenté au cours de la période 2005-2012 aussi bien chez les hommes (de 16,9% à 17,9%) que chez les femmes (22,2 à 26,7%).

Selon l'Observatori, une grande partie de l'augmentation du taux de mortalité par suicide s'explique par l'augmentation de l'âge active (emploi) de 40 à 60 ans.

En 2013 en Catalogne, 544 personnes sont décédées par suicide, cela représente exactement le double des décès par accident de la route dans la même année (4). En 2013 le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les catalans entre 25 et 44 ans et la troisième cause de mortalité évitable (6).

Selon les estimations, le nombre de personnes qui tentent de se suicider est de 10 à 20 fois plus élevé que celui de suicides consommés. Les personnes ayant fait une tentative de suicide sont plus susceptibles de recommencer et de le consommer.

Le suicide est un problème complexe, pour lequel il n'y a pas de cause unique ou de raison unique



Taux de suicide standard pour 100 000 habitantes. Source : OMS, 2012

Ainsi, 40% des suicides sont précédés d'au moins une tentative de suicide. Nonobstant, des recherches supplémentaires sont recommandées à cet égard. Les coûts économiques associés à l'utilisation des systèmes de santé, ainsi que la détresse médicale et émotionnelle des patients et de leurs familles, rendent nécessaires des recherches exhaustives sur la conduite suicidaire (7,8,9,10).

Dans l'ensemble d'Espagne, un total de 3 870 personnes sont décédées en 2013, 22% plus que les 3 158 cas de 2010 (3). Celle-ci est la première cause de mortalité non-naturelle en Espagne, loin devant les accidents de la route. Cependant, Espagne est parmi les pays avec le plus faible taux de suicide, avec une moyenne de 7 suicides par 100 000 habitants. L'incidence du suicide augmente avec l'âge, en particulier à partir des 65 ans et chez les hommes célibataires, divorcés ou veufs.

En Suisse, entre 1% et 2% des décès sont dus au suicide. 10% de la population a tenté de se suicider au cours de sa vie. Chaque année, entre 1 300 et 1 400 personnes (4) décèdent par suicide (aprox. 1 000 hommes et 400 femmes), ce qui représente une incidence de 19,1 suicides pour 100.000 habitants. Ces chiffres inscrivent Suisse parmi les pays avec un taux de suicide supérieur à la moyenne européenne, après la Russie, la Hongrie, la Slovénie, la Finlande, la Croatie, et avec un taux similaire à celui de la Belgique et de la France.

En Belgique, chaque année 2 000 personnes décèdent par suicide. Le suicide est la première cause de mortalité parmi les personnes âgées entre 25 à 34 ans et la deuxième cause chez les personnes âgées entre 15 à 24 ans, derrière les accidents de la route.

L'effet de la crise économique sur la hausse des suicides

La santé mentale a été le domaine le plus sensible aux changements économiques de la crise économique actuelle. Il y a des données qui mettent en relation (4) les coupes dans la santé et la crise économique avec la hausse des suicides. Dans certains pays de l'Union Européenne il y a eu une hausse considérable de suicides, laquelle a souvent inversé une tendance à la baisse, et parfois a mis en évidence une augmentation de la prévalence des troubles mentaux.

Une étude menée en 2013 (10) présente une analyse faite grâce au croisement des données sur le suicide, de l'OMS et du Centre pour le Contrôle et la Prévention de Maladies des États-Unis, et les chiffres du chômage et du PIB du Fonds Monétaire International. L'étude montre une corrélation entre l'augmentation du taux de suicide et des niveaux élevés de chômage, en particulier dans les pays ayant eu auparavant (2007) un faible taux de chômage. Au cours de l'année suivant le krach bancaire de 2008, le nombre de suicides a augmenté de 3,3%, selon cette étude menée dans 54 pays. Depuis le début de la crise économique, le taux de suicide en Europe a augmenté de 6,5% et il s'est maintenu jusqu'en 2011.

Malgré cela, les résultats des études sur l'impact de la crise économique sur le suicide ne sont pas concluants. Des études ont montré qu'il y a un lien significatif entre les facteurs économiques et le suicide, surtout en ce qui concerne le chômage (14,15,16), et il a été prouvé qu'investir dans des programmes d'occupation (plus de 190 dollars pour personne et par an) et d'autres aspects de protection sociale et du travail, minimisent cette corrélation (17).

Les résultats des études sur l'impact de la crise économique sur le suicide ne sont pas concluants

Il a été également constaté que, malgré le rapport entre chômage et taux de suicide, il faut le considérer comme un facteur de confusion, puisque le chômage peut entraîner une augmentation de la consommation d'alcool et la recrudescence de divorces, deux facteurs également liés au suicide (18).

Les relations de faible qualité, les conflits interpersonnels et la séparation et/ou le divorce sont des facteurs qui souvent accélèrent les conduites suicidaires. Il a été prouvé que les relations affectives jouent un rôle important dans le développement et l'exacerbation de l'idéation suicidaire, les tentatives et les suicides consommés. Les ruptures et les relations de faible qualité deviennent un facteur de risque important pour l'apparition d'une conduite suicidaire, et la perte du partenaire (par divorce ou veuvage), et sont associées à une augmentation des suicides (16,19).

Une étude sur les tentatives et l'idéation suicidaire avant et après la crise (2001-2002 et 2011-2012) mène à la conclusion qu'il n'y a pas de différence (19). Une autre étude, au contraire, signale une augmentation de 1,21% de suicides lorsque le taux de chômage augmente de 10%, mais sans aucun lien significatif (20). Néanmoins, une étude récente (13) a démontré que la baisse de la croissance économique et l'augmentation du chômage ont un effet négatif sur le taux de suicide. Ainsi, en 2013 le suicide a provoqué une perte de 38 038 années potentielles de vie active (travail) en Espagne.

En Catalogne, il n'y a pas de statistique significative sur l'augmentation du taux de suicide depuis 2010, mais il existe une augmentation évidente chez les femmes âgées entre 16 et 64 ans et résidant dans des communes urbaines (de plus de 10 000 habitants). Il a été recommandé de prendre en compte le nombre d'habitants par commune, l'âge et le sexe dans les études à venir. D'autres suggèrent que les taux de suicide chez les jeunes sont plus élevés dans les zones rurales.

Causes principales du suicide et facteurs de risque

Les personnes qui tentent de se suicider essaient généralement de s'éloigner d'une situation de la vie qui semble impossible à gérer.

Les conduites suicidaires peuvent se produire à cause d'une situation ou d'un fait que la personne perçoit comme étouffant, tels que : le vieillissement (les personnes âgées présentent le taux de suicide le plus élevé) ; le décès d'un être cher ; la consommation de drogues ou d'alcool ; un traumatisme émotionnel ; une maladie physique grave ; ou le chômage ou les problèmes financiers. La plupart des tentatives de suicide n'aboutissent pas. Un grand nombre de ces tentatives sont réalisées de manière non létale, une façon de demander de l'aide. La plupart des personnes qui tentent de se suicider cherchent à être soulagées de : se sentir honteux, coupables ou comme un fardeau pour les gens ; se sentir une victime ; ou sentiments de rejet, de perte ou de solitude.

