



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017/2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suicides à l'EPSM de Bailleul de 1980 à 2016 :
Facteurs de risque, évaluation et prévention du suicide dans les
établissements de santé mentale**

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2018 à 18h
au Pôle Formation

Par Xavier Derache

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Monsieur le Professeur Valéry Hédouin

Monsieur le Docteur Jean-Paul Durand

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Paul Durand

TABLE DES MATIERES

Introduction	5
1. Suicides à l'EPSM de Bailleul de 1980 à 2016	10
1.1 Méthode et grille de lecture des dossiers patients	10
1.2 Etude des dossiers médicaux de patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul	12
2. Suicide dans les établissements de soins – revue de littérature.....	17
2.1 Incidence et prévalence du suicide à l'hôpital.....	17
2.2 Les moyens létaux.....	18
2.3 Caractéristiques sociodémographiques	19
2.4 Suicide à l'hôpital et diagnostic psychiatrique	21
2.5 Méta-analyse de Large et Smith.....	22
2.6 La durée d'hospitalisation comme facteur de risque	24
2.7 Répartition des suicides des patients hospitalisés selon le calendrier (« time pattern »).....	27
2.8 Pathologies somatiques intercurrente et suicide.....	28
2.9 Profil de patient à risque de suicide à l'hôpital psychiatrique	29
3. Evaluation du risque suicidaire du patient hospitalisé en psychiatrie	31
3.1 Les facteurs de risque suicidaire	31
3.2 Les échelles standardisées validées pour les patients hospitalisés	32
3.2.1 Echelle d'idéation suicidaire de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation ou BSS)	34
3.2.2 Echelle interRAI de la gravité du comportement autodestructeur (interRAISeverity of Self-harmScale ou interRAI SOS)	35
3.2.3 Echelle d'incidence de la suicidalité – Prise en charge, évaluation et planification des soins (<i>Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care</i> ou SIS-MAP).....	35
3.2.4 Echelle de probabilité de suicide (<i>Suicide Probability Scale</i> ou SPS).....	36
3.2.5 Echelle d'intention suicidaire (<i>Suicide Intent Scale</i> ou SIS).....	37

3.2.6	Questionnaire sur les comportements suicidaires (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i> ou BSO)	37
3.3	L'utilisation des instruments d'évaluation du risque suicidaire à l'hôpital	38
3.4	Evolution des facteurs de risque de suicide au cours de l'hospitalisation	39
3.5	Propriétés prédictives à court terme des facteurs de risque de suicide à l'hôpital.....	39
3.5	Prédictibilité du geste suicidaire.....	42
4.	Prévention du suicide dans l'établissement de soins.....	44
4.1	Objectifs de réduction du risque suicidaire	44
4.2	Prévenir le suicide par l'évaluation, l'intervention et la surveillance du patient	45
4.2.1	Dépistage initial du risque de suicide	45
4.2.2	Evaluation ciblée du risque suicidaire.....	46
4.2.3	Intégration de l'évaluation du risque de suicide.....	47
4.2.4	Planification des soins et mise en œuvre de l'intervention	47
4.2.5	Surveillance et réévaluation	48
4.3	Sécurisation de l'environnement du patient	52
4.4	Lien entre prévention du suicide et effectif soignant	57
4.5	La question de l'enfermement comme prévention du suicide	59
4.6	Traitement « anti-suicide ».....	64
4.6.1	Les antidépresseurs	64
4.6.2	Le lithium.....	65
4.6.3	La clozapine.....	66
4.7	Perspectives d'avenir : l'apport des sciences dans l'évaluation du risque suicidaire	67
4.7.1	Hypothèse sérotoninergique.....	67
4.7.2	Modèle prédictif de suicide à partir de deux tests biologiques	69
4.7.3	Autres axes de recherche	70
5.	Procédure de déclaration et mesures de postvention.....	72
5.1.	La déclaration de dysfonctionnement grave.....	72

5.2. La postvention	74
5.3. Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)	75
Conclusion	79
Bibliographie	83
Annexes	88

LISTE DES ABREVIATIONS

CER	Code d'évaluation du Risque
CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM	Manuel Diagnostique des troubles mentaux
EEG	Electroencéphalogramme
EPP	Evaluations des Pratiques Professionnelles
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
ISRSNa	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
ONS	Observatoire National du Suicide
OMS	Organisation Mondiale de la santé
OR	Odds Ratio
RMM	Revue de Morbi-Mortalité

Introduction

Si la paternité du mot *suicide* est souvent attribuée à l'Abbé Desfontaines (1737), le mot *suicide* aurait été utilisé pour la première fois en 1642 sous la plume de Sir Thomas Browne dans l'ouvrage *Religio Medici*(1). Composé du préfixe *sui* (de soi) et du verbe latin *caedere* (tuer), il désigne littéralement le « meurtre de soi-même ». Ce terme sera par la suite utilisé pour évoquer un « cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » selon la définition d'Emile Durkeim(2) dans sa célèbre étude de sociologie publiée en 1897.

De nombreux auteurs proposent une définition du *suicide* reposant sur un même postulat : un décès provoqué par la victime elle-même par un geste volontaire avec comme intention le désir de mort.

Les définitions de la *tentative de suicide* sont elles aussi nombreuses. On retiendra ici la définition de Vincent Caillard dans l'ouvrage *Le geste suicidaire*(3) « Acte non fatal par lequel un individu réalise un geste dans l'espoir de trouver la mort ».

Ces définitions excluent les décès survenus sans intentionnalité de mourir, associé à une grande ambivalence envers le désir de mort ou encore par sous-estimation de la gravité du geste réalisé(3). Beck élargit la définition du suicide à une « mort causée par soi-même avec n'importe quelle intention de mourir »(4) pour y inclure ces types de décès.

La nosographie actuelle (CIM ou DSM) n'intègre pas le suicide comme maladie mais comme un symptôme. Le recensement des moyens employés par les personnes décédées par suicide par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est fait par un codage des lésions auto-infligées (24 codes allant de X60 à X84) inscrit au sein des causes externes de morbidité et de mortalité.

Le premier rapport de l'Observatoire National du Suicide(5) créé en 2013 annonce 11000 décès en France chaque année par suicide (6^{ème} rang de l'Union Européenne). Environ 200 000 personnes sont prises en charge aux urgences sur la même période dans les suites d'une tentative de suicide.

La prévalence des suicides en France est stable jusqu'en 1975 puis augmente de 40% entre 1975 et 1985. Elle est de nouveau stable jusque 1990 puis décroît lentement après 1995 d'environ 2% par an (3). Cette cinétique est retrouvée dans tous les pays européens.

Selon l'OMS(6), une personne dans le monde décède par suicide toutes les 40 secondes avec une plus forte prévalence chez les 15-24 ans (constituant pour cette tranche d'âge la deuxième cause de mortalité mondiale(7)).

Le risque suicidaire du patient hospitalisé est une préoccupation majeure et quotidienne du personnel des services hospitaliers psychiatriques. En effet, 40% des personnes hospitalisées en psychiatrie expriment leur intention de mettre fin à leurs jours au moment de l'admission ou sont hospitalisées dans les heures qui suivent une tentative de suicide (8).

L'impact émotionnel d'un décès par suicide au sein d'une unité de soin n'est pas négligeable. Selon I. Rousset(9), « la mort violente d'un patient renvoie le soignant au questionnement de sa propre culpabilité, à la remise en question de ses compétences et à son éventuelle responsabilité professionnelle ». La mort brutale d'un patient remet en cause « le fantasme du soin lié au désir de réparation de tout soignant ». Un tel événement met en échec son idéal soignant et le renvoie à des questionnements sur sa responsabilité, sa capacité soignante, sa culpabilité, voire sa propre mort. Une étude menée en 2004 sur 34 psychiatres montrait qu'un thérapeute sur trois souffrait de troubles sévères après le suicide d'un de leurs patients(10).

Les premiers rapports portant sur les décès par suicide de patients hospitalisés ont plus d'un siècle mais les préoccupations sur la diminution de ce risque sont surtout visibles à partir des années 50. La plupart des articles traitant du sujet s'accordent sur le fait que le suicide des patients hospitalisés représente environ 5% des suicides (correspondant à 500 décès annuels appliqué à la France) répartis comme suit (11) : 3 % à l'hôpital psychiatrique et 2 % à l'hôpital général. L'incidence du suicide en hôpital psychiatrique est de 250 pour 100 000 admissions. Cette incidence est 140 fois supérieure à celle de l'hôpital général.

Dans la littérature scientifique ce chiffre varie de 1 à 4 suicides pour 1000 admissions selon les études(8). Les écarts constatés s'expliquent par des méthodes de décompte différentes :

- inclusion des patients décédés à l'hôpital général, l'hôpital psychiatrique ou l'ensemble des établissements de soins
- patients décédés uniquement dans les murs de l'hôpital, ou inclusion des patients décédés lors de fugue, permissions ou décédés dans les 48h suivant leur sortie définitive
- peu d'informations concernant les patients décédés aux urgences dans les suites d'un geste suicidaire réalisé dans un service hospitalier.

A notre connaissance, une seule enquête a été conduite en France par la DHOS (Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins) à la demande du Pr Terra(12). Ce sont 194 décès par suicide pour l'année 2002 (121 hommes et 73 femmes) qui ont été recensés dans les établissements publics et privés de psychiatrie. Ce chiffre est très certainement sous-estimé car 5 départements n'ont pas répondu et 29 ne déclarent aucun suicide.

Une augmentation des décès par « suicide hospitalier » est décrite des années 1960 à 1980 avec un pic évalué à 2,4/1000 admissions(8). Elle est concomitante de l'augmentation des suicides dans la

population générale. Ces chiffres diminuent au début des années 2000 (1,4/1000 admissions) suivant là encore l'infléchissement de la courbe de la population générale.

La diminution de la mortalité par suicide à l'hôpital après 1980 serait liée à deux facteurs(11) :

- l'amélioration globale de la prise en charge au sein des établissements de santé mentale
- la diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital.

Les études s'intéressant au suicide dans les établissements de santé restent peu nombreuses et la plupart des articles étudient des données sur un petit nombre de cas. Le faible nombre de publications traduit également une certaine réticence du monde médical autour de ce phénomène du « suicide d'un patient durant son temps hospitalier, à la fois dans et en dehors de l'hôpital, pendant une permission, une promenade, une sortie d'essai ou un séjour dans un autre hôpital pour un traitement concomitant » par G. Collin(13).

La plupart « des programmes nationaux de prévention du suicide n'ont pas inclus les suicides ayant lieu dans des établissements de santé dans leurs objectifs prioritaires » (11). En France, le plan national de prévention du suicide de 1998 a proposé « une amélioration du recensement des suicides dans les hôpitaux ». La même année, aux Etats-Unis, une organisation indépendante appelée *The Joint Commission* crée un système d'alerte concernant le suicide des patients hospitalisés et émet des recommandations sur l'évaluation du risque suicidaire, la formation du personnel et les aménagements de l'environnement hospitalier pour réduire ce risque.(14)

En 2011, l'organisation inclut dans *The Joint Commission National Hospital Safety Goals* un objectif d'identification des patients à risque de suicide en ciblant trois items :

- « la réalisation de l'évaluation du risque suicidaire
- l'identification des risques liés à l'environnement et les besoins en matière de sécurité
- l'information des patients et de leur entourage à la sortie d'hospitalisation. »

Devant le manque de données dans la littérature scientifique concernant l'évaluation et la prévention du risque de suicide au sein des établissements de santé mentale nous avons conduit une étude rétrospective unicentrique qualitative. Pour cela nous avons analysés les dossiers médicaux des patients de l'Etablissement Public de Santé Mentale de Bailleul décédés par suicide au cours d'une hospitalisation entre 1980 et 2016. Les résultats ont ensuite été confrontés à ceux issus de la littérature scientifique.

