



# SUICIDE

## MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX REPÉRER ET AGIR

"TENTATIVES DE SUICIDE : ÉTAT DES LIEUX, PRISE EN CHARGE ET DEVENIR"

C. PICHENÉ  
Epinal – 15/03/2016

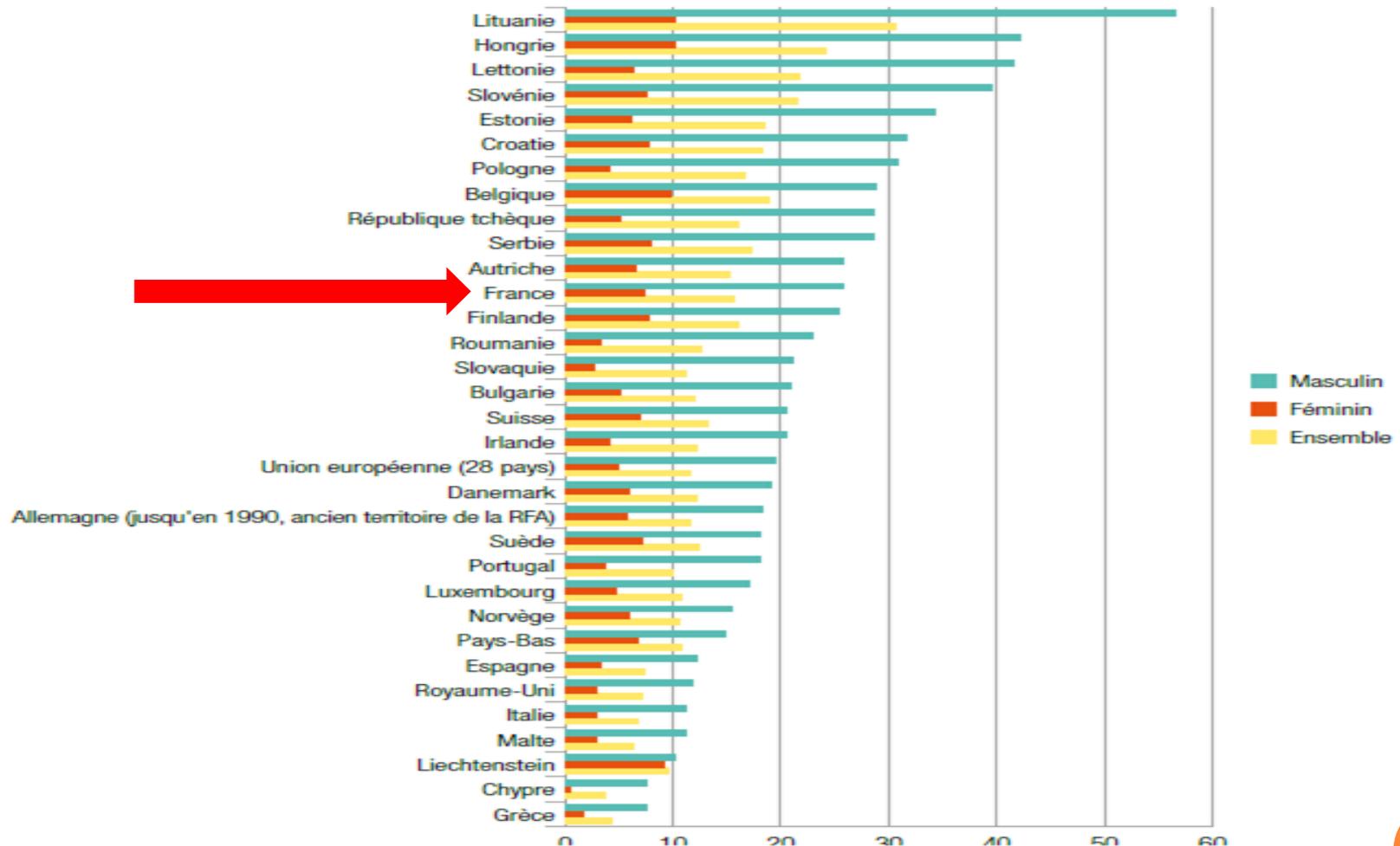
# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES

- France (2012) : 9 715 décès soit  
10 700 décès (en données corrigées)  
Soit 27 décès par jour
- 16,7 pour 100 000 habitants  
(25,9 chez les hommes et 7,4 chez les femmes)
- 75 % sont des hommes
- Ce taux augmente fortement avec l'âge

# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES

- Modes de suicide :
  - Pendaison (54 %)
  - Armes à feu (15 %)
  - Médicaments (11 %)
  - Saut d'un lieu élevé (7 %)
- La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide

# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES



\*Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

TAUX DE DÉCÈS PAR SUICIDE DANS L'UNION EUROPÉENNE, EN 2012

# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES

- Les taux de suicide diminuent en France (-13 % en 10 ans)...sauf en Lorraine
- Lorraine : Taux de suicide inférieur à la moyenne mais a augmenté de 6,4 % en 10 ans

# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES

Région de résidence	Taux standardisés <sup>1</sup> 2010-2012	Taux standardisés <sup>1</sup> 2000-2002	Variations régionales <sup>2</sup> 2010-2012	Variations 2000-2002 et 2010-2012 <sup>3</sup>
Île-de-France <sup>4</sup>	9	10,9	-53,2	-17,1*
Champagne-Ardenne	21	23,6	9,3	-11*
Picardie	22,1	26,4	15	-16,2*
Haute-Normandie	20,1	25,6	4,3	-21,7*
Centre	21,2	25,1	10	-15,8*
Basse-Normandie	26,6	27,1	38,1	-1,9
Bourgogne	20,7	24,7	7,5	16,3*
Nord - Pas-de-Calais	24,2	26,9	25,5	-10,3*
Lorraine	18,3	17,2	-5,1	6,4
Alsace	12,4	14,8	-35,4	-15,7*
Franche-Comté	20,9	23,6	8,5	-11,4*
Pays de la Loire	21,8	25,9	13,1	-16*
Bretagne	28,2	31,7	46,4	-11,1*
Poitou-Charentes	21,5	25,4	11,4	-15,6*
Aquitaine	17,9	20,8	-7,1	-14*
Midi-Pyrénées	14,2	15,1	-26,2	-5,9
Limousin	22,2	25,2	15,1	-12,2*
Rhône-Alpes	13,7	18	-29	-24*
Auvergne	19,8	23,6	2,7	-16,2*
Languedoc-Roussillon	17,8	20,3	-7,3	-12,2*
PACA	16,3	18,4	-15,4	-11,6*
Corse	13,8	15,3	-28,3	-9,9*
<b>France métropolitaine</b>	<b>19,3</b>	<b>22,1</b>	<b>0</b>	<b>-12,8</b>

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

2. Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine)/Taux France métropolitaine ; à partir des taux standardisés.

3. Variation temporelle = (Taux standardisé 2010-2012 – Taux standardisé 2000-2002) / (Taux standardisé 2000-2002).

4. Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'Institut médico-légal de Paris.

\*L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

Source • CépiDc-Inserm.

TAUX STANDARDISÉS DE DÉCÈS PAR SUICIDE PAR RÉGION EN 2010-2012, VARIATIONS PAR RAPPORT À LA MOYENNE MÉTROPOLITAINE ET AUX TAUX DE 2000-2002

# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES

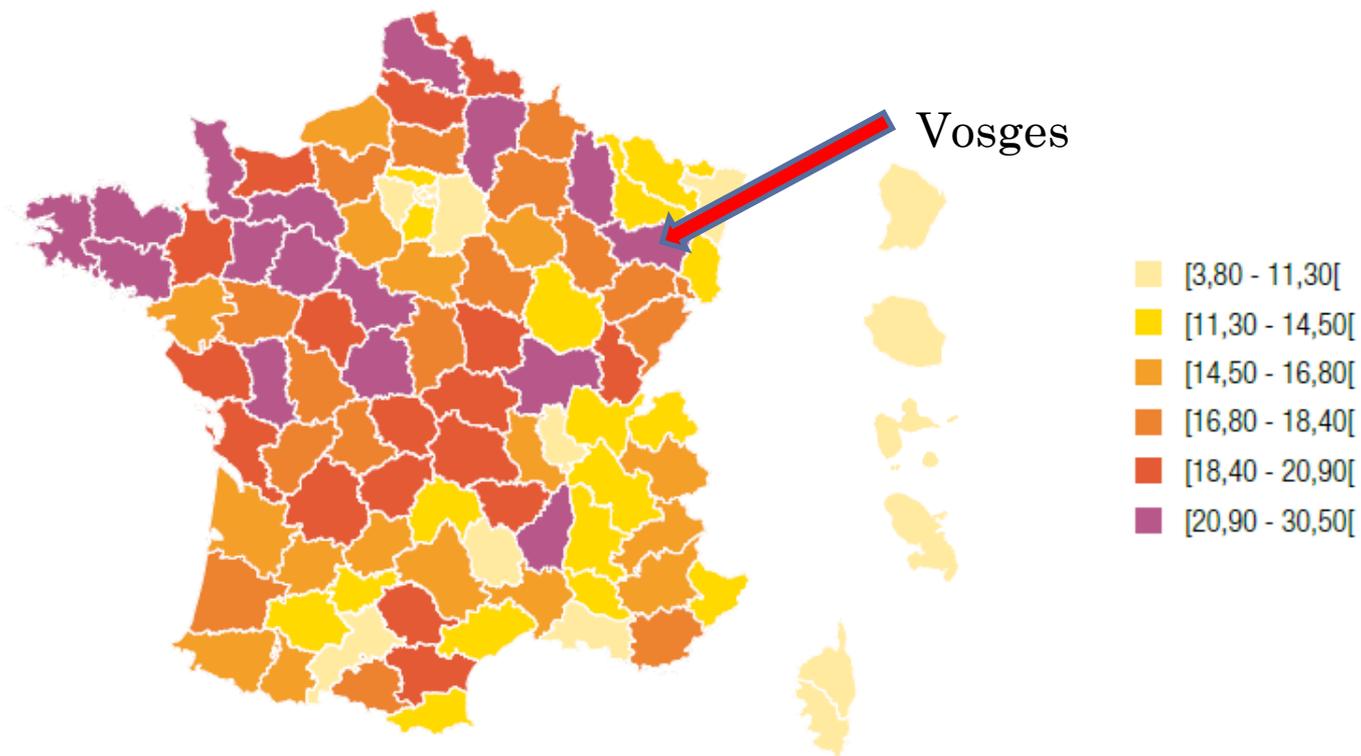
	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Lorraine</b>			
Nombre de décès par suicide	270	87	357
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	23,6	7,2	15,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,1	6,9	14,9
<b>Meurthe-et-Moselle</b>			
Nombre de décès par suicide	80	24	104
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,5	6,3	14,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,4	6,3	14,2
<b>Meuse</b>			
Nombre de décès par suicide	39	9	48
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	41,0	9,2	24,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	43,3	8,1	23,7
<b>Moselle</b>			
Nombre de décès par suicide	84	38	122
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	16,4	7,1	11,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16,4	6,8	11,3
<b>Vosges</b>			
Nombre de décès par suicide	67	16	83
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	36,6	8,3	22,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	36,1	7,3	21,2
<b>France entière</b>			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	24,9	7,0	15,1

\*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

Source • CépiDc, analyses InVS.

NOMBRE DE SUICIDES ET TAUX DE MORTALITÉ BRUTS ET STANDARDISÉS SELON LE DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE ET LE SEXE EN LORRAINE, EN 2012

# I. ETATS DES LIEUX : LES SUICIDES



**Source** • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

TAUX DE SUICIDE STANDARDISÉ DANS LES DÉPARTEMENTS MÉTROPOLITAINS ET D'OUTRE-MER, POUR 100 000 HABITANTS EN 2012

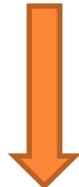
# I. ETAT DES LIEUX : LES TENTATIVES DE SUICIDE

- 200 000 tentatives de suicide par an
  - 2 femmes pour un homme
  - 2/3 ont moins de 35 ans
- 5,5 % déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes)
- 0,5 % au cours des 12 derniers mois
- 5 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