Ces comportements suicidaires les souffrent souvent les personnes qui ont plusieurs facteurs de risque tels que : un trouble bipolaire ; un trouble limite de la personnalité ; la dépression ; consommation d'alcool ou de drogues ; un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ; et la schizophrénie.

Dans la population adolescente, il y a des facteurs de risque spécifiques tels que : l'accès à des armes à feu, le suicide d'un membre de la famille ou des antécédents d'auto-blessure délibérée. Selon une étude publiée dans la revue *Journal of Adolescent Health* (28), le surpoids est devenu un des principaux facteurs de risque de suicide parmi les écoliers.

La plupart des tentatives de suicide n'aboutissent pas. Un grand nombre de ces tentatives sont réalisées de manière non létale, une façon de demander de l'aide

5. RECOMMANDATIONS POUR UN PLAN DE PRÉVENTION DU SUICIDE



I - Détection et identification des cas

Quel est le problème qui mène les adultes au suicide ou à une tentative ? Définir le problème de la conduite suicidaire grâce à la collecte systématique des données est la clé pour pouvoir activer des actions d'amélioration et des interventions spécifiques pour la prévention. Pour cette raison, il est primordial de disposer d'informations fiables et précises sur le nombre réel de décès par suicide et sur les patients à risque.

Selon l'OMS, malgré l'enregistrement des décès, il n'existe pas une méthode standardisée de collecte des données sur les tentatives de suicide qui soit reconnue au niveau international. Il est donc nécessaire de considérer plusieurs aspects méthodologiques lorsque les données des différentes juridictions sont comparées.

En Espagne, par exemple, les chiffres sur les décès par suicide sont analysés par l'Instituto Nacional de Estadística et, en Catalogne, par l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Souvent, ces données sont présentées de manière agrégée et tardive, ce qui ne permet pas d'analyser les cas concrets et de chercher des options d'amélioration dans le centre de santé ou sur le territoire de référence.

Par conséquent, il est essentiel de mettre en place des mécanismes de veille en partant des accords établis entre les centres du Réseau Soma&Psy et les entités officielles de la zone concernée et qui déterminent les causes de décès grâce à la médecine légale². Cette collaboration a pour but de mettre à disposition les données réelles des décès par suicide du territoire de référence, car elles sont une source d'information fiable qui permettra de disposer des cas concrets de décès par suicide et de l'information minimale suffisante pour pouvoir analyser le niveau d'attention accordée par les institutions du Réseau Soma&Psy.

2. En Catalogne, le département de médecine légale chargé de déterminer les causes de décès est l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC).

Indépendamment du fait que chaque organisation soit structurée selon son environnement, la convention établie avec l'organisme de médecine légale officiel doit concrétiser ses objectifs, les professionnels impliqués dans la conception et l'exécution de la collaboration établie et les aspects légaux et procéduraux (propriété intellectuelle, durée de validité et modification de la convention, règlement des conflits, etc.). Il est essentiel que la convention établisse les critères et les conditions qui devront se suivre pour le transfert de l'information. Dans ce sens, il est important de déterminer qui le fera, quels instruments et rapports seront utilisés, quand l'échange d'information sera fait et par le biais de quel canal.

Au-delà de l'information par voie officielle, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de surveillance parallèles pour garantir que 100% des cas de décès par suicide sont détectés. Les cas peuvent être détectés par le biais de :

- ◀ Les autopsies psychologiques ou les médecins de famille : ils peuvent informer sur les absents par voie officielle.
- ◀ L'analyse de la mortalité dans le centre, dans le cas de centres avec internement : les cas de décès peuvent être détectés au bout de quelques jours à la suite d'une tentative de suicide sans autopsie judiciaire ultérieure.
- ◀ Les informations fournies par l'entourage familiale : les professionnels qui sont avertis par les membres de la famille et en réfèrent le service concerné, chargé d'activer le programme de prévention de suicides.
- ◀ Le programme de suivi des tentatives : ce programme permet d'identifier certains décès et, à posteriori, clarifier la cause du décès (suicide ou autre).

Recommandation 1

Mettre en place des mécanismes parallèles de surveillance capables de garantir que 100% des cas de décès par suicide sont détectés :

- Des conventions de collaboration entre les centres et les services officiels de la zone concernée, pour pouvoir disposer des données réelles de décès par suicide.
- Des mécanismes de surveillance parallèles qui permettent de garantir la détection de 100% des cas de décès par suicide.



II - : Identifier les zones d'amélioration grâce à l'analyse des décès par suicide

Bien que l'autopsie psychologique soit considérée comme la meilleure méthode d'étude du suicide consommé, les données sur les troubles mentaux liés aux suicides sont sujettes aux détours produits par le recueil rétrospectif des données. Quelques exemples sont : la tendance à attribuer des troubles mentaux aux personnes qui recourent au suicide, les renseignements conditionnels apportés par l'entourage familial qui cherche une explication au suicide et/ou, dans certains cas, le recueil des informations des parents non-directs de la victime (24,25).

Selon l'OMS, afin de pouvoir analyser les cas de décès par suicide et chercher les zones d'amélioration, il est nécessaire d'avoir, au minimum, les informations sûres : les caractéristiques démographiques de la personne décédée ; les mécanismes/armes impliqués dans la mort ; des déclarations des témoignages ; ou des lettres d'adieu.

Le responsable d'informer du cas de décès par suicide doit communiquer par écrit (par papier, on-line ou base de données directe), les caractéristiques du cas, en se conformant toujours à la législation en vigueur de protection des données personnelles³.

Au niveau organisationnel, une étape essentielle est d'établir le circuit d'actuation une fois reçue la notification de l'affaire. Il conviendra alors de déterminer :

- ◀ Dans quelle dynamique de travail du centre seront intégrés l'analyse et le suivi des cas (ex. Unité de qualité, Service de Santé Mental, groupe de mortalité, etc.).
- ◀ Quels sont les objectifs fixés ? Par exemple, identifier des options d'amélioration et d'éventuelles erreurs ou omissions, proposer des solutions et assurer le suivi de ces propositions.
- ◀ Quelle dynamique interne de travail sera mise en place ?
 - ◀ Chercher si la personne avait été prise en charge par le centre. Dans l'affirmative, il faut analyser soigneusement le cas (déterminer s'il est nécessaire d'analyser l'ensemble

3. Voir, comme exemple, la fiche de communication utilisée par le Consorci Hospitalari de Vic (Annexe 1).

- ◀ Déterminer qui vérifie , qu'est-ce qu'il vérifie, quand il le vérifie, etc.
- ◀ Analyser si la personne avait été prise en charge dans les six mois précédents, par un autre service (urgences, oncologie, etc.), et déterminer qui s'en charge et comment procéder (fiche, texte libre).
- ◀ Mise en place du flux de travail retenu : quoi, qui, comment, chronologie, etc.
- ◀ Modèle de suivi des résultats : qui les exploitera, où seront-ils introduits, qui se chargera de l'analyse conjointe du fonctionnement, etc.
- ◀ Déterminer la structure du rapport d'analyse et la périodicité des livrables et le destinataire du rapport : directeurs, professionnels, etc.⁴
- ◀ Analyser si le risque de suicide avait été détecté ou non :
 - ◀ Détection de risque positive : analyser si les actions/techniques validées par la littérature scientifique ont été menées. Si les actions/techniques sont inadéquates, il faut identifier concrètement et évaluer le problème.
 - ◀ Non-détection de risque : proposer des actions d'amélioration, si nécessaire (formation professionnelle, coordination primaire, protocoles/niveaux pour évaluer le risque de suicide, etc.).