Nous discutons ensuite l'ensemble des mesures ayant pour objectif la réduction du risque de suicide en unité d'hospitalisation telles que l'évaluation/surveillance du patient en crise suicidaire, le contrôle de son environnement, la prescription médicamenteuse , les mesures de postvention et la réalisation d'analyse rétrospectives telles que les revues de mortalité et de morbidité.

1. Suicides à l'EPSM de Bailleul de 1980 à 2016

L'Asile Départemental d'Aliénées est transféré depuis Lille vers Bailleul en octobre 1863. Il est placé sous le contrôle direct de l'Etat et devient asile autonome d'aliénées en 1912. A cette époque, l'établissement prend en charge 1800 femmes. L'hôpital est totalement détruit à la fin de la première guerre mondiale et reconstruit dès 1922 pour une réouverture en 1926, date à laquelle il accueille 1000 patientes. La mixité sera introduite en 1970.

Aujourd'hui, l'Etablissement Public de Santé Mentale compte plus de 1100 professionnels (dont 70% de professionnels soignants et éducatifs et 6% de professionnels médicaux). La population couverte est de 368 071 habitants répartis en six secteurs psychiatriques (59G01 à 59G06) pour 234 lits de psychiatrie, 59 places en appartement thérapeutique, 85 places d'hospitalisation de jour, 47 places d'accueil familial thérapeutique, 24 centres médico-psychologique et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

1.1 Méthode et grille de lecture des dossiers patients

Pour cette étude, nous avons étudié les dossiers médicaux des patients décédés par suicide lors d'une hospitalisation à l'EPSM de Bailleul entre 1980 et 2016. Pour avoir accès aux dossiers nous avons adressé une *demande de communication par dérogation de documents d'archives publiques non librement communicables* au directeur des archives de France le 12 mai 2017. Nous avons obtenu l'autorisation d'accès aux archives de l'EPSM de Bailleul le 11 octobre 2017 (**Annexe 1**).

Les archives regroupent les dossiers médicaux des patients pris en charge sur les secteurs 59G01, 59G02, 59G03, 59G04, 59G05 et 59G06.

Le recueil des noms des patients décédés par suicide a été réalisé par l'étude du registre des décès de l'EPSM de Bailleul conservé aux archives de l'établissement. Malheureusement le registre couvrant la période du 27 février 1986 au 17 janvier 1991 n'a pu être retrouvé.

Au total, sur l'échantillon étudié, 14 patients sont décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul du 03 juin 1980 au 26 février 1986 et du 17 janvier 1991 au 31 décembre 2016. Sur les 14 dossiers correspondants, 4 étaient manquants. Au total 10 dossiers médicaux ont donc pu être étudiés. En outre, un dossier contenait l'ensemble des éléments pour les hospitalisations précédentes mais uniquement le certificat de décès pour l'hospitalisation durant laquelle le patient est décédé.

Les patients ayant réalisé un geste suicidaire au cours d'une hospitalisation à l'EPSM de Bailleul mais étant décédés en dehors de la structure (suite à un transfert aux urgences ou en réanimation) ne sont pas inclus dans l'étude car ils ne figurent pas sur le registre des décès de l'EPSM (pouvant constituer un biais de recueil des données).

Pour extraire les informations utiles à ce travail nous avons réalisé une grille de lecture reprenant l'ensemble des facteurs de risque de suicide des patients hospitalisés issus de la littérature scientifique. L'utilisation de cette grille (**Annexe 2**) permet de couvrir les sphères psychiatrique, économique, environnementale, sociale, familiale, historique et conjoncturelle.

Elle permet d'extraire les informations concernant le mode d'hospitalisation, sa durée, le nombre total d'hospitalisations en psychiatrie, les prescriptions concernant les visites et les sorties du service. L'évaluation du risque suicidaire, la surveillance prescrite et les modalités du passage à l'acte suicidaire sont également relevées (date complète, mode opératoire, lieu, personnel en service au moment du passage à l'acte). Enfin, la dernière partie de cette grille porte sur la symptomatologie récente décrite dans le dossier médical (idéation suicidaire, troubles des fonctions

instinctuelles, anxiété, fléchissement thymique, trouble du comportement, amélioration clinique, éléments psychotiques).

1.2 Etude des dossiers médicaux de patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul

Les informations issues des dossiers médicaux des patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul sont résumées dans les tableaux suivants :

Cas	Facteurs de risque												
	Sexe	Age	Stat. marit.	Act. prof.	Diagnostic				ATCD TS		Suicide familial	Hospitalisation	
					D	TB	P	TP	Serv.	Ext.		Sous contrainte	Nombre
1	M	32	Célibataire		X			X	X	X			10ème
2	M	40	Couple	X	X		X			X		X	1ère
3	F	42	Couple	X		X		X		X	NC	NC	14ème
4	F	63	Couple	R	X					X			1ère
5	F	84	Veuve	R	X		X		X	X	X		7ème
6	F	27	Célibataire	X	X			X	X	X			5ème
7	M	62	Couple	R	X		X						3ème
8	M	25	Célibataire	X			X	X	X	X		X	5ème
9	F	59	Veuve	R	X				X		X	X	2ème
10	M	78	Couple	R	X					X			1ère
Total					8	1	4	4	5	8	2	3	

Figure 1 – Facteurs de risque de suicide issus de l'étude des dossiers médicaux des patients décédés à l'EPSM de Bailleul entre 1980 et 2016.

NC = non connu ; M = masculin ; F = féminin ; Stat.marit = statut marital ; Act.prof = activité professionnelle ; R = retraite ; D = épisode dépressif caractérisé ; TB = trouble bipolaire ; P = trouble psychotique ; TP = trouble de la personnalité ; Serv = au sein du service ; Ext = à l'extérieur du service

Pour les cas étudiés, le sex-ratio H/F est de 1 :1. L'âge moyen des patients décédés par suicide est 51,8 ans (âge médian 50,5 ans). Le patient le plus jeune était âgé de 25 ans au moment du décès et le patient le plus âgé de 84 ans. Trois patients étaient âgés de moins de 35 ans et quatre de plus de 60 ans.

La moitié des patients étaient en couple et le même nombre étaient à la retraite. Un patient appartenait à une minorité sexuelle (homosexualité).

Le diagnostic le plus représenté est celui d'*épisode dépressif caractérisé* (8 cas) puis celui de *trouble de la personnalité* (4 cas dont un *trouble de personnalité état-limite*, un *trouble de personnalité histrionique* et deux *troubles de personnalité névrotiques*). Cinq patients verbalisaient des idées délirantes (hypochondriaques, mélancoliques ou non spécifiées) et parmi eux, un patient avait des hallucinations visuelles. Un seul patient souffrait d'un *trouble bipolaire*.

Des antécédents familiaux de maladie psychiatriques sont retrouvés chez deux patients :

- la mère et la petite fille d'un patient présentaient une psychose
- la fille d'un patient souffrait d'un trouble bipolaire

Neuf des dix patients avaient au moins un antécédent de tentative de suicide. Parmi eux, un tiers avait pour antécédent au moins trois tentatives d'autolyse. La moitié des patients avaient pour antécédent au moins une tentative d'autolyse durant une hospitalisation dont un dans les 24h précédant le décès et deux dans les 7 jours précédant le décès.

Un événement de vie sévère est retrouvé chez 5 patients (décès d'un enfant, veuvage, décès d'un proche par suicide). Un patient a été, au cours de sa vie, placé en famille d'accueil. On ne retrouve pas d'éléments pouvant évoquer des violences physiques ou sexuelles dans aucun des dossiers médicaux.

Seuls trois patients étaient hospitalisés sans leur consentement. Deux patients sont décédés par suicide lors d'une première hospitalisation.

Les motifs d'admissions étaient les suivants : tentative d'autolyse (2 cas), idéation suicidaire (1 cas), troubles du comportement (2 cas), syndrome anxio-dépressif (2 cas), non connu (1 cas).

Cas	Circonstances du suicide								
	Période				Moyen		Lieu		
	Début	Fin	WE	Nuit	Pendaison	IMV	Chambre	Service	Extérieur
1		X			X		X		
2		X		X	X		X		
3		NC		NC	NC	NC	NC	NC	NC
4	X				X		X		
5		X			X		X		
6	X					X			X
7			X		X		X		
8					X		X		
9			X		X			X	
10			X	X	X		X		
Total	2	3	3	2	8	1	7	1	1

Figure 2 - Circonstances de suicide des patients décédés à l'EPSM de Bailleul entre 1980 et 2016.

NC= Non connu ; X= facteur présent ; Début = Durant les 7 premiers jours d'hospitalisation ; Fin= Suicide alors que la date de fin d'hospitalisation était fixée ; WE= Week-end ; IMV = Intoxication médicamenteuse volontaire

La durée médiane d'hospitalisation était de 19 jours (un suicide durant les 24 premières heures ; au total deux suicides durant la première semaine d'hospitalisation). Il est à noter que trois suicides ont eu lieu alors que la date de fin d'hospitalisation était fixée. La majorité des patients sont décédés durant un jour de semaine (7 contre 3 durant le weekend) et en journée (7 patients également). C'est durant l'automne que le plus grand nombre de patients sont décédés (4 contre 2 pour les autres saisons).

Le mode opératoire le plus représenté est la pendaison/strangulation (7 pendaisons, 1 strangulation). Sur ces huit cas, cinq ont été réalisés à l'aide d'objets personnels (cordon de robe de chambre, cordelette de sac à dos, ficelle de nylon, pyjama), deux avec du matériel appartenant à l'hôpital (drap, cordon de rideau) et un avec un objet amené par un proche du patient et n'ayant donc pu être retiré lors de l'inventaire de début d'hospitalisation (cordon de sèche-cheveux). Un seul cas d'intoxication médicamenteuse est retrouvé, la prise des traitements ayant été réalisée en dehors du service lors d'une sortie avec autorisation.

La quasi-totalité des suicides a eu lieu au sein du service (9 cas sur les 10), dans la chambre du patient (7 cas) et plus spécifiquement dans la salle de bain et/ou toilette (4 cas). Les points d'accroche sont : le montant de fenêtre, la porte de penderie, la barrière de lit, la robinetterie (robinet/douche), la barre d'appui pour WC.

Dans aucun des dossiers médicaux, nous n'avons retrouvé de trace écrite d'une évaluation spécifique du risque suicidaire, ni l'établissement d'un niveau de risque suicidaire. On retrouve une prescription médicale de surveillance du risque suicidaire dans un seul dossier : la surveillance prescrite était une surveillance toutes les 30 minutes. L'intervalle moyen de passage des infirmiers sur les 9 dernières surveillances effectuées avant le décès était de 61 minutes.

La description de l'effectif soignant présent au moment du décès du patient est retrouvée dans 4 dossiers. Un seul concluait à un « effectif normal de fonctionnement ».

En relevant les observations concernant la symptomatologie récente (dans les 48h précédant le suicide) on note que 2 patients ont verbalisé des idées suicidaires, 3 patients ont présenté des troubles du sommeil, une recrudescence anxieuse a été observée chez 3 patients et deux patients ont décrit un vécu de culpabilité. Une amélioration clinique a été observée dans les 48h précédant le suicide chez 3 patients.

Une décompensation somatique intercurrente est notée pour deux patients (pneumopathie infectieuse, syndrome confusionnel).

Les informations manquantes dans la grande majorité des dossiers concernaient : les antécédents judiciaires, l'existence ou non d'une carence affective, la qualité de l'étayage, le type de chambre (simple ou double), les autorisations de sorties de l'établissement, le changement de thérapeute

durant la prise en charge, l'évaluation de l'insight, l'adhésion aux soins et l'effectif soignant présent.