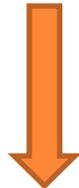
*(parmi les 15-75 ans)*

# I. ETAT DES LIEUX : LES TENTATIVES DE SUICIDE

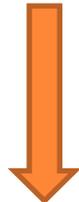
Pour 100 000 personnes



4 000 ont des idées suicidaires



300 font une tentative de suicide



17 se suicident

# I. ETAT DES LIEUX : LES TENTATIVES DE SUICIDE

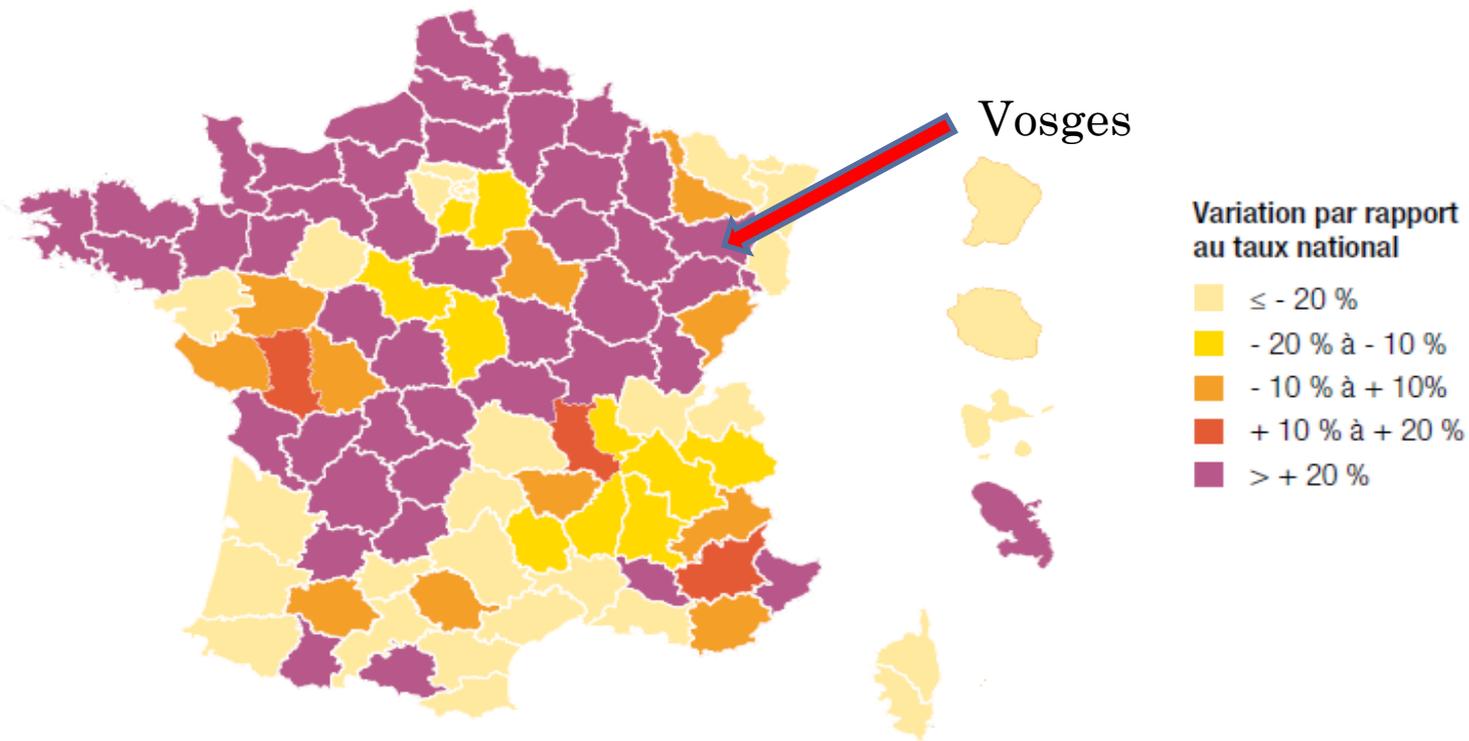
	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Lorraine</b>			
Nombre d'hospitalisations	1 259	1 800	3 059
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,5	16,8	14,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,3	17,3	14,8
<b>Meurthe-et-Moselle</b>			
Nombre d'hospitalisations	383	519	902
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,3	15,4	13,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	11,9	15,7	13,8
<b>Meuse</b>			
Nombre d'hospitalisations	153	222	375
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	18,3	25,8	22,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,8	27,1	22,8
<b>Moselle</b>			
Nombre d'hospitalisations	350	550	900
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,8	11,6	9,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,6	11,8	9,7
<b>Vosges</b>			
Nombre d'hospitalisations	373	509	882
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	23,2	29,6	26,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	23,7	31,6	27,5
<b>France entière</b>			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	12,4	18,9	15,7

\* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.