Au niveau institutionnel, lorsque des réformes infrastructurelles seront menées dans le centre, il faudra effectuer une évaluation préalable du risque de suicide, en proposant les actions préventives correspondantes, conditionnées par les lois et les réglementations infrastructurelles en vigueur dans les différents pays. En règle générale, il faudra considérer l'habilitation des boxes d'urgences pour placer les patients à risque de suicide, et l'élimination de tous les éléments de risque (barres séparatrices d'espaces, surfaces tranchante, éléments de risque tels que les bourses, etc.), la

4. Voir l'annexe 2. Fiche spécifique d'analyse utilisée par le Service de Santé Mentale du Consorci de Vic.

révision des différents éléments structurels des unités d'hospitalisation en général et, en concret, celle de la santé mentale afin d'assurer la non-existence d'éléments de risque (plafond non-fixe, fermeture des fenêtres, etc.) ; et la révision et la protection des zones de risque communes, telles que les fenêtres des chambres (ouverture limitée) et les escaliers intérieurs (protection avec des câbles d'acier). révision des différents éléments structurels des unités d'hospitalisation en général et, en concret, celle de la santé mentale afin d'assurer la non-existence d'éléments de risque (plafond non-fixe, fermeture des fenêtres, etc.) ; et la révision et la protection des zones de risque communes, telles que les fenêtres des chambres (ouverture limitée) et escaliers intérieurs (protection avec des câbles d'acier).

Il faut également prévoir les parcours de soins à mettre en œuvre, en accord avec les preuves scientifiques pour pouvoir assurer la détection et les soins des patients à risque. Pour cette raison, il est nécessaire pour l'organe de direction correspondante d'établir une équipe de professionnels responsables des actions, de l'équiper structurellement et de veiller à son fonctionnement.

Recommandation II

Mettre en œuvre des mécanismes et des processus intensifs qui facilitent l'analyse des décès par suicide et l'amélioration des plusieurs domaines de l'organisation pour :

- Déterminer dont l'analyse des décès par suicide est alignée à la stratégie ou au fonctionnement du centre.
- Définir le modèle de fonctionnement selon une méthodologie d'amélioration continue : PDCA (plan, do, check, act), et aussi mettre en place un modèle/template de consignes où il est expliqué le fonctionnement et le diagramme du flux d'informations pour analyser les cas de décès par suicide.
- Définir comment les cas seront analysés, les aspects à évaluer, le professionnel qui le fera, etc.
- Adapter les infrastructures afin qu'elles soient sûres pour prévenir les suicides dans les centres.



III - Identification et mise en œuvre d'actions concrètes de prévention, rattachement et traitement des patients

Une source d'information importante sur les taux de tentative de suicide sont les dossiers médicaux d'auto-blessures des services d'urgences, ambulatoires ou d'autres centres de santé.

Les estimations des taux de suicide issues des rapports médicaux des hôpitaux peuvent être peu précises si les hôpitaux sélectionnés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des hôpitaux du territoire, ou si une proportion importante des tentatives de suicide sont prises en charge dans des cliniques locales ou dans des centres de santé primaires et, par conséquent, elles ne sont pas assurées dans les hôpitaux. En outre, les taux des personnes qui ont tenté de se suicider et ont reçu un traitement sont soumis à l'influence du processus d'enregistrement de chaque centre de santé, ce qui d'après l'OMS, peut entraîner :

- ◀ La non-distinction entre les individus et les périodes de traitement (les individus qui ont tenté de se suicider plus d'une fois pourraient être dupliqués dans les registres).
- ◀ La non-exclusion des personnes décédées soit à l'hôpital pendant leur traitement pour tentative de suicide, soit chez-elles à la suite de leur sortie de l'hôpital (ce qui, par conséquent, ne peut pas être considéré comme une tentative de suicide).
- ◀ La non-distinction entre les personnes avec des auto-blessures en lien avec le suicide, et celles commises sans l'intention de se suicider.
- ◀ L'exclusion des individus pris en charge aux urgences mais qui sortent ensuite sans avoir fait l'objet d'une admission à l'hôpital.
- ◀ Les individus admis directement à l'hôpital, sans passer par le service d'urgences.
- ◀ L'absence d'enregistrement de la méthode utilisée dans la tentative de suicide (ce qui impossibilite l'évaluation et le classement des méthodes de suicide).
- ◀ Les tentatives de suicide enregistrées comme des accidents en raison de la stigmatisation, le manque de connaissances sur les comportements suicidaires ou en raison d'éventuelles complications juridiques qui pourraient survenir.

Selon l'OMS, les interventions fondées sur les faits pour la prévention du suicide sont organisées dans un cadre théorique qui distingue entre les interventions universelles, sélectives et prescrites (25,26).

- ◀ Stratégies de prévention universelle : conçues pour atteindre toute la population afin de maximiser la santé et réduire le risque de suicide. Simplification de l'accès à la prise en charge, augmentation de l'accès aux soins, renforcement des processus de protection et des aides sociales, modification de l'environnement physique.
- ◀ Stratégies de prévention sélective de groupes vulnérables : conçues dans une population cible et en tenant compte des caractéristiques spécifiques comme l'âge, le sexe, le statut professionnel ou les antécédents familiaux.
- ◀ Stratégies indiquées dans la prévention : conçues pour les personnes vulnérables dans une population qui ont manifesté une volonté de se suicider ou qui ont déjà fait de tentative de suicide.

Compte-tenu des multiples facteurs qui sont impliqués et des chemins différents qui mènent à la conduite suicidaire, les efforts de prévention du suicide exigent une vaste approche multisectorielle impliquant les différents groupes populationnels, les risques et les contextes au cours de la vie.

Ainsi, en tant qu'institutions du Réseau Soma&Psy, nous considérons comme population à risque :

- ◀ Les patients atteints de troubles mentaux (90% des patients décédés par suicide souffraient d'un trouble mental).
- ◀ Les personnes ayant fait auparavant une tentative de suicide (50% des patients décédés par suicide avaient déjà des antécédents de récurrence).

Au niveau individuel chez les patients souffrant de troubles mentaux, les interventions à souligner sont : assurer les soins et le lien des patients atteints de trouble mental et offrir le traitement approprié pour la maladie de base : codification des patients avec un diagnostic mental grave avec le Programme de Soins Spécifiques (sont les patients avec un diagnostic TMS (trouble mental

sévère) plus sévère) afin de maintenir >95% des patients en lien (au moins une visite par an). Il faut également une coordination avec les soins primaires afin d'améliorer le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. Dans ce sens, un exemple serait l'implantation de l' « Itinéraire de la Dépression » : le personnel de soins primaires a reçu une formation dans la détection et l'intervention de conduites suicidaires.