La faible prévalence limitant le nombre de cas inclus, les éléments issus de l'analyse des dossiers médicaux des patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul doivent être confrontés aux données de la littérature scientifique. Pour cela, des recherches ont été menées dans les bases de données MEDLINE, EMBASE, GOOGLE SCHOLAR et ASCODOCPSY pour des articles publiés de 1980 à nos jours en utilisant les mots clefs suivant « suicide » ou « suicides » ET « inpatient » (patient hospitalisé) ou « inpatients » et leur traduction française.

2. Suicide dans les établissements de soins – revue de littérature

2.1 Incidence et prévalence du suicide à l'hôpital

La prévalence du suicide d'un patient hospitalisé est faible. Le nombre des décès par suicide à l'hôpital général se situe entre 1,7 et 1,9 pour 100 000 admissions (11). J-L Terra estime le nombre de suicides dans un hôpital psychiatrique en France entre 0.5 et 1 pour 1000 admissions(7).

L'incidence du suicide hospitalier peut s'exprimer en nombre d'événements pour 100 000 patients-années. La notion de personne-temps désigne la durée totale de suivi des individus à risque : 100 individus suivis pendant 2 ans correspondant à 200 personne-années (soit 100x2).

Selon Walsh(15), l'incidence de l'événement est fonction de quatre facteurs :

- l'année durant laquelle est survenu le décès
- la durée moyenne d'hospitalisation (une durée d'hospitalisation plus importante augmente le risque de survenu du suicide)
- la méthode d'enregistrement des suicides
- le taux de suicide dans la population étudiée

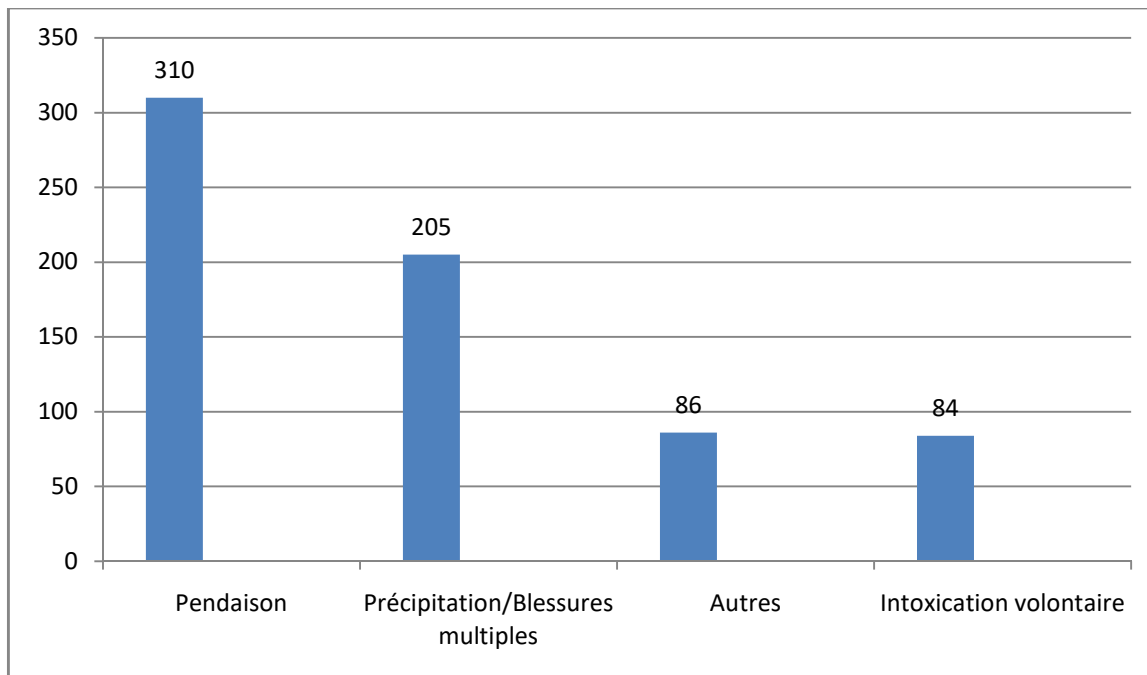
Une étude rétrospective (15) reprenant les données de 39 études de 1945 à 2013 (correspondant à 6 832 071 admissions) a permis de calculer l'incidence du suicide dans les services de psychiatrie: 147 suicides par 100 000 patient-années (IC95% [138-156] ; $p < 0,001$). Dans cette étude, une augmentation de l'incidence est visible après les années 80 reflétant, selon les auteurs, « l'ère de la désinstitutionalisation » et « l'émergence de la prise en charge ambulatoire ». Les patients à faible risque suicidaire n'étant plus admis à l'hôpital psychiatrique, la cohorte diminue et l'incidence de suicide au sein de l'hôpital psychiatrique augmente.

Cette étude a pour limite le calcul l'incidence à l'aide du risque national de suicide et non du risque local de chaque étude. De plus, une grande partie de la population étudiée est originaire du Danemark ou du Royaume-Uni où les mesures de prévention du suicide à l'hôpital sont considérées comme plus avancées que les autres pays.

2.2 Les moyens létaux

Toutes les études s'accordent sur le fait que le moyen léthal le plus utilisé lors d'un suicide d'un patient hospitalisé est la pendaison. Une étude par registre observationnel prospectif (16) a permis d'étudier les moyens létaux utilisés lors de 279 suicides en hôpital psychiatrique : 48% par pendaison, 14% par intoxication, 11% par précipitation, 9% par noyade et 7% par collision avec un véhicule en mouvement.

Dans une étude rétrospective incluant 754 suicides de patients hospitalisés en psychiatrie au Royaume-Uni de 1996 à 2000(17) la pendaison représentait 41% des moyens létaux utilisés (**figure 3**). L'étude incluant également les décès par suicide survenus lors de fugues ou sorties autorisées, on retrouve des moyens létaux comme le saut dans le vide ou devant un véhicule en mouvement (27%) et l'intoxication volontaire (11%). Dans cette étude les produits ingérés volontairement étaient en grande majorité les psychotropes (44%) et le paracétamol (25%). Les autres causes mentionnées dans la **figure 3** regroupent les décès par intoxication au monoxyde de carbone (21 cas), brûlure (11 cas), par arme blanche (15 cas), par suffocation (22 cas), par arme à feu (4 cas), par électrocution (4 cas) et les causes non spécifiées (9 cas).

Figure 3 - Cause des décès par suicide chez 754 patients hospitalisés en psychiatrie selon Appleby et al., 2001 (17)

Les moyens létaux utilisés dans la population générale ont été étudiés à partir d'une cohorte européenne comprenant 119 122 hommes et 41 338 femmes décédés par suicide entre 2000 et 2005(3). Pour les deux sexes le moyen le plus utilisé dans la population générale est également la pendaison (54,3% chez les hommes et 35,6% chez les femmes). Pour les hommes vient ensuite les armes à feu (9,7%) et l'ingestion médicamenteuse volontaire (8,6%). Pour les femmes, le second moyen léthal le plus utilisé est l'intoxication médicamenteuse volontaire (24,7%) puis la précipitation (14,5%).

2.3 Caractéristiques sociodémographiques

Selon Martelli(11), les caractéristiques sociodémographiques des patients décédés par suicide en institution sont similaires à ceux des personnes décédées par suicide dans la population générale.

La moyenne d'âge des patients décédant par suicide dans un service de psychiatrie est de 40 ans contre 50 ans à l'hôpital général(10). L'âge moyen des patients décédés à l'EPSM de Bailleul était de 51,8 ans. Il n'y a pas de consensus dans la littérature scientifique concernant l'âge comme facteur de risque. Certains auteurs pointent le risque chez les patients jeunes, d'autres concluent à une augmentation du risque avec l'âge ou à une différence non significative.

Contrairement au sex-ratio de 1 :1 retrouvé à l'EPSM de Bailleul, la littérature scientifique s'accorde sur un risque pour un patient de sexe masculin deux fois supérieur à celui d'une femme(11). Ce ratio est confirmé par l'étude de Madsen et al.(16) incluant 279 suicides de patients hospitalisés en psychiatrie (37 % de femmes et 63 % d'hommes).

Plusieurs études pointent une augmentation du risque de suicide dans les services de psychiatrie lorsque le patient exerce une activité professionnelle, a bénéficié d'une haute éducation et présente un bon *insight*(11). L'explication serait celle-ci : pour ces patients, la stigmatisation secondaire à l'annonce diagnostique est plus importante ainsi que la peur de perdre leur emploi. Madsen et al. (16) ajoutent à ces facteurs de risque le fait d'être marié (**figure4**).

Figure 4 - Associations uni variées et multi variées entre les co-variables sociales et le suicide chez les patients psychiatriques hospitalisés selon T.Madsen et al., 2012(16)

Covariable sociale	Analyse multivariée* Hazard Ratio (IC95%)
<i>Statut professionnel</i>	
En activité	1 (référence)
Sans emploi	0,70 (0,48-1,01)
Retraite anticipée	0,71 (0,5-0,99)
Retraite	0,49 (0,32-0,74)
<i>Niveau d 'étude</i>	
Baccalauréat ou supérieur	1 (référence)
Formation professionnelle	0,57 (0,4-0,81)
Ecole secondaire	0,77 (0,48-1,24)
Ecole primaire	0,45 (0,31-0,64)
Inconnu	0,32 (0,18-0,59)
<i>Statut marital</i>	
Mariage/cohabitation	1 (référence)
Non marié /vit seul	0,71 (0,52-0,96)
Divorcé /veuf	0,71 (0,50-0,99)
Autre	0,94 (0,06-15,1)

*Les données sont ajustées pour l'âge, le sexe et l'année du suicide.

2.4 Suicide à l'hôpital et diagnostic psychiatrique

Large et Smith.(18) proposent en 2011 une revue de littérature reprenant les résultats de 29 études menées de 1967 à 2009 étudiant les facteurs de risque de suicide des patients hospitalisés dans des unités de psychiatrie. Seules deux pathologies psychiatriques y sont statistiquement associées à un risque de suicide plus élevé : la schizophrénie (OR=2,4; IC95[1,54-4]) et le trouble affectif (OR=1,93; IC95[1,33-2,81]). L'association entre schizophrénie et suicide étant dite « modérée » ($2,5 < OR < 4$) et celle avec le trouble affectif « faible » ($1,5 < OR < 2,5$). L'étude conclut à l'absence de lien statistique entre les autres pathologies et le suicide hospitalier ($p < 0.001$). Ces deux pathologies pourraient être statistiquement associées à un risque accru de suicide car elles entraîneraient des durées d'hospitalisations plus importantes(19).

Le risque de suicide pour un patient schizophrène lors d'une hospitalisation serait plus important lorsque les hospitalisations sont courtes et fréquentes et augmenterait avec le nombre d'hospitalisation sans consentement (9).

Le suicide est la première cause de mortalité précoce chez les patients schizophrènes (10% de suicides contre 1% dans la population générale). Certains facteurs de risques spécifiques du patient souffrant de schizophrénie sont connus (9) : la forme schizo-affective, la forme paranoïde, un retard à la prise en charge, des effets extrapyramidaux et une rupture thérapeutique.

En 2000, Deisenhammer et al. (20) publient une étude incluant 44 décès par suicide de patients hospitalisés en psychiatrie. Parmi ces patients 45,4% présentaient un trouble affectif et 27,3 % étaient schizophrènes.