Source • ATIH, analyses InVS.

NOMBRE ET TAUX D'HOSPITALISATION BRUTS ET STANDARDISÉS (POUR 10 000 HABITANTS) POUR TENTATIVE DE SUICIDE SELON LE DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE ET LE SEXE EN LORRAINE, EN 2013

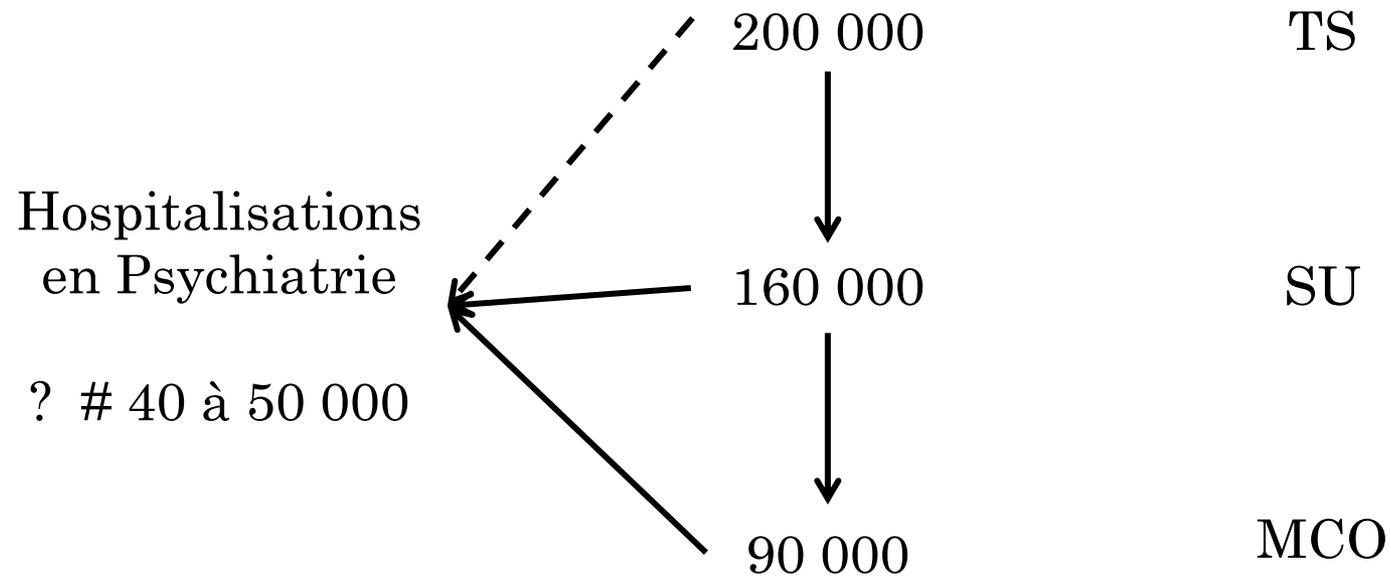
# VARIATION PAR RAPPORT AU TAUX NATIONAL DES TAUX STANDARDISÉS\* D'HOSPITALISATION POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR DÉPARTEMENT, EN 2013



\* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.

Source • ATIH, analyses InVS.