En suivant l'itinéraire de la dépression, les patients commentés en interconsultation, sont transférés au centre de santé mentale ou aux urgences hospitalières après un examen médical et une évaluation préalable au centre de soins primaires. La détection de personnes à risque suicidaire dans les soins primaires est clé, puisque 75% des patients décédés par suicide avaient été pris en charge dans les soins primaires l'année précédente, et 45% le mois précédent. En ce sens, la détection se fait par :

- ◀ Promouvoir la mise en œuvre des aspects clés du parcours de soins de la dépression majeure, au niveau des soins primaires :
 - ◀ Détection : examiner soigneusement
 - ◀ Diagnostic correct : connaître la prévalence
 - ◀ Évaluation des critères de sévérité :
 - ◀ Risque de suicide
 - ◀ Symptômes psychotiques
 - ◀ Traitement interdisciplinaire
 - ◀ Ateliers psychoéducatifs-formation des infirmières du personnel soignant (infirmières) pour le traitement non-pharmacologique
 - ◀ Évaluation du risque social (travail social)
 - ◀ Traitement pharmacologique
 - ◀ Transfert au spécialiste des cas modérés résistants et sévères

Il est primordial de détecter les patients ayant fait de tentative de suicide afin d'assurer un suivi et un traitement appropriés. Les stratégies de détection seront différentes selon le territoire :

- ◀ Développement de services de liaison (psychiatrie de liaison dans un centre somatique), ce qui nous amène, par conséquent, à améliorer la présence de la santé mentale dans les centres somatiques. Néanmoins, il s'agit d'un travail constant qui doit être répété, notamment dans les centres somatiques, en tenant compte du taux de rotation du personnel important. Il est important de mettre en place une collaboration systématique avec le service des urgences de l'hôpital somatique de la région (avant même de développer l'activité de liaison décrite précédemment), afin que toute tentative de suicide qui arrive aux urgences nous soit communiqué.
- ◀ Registre des tentatives aux urgences par le psychiatre de garde. Les patients pris en charge aux urgences de l'hôpital de référence arrivent à l'hôpital par différentes voies : soit parce qu'ils ont été transférés par les médecins de soins primaires, soit par le programme de soutien aux soins primaires. Dans le dossier médical, un onglet y est activé pour enregistrer les tentatives de suicide, et les données sont vérifiées auprès des soins primaires, car il n'y a pas de registre unifié sur le territoire.

Suite à cette détection, il faut un rattachement avec le centre de santé mentale. La stratégie de suivi peut être différent dans chaque centre et adaptée dans chaque cas.

Le Réseau Soma&Psy recommande, outre des soins programmés dans chaque cas, qu'au moins la première consultation du psychiatrique ait lieu dans le délai maximum de 24-72 heures à compter de la tentative de suicide et la deuxième avant des dix jours suivants. Il faut établir un suivi par voie téléphonique et une consultation annuelle de suivi.

En tout cas, l'intervention de l'équipe médicale, composé d'un médecin et d'un infirmier, doit fournir les soins appropriés selon le problème du patient, le risque de récurrence et le choix du patient, avec lequel une alliance thérapeutique est construite.

Ceci est possible avec la plupart des patients, et seulement un nombre restreint de patients sont dirigés contre leur gré vers des institutions psychiatriques aiguës quand le risque de récurrence est très élevé. Le traitement est bien organisé pour les patients de soins primaires. Il s'agit d'un traitement intensif de la crise, avec un rendez-vous quotidien avec une infirmière ou un médecin. Ces traitements sont axés sur les questions de crise ayant conduit le patient à avoir des idées suicidaires et à les mettre en œuvre.

L'objectif de ces traitements est de réduire les symptômes, développer une alliance thérapeutique avec le patient et l'amener à comprendre la crise à laquelle il est confronté. Dans une deuxième phase, un projet est construit avec le patient, portant sur une série de traitements moins intensifs mais sur le long terme, en fonction, bien entendu, de sa demande.

Il faut évaluer la possibilité d'inclure les patients dans une thérapie de groupe si cette mesure est souhaitable (28). Par exemple, pour les patients avec plusieurs tentatives, soit dans un groupe ouvert (avec une durée moyenne de 2 mois), soit dans un programme de traitement psycho-éducatif, actif et structuré, fondé sur un modèle de confrontation et d'acquisition de compétences (30 séances d'une heure chacune, et avec une fréquence hebdomadaire).

Lorsque le Code de Risque est activé en Catalogne ou qu'une personne présentant un risque de suicide est identifiée, il faut:

- ◀ Faire un suivi des tentatives d'autolyse prises en charge aux urgences du centre.
- ◀ Qu'une infirmière assure la gestion des cas et veiller au lien et au suivi des consultations.
- ◀ Un programme de gestion des cas et un suivi téléphonique des tentatives d'autolyse.
- ◀ Programmer une consultation présentielle en moins de 10 jours. Idéalement dans les 48 à 72h.
- ◀ Mettre en place un calendrier de consultations fréquentes.
- ◀ En cas d'absence, l'activation des mesures pour rattacher le patient.
- ◀ Evaluation à chaque consultation du risque suicidaire.
- ◀ Informer le patient sur la possibilité de consultations non-programmées.
- ◀ Suivi téléphonique mensuel.

Recommandation III

Identification et mise en œuvre d'actions concrètes de prévention, le lien et le traitement des patients, par le biais des mécanismes nécessaires, dans les cas de trouble mental et de tentative de suicide, en portant une attention particulière sur le travail coordonné avec les soins primaires. Dans chaque cas concret, il faut commencer et préserver le lien avec l'équipe psychiatrique de référence et disposer dans chaque centre de la thérapie groupale en tant que recours thérapeutique.



IV - Formation des professionnels et d'autres agents de soins directs impliqués

La formation des professionnels et des agents impliqués est un élément clé pour la prévention du suicide. Cette formation devrait inclure l'épidémiologie, les groupes à risque, les facteurs de risque et de protection, l'évaluation du risque, le traitement individuel et de groupe. Il est également important d'inclure l'aspect théorique et l'aspect pratique qui permet d'effectuer des jeux de rôle (simulations) de patients.

Les modalités de formation dépendront de chaque centre, mais il serait souhaitable de l'organiser au niveau régional, avec une durée d'au moins deux jours, car cela permettrait une majeure participation. Elle devrait être obligatoire pour les professionnels de première ligne.

En ce qui concerne les autres agents qui sont en relation avec les personnes à risque, tels que les infirmiers, les médecins, les enseignants, la police ou les travailleurs sociaux, il est opportun de leur offrir une formation concrète et de courte durée qui active leur sensibilisation. En particulier, elle devrait avoir pour but d'identifier les personnes à risque, d'évaluer le degré de risque suicidaire, de donner les outils pour aborder convenablement les idées suicidaires avec les personnes concernées et, le cas échéant, pouvoir les diriger vers un service compétent. Il faut tenir compte du volume important de professionnels auxquels il faut former, surtout si l'on considère la rotation du personnel et, en conséquence, le retard dans les soins pour fournir une formation de ce type.