2.5 Méta-analyse de Large et Smith

Dans l'étude de Large et Smith.(18) un seul facteur de risque montre un lien statistique « fort » ($OR > 4$) et significatif ($p < 0.001$) avec le suicide, il s'agit des antécédents d'automutilation ou tentative de suicide ($OR = 3,95$; $IC95 [3,22-4.84]$). Ce résultat est également retrouvé dans la méta analyse de Madsen et al.(16) avec $OR = 4,99$.

La **figure 5** rend compte de la force du lien statistique entre les facteurs de risques démographiques, sociaux, historiques, cliniques, diagnostics et le suicide de patients hospitalisés en psychiatrie à partir des données de la méta analyse de Large et al(18) présentées en **Annexe 3**.

Figure 5 – Force du lien statistique entre le suicide du patient hospitalisé et les facteurs de risques démographiques, sociaux, historiques, cliniques, diagnostics à partir des résultats de la méta-analyse de Large et al.2011 (18)

Lien statistique fort ($p < 0,05$) OR > 4	Lien statistique modéré ($p < 0,05$) $2.5 < OR < 4$	Lien statistique faible ($p < 0,05$) $1,5 < OR < 2.5$
Antécédents d'automutilation ou de tentative de suicide*	Idéation suicidaire *	Tentative de suicide au moment de l'admission
	Antécédent familial de suicide *	Antécédent familial de maladie mentale
	Diagnostic de schizophrénie *	Diagnostic de trouble affectif*
	Humeur déprimée *	Agitation ou anxiété *
	Sentiment d'inutilité, d'incompétence ou de culpabilité *	Difficultés relationnelles ou sociales *
	Désespoir *	Multiples admissions en psychiatrie*
	Antidépresseurs prescrits *	Admission en soins sous contrainte (<i>The Mental Health Act</i>)
		Longue durée de séjour à l'hôpital *

* $p \leq 0.001$; OR = Odds Ratio

Dans cette étude, aucun des facteurs démographiques étudiés (sexe masculin, âge avancé, statut marié, vivre seul) n'a montré de lien statistique avec le suicide durant l'hospitalisation. En outre, les auteurs concluent que le fait d'être sans emploi soit un facteur protecteur (OR=0.71) alors que l'intervalle de confiance comprenne le chiffre 1 (IC95 [0.5-1,01]) et que la valeur de p soit supérieur à 0.05.

La limite majeure de cette étude réside dans l'absence d'analyse de co-variation entre les différents facteurs de risques étudiés. Les facteurs de risques sont présentés comme indépendants et n'ayant pas de risque cumulatif.

En 2007, Hunt et al. (25) publient une étude rétrospective de type cas-témoins analysant les données concernant 222 suicides de patients hospitalisés. L'étude révèle trois facteurs de risque indépendants dits « prédictors de suicide » :

- le sexe masculin (OR=2,39 ; IC95 [1,43-4])

- le diagnostic de trouble affectif (OR=1,81 ; IC95[1,43-4])
- un antécédent d'automutilation (OR= 5,93 ; IC95[3,34-10,55]).

Une grande partie des patients décédés par suicide au cours de l'hospitalisation présentait au moins 2 de ces 3 facteurs de risque (71% versus 35% ; $p<0.001$). Les trois facteurs de risques étaient retrouvés chez 13% des patients décédés par suicide (versus 5% des témoins ; $p=0.003$).

2.6 La durée d'hospitalisation comme facteur de risque

Pour étudier le lien entre durée d'hospitalisation et risque de suicide Madsen et al.(16) ont réalisé en 2012 une étude par registre observationnel prospectif incluant 126 382 patients de psychiatrie hospitalisés au Danemark entre 1997 et 2006. Durant cette période de suivi, 279 suicides sont recensés. L'incidence de l'événement est de 860 suicides pour 100 000 patient-années.

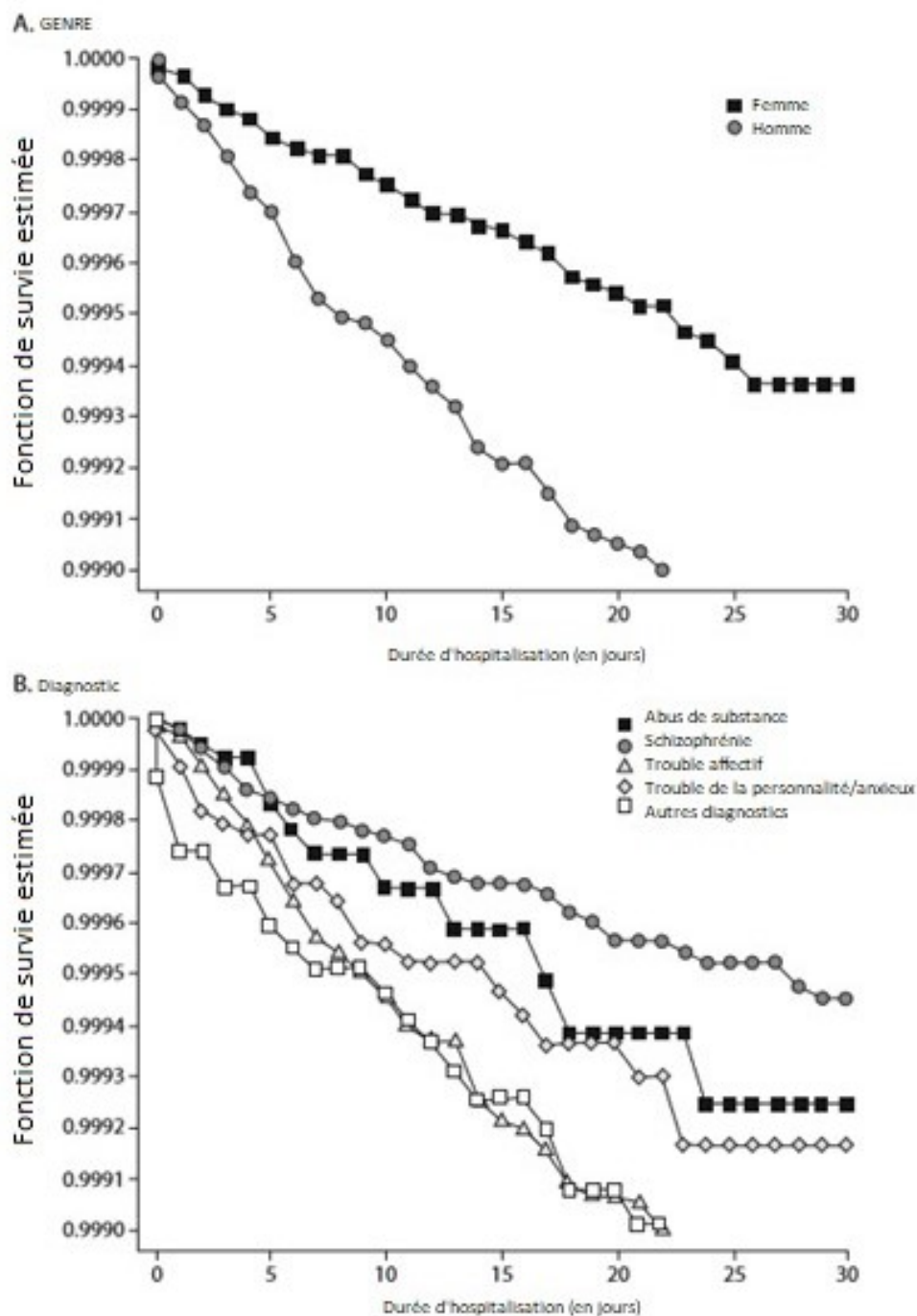
Dans cette étude un quart (25%) des décès par suicide à l'hôpital psychiatrique ont lieu durant la première semaine. Les auteurs annoncent également les résultats suivant ;

- 34% des suicides surviennent durant la première hospitalisation
- temps médian d'hospitalisation jusqu'au décès par suicide : 18 jours

Les patients réadmis moins de 30 jours après leur sortie présentent un risque statistique significativement plus élevé (Hazard Ratio= 1,50 ; IC95% [1,13-2]).

Les auteurs présentent dans leur étude une courbe de survie de Kaplan Maier (**figure 6**) du risque de suicide durant les 30 premiers jours après l'admission en fonction du genre et du diagnostic psychiatrique. Ces courbes permettent d'observer le risque accru chez les patients de sexe masculin et les patients atteints d'un trouble affectif durant cette période. En effet, le risque chez l'homme est 2,58 fois plus élevé que chez la femme (IC95% [2,02-3,31]).

Figure 6 - Courbes de survie de Kaplan-Meier du risque de suicide durant les 30 premiers jours d'admission en relation avec A) le genre, B) le diagnostic selon T.Madsen et al., 2012 (16)



Tous les auteurs relèvent deux périodes à haut risque : la première semaine d'hospitalisation et la période suivant immédiatement la sortie d'hospitalisation.

Durant la première semaine d'hospitalisation le risque de suicide est 5 fois plus élevé que durant la suite de l'hospitalisation selon Copas et Robin(21). Le chiffre de 25% des décès par suicide à l'hôpital ayant lieu au cours de la première semaine d'hospitalisation est retrouvé dans la plupart des articles sur le sujet.

Pour certains auteurs, le risque durant la première semaine après la sortie d'hospitalisation est même associé à un risque plus élevé que celui durant la première semaine d'hospitalisation(11). En 1993, une étude anglaise a permis de suivre les patients durant une période d'un an après la sortie d'hospitalisation. Le risque de suicide durant les 4 premières semaines après la sortie d'hospitalisation était 7,1 fois plus important pour les hommes et 3 fois plus important pour les femmes que durant les 48 semaines suivantes(22).

Pour Appleby(23), le risque de suicide dans la période suivant la sortie d'hospitalisation augmente avec :

- la guérison incomplète
- le niveau d'insight (fléchissement thymique secondaire à la prise de conscience du retentissement de la maladie)
- la rupture thérapeutique
- le retour dans l'environnement habituel et l'exposition au facteur précipitant initial
- l'accès simplifié aux moyens létaux

Dans l'étude des patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul, 2 patients étaient décédés lors de la première semaine d'hospitalisation. Les décès par suicide dans la période suivant la sortie d'hospitalisation n'étaient pas inclus.

2.7 Répartition des suicides des patients hospitalisés selon le calendrier (« time pattern »)

Les suicides ont-ils une distribution spécifique selon le calendrier ? Ces caractéristiques sont-elles généralisables aux suicides dans les établissements de santé ?

Selon Neuner et al. (24), il est désormais admis que dans la population générale le suicide des femmes ait une distribution bimodale avec un pic au printemps et un second en automne et que le suicide des hommes issus de la population générale ait une distribution uni modale avec un pic au printemps. L'hypothèse étant une variation de la sécrétion de mélatonine et de la sérotonine en fonction de l'exposition solaire bien que « les mécanismes [...] impliqués restent peu compris(25) ».

Pour Benard et al(25), le « pic récurrent de décès par suicide au printemps [serait] indépendant de toute symptomatologie dépressive [alors que] le pic de suicide durant l'automne [serait] associé à une décompensation des dépressions unipolaires ». Les autres facteurs de risques liés au calendrier restent quant à eux plus discutés comme un nombre plus important de suicides le lundi, la première semaine de chaque mois (25), immédiatement après les périodes de vacances scolaires ou encore une diminution du nombre de suicide durant les vacances scolaires. Les études portant sur le risque de suicide autour du mois de naissance (« *season of birth effect*») donnent elles aussi des résultats contradictoires.