# TRAJECTOIRES DES SUICIDANTS



# TRAJECTOIRE DES PATIENTS SUICIDANTS (DREES 2006)

- Pas d'admission: (10 à) 25%
- Directement dans un service de psychiatrie : 25%
- En MCO : 50% dont 1/3 (15%) transférés vers un service de psychiatrie



40% des patients transitant par les SU sont hospitalisés dans un service de psychiatrie

## II. DEVENIR DES SUICIDANTS

- 30 à 40 % récidivent (VE) dont 15 à 20 % la 1<sup>ère</sup> année (surtout les 6 premiers mois)
- 10 à 12 % se suicident (VE) dont 2 à 3 % la 1<sup>ère</sup> année
- Risque de décès par suicide multiplié par 30 à 40
- Plus le nombre de récurrences augmente, plus le risque est élevé et la prise en charge difficile
- Devenir à long terme ?
  - (augmentation des décès par mort violente, morbidité psychiatrique et somatique)

# III. PRISE EN CHARGE :

## CONFÉRENCE DE CONSENSUS (1)

- Tout patient suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins où une triple évaluation somatique, psychologique et sociale sera réalisée.
- Il est nécessaire pour les adolescents (et très souhaitable pour les adultes) de rencontrer l'entourage.
- L'hospitalisation doit être la règle (minimum 3 jours pour les adultes et une semaine pour les adolescents).
- La sortie du suicidant doit être soigneusement préparée. Des liens préalables doivent être établis avec les intervenants extérieurs (médecin généraliste notamment).

# III. PRISE EN CHARGE :

## CONFÉRENCE DE CONSENSUS (2)

- Des rendez-vous de consultations ultérieurs, structurés, planifiés sont proposés par des membres de l'équipe qui les a pris en charge lors de l'hospitalisation.
- Tout suicidant quitte l'hôpital avec des coordonnées écrites lui permettant de consulter 24h/24.
- Si le suicidant ne se présente pas aux RV, il est recontacté, au besoin par téléphone, ou par visite à domicile, voire réhospitalisé.

# OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE

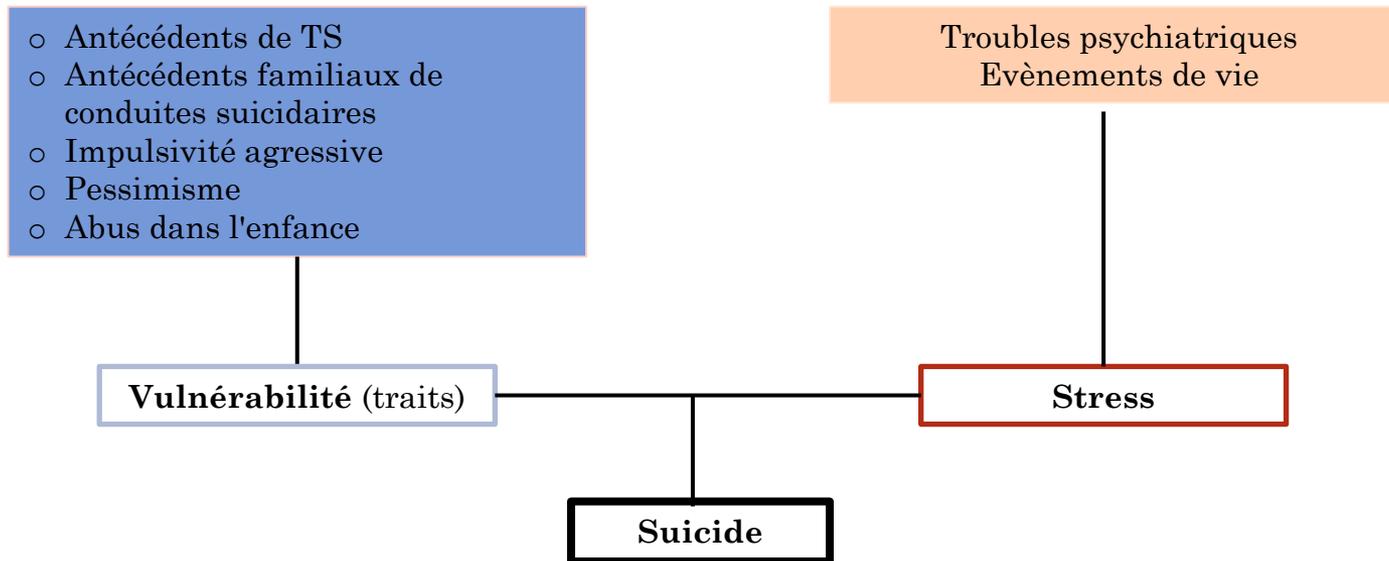
- Éliminer une pathologie psychiatrique
- Rechercher des facteurs de risque de récurrence :
  - 1- existence d'une dépression
  - 2 - ATCD suicidaires
  - 3 - alcoolisme
  - 4 - mauvaise intégration socio-familiale
- Établir une « alliance thérapeutique »
- Prendre du recul par rapport aux difficultés actuelles
- Comprendre la signification de ce désir de mort
- Rencontrer l'entourage