Recommandation IV

Assurer entièrement la formation spécifique de prévention du suicide des professionnels de première ligne (au minimum, les unités de santé mentale, urgences et soins primaires).



V - Sensibilisation et création d'une culture interne

Les actions de sensibilisation sociale et la création d'une culture interne au sein de l'organisation doivent servir à étendre les connaissances, à casser des stéréotypes et des préjugés et à doubler le nombre de professionnels et d'agents qui sont en relation avec ces faits pour améliorer la prévention et les soins. Le Réseau Soma&Psy propose plusieurs types d'actions. De façon régulière, le centre doit promouvoir différentes activités de sensibilisation sur le suicide :

- ◀ Publication d'actualités sur l'intranet du centre : des chiffres concrets, des aspects clés de la détection, etc.
- ◀ Organisation de séances internes spécifiques et destinées aux services de première ligne du centre, parmi lesquels il faudrait inclure au moins le service de psychiatrie et de santé mentale et le service d'urgences. Ces séances devraient porter sur des questions d'amélioration de la prévention du suicide : plan thérapeutique individuel, degré d'évaluation du risque de suicide, etc.
- ◀ Prévoir la célébration annuelle de la Journée mondiale de la prévention du suicide (10 septembre), et en lien avec le thème choisi chaque année par l'OMS-IASP.

De façon externe, les centres doivent diriger la visualisation du besoin de prévention du suicide dans la société de référence. Ces possibles actions sont :

- ◀ Publication dans les journaux locaux d'articles concis, à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de la prévention du suicide.
- ◀ Publication sur les sites des centres des aspects de prévention du suicide.
- ◀ Participation dans d'autres sites de prévention et de promotion de la santé de la zone, et d'autres d'intérêt en santé, en proposant des contenus spécifiques sur la prévention du suicide, tels qu'identifier les personnes vulnérables et à risque, les facteurs protecteurs permettant de réduire le risque de suicide, les actions menées dans notre centre pour la prévention, et des recommandations si nous connaissons une personne en situation de risque.

- ◀ Participation à des journées de prévention et de promotion de la Santé, de la région.

De façon transversale les centres doivent promouvoir la mise en œuvre d'activités de sensibilisation dans les plusieurs gatekeepers (agents de santé et communautaires impliqués : forces de police, éducateurs, travailleurs sociaux, prestataires de soins, moniteurs d'enfants...), en faisant référence aux stratégies pour réduire les décès par suicide et en fournissant des outils de détection et les circuits de transfert à nos centres. Ces activités devraient être régulières, systématiques et organisées.

Recommandation V

Systematiser, planifier et activer des actions de sensibilisation par rapport au suicide, de façon interne dans chaque organisation :

- Déterminer quels services sont considérés de première ligne dans la prévention du suicide pour pouvoir établir une formation et une sensibilisation spécifiques.
- Inclure dans le plan de formation la formation spécifique sur la prévention de suicides.
- Établir, de façon systématique, au début de chaque année, les activités à mener pour sensibiliser sur le décès par suicide.
- Organiser des activités spécifiques de célébration de la Journée mondiale de prévention du suicide (10 septembre).

De façon externe

- Participer activement, depuis nos centres, aux activités de sensibilisation du suicide de notre région, pour nous positionner en tant que référents.

De façon transversale

- Créer des synergies de collaboration entre les agents de santé et communautaires afin de mettre en cohérence les travaux de prévention du suicide et nous positionner en tant que leaders dans ce travail à l'échelle régionale et de façon planifiée et systématique.



VI - Prise en charge des survivants

Pour les familles, les centres doivent offrir un soutien spécifique aux survivants, en menant des actions spécifiques dans ce sens. Ces actions devraient être alignées aux actions menées par les associations de survivants de la zone, et, si ces associations sont inexistantes, promouvoir alors leur création.

Concernant les professionnels, les centres doivent promouvoir des programmes de soutien adressés aux professionnels qui ont dû faire face à des décès par suicide. Un des outils disponibles est le débriefing pour l'équipe interdisciplinaire et, si nécessaire, des entretiens approfondis avec un professionnel expert. Cette possibilité de soutien pourrait être élargie à des professionnels d'autres domaines qui sont également confrontés à ce type de mort violente : conducteurs de trains, police, médecins légistes, etc.

Recommandation VI

Offrir des soins spécifiques aussi après le suicide, que ce soit aux membres de la famille et aux proches et/ou aux professionnels impliqués. Ce soutien doit être défini, réglé et communiqué.



VII - Promotion de la recherche sur la prévention du suicide

Les coûts économiques associés à l'utilisation des systèmes de santé, ainsi que l'usure médicale et émotionnelle des patients et de leurs familles, rendent nécessaire la recherche spécifique sur la conduite suicidaire et la prévention des suicides. Néanmoins, actuellement le domaine de la recherche sur la prévention du suicide est peu développée pour les organisations membres du Réseau Soma&Psy.

Dans ce sens, ce plan d'action a également la mission de profiter aux professionnels des différentes institutions pour approfondir dans le domaine de la recherche avec l'établissement de modèles d'enregistrement et de collecte de données.

Avec la mise en œuvre des recommandations proposées, les centres peuvent avoir les outils nécessaires pour commencer des recherches sur la prévention, les soins, la formation et la sensibilisation et la création d'une culture propre autour de la prévention du suicide.

Recommandation VII

- Promouvoir la recherche dans le domaine de la prévention du suicide.
- Promouvoir la culture de « suicide zéro » dans nos centres.

6. LISTE DE RECOMMANDATIONS POUR UN PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Recommandation I

Mettre en place des mécanismes parallèles de surveillance capables de garantir que 100% des cas de décès par suicide sont détectés :

- Des conventions de collaboration entre les centres et les services officiels de la zone concernée, pour pouvoir disposer des données réelles de décès par suicide.
- Des mécanismes de surveillance parallèles qui permettent de garantir la détection de 100% des cas de décès par suicide.

Recommandation II

Mettre en œuvre des mécanismes et des processus intensifs qui facilitent l'analyse des décès par suicide et l'amélioration des plusieurs domaines de l'organisation pour :

- Déterminer dont l'analyse des décès par suicide est alignée à la stratégie ou au fonctionnement du centre.
- Définir le modèle de fonctionnement selon une méthodologie d'amélioration continue: PDCA (plan, do, check, act), et aussi mettre en place un modèle/template de consignes où il est expliqué le fonctionnement et le diagramme du flux d'informations pour analyser les cas de décès par suicide.
- Définir comment les cas seront analysés, les aspects à évaluer, le professionnel qui le fera, etc.
- Adapter les infrastructures afin qu'elles soient sûres pour prévenir les suicides dans les centres.

Recommandation III

Identification et mise en œuvre d'actions concrètes de prévention, le lien et le traitement des patients, par le biais des mécanismes nécessaires, dans les cas de trouble mental et de tentative de suicide, en portant une attention particulière sur le travail coordonné avec les soins primaires. Dans chaque cas concret, il faut commencer et préserver le lien avec l'équipe psychiatrique de référence et disposer dans chaque centre de la thérapie groupale en tant que recours thérapeutique.