La distribution journalière des suicides (23) montre qu'ils « surviennent principalement en fin de matinée pour les personnes de plus de 65 ans, en milieu de journée pour les 24-44 ans et en fin d'après-midi pour les 14-24 ans avec un fléchissement des taux en fin de soirée ». Cette distribution est superposable aux variations diurnes de la symptomatologie dépressive (maximale en début de

journée avec une amélioration au cours de la journée). Il n'y aurait pas de variation du risque suicidaire liée aux phases de la lune.(3)

A partir de ces éléments, on peut s'interroger sur la généralisation des facteurs de risque liés au calendrier pour les patients hospitalisés. Pour répondre à cette question Neuner et al.(24) ont étudié les caractéristiques de 49257 hospitalisations (correspondant à 495 lits) à l'Hôpital universitaire psychiatrique de Ratisbonne (Allemagne) entre 1998 et 2007. Sur cette période 37 suicides hospitaliers ont été recensés (24 hommes et 13 femmes). L'âge moyen des patients décédés par suicide était de 45,5 ans. La durée moyenne de séjour était de 37,97 jours (27% dans les dix premiers jours). Les diagnostics psychiatriques des patients étaient répartis comme suit :

- 45,5 % de patients déprimés (selon les critères CIM10)
- 18,7% de patients schizophrènes (selon les critères CIM10)

Douze patients se sont suicidés au printemps, dix en hiver, huit en été et sept en automne. Les auteurs concluent à une différence statistiquement non significative de la répartition des suicides hospitaliers sur les saisons/les mois/les jours, leur distribution selon les périodes scolaires ou selon le mois de naissance des patients.

Devant la faible prévalence de l'événement, la taille de l'échantillon est évoquée comme limitation de l'étude. Toutefois, les résultats élargis à l'ensemble des suicides de patients hospitalisés en Allemagne de 2006 et 2007 concluaient également à une différence statistiquement non significative de la répartition des suicides selon les mois.

2.8 Pathologies somatiques intercurrente et suicide

Le lien entre suicide en milieu de soins et pathologies somatique a été étudié en hôpital général. Un tiers des patients qui décèdent par suicide à l'hôpital général ont un cancer en phase terminale(26).

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est retrouvée chez 20% des patients décédés par suicide en hôpital général(27). Les maladies neurologiques sont également fortement représentées (sclérose en plaques, chorée de Huntington).

Pour les auteurs, plus que la pathologie en elle-même, c'est la sévérité des symptômes ,la chronicité de la maladie et l'existence d'une co-morbidité psychiatrique qui sont à prendre en compte dans l'évaluation du risque suicidaire(27).

2.9 Profil de patient à risque de suicide à l'hôpital psychiatrique

En 2000, Wolferberg et al.(28) optent pour une approche phénoménologique et dressent une liste subjective des facteurs de risque de suicide des patients hospitalisés en psychiatrie réalisée à partir d'audits de praticiens. Les auteurs partent en effet du constat que de nombreux praticiens fondent leur évaluation du risque suicidaire du patient sur leur expérience clinique et non sur l'utilisation des échelles standardisées du risque suicidaire. Les facteurs les plus représentés dans ces audits sont les suivants : humeur déprimée, désespoir, culpabilité, délire de persécution, hallucinations auditives avec syndrome d'influence, agitation, insomnie résistante, idéation suicidaire, antécédents de tentative de suicide, maladie somatique à dégradation rapide et maladie à cycle rapide.

Basée sur l'expérience clinique, on retrouve dans le résultat de ces audits de nombreux facteurs de risques mis en évidence dans les différentes études cliniques notamment les facteurs de risques issus de la méta-analyse de Large et Smith(18).

Martelli(11) et Tishler(29) dressent respectivement le profil du patient à risque suicidaire élevé lors d'une hospitalisation. Ces profils sont repris dans la **figure 7**.

Figure 7 - Profil de patient à risque suicidaire élevé lors d'une hospitalisation selon Martelli et al., 2010 (11) et Tishler et Reiss., 2009 (29)

	Profil du patient à risque de suicide en secteur psychiatrique selon Martelli(11)	Profil du patient à risque de suicide en secteur psychiatrique selon Tishler(29)
Antécédents psychiatriques	Antécédent de tentative de suicide	Antécédent de tentative de suicide ou pathologie psychiatrique nécessitant un traitement
Antécédents familiaux	Antécédent familial de tentative de suicide	Antécédent familial psychiatrique et/ou tentative de suicide chez un parent de premier degré
Motif d'admission	Tentative de suicide avant l'admission	Admission suite à une tentative de suicide
Diagnostic psychiatrique	Diagnostic de schizophrénie ou trouble de l'humeur	Diagnostic de schizophrénie, dépression, trouble de la personnalité ou symptomatologie psychotique
Mode de vie	Patient vivant seul	Homme jeune, célibataire, chômeur, étayage familial faible
Autres	Hospitalisation sans consentement, départ d'un soignant investi, absence du service sans autorisation	Idées suicidaires verbalisées à l'admission

3. Evaluation du risque suicidaire du patient hospitalisé en psychiatrie

3.1 Les facteurs de risque suicidaire

La prévention du suicide au sein même ou à l'extérieur de l'hôpital repose sur la connaissance et l'identification des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire. Selon Agnès Batt(30), un facteur de risque est « une variable associée statistiquement à la survenue d'un phénomène. Le facteur de risque est calculé au niveau d'une population. Il ne représente pas au niveau individuel une cause nécessaire ».

Le découpage des facteurs de risque se fait le plus souvent en 8 sphères(4) qui sont retrouvées dans la plupart des échelles du risque suicidaire : psychiatrique, économique, environnementale, sociale, familiale, biologique, historique et conjoncturelle.

Ils sont également organisés en facteurs de risques primaires, secondaires et tertiaires(31). Les facteurs de risque primaires (troubles psychiatriques, antécédents personnels et familiaux de suicide) ont une forte valeur d'alerte ainsi qu'une interaction importante entre eux. De plus, ils sont largement influencés par les thérapeutiques. Les facteurs de risque secondaires (isolement social, perte d'emploi, difficultés financières) ont une valeur prédictive élevée en présence de facteurs de risques primaires mais cette valeur prédictive est faible isolément. Enfin, les facteurs de risque tertiaires (sexe masculin, âge jeune ou avancé) sont immuables et ont eu une valeur prédictive très faible en l'absence des deux premiers.

Le développement des études sur les facteurs de risque suicidaire ont permis d'établir des échelles du risque suicidaire. Ces échelles sont pour la plupart des outils permettant de guider le praticien

dans sa décision concernant l'indication ou non d'hospitalisation. La validité de ces échelles dans l'évaluation du risque suicidaire du patient hospitalisé reste discutée dans la littérature scientifique.

3.2 Les échelles standardisées validées pour les patients hospitalisés

L'expérience clinique est l'outil essentiel du psychiatre pour déterminer le niveau de risque suicidaire du patient. Toutefois les échelles d'évaluation du risque suicidaire sont à sa disposition pour appuyer son évaluation clinique.

Devant le nombre important d'échelles d'évaluation du risque suicidaire, l'évaluateur devra s'interroger sur les propriétés psychométriques et techniques du test (32) qu'il utilise comme :

- sa fiabilité : indicatrice de la cohérence des résultats du test. La cohérence interne d'un test est fonction du coefficient alpha de Cronbach (allant de 0 à 1). Un coefficient de Cronbach supérieur à 0.7 indique une bonne fiabilité
- sa validité : reflet de sa capacité à mesurer ce qu'il vise à mesurer. Pour être valide, les résultats du test doivent être en accord avec ceux d'autres instruments reconnus valides pour cette mesure
- sa sensibilité : sa capacité à donner un résultat positif lorsqu'une hypothèse est vérifiée (de 0 à 1)
- sa spécificité : sa capacité à donner un résultat négatif lorsqu'une hypothèse n'est pas vérifiée (de 0 à 1)
- sa corrélation : représente l'intensité de la liaison existante entre deux variables (risque suicidaire et les notes accordées par le test). Une corrélation est exprimée par un chiffre allant de -1 à 1. Plus la corrélation est proche de ces bornes plus le lien entre les variables est fort.

Selon la conférence de consensus *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 2000*(33) validée par la Haute Autorité de Santé « des échelles ont été proposées pour évaluer le risque de

suicide mais elles n'ont pas encore démontré leur utilité en clinique (elles sont surtout destinées à la recherche). Pour la pratique, les échelles de Beck sont probablement les plus appropriées en situation de crise suicidaire : l'échelle de désespoir dans toutes les situations, l'échelle d'idéation suicidaire et l'échelle d'intention suicidaire (SIS) dans sa forme abrégée élaborée par J.P. Lindenmayer ». Toutefois, les auteurs recommandent l'utilisation de l'échelle de désespoir de Beck aux urgences mais ne produisent aucune recommandation concernant l'évaluation du patient au cours de son hospitalisation. Enfin, le document ne produit aucune recommandation concernant la prévention du risque de suicide du patient en crise suicidaire hospitalisé dans une unité de psychiatrie.

En l'absence de recommandations spécifiques, les pratiques concernant l'évaluation du risque suicidaire et la surveillance des patients adultes hospitalisés en psychiatrie sont probablement hétérogènes.

En 2012, l'*Ontario Hospital Association* (OHA) en partenariat avec l'Institut Canadien pour la Sécurité des Patients (ICSP) produit un *Guide d'évaluation du risque suicidaire*(32)qui évalue les outils conçus pour faciliter le processus d'évaluation suicidaire au sein des établissements de santé. Cette revue de littérature a permis d'établir une liste d'échelles d'évaluation du risque suicidaire ayant une validité prédictive et/ou fiabilité satisfaisante dans l'évaluation globale d'un patient adulte hospitalisé en psychiatrie (**figure 8**). Il s'agit de :

- l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS)
- l'échelle d'idéation suicidaire modifiée : version révisée de l'échelle BSS utilisée auprès des personnes âgées et des adolescents.
- l'échelle d'intention suicidaire (SIS)
- l'échelle de probabilité de suicide (SPS)
- l'échelle interRAI de la gravité du comportement autodestructeur (interRAI SOS)

- l'échelle d'incidence de la suicidalité (SIS-MAP)
- le questionnaire sur les comportements suicidaires (SBQ).

Figure 8 - Caractéristiques des outils d'évaluation du risque suicidaire selon Perlman, 2012(32)

Échelle	Passation		Nbre de questions	Validité prédictive	Fiabilité	Utilité possible		Milieu				Population ^		
	Auto-évaluation	Entrevue/ observation				Évaluation globale	Dépistage	Psychiatrique			Non psychiatrique	Adultes	Enfants et adolescents	Personnes âgées
								Hosp.	Externe	Urgences				
BSS®	x	x	21	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
BHS		x	20		x		x	x	x		x	x		x
C-SSRS		x				x	x	x	x	x	x	x	x	
GSIS	x	x	31		x		x	x	x		x			x
interRAI-SOS		x	varié*		x	x	x	x	x	x		x		
MHECC			114				x	x						
NGASR		x	15				x	x				x		
RFL	x		48		x		x	x	x		x	x	x	x
SAD PERSONAS		x	10				x	x	x	x	x	x		
SIS-MAP		x	108		x	x		x	x		x	x		
SSI-M		x	18		x	x	x	x	x			x	x	
SBQ	x		34		x	x	x	x	x		x	x	x	
SIS		x	15	x	x			x	x		x	x		
SPS	x		36	x	x	x		x	x		x	x	x	
TASR			26				x	x	x	x	x	x	x	

Nota. BSS® = Échelle d'idéation suicidaire de Beck; BHS = Échelle de désespoir de Beck; C-SSRS = Échelle Columbia de la gravité du risque de suicide; GSIS = Échelle d'idéation suicidaire gériatrique; interRAI SOS = Échelle interRAI de la gravité du comportement autodestructeur; MHECC = Liste de contrôle du milieu de soins en santé mentale; NGASR = Évaluation globale du risque de suicide par les infirmières; RFL = Inventaire des raisons de vivre; SIS-MAP = Échelle d'incidence de la suicidalité – Prise en charge, évaluation et planification des soins; SSI-M = Échelle d'idéation suicidaire modifiée; SBQ = Questionnaire sur les comportements suicidaires; SIS = Échelle d'intention suicidaire; SPS = Échelle de probabilité du suicide; TASR = Outil d'évaluation du risque de suicide

3.2.1 Echelle d'idéation suicidaire de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation ou BSS)

Cette échelle mesure « l'intensité actuelle et immédiate des attitudes, comportements et plans suicidaires ». Il s'agit d'un instrument d'auto-évaluation. La passation peut se faire sur informatique sur la plateforme Q-global ou en format papier crayon. Cet outil comprend 21 items évalués sur une échelle suicidaire (de 0 à 2 points) portant sur les raisons de vivre ou de mourir, la durée et la fréquence de l'idéation suicidaire ainsi que le degré d'anticipation et de préparation du passage à l'acte. La cohérence interne est modérée (coefficient α Cronbach allant de 0.84 à 0.89). La BSS a été validée pour les patients psychiatriques hospitalisés et suivis en clinique externe(16). Elle a fait l'objet de nombreuses études et a fait l'objet d'une traduction française.