# CONDUITES SUICIDAIRES ET PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

*80 à 90 % des personnes décédées par suicide, 40 à 60 % de ceux qui ont fait une tentative de suicide*

- les troubles de l'humeur (état dépressif majeur, troubles bipolaires)
- les troubles de la personnalité (les états limites)
- la dépendance à l'alcool,
- les troubles anxieux notamment post-traumatiques
- Troubles schizophréniques

# MODÈLE VULNÉRABILITÉ-STRESS



Source – Mann *et al.*, *Am J Psychiatry*, 1999 ; Oquendo *et al.*, *Am J Psychiatry*, 2004

# LES FACTEURS DE RISQUE

## Facteurs individuels

- Importance : de la consommation d'alcool  
de l'intensité des affects dépressifs  
du désespoir  
de l'intensité de l'anxiété  
de l'impulsivité
- Existence d'une pathologie mentale (dépression (x 20),  
alcoolisme (x 20), troubles de la personnalité, (x7),  
schizophrénie (x8), état limite (x20).
- Antécédents personnels de TS (x 30)
- Antécédents familiaux de suicide (x4)

# LES FACTEURS DE RISQUE (SUITE)

- Facteurs socio-démographiques :
  - Divorcés, veufs, célibataires
  - Homme
  - > 75 ans
  - Faible intégration sociale (chômage) et familiale
  - Précarité
  - Antécédents de violences physiques, psychologiques ou sexuelles (+++)
- Facteurs événementiels :
  - Importance des « événements de vie » (séparation conjugale, deuil, discorde familiale, placement en institution (hôpital, maison de retraite, prison, foyer, etc))

# PRINCIPAUX FACTEURS DE PROTECTION

- Convictions personnelles religieuses ou autres
- Soutien social et familial
- Le fait d'avoir des enfants
- L'absence de pathologie psychiatrique
- Capacités d'adaptation et flexibilité mentale

# INTERVENTIONS PSYCHOTHÉRAPIQUES AU DÉCOURS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Il existe de nombreux programmes psychothérapeutiques généralement axés sur la résolution de problèmes, le recadrage cognitif, la gestion des émotions etc.,

Mais :

- Il n'y a pas une modalité de prise en charge unique
- Il est difficile de montrer une supériorité en termes de récurrences & suicides.
- Aucun n'est généralisable et à coût acceptable
- Protocoles à venir ciblés sur des sous-populations

**Une mauvaise adhésion aux soins est fréquente (25 à 50%) : l'un des obstacles majeurs de la prévention secondaire.**

# LES PROGRAMMES DE VEILLE

## « RESTER EN CONTACT »

Objectifs = Maintenir un lien après les soins  
immédiats

Faciliter le retour aux soins si nécessaire

Patients sortis des urgences après conduites suicidaires

Au moins une forme de suivi (lettre, carte, téléphone,  
courriel, SMS)

Contacts protocolisés, systématiques, s'adressant  
spécifiquement au patient et initiés par le soignant

Programmes facilement généralisables, implantables dans  
tous les dispositifs de soins, complémentaires d'autres  
approches thérapeutiques, peu coûteux .

# LES « OUTILS CONNECTÉS » AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE?

SMS, MMS, applis etc., procèdent de la même intention d'installer un « filet de sécurité » après la TS, du « souci de l'autre », de la « sollicitude aidante » mais jamais intrusive :

- dispositifs de veille, nourrir le sentiment de « rester en contact »,
- restaurer un lien social,
- repérer les patients à haut risque, mettre en alerte les différents partenaires du réseau (soignants, social, « pairs »).