Recommandation IV

Assurer entièrement la formation spécifique de prévention du suicide des professionnels de première ligne (au minimum, les unités de santé mentale, urgences et soins primaires).

Recommandation V

Systematiser, planifier et activer des actions de sensibilisation par rapport au suicide, de façon interne dans chaque organisation :

- Déterminer quels services sont considérés de première ligne dans la prévention du suicide pour pouvoir établir une formation et une sensibilisation spécifiques.
- Inclure dans le plan de formation la formation spécifique sur la prévention de suicides.
- Établir, de façon systématique, au début de chaque année, les activités à mener pour sensibiliser sur le décès par suicide. Organiser des activités spécifiques de célébration de la Journée mondiale de prévention du suicide (10 septembre).

De façon externe

- Participer activement, depuis nos centres, aux activités de sensibilisation du suicide de notre région, pour nous positionner en tant que référents.

De façon transversale

- Créer des synergies de collaboration entre les agents de santé et communautaires afin de mettre en cohérence les travaux de prévention du suicide et nous positionner en tant que leaders dans ce travail à l'échelle régionale et de façon planifiée et systématique.

Recommandation VI

Offrir des soins spécifiques aussi après le suicide, que ce soit aux membres de la famille et aux proches et/ou aux professionnels impliqués. Ce soutien doit être défini, réglé et communiqué.

Recommandation VII

- Promouvoir la recherche dans le domaine de la prévention du suicide.
- Promouvoir la culture de « suicide zéro » dans nos centres.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Prevenció del suïcidio un instrument per a metges generalistes. OMS, Ginebra, 2000.
2. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). 2014. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf
3. El Mundo. La cifra de suïcidis creix en Espanya per tercer any consecutiu. Febrer 2015. Disponible en: <http://www.elmundo.es/espana/2015/02/27/54f0cff4e2704ef9158b4573.html>
4. Legido-Quigley H, Otero L, La Parra D, Alvarez C, Martin JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. British Medical Journal (BMJ). 2013. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2363>
5. Santé Romande. Suïcidis - Epidemiologia i factors de risc. 2016. Disponible en: <http://www.santeromande.ch/Structure/F01.145.126.980.875.html>
6. Chang S, Stuckler D, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. British Medical Journal (BMJ). 2013. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5239>
7. World Health Organization. WHO | Preventing suicide: A global imperative. Luxembourg: World Health Organization, 2014.
8. IDESCAT. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Suïcidis. Per sexe i províncies [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>
9. Codi risc de suïcidis. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015.

10. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. Gener 2013; 21(6):281-95.
11. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. Gener 2016; 46(2):225-36.
12. Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ*. 22 gener 2016.
13. Milner A, Hjelmeland H, Arensman E, Leo D De. Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociol Mind*. 18 novembre 2013;03(02):137-48.
14. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Strong evidence that the economic crisis caused a rise in suicides in Europe: the need for social protection. *J Epidemiol Community Heal*. 15 gener 2013;67(4):298-298.
15. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 25 juliol 2009;374(9686):315-23.
16. Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J psychiatry*. 22 juny 2015;5(2):243-54.
17. Ceccherini-Nelli A, Priebe S. Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre 2011;46(10):975-82.
18. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychol Med*. abril 2014;44(5):909-17.
19. Kazan D, Calear AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *J Affect Disord*.190:585-98.

20. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord.* juliol 2014;163:1-9.
21. Sáiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: an uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr y salud Ment. gener* 2014;7(1):1-4.
22. Saurina C, Marzo M, Saez M. Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. *Int J Equity Health.* 8 setembre 2015;14(1):75.
23. Wallis L. Rural youths commit suicide almost twice as often as urban counterparts. *Am J Nurs.* juny 2015;115(6):15.
24. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health.* 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
25. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA). Centers for Disease Control and Prevention, 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
26. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research.* Washington (DC): National Academies Press; 1994.
27. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107-9
28. Kølves K, De Leo D. Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: Analysis of Age Group 15-19 Years Worldwide. *Journal of Adolescent Health.* 2015. Disponible en: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00370-5/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00370-5/fulltext)
29. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: I Evaluación y tratamiento.* 2011. 22:117-119. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

8. ANNEXE

Annexe I - Mort judiciaire par suicide, Consorci Hospitalari de Vic



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

Méthode utilisée :

- 1 : overdose de médicaments et/ou de drogues :
- 2 : ingestion de caustiques
- 3 : précipitation
- 4 : inhalation de gaz.....
- 5 : par arme blanche
- 6 : par arme à feu
- 7 : par noyade
- 8 : par comportement à risque (conduite dangereuse, etc.)
- 9 : autres :

Type de conduite suicidaire :

- 1 : Réflexive et préméditée (existence de lettres d'adieu, l'adieu à la famille)
- 2 : Impulsive (sans préavis)
- 3 : Non connue

4. DONNÉES POUR LA DÉTECTION ET LE TRAITEMENT DES CONDUITES SUICIDAIRES

Élément vital de stress : 1 : aigu (<3 mois) 2 : chronique 3 : les deux 4 : aucun
 5 : non connu

Types d'éléments vitaux de stress :

- 1 : problèmes de couple
- 2 : problèmes avec la famille
- 3 : problèmes professionnels/scolaires.....
- 4 : problèmes économiques.....
- 5 : problèmes sévères de santé physique.....
- 6 : deuil non élaboré
- 7 : victime d'une agression.....
- 8 : victime de catastrophe
- 9 : autres :

Détection du risque de suicide : Oui Non (Dans la négative, l'enregistrement finalise ici)

Qui a détecté le risque : 1 : psychiatre 2 : psychologue 3 : médecin d'une autre spécialité 4 : autres professionnels 5 : famille

Comment le risque a été détecté :

- 1 : avertissement verbal du patient
- 2 : information de la famille
- 3 : évaluation de l'état psychopathologique
- 4 : échelles d'évaluation des conduites suicidaires
- 5 : autres :

Dans le cas où la détection n'a pas été faite par un psychiatre, le traitement préventif effectué face au risque de suicide :

- 1 : transfert vers un psychiatre d'urgences
- 2 : transfert vers un psychiatre en consultation préférée
- 3 : transfert vers un psychiatre en consultation ordinaire
- 4 : coordination avec un psychiatre
- 5 : autres :

Annexe II - Feuille d'enregistrement : suicide effectif dans la region d'Osona ConSORCI Hospitalari de Vic



FEUILLE D'ENREGISTREMENT : SUICIDE EFFECTIF DANS LA REGION D'OSONA (CATALOGNE, ESPAGNE)

Date d'enregistrement : /_/_/___/___/___/

1- DONNÉES PERSONELLES

Numéro. Dossier médical : Cas numéro :

Prénom et nom du patient :

Sexe : Homme Femme Ville de résidence :

Date du décès : /_/_/___/___/___/ Âge : /_/_/ Date de naissance : /_/_/___/___/

Ville, région et pays de naissance :

État matrimonial : Célibataire Marié/Couple stable Séparé/Divorcé Veuf

Centre de cohabitation : 1 : Seul 2 : Parents et/ou frères 3 : couple et/ou fils 4 : autres membres de la famille 5 : Autres. Spécifier :