3.2.2 Echelle interRAI de la gravité du comportement autodestructeur (interRAISeverity of Self-harmScale ou interRAI SOS)

Il s'agit d'une approche du risque de suicide ou d'automutilation utilisant un algorithme de classification de 0 (aucun risque) à 6 (risque imminent). Cet algorithme est intégré à un instrument d'évaluation appelé *InterRAI Mental Health* (InterRAIMH) étudiant les caractéristiques sociodémographiques, les indicateurs de santé mentale et physique, les comorbidités addictologiques, les troubles du comportement (hétéro et auto-agressivité), les fonctions cognitives et le fonctionnement social. Toutes ces données sont recueillies à l'admission du patient, lors d'une modification de son état, tous les 90 jours et au départ de l'hôpital.

Les adultes hospitalisés en santé mentale représentent la population cible de l'échelle interRAI SOS. En fonction de la classification obtenue, « une liste de considérations initiales, des lignes directrices et d'interventions » permettant de « planifier les soins et aborder la question de la sécurité immédiate et à long terme » du patient sont données.(32)

3.2.3 Echelle d'incidence de la suicidalité – Prise en charge, évaluation et planification des soins (*Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care* ou SIS-MAP)

La SIS-MAP interroge en 108 questions les principaux facteurs de risque de suicide et facteurs protecteurs en évaluant les huit sphères suivantes : facteurs démographiques, état psychologique, comorbidités, antécédents familiaux, facteurs biologiques, facteurs de protection, évaluation clinique, problèmes psychosociaux et environnementaux. Le temps nécessaire à l'évaluation est assez court, l'évaluateur cochant oui (1 point) ou non (0 point) à chacune des questions. Les patients

obtenant un score de 33 ou plus sont considérés à risque élevé de passage à l'acte suicidaire. L'échelle est validée pour l'évaluation des adultes hospitalisés dans un établissement psychiatrique ou tout autre établissement de santé ou recevant des soins psychiatriques ambulatoires.

Les auteurs du *Guide d'évaluation du risque suicidaire* concluent au fait que « bien que d'autres études psychométriques soient nécessaires, la SIS MAP semble être un outil valide, sensible et spécifique pour évaluer le risque suicidaire selon les premières données probantes » (32). En effet, les études portent essentiellement sur sa capacité à distinguer la nécessité ou non d'une hospitalisation (spécificité de 78,1 % et sensibilité de 66,7%) mais peu décrivent sa validité comme instrument d'évaluation des patients hospitalisés.

3.2.4 Echelle de probabilité de suicide (*Suicide Probability Scale* ou SPS)

Crée en 1988 par Cull et Gill, la SPS est un questionnaire d'autoévaluation composé de 36 questions. Chaque item est évalué par sa fréquence de 1 point (« Jamais ou parfois ») à 4 points (« La plupart du temps ou toujours »). Les items couvrent les six facteurs suivants : les idées suicidaires, le désespoir, les perspectives positives, la proximité interpersonnelle, l'hostilité et l'impulsivité. L'évaluation prend 10 à 20 minutes et nécessite uniquement un niveau de lecture suffisant.

L'étude des résultats permet d'établir un score de probabilité de suicide (de 0 à 100). Différents scores-seuils représentatifs ont été établis en fonction de la population étudiée (personnes hospitalisées, personnes traitées à l'externe et population générale).

De nouvelles études restent nécessaires pour étudier la validité prédictive de cette échelle mais sur un échantillon d'adultes hospitalisés en psychiatrie. Un score-seuil total de probabilité de suicide de

50 permettait d'obtenir une sensibilité de 52% et une spécificité de 78% (32). Ces résultats ne permettent pas sa recommandation sans étude supplémentaire.

3.2.5 Echelle d'intention suicidaire (*Suicide Intent Scale* ou SIS)

L'échelle SIS est composée de 15 questions (0 à 2 points par questions) pour un score allant de 0 à 30, un score élevé indiquant une intentionnalité marquée. Elle est utilisée en secteur de soins pour les patients ayant récemment fait une tentative de suicide. Une partie de l'évaluation porte sur les circonstances objectives de la tentative de suicide, la seconde partie évalue la perception subjective qu'a le patient de son geste. Au total l'échelle est divisée en quatre axes : la conception, la préparation, les précautions prises pour ne pas être découvert et la communication.

L'échelle SIS possède une cohérence interne forte ($\alpha=0.95$). Sa validité prédictive est dite « faible à modérée ». Deux études prospectives menées chez des patients qui avaient été hospitalisés à la suite d'une tentative d'autolyse sur une période de 10 ans concluent toutefois à la non validité prédictive de l'échelle SIS(32).

3.2.6 Questionnaire sur les comportements suicidaires (*Suicidal Behaviors Questionnaire* ou BSO)

Outil d'autoévaluation par questionnaire créé en 1981, le SBQ est disponible en deux versions (14 ou 4 questions). Le score-seuil est différent selon la population étudiée (population adulte générale ou adultes hospitalisés en psychiatrie). Les questions portent sur la fréquence et l'intensité des idées et des comportements suicidaires.

La cohérence interne a été évaluée avec un coefficient α allant de 0.76 à 0.87 selon la version du test utilisée. L'étude de sa corrélation avec d'autres tests (échelle d'idéation suicidaire, inventaire de dépression de Beck et échelle de désespoir de Beck) « établit la validité conceptuelle de l'échelle »(32) avec $r = 0,55$ à $r = 0,62$. L'échelle est validée pour une utilisation auprès de la population psychiatrique adulte (avec un score seuil plus élevé chez les adultes hospitalisés en psychiatrie).

3.3 L'utilisation des instruments d'évaluation du risque suicidaire à l'hôpital

Aucun outil d'évaluation ne permet d'établir précisément le risque de passage à l'acte suicidaire. Le suicide est une issue rare dans les établissements de soins rendant difficile l'évaluation de la valeur prédictive d'une échelle. Le clinicien doit toujours critiquer les résultats donnés par les échelles et recourir systématiquement à son jugement clinique. Il doit considérer ces outils comme des instruments permettant d'éclairer son jugement clinique, en aucun cas ils ne pourront s'y substituer.

Les outils d'évaluation du risque de suicide permettent donc de (32) :

- « recueillir d'autres renseignements qui peuvent mettre en lumière le degré de risque de suicide de la personne
- corroborer les conclusions des entretiens cliniques
- cerner toute divergence dans le risque de suicide, le cas échéant».

Ces outils sont également une aide précieuse afin d'appréhender l'évaluation du risque suicidaire pour les personnes ayant peu d'expérience clinique (médecin non psychiatre, étudiant, infirmier, soignants sans expérience en santé mentale, assistante sociale).

3.4 Evolution des facteurs de risque de suicide au cours de l'hospitalisation

Les facteurs de risque de suicide restent-ils les mêmes tout au long de l'hospitalisation?

Pour répondre à cette question Hunt et al.(34) ont comparé les résultats de deux de leurs études pour confronter les facteurs de risque de patients décédés par suicide durant la première semaine d'hospitalisation à ceux de patients décédés par suicide après 7 jours d'hospitalisation. Ils concluent à des différences dans les facteurs de risque liées aux deux populations :

- les facteurs « durée de la maladie inférieur à un an » et « événement de vie négatif récent » étaient prédictifs de suicide uniquement pour les patients hospitalisés depuis moins de 7 jours.
- le facteur « diagnostics de trouble affectif » était associé à un risque de suicide uniquement pour les patients hospitalisés depuis plus de 7 jours.

Les facteurs de risque de suicide évoluent donc en fonction du temps écoulé depuis l'admission du patient. Les auteurs concluent à la nécessité de réaliser d'autres études sur le sujet.

3.5 Propriétés prédictives à court terme des facteurs de risque de suicide à l'hôpital

Pour améliorer la prévisibilité d'un suicide en milieu hospitalier, il faut étudier les propriétés « prédictives » à court terme et à long terme des facteurs de risque. Pour clause éthique, le type d'étude le plus utilisé pour identifier les facteurs de risques est rétrospective. En effet « il n'est en effet pas envisageable de mener une recherche avec un groupe de patients témoins considérés à haut risque car il est impossible de ne rien entreprendre pour un patient en danger nécessitant protection et soins urgents »(8).

Les facteurs de risque issus de ces études permettent de « constituer des groupes de patients dont la probabilité de suicide sur le long terme est accrue ». Leur principal défaut étant donc leur faible

efficacité dans l'évaluation du risque imminent de passage à l'acte. Pourtant l'évaluation du risque suicidaire du patient hospitalisé est une évaluation du risque imminent de passage à l'acte (minutes, heures ou jours).

Le praticien devra, dans son évaluation, tenir compte de la variabilité des facteurs de risque dans le temps. En effet, les facteurs de risque identifiés telles que l'intentionnalité suicidaire ou l'idéation suicidaire pourront fluctuer rapidement durant l'hospitalisation alors que d'autres facteurs de risque comme les antécédents de passage à l'acte suicidaire sont fixes.

Les facteurs présentant des fluctuations rapides sont considérés dans la littérature scientifique comme plus utiles pour l'évaluation du risque suicidaire à court terme et par conséquent plus utiles dans l'évaluation de risque de suicide au cours de l'hospitalisation. Toutefois, à notre connaissance, il n'existe aucune étude ayant établi un lien entre variation des facteurs de risque au cours de l'hospitalisation et prédictibilité à court terme du risque suicidaire.

Pour Perlman et al.,(32) afin d'«évaluer le risque suicidaire d'un patient, il faut distinguer les facteurs de risque dits potentialisateurs (connus pour être corrélés au suicide) et les signes avant-coureurs qui sont des facteurs augmentant réellement le risque de passage à l'acte suicidaire [...]. Les facteurs de risque potentialisateurs prédisposent le patient à un plus grand risque de suicide mais ce risque est confirmé par la présence de signes avant-coureurs »(32).

Une étude rétrospective(35) incluant 14 suicides ou tentatives d'autolyse de patients hospitalisés en psychiatrie décrivait la symptomatologie observée durant la semaine précédant le suicide. Les symptômes reliés au suicide étaient l'anxiété, l'anhédonie, l'insomnie, les attaques de panique, l'abus d'alcool, le désespoir et les idées suicidaires avancées.

Selon Cassels et al.(36) ces symptômes ont une utilité clinique plus importante dans l'évaluation du risque suicidaire à court terme que certains facteurs de risques établis.

On retrouvait une recrudescence anxieuse dans les 48h précédents le suicide chez 30% des patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul.