Études : 1 : analphabète 2 : enseignement primaire 3 : enseignement secondaire

4 : baccalauréat / formation professionnelle 5 : Diplômé / Technicien 6 : Diplôme / Doctorat

Profession :

- 1 : emploi temporaire non qualifié
- 2 : emploi temporaire qualifié
- 3 : emploi permanent non qualifié
- 4 : emploi permanent qualifié
- 5 : emploi autonome
- 6 : sans emploi

Statut professionnel :

- 1 : actif
- 2 : invalidité temporaire (spécifier raison :))
- 3 : Invalidité permanente (spécifier raison :))
- 4 : chômage
- 5 : inactif (étudiant, tâches, travaux domestiques...)
- 6 : autres :

Situation économique : 1 : moyenne-haute 2 : moyenne-basse 3 : basse 4 : très basse

Situation sociale : Cocher toutes les relations fréquentes que la personne avait :

- Famille
 - Amis
 - Collègues
 - Voisins ou personnes connues
 - Autres :
- Résultat : /_/_/

2. DONNÉES CLINIQUES

Antécédents familiaux de suicide effectif :

- 1 : oui, premier degré de parenté.....
- 2 : oui, deuxième degré de parenté.....
- 3 : non
- 4 : non connu

Antécédents psychiatriques personnels : Oui Non

Traitement en cours : Oui, régulier Oui, Irrégulier Non



Méthode utilisée :

- 1 : overdose de médicaments et/ou de drogues :
- 2 : ingestion de caustiques
- 3 : précipitation
- 4 : inhalation de gaz.....
- 5 : par arme blanche
- 6 : par arme à feu
- 7 : par noyade
- 8 : par comportement à risque (conduite dangereuse, etc.)
- 9 : autres :

Type de conduite suicidaire :

- 1 : Réflexive et préméditée (existence de lettres d'adieu, l'adieu à la famille)
- 2 : Impulsive (sans préavis)
- 3 : Non connue

4. DONNÉES POUR LA DÉTECTION ET LE TRAITEMENT DES CONDUITES SUICIDAIRES

Élément vital de stress : 1 : aigu (<3 mois) 2 : chronique 3 : les deux 4 : aucun 5 : non connu

Types d'éléments vitaux de stress :

- 1 : problèmes de couple
- 2 : problèmes avec la famille
- 3 : problèmes professionnels/scolaires.....
- 4 : problèmes économiques.....
- 5 : problèmes sévères de santé physique.....
- 6 : deuil non élaboré
- 7 : victime d'une agression.....
- 8 : victime de catastrophe
- 9 : autres :

Détection du risque de suicide : Oui Non (Dans la négative, l'enregistrement finalise ici)

Qui a détecté le risque : 1 : psychiatre 2 : psychologue 3 : médecin d'une autre spécialité 4 : autres professionnels 5 : famille

Comment le risque a été détecté :

- 1 : avertissement verbal du patient
- 2 : information de la famille
- 3 : évaluation de l'état psychopathologique
- 4 : échelles d'évaluation des conduites suicidaires
- 5 : autres :

Dans le cas où la détection n'a pas été faite par un psychiatre, le traitement préventif effectué face au risque de suicide :

- 1 : transfert vers un psychiatre d'urgences
- 2 : transfert vers un psychiatre en consultation préfèrente
- 3 : transfert vers un psychiatre en consultation ordinaire
- 4 : coordination avec un psychiatre
- 5 : autres :



Dans le cas où la détection a été faite par un psychiatre, traitement préventif effectué face au risque de suicide détecté :

- 1 : Admission hôpital aigus
- 2 : Admission hôpital de jour
- 3 : Ajustement pharmacologique, augmentation fréquence suivi ambulatoire et demande de contention familiale
- 4 : 2 des précédentes :
- 5 : Autres :
- 6 : Aucun traitement figure

Impliqués :

Observations :

5. ANALYSE DE L'ACTION PRÉVENTIVE MENÉE

- 1 : Il n'était pas un patient sous traitement psychiatrique et le risque n'a pas été détecté
- 2 : Il était un patient sous traitement psychiatrique, le risque n'a pas été détecté
- 3 : Le risque a été détecté, les méthodes préventives appropriées ont été suivies
- 4 : Le risque a été détecté, mais il y a eu de problèmes d'organisation (coordination, transfert...)
- 5 : Le risque a été détecté, mais les méthodes ou les actions nécessaires n'ont pas été menées.
- 6 : Autres. Spécifier :

Analyse descriptive des faits :

.....

.....

.....

.....

.....

Proposition d'action :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Annex III - Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires, Fondation de Nant



Département de psychiatrie
CDRPC



Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires

La lutte contre les conduites suicidaires est un des programmes prioritaires du plan d'action en santé mentale du Canton de Vaud. Dans ce cadre, les Directions du DP-CHUV et de la Fondation de Nant souhaitent que les collaborateurs suivent la formation « **Faire face au risque suicidaire** » du programme de la Formation Continue UNIL-EPFL.

Cette formation de deux jours est destinée à tous les professionnels des soins, quelle que soit leur expérience. Elle permet de partager et d'échanger en groupe, à travers des mises en situation, autour des enjeux de l'évaluation du potentiel suicidaire. Un modèle d'évaluation est également proposé, afin de favoriser l'utilisation d'un langage commun.

Ce modèle d'évaluation n'est pas un instrument standardisé à score, mais met en exergue les points importants à aborder face à un patient suicidant ou suicidaire et guide ainsi les intervenants dans leur prise de décisions. Il est recommandé de l'utiliser dès la première rencontre avec un nouveau patient et régulièrement durant un suivi.

La documentation de l'évaluation du potentiel suicidaire fait partie intégrante du dossier patient, papier ou informatique. Les évaluations et leurs conséquences sont à documenter dans le dossier patient, sous forme de texte libre et/ou sous forme de synthèse ("faible / moyen / élevé / non évaluable [ou non évalué]" pour les trois dimensions "Risque / Urgence / Danger").

Évaluation du potentiel suicidaire (RUD)

Risque suicidaire (facteurs prédisposant à l'apparition du geste)

Les facteurs individuels

- Antécédents suicidaires
- Dépression, anxiété, abus/dépendance à l'alcool et aux drogues, jeu excessif, tr. du comportement alimentaire, tr. psychotiques, PTSD, tr. des conduites, tr. de la personnalité, ...
- Faible estime de soi
- Impulsivité, agressivité
- Problèmes somatiques /douleurs chroniques
- Orientation sexuelle
- Violence physique, sexuelle, fugue, IVG, ...