Les changements des habitudes de sommeil appartiennent aux 10 signes d'alerte de risque suicidaire de la SAMSHA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*). L'insomnie est statistiquement associée au risque d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides aboutis ($RR=2,95$; $IC95[2,48-3,5]$)(37). Des anomalies telles qu'une moins bonne qualité de sommeil, une latence d'endormissement augmentée et une diminution des ondes lentes lors du sommeil profond ont été mises en évidence chez des patients souffrant d'épisode dépressif caractérisé avec antécédent de tentative d'autolyse (versus sans antécédent de tentative d'autolyse) à l'EEG (25).

D'autres facteurs associés à une augmentation du risque de suicide à court terme (36) comme l'amélioration clinique, le niveau d'insight ou la compliance aux soins sont discutés dans la littérature scientifique. La moitié des patients décédés par suicide dans les services de psychiatrie montreraient en effet des signes d'amélioration clinique avant le passage à l'acte(8). Ce phénomène peut être relié à la résolution du conflit interne concernant la décision du passage à l'acte suicidaire. Il est à mettre en lien avec le « *syndrome présuicidaire de Ringel* où un calme apparent et une attitude de retrait avec diminution de la réactivité émotionnelle et affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels, cachent un développement des fantasmes suicidaires »(33). Pour certains auteurs cette amélioration clinique avant le passage à l'acte suicidaire est le signe d'une levée d'inhibition motrice secondaire à l'instauration d'un traitement pharmacologique de type antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

La conscience globale du trouble mental ne serait pas associée à un risque de suicide. Toutefois, certains aspects plus spécifiques de l'insight le seraient comme « la conscience du besoin de

traitement, des conséquences sociales » et pour les psychoses « la conscience des symptômes négatifs et des hallucinations »(36). Le manque d'outils permettant l'évaluation de l'insight rend difficile l'utilisation de ce facteur de risque.

Bien qu'aucune étude n'ait démontré l'association entre non compliance et suicide hospitalier, le lien est largement suggéré dans la littérature scientifique. Dans une enquête nationale de 2001 (Department of Health) 36% des patients décédés par suicide était non compliant au traitement prescrit (36).

Si très peu d'informations concernant l'insight et la compliance sont retrouvées dans les dossiers des patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul, une amélioration clinique dans les 48h précédant le suicide était observée chez 3 patients.

3.5 Prédicibilité du geste suicidaire

Alors que 3 à 4,5% de l'ensemble des suicides sont réalisés lors d'une hospitalisation psychiatrique ou dans les 24h qui suivent la sortie(11), quelle part de ces décès est évitable ?

La question de la prédictibilité du suicide est une question largement soulevée par la littérature scientifique. Shea(38) évoque le « prédicteur de risque » comme les « caractéristiques d'un individu donné indiquant la vraisemblance de l'imminence d'un suicide chez ce même individu ». La grande majorité des auteurs s'entendent sur le fait que la capacité prédictive du psychiatre concernant le suicide d'un patient est faible.

En 2004, Fahy TJ et al.(39) publient une étude dans laquelle sept psychiatres évaluaient en aveugle les facteurs de risque de suicide à partir des dossiers médicaux (39 dossiers de patients décédés par suicide et 78 dossiers contrôlés). Dans cette étude la prédictibilité du suicide était de 50%.

Selon G. Klein, 2012(8), dans les études de suicides aboutis à l'hôpital, « le risque était évalué comme faible ou nul dans les jours ou les heures précédant le passage à l'acte dans une proportion allant de 34% à 45% des cas ».

La faible sensibilité et spécificité des facteurs de risque de suicide associés à la faible prévalence de l'événement entraînent une limitation de leur pouvoir prédictif. De plus, les études sur le sujet sont le plus souvent des études nationales. Les résultats présentés sont donc des éléments nationaux et la question de la généralisation de ces résultats à la population des autres pays reste discutée.

Pour Large et al. 2011(18), même si certains facteurs de risque sont spécifiques au suicide hospitalier, la recherche de plusieurs de ces facteurs pour identifier un patient avec un risque suicidaire élevé est à risque de faux positifs mais aussi de faux négatifs pouvant entraîner le décès du patient par défaut de surveillance.

La notion de prédictibilité est liée à la notion de responsabilité du psychiatre et de l'établissement. Le suicide entraîne un préjudice moral et parfois matériel et la société recherche des responsables à la disparition d'un de ses membres. S'il est à ce jour impossible de prévenir tous les suicides, l'établissement de santé aura pour mission de prendre toutes les précautions raisonnables pour limiter le risque.

4. Prévention du suicide dans l'établissement de soins

4.1 Objectifs de réduction du risque suicidaire

Deux organisations américaines (*The Joint Commission Accreditation of the department of Health Care Organization – JCAHO* et *The department of Veterans Affairs*) ont recensé les « événements sentinelles » dans les hôpitaux agréés de janvier 1995 à janvier 2005(29). Il s'agit d'événements imprévus impliquant un décès ou un grave préjudice physique et/ou psychologique. Ils sont appelés ainsi car « ils signalent une nécessité immédiate d'investigation et de réponse »(40). Il y en a 1500 par an recensés aux Etats-Unis. Sur la période d'étude 16,3 % des événements sentinelle étaient des suicides de patients hospitalisés (événement le plus représenté).

Dans cette étude trois types de facteurs de risque ont été identifiés :

- « des failles dans la sécurité environnementale
- des défauts d'évaluation des patients [évaluation manquante, incomplète ou non répétée]
- des manquements relatifs au personnel soignant » (absence de formation, manque de transmissions, défaut de surveillance, personnel en sous-effectif, inventaire et confiscation des moyens létaux absents ou incomplets...).

La connaissance de ces facteurs de risque permet d'établir des programmes de réduction du risque suicidaire. La revue de littérature *Identifying Patients at Risk for Suicide*(14) détaille les objectifs communs aux programmes de réduction du risque suicidaire des patients hospitalisés :

- « évaluer le risque suicidaire à l'admission du patient, réévaluer régulièrement ce risque et notifier les résultats de ces évaluations dans le dossier médical
- prendre en charge les troubles psychiatriques participant à l'élévation du risque suicidaire et préparer le suivi ambulatoire du patient

- adapter l'environnement au risque suicidaire du patient
- former l'équipe soignante à l'évaluation du risque suicidaire et à la transmission de l'information
- soumettre la surveillance des patients à haut risque suicidaire à un protocole
- définir la politique de l'hôpital dans la gestion de ce risque et la collecte des statistiques lors d'un décès par suicide ».

4.2 Prévenir le suicide par l'évaluation, l'intervention et la surveillance du patient

Diminuer le risque de suicide dans les établissements de soins passe par une évaluation efficace du risque suicidaire. Dans le *Guide d'évaluation du risque de suicide* (32), C. Perlman et al. proposent d'établir un cadre d'évaluation du risque suicidaire en milieu de soins basé sur un processus d'évaluation tiré de l'ouvrage *Tidal Model* de Barker et Barker (2005). Selon les auteurs, ce modèle n'est pas applicable uniquement en santé mentale mais à tous les milieux de soins.

Ce cadre d'évaluation comprend cinq dimensions(32) : « le dépistage initial du risque suicidaire, l'évaluation ciblée du risque de suicide, l'intégration de l'évaluation du risque suicidaire, la planification des soins, la mise en œuvre de l'intervention, la surveillance/réévaluation du patient".

4.2.1 Dépistage initial du risque de suicide

Le dépistage initial comprend le recueil des facteurs de risque ainsi que l'ensemble des signes avant-coureurs de suicide chez le patient. L'évaluateur doit établir la liste de ces facteurs à partir des documents en sa possession (documents administratifs, correspondance médicale, ordonnance thérapeutique, dossier médical...), de l'observation du patient, et le cas échéant, de l'examen clinique du patient ainsi que des entretiens formels ou informels.

Ce dépistage initial peut être réalisé par tous les prestataires de soins sensibilisés à la recherche des facteurs de risque et signes avant-coureurs de suicide. L'évaluateur devra hiérarchiser les facteurs de risque retrouvés. Le dépistage initial est une étape de documentation et de corroboration.

4.2.2 Evaluation ciblée du risque suicidaire

L'évaluation ciblée n'a plus pour but d'établir une liste de facteurs de risque suicidaire mais d'établir un risque global et comprendre les facteurs sous-jacents (facteurs précipitant ou facteurs de protection) qui influent sur ce risque. A la différence de l'étape d'évaluation initiale, la collaboration du patient est nécessaire puisqu'un ou plusieurs entretiens sont nécessaires. Le but de cette étape est (32) d'« établir une relation thérapeutique ouverte avec la personne afin de discuter en détail de ses idées, plans et comportements suicidaires et de cerner ses forces et les ressources disponibles pouvant modérer le risque ».

C'est à cette étape du processus d'évaluation du risque suicidaire que le clinicien peut recourir à l'utilisation d'outils d'évaluation (échelles d'évaluation du risque suicidaire) pour appuyer son évaluation clinique.

Selon Granello., 2010 (41) l'évaluation du risque suicidaire est complexe, exigeante et unique à chaque patient. Elle s'effectue dans le cadre d'une relation thérapeutique et peut être considérée comme un processus continu et thérapeutique. Elle repose sur un jugement clinique même si les échelles standardisées peuvent éclairer la prise de décision. Une communication efficace entre les membres de l'équipe soignante est requise. L'évaluation doit intégrer l'ensemble des facteurs de risque et signes avant-coureurs au regard du contexte culturel. Elle doit être documentée.

La conférence de consensus sur la crise suicidaire(33)recommande la recherche d'idées suicidaires chez tout patient présentant une pathologie psychiatrique. Cette évaluation doit se faire sur plusieurs entretiens d'une durée suffisante et si possible l'entourage doit également être reçu par l'évaluateur.

4.2.3 Intégration de l'évaluation du risque de suicide

L'intégration de l'évaluation du risque de suicide a pour but de déterminer l'engagement requis en fonction du niveau de risque établi après dépistage initial et évaluation ciblée du risque suicidaire. Cette étape se fait par un processus de collaboration par consultation des autres professionnels prenant part aux soins de la personne.

4.2.4 Planification des soins et mise en œuvre de l'intervention

Cette quatrième étape a pour but de mettre en place « une démarche d'intervention et un plan de soins précis afin d'assurer la sécurité de la personne et son rétablissement »(32).

Comme le rappelle Rousset et al.(9), l'évaluation du caractère adapté des moyens mis en œuvre pour la prise en charge d'un patient et notamment pour sa surveillance, tient compte :

- de la prévisibilité du geste suicidaire
- des antécédents (tentatives de suicide, fugues en dehors ou dans le service)
- de l'évaluation clinique (réalisée le plus régulièrement possible)
- du mode d'hospitalisation
- des consignes de surveillance prescrites

4.2.5 Surveillance et réévaluation

La plupart des auteurs promeuvent une évaluation du risque suicidaire à l'admission et répétée à intervalles réguliers. L'*American Psychiatric Association*(42)insiste sur le fait que « seules des évaluations régulières et répétées sont utiles pour identifier les facteurs de risque suicidaire individuels les plus significatifs ».

Tishler et Reiss (2009) préconisent dans leur revue de littérature(29) de conduire des « évaluations régulières et répétées des facteurs individuels de risque suicidaire ainsi que des idées suicidaire et ce à l'admission, une semaine après l'admission, à l'approche de la sortie d'hospitalisation et lorsque la symptomatologie dépressive diminue». La répétition de l'évaluation du risque suicidaire permet de diminuer le nombre de faux positifs. Les facteurs de risque de suicide donnés dans la littérature seront retrouvés chez de nombreux patients alors que peu passeront à l'acte.