Les facteurs familiaux

- Violence, abus physique, psychologique ou sexuel
- Relation conflictuelle avec les parents /enfants
- Négligence de la part des parents /enfants
- Conflits avec le partenaire, conflits familiaux
- Comportements suicidaires chez un parent/enfant/conjoint
- Problèmes de santé mentale d'un parent/enfant/conjoint

Les facteurs psychosociaux

- Difficultés économiques persistantes
- Isolement social et affectif
- Séparation, rupture, perte récente de liens importants, deuil
- Placement dans un foyer d'accueil, en institution, en EMS ou dans un centre de détention
- Difficultés scolaires, professionnelles / mise à la retraite
- Effet de contagion (suivant le suicide d'un proche, d'un camarade d'école, d'une célébrité)
- Problèmes d'intégration sociale, migration, déménagement

Recommandation :

Pour évaluer le risque, il est important d'aller à la rencontre du patient et de prendre connaissance de son histoire, ce qui permet, non seulement d'évaluer les différents risques individuels, familiaux et psychosociaux du patient, mais aussi :

1. d'évaluer les **facteurs protecteurs du patient** :
 - i ses stratégies d'adaptation déjà utilisées,
 - ii sa famille, ses proches,
 - iii son réseau de soins.
2. et d'anticiper **des facteurs précipitants** comme :
 - i le bullying, le mobbing,
 - ii l'humiliation publique (honte),
 - iii l'accès à une arme,
 - iv la(les) perte(s) majeure(s).

Urgence du passage à l'acte suicidaire

(évaluation clinique de la probabilité de décéder par suicide dans les 48-72h)

À réévaluer régulièrement!

L'urgence est faible si une personne :

- **pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis**
- désire parler et est à la recherche de communication
- cherche des solutions à ses problèmes
- a établi un lien de confiance avec un praticien

L'urgence est moyenne si une personne :

- **envisage le suicide et son intention est claire**
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée (délai d'au moins 48h-72h)
- reconnaît son désarroi et son besoin d'aide

L'urgence est élevée si une personne :

- **est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les prochaines 48h-72h**
- est coupée de ses émotions, rationalise sa décision
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
- est très isolée

Recommandation:

L'exploration du monde intime des pensées suicidaires du patient s'inscrit dans une relation clinique où l'engagement du patient est un enjeu important. L'obtention des informations les plus pertinentes et les plus fiables se fait par un questionnaire ouvert et direct.

Cette exploration peut se faire au travers d'une *évaluation chronologique des événements suicidaires** (sens large du terme : les tentamens, les idées, les pensées, les plans, les actions, les gestes, etc...) qui se fait en quatre étapes :

- 1.- les **idées et conduites** suicidaires (IS) ayant motivé la consultation (voir plus bas pour les « suicidants »)
- 2.- les IS récentes (au cours des 8 dernières semaines) ;
- 3.- les IS passées ;
- 4.- les IS immédiates et futures (l'**urgence** suicidaire).

Cette stratégie permet un meilleur engagement de la part du patient, constatant qu'il est « autorisé » à partager ses préoccupations suicidaires, anciennes, récentes et présentes ; elle améliore ainsi la validité des informations obtenues.

* : « *Évaluation du potentiel suicidaire* », S.C. Shea



Groupe Prévention Suicide Vaud
Mandaté par le Service de la Santé Publique

Danger entraîné par le(s) scénario(s) suicidaire(s)
(accessibilité et létalité du moyen)

À réévaluer régulièrement

Recommandation :

Pour évaluer le danger, il faut considérer la létalité du (des) scénario(s) en questionnant ouvertement la personne suicidaire sur ses intentions et sur le(s) moyen(s) qu'elle pense utiliser.

Il s'agit donc d'évaluer avec précision l'accessibilité directe et immédiate à un moyen de se suicider tel que : médicaments, arme à feu, corde, etc. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'intervenir sur le(s) moyen(s) afin de faire diminuer le danger (p.ex. : faire appel à la police pour retirer une arme à feu, retirer les médicaments non nécessaires ; démarche se faisant en toute transparence et en accord avec la personne). Il est aussi important d'évaluer les moyens sollicités dans le passé (cf. recommandation concernant l'urgence).

Principaux aspects cliniques à investiguer systématiquement auprès d'un suicidaire

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Méthode et le(s) moyen(s) utilisé(s) • Intentionnalité : geste prémédité, réactionnel, pensée occasionnelle • Appel à l'aide auprès de quelqu'un • Contexte du lieu, isolé ou non • Préparation : lettre d'adieu, régler ses affaires, etc. • Evénements précipitants (déclencheurs) : conflit, échec, rupture... • Durée des idées suicidaires • Sentiment de perte de contrôle | <ul style="list-style-type: none"> • Regret une fois le geste suicidaire accompli • Conscience ou non de la gravité que représente le geste suicidaire • Envie de récidive ou pas dans les heures qui ont suivi le geste suicidaire • Alcool / drogue associés au geste suicidaire • Hallucinations associées au geste suicidaire • Hallucinations induites par la consommation de substances • Impulsivité • Compréhension/interprétation du geste |
|---|---|

Annex IV - Modèle d'autopsie psychologique, Parc Sanitari Sant Joan de Déu



modèle d'autopsie psychologique

Centre de santé mentale de Ripollet : Parc Can Massot, Crta. Nacional 150 Cantonada c/Tarragona 08291 Ripollet (Barcelone)

Enregistrement de suicides consommés

Numéro dossier médical :

Prénom et nom du patient :

Sexe : Homme Femme

Âge : /_ _ /

Date exitus : /_ _ /_ _ _ _ /

Lieu de naissance :

Ville de résidence

Méthode :

Données sociodémographiques :

Études :

État civil :

Fils :

État professionnel :

Personnes avec lesquelles il/elle habite :

Sous traitement dans le Parc Sanitari ? Oui Non

Service : 1 : CSMA / PSP 2 : Hôpital Jour 3 : SRC 4 : Urgences

5 : C. Thérapeutique 6 : SESM-DI 7 : Aigus 8 : USA 9 :

SERPI

10 : UHE-DI 11 : Domiciles avec soutien 12 : Pénitencier 13 : Autres

Il a été visité au CSM/SESM-DI ? Oui Non. Date de la dernière consultation :

Il a été visité ou admis dans un autre recours de santé mentale ?

Oui Non. Date de la dernière consultation :

Date de la dernière consultation chez le médecin de famille :

Diagnòstic DSM-IV

Axe I :

Axe II :

Axe III :

Axe IV :

Axe V (EEAG dernière année) :

Antécédents familiaux de tentatives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Antécédents familiaux de suicide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Variables psychosociales (déclencheurs)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Signes d'alerte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
non-spécifiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
critiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
tentative de suicide (<1 m)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Détection / Évaluation du risque de suicide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

Qui a évalué le risque : 1 : psychiatre 2 : psychologue 3 : infirmier

4 : autres professionnels

Types de conduites suicidaires :

- 1 : Réflexive et préméditée (existence de lettre, adieu aux membres de la famille)
- 2 : Impulsive (non existence d'avis)
- 3 : Inconnue

Il y a S.L.P.S. (Suicide lié à un problème de soins)..... Oui Non

Type 1	Problème d'organisation	<input type="checkbox"/>
Type 2	Erreur dans le diagnostic	<input type="checkbox"/>
Type 3	Erreur dans le traitement du trouble psychiatrique de base	<input type="checkbox"/>
Type 4	Faute ou erreur dans la détection du risque suicidaire	<input type="checkbox"/>
Type 5	Problème lié aux mesures de contrer le risque suicidaire	<input type="checkbox"/>