Toute évaluation du risque suicidaire doit être tracée et conservée. Dans une étude rétrospective portant sur 57 suicidés, la mention du risque suicidaire ne figurait que dans 16 dossiers médicaux et 12 dossiers infirmiers (11). Elle ne figurait dans aucun des dossiers des patients décédés à l'EPSM de Bailleul par suicide.

En 2009, Mahal et al.(43) ont étudié les dossiers de patients (n=145) d'un service d'urgences psychiatriques en Californie. Pour chaque dossier ils recherchaient la trace écrite de 19 indicateurs utiles à l'évaluation du risque suicidaire (facteurs de risques, signes avant-coureurs, antécédents). Aucun dossier ne comprenait la totalité des indicateurs. Seuls trois indicateurs étaient présents dans plus de 75% des dossiers et 9 dans plus de 50% des dossiers.

La surveillance du patient présentant un risque suicidaire élevé ou très élevé pourra faire l'objet d'un protocole. La littérature scientifique dénonce l'insuffisance d'une fréquence de surveillance

supérieure à 15 minutes pour un patient identifié avec un risque suicidaire élevé ou très élevé. Les auteurs préconisent également un intervalle de temps variable entre les passages du personnel.

Tishler et Reiss proposent un protocole de surveillance continue des patients à haut risque suicidaire hospitalisés (29). Les patients concernés sont alors maintenus à une longueur de bras du soignant de manière continue. Le niveau de risque suicidaire doit être réévalué de manière répétée. Le membre du personnel soignant effectuant la surveillance aigüe du patient doit être relayé toutes les deux heures pour « éviter le risque de burn-out, les baisses de concentration et permettre au patient d'être en interaction avec différentes personnes ».

La mise en place d'un tel protocole peut être difficile à réaliser pour les établissements psychiatriques car de telles mesures nécessitent du personnel en nombre suffisant d'autant plus que les « membres du personnel effectuant une telle surveillance ne devront être affectés à aucune autre fonction ». Si les moyens pour organiser une surveillance continue ne sont pas mobilisables, les auteurs proposent comme alternative une surveillance dite régulière par intermittence avec un intervalle n'excédant pas 15 minutes.

A notre connaissance, les effets secondaires de l'observation continue restent à évaluer (modification du risque suicidaire, impact sur l'alliance thérapeutique secondaire à un possible sentiment d'intrusion, de stigmatisation ou d'aliénation). Pour limiter les possibles effets négatifs de l'observation continue, Barnicot et al.(44) ont produit en 2017 une série de recommandations à partir d'entretiens menés avec 31 membres du personnel soignant et 38 patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques du Royaume-Uni :

- « s'assurer que seuls les patients présentant un niveau de risque élevé soient placés sous observation continue
- le niveau de risque doit être réévalué régulièrement

- la durée de la surveillance par observation continue doit être la plus courte possible
- prendre en compte l'impact possible de cette surveillance sur le patient (angoisse liée à la restriction de la vie privée, renforcement des idées suicidaires, abaissement de la qualité de la relation avec l'équipe soignante)
- la décision de mettre en place une observation continue ne doit pas être influencée par le niveau de stress de l'équipe soignante
- chercher à obtenir l'adhésion du patient sur la surveillance par observation continue
- donner une information éclairée au patient sur le protocole de surveillance
- s'assurer de la présence d'un nombre suffisant de membres de l'équipe soignante pour assurer une observation continue
- encourager les démarches dites de retour d'expérience pour les membres de l'équipe ayant participé à la surveillance ».

En France, aucune jurisprudence ne permet d'établir un protocole de surveillance en fonction du niveau de risque suicidaire. Le praticien est tenu de prescrire la surveillance la plus adaptée au risque suicidaire du patient afin de répondre à l'obligation de moyens à laquelle il est soumis.

Pour améliorer la prise en charge du patient suicidaire, une formation régulière des équipes soignantes devra être dispensée sur l'évaluation et les moyens de prévention du risque suicidaire et la surveillance du patient. Ils devront également bénéficier d'un rappel régulier des soins d'urgence en cas de tentative de suicide dans l'unité de soins. Devant le risque d'ingestion de produits et d'utilisation d'outils dans le but de réaliser un geste auto-agressif, la formation des équipes de nettoyage et des ouvriers intervenant dans le service doit également être réalisée.

L'équipe paramédicale pourra être formée à l'utilisation d'outils spécifiques d'évaluation du risque suicidaire comme l'évaluation globale du risque de suicide par les infirmiers (*Nurses'Global*

Assessment of Suicide Risk ou NGASR). Il s'agit d'un outil d'évaluation du risque suicidaire destiné à l'équipe infirmière centré sur les facteurs de stress psychosociaux. L'utilisation de cette échelle nécessite peu d'expérience clinique. Elle comprend 15 questions donnant un score entre 0 et 25. Le risque donné est divisé en quatre catégories (très peu de risque, risque modéré, risque élevé et risque très élevé de suicide). Cet outil est validé pour les patients adultes psychiatriques hospitalisés et suivis en externe. Il est essentiellement utilisé au Canada, au Japon et Royaume-Uni.(32).

Pour Martelli et al.(11) la formation des équipes soignantes doit également comprendre : « le renforcement de la cohésion d'équipe, le repérage et la gestion des mouvements contre-transférentiels vis-à-vis des sujets à risque, l'établissement de relations de qualité avec les patients (infirmiers référents), le maintien d'un cadre thérapeutique stable et le repérage des situations à risque ».

L'équipe soignante aura également pour mission d'assurer l'éducation de l'entourage du patient. Ces derniers sont tenus de présenter tous les objets entrant dans le service aux infirmiers qui en feront l'inventaire. Les objets à potentiel léthal seront rendus aux visiteurs ou gardés par l'équipe et restitués lors de la sortie d'hospitalisation.

Les établissements ont pour mission de développer une « culture de la sécurité » qu'il s'agisse de celle du patient ou du personnel soignant. Il faudra toutefois veiller à ce que les mesures appliquées ne favorisent pas une régression chez les patients notamment ceux souffrant d'une pathologie avec un risque chronique de conduites suicidaire comme le trouble de personnalité état-limite. Le milieu de soins doit offrir au patient un climat à la fois confortable, thérapeutique et non autoritaire.

4.3 Sécurisation de l'environnement du patient

Pour définir les enjeux de la sécurisation environnementale dans les services de soins il faut étudier les caractéristiques des décès par suicide dans les établissements afin de limiter l'accès aux moyens létaux les plus utilisés.

La pensée selon laquelle limiter les moyens d'accès aux moyens létaux est inutile car les personnes désirant mourir trouveront toujours un moyen est fausse. Le Pr Terra rappelle dans son article *Prévenir le suicide : repérer et agir (2003)* qu'il a été démontré qu'en cas de retrait des armes il n'y avait pas de transfert vers un autre moyen létaux. Il ajoute qu'il y a « 4,7 fois plus de risques de suicide et 2,7 fois plus de risques d'homicide dans un foyer où il y a une arme à feu par rapport à celui où il n'y en a pas » et que « le fait de posséder une arme ou d'en faire l'acquisition augmente d'un facteur 7 le risque de suicide par arme ».

A l'hôpital les moyens létaux les plus utilisés sont dans l'ordre : la pendaison, l'asphyxie et le saut dans le vide(45). Quatre types de strangulation peuvent être décrits :

- la pendaison (suspension partielle ou complète par ligature autour du cou)
- la strangulation par ligature (ligature autour du cou sans suspension)
- la strangulation manuelle
- la strangulation posturale (l'individu exerce sur son cou une pression contre un objet fixe à l'aide du poids de son corps)

Du 01 janvier 1999 au 31 décembre 2007, en Angleterre et au pays de Galles, 448 suicides à l'hôpital psychiatrique ont été recensés par Hunt et al.,(46). Sur ces 448 cas, 344 patients (soit 77%) sont décédés par strangulation. Dans cet échantillon on retrouve 339 cas de pendaisons pour 5 cas

ayant utilisés les trois autres types de strangulation. La **figure 9** détaille le type de lien et les points d'accrochage utilisés par ces patients.

La plupart de ces suicides ont eu lieu dans une chambre simple (53%) et plus d'un quart (27%) dans les toilettes ou la salle de bain. Les portes, poignets, crochets et fenêtres représentaient 59 % des points d'accrochage. Les liens les plus utilisés étaient les ceintures (42% des moyens utilisés) puis les draps et serviettes. L'item le plus utilisé est donc un élément amené dans le service par le patient (ou l'entourage).

Dans cette même étude(46), les auteurs ont comparé les profils des patients décédés par pendaison et ceux ayant utilisés un autre moyen létal. Les patients décédés à l'hôpital psychiatrique par pendaison étaient statistiquement « plus jeunes, moins susceptibles de vivre seuls et présentaient d'avantage d'antécédents d'automutilation, de violence et de mésusage de drogue/alcool ». La prévalence du diagnostic de trouble de personnalité était statistiquement plus élevée dans le groupe décédé par pendaison contrairement au diagnostic de trouble affectif statistiquement plus important dans le groupe ayant utilisé un autre moyen létal.

Figure 9 - Points d'accrochage et types de lien utilisés par les patients décédés par suicide durant une hospitalisation selon I.M Hunt et al., 2012 (46)

Point d'accrochage / année du suicide	1999 N=57 N(%)	2000 N=45 N(%)	2001 N=46 N(%)	2002 N=38 N(%)	2003 N=48 N(%)	2004 N=35 N(%)	2005 N=31 N(%)	2006 N=29 N(%)	2007 N=15 N(%)	Total N=319* N(%)
Porte	6(13)	6(15)	5(11)	5(13)	15(33)	10(29)	13(46)	10(36)	4(27)	74(23)
Crochet ou poignet de porte/fenêtre	13(28)	10(25)	9(20)	15(39)	8(18)	2(6)	3(11)	1(4)	4(27)	65(20)
Fenêtre	5(11)	6(15)	4(9)	4(11)	6(13)	9(26)	6(21)	8(29)	3(20)	51(16)
Barre fixe (wc, douche, garde robe)	6(13)	6(15)	4(9)	3(8)	1(2)	3(9)	1(4)	0	1(7)	25(8)
Tuyaux	4(9)	1(2.5)	4(9)	3(8)	1(2)	2(6)	1(4)	2(7)	0	18(6)
Barrière de lit	5(11)	3(7.5)	1(2)	2(5)	0	0	0	0	0	11(3)
Autres	5(11)	3(7.5)	7(16)	5(13)	8(18)	6(18)	3(11)	4(14)	1(7)	42(13)

Note* Les données sur le point d'attache étaient manquantes pour 25 suicides.

Type de lien / année du suicide	1999 N=57 N(%)	2000 N=45 N(%)	2001 N=46 N(%)	2002 N=38 N(%)	2003 N=48 N(%)	2004 N=35 N(%)	2005 N=31 N(%)	2006 N=29 N(%)	2007 N=15 N(%)	Total N=321** N(%)
Ceinture	24(48)	20(49)	24(56)	16(42)	17(37)	12(35)	9(31)	8(31)	6(43)	136(42)
Drap ou serviette	9(18)	7(17)	2(5)	8(21)	9(20)	10(29)	6(21)	6(23)	3(21)	60(19)
Lacets de chaussure	4(8)	3(7)	6(14)	5(13)	3(7)	4(12)	6(21)	8(31)	1(7)	40(12)
vêtements	7(14)	6(15)	4(9)	4(11)	5(11)	5(15)	4(14)	1(4)	2(14)	38(12)
Autre	6(12)	5(12)	7(16)	5(13)	12(26)	3(9)	4(14)	3(12)	2(14)	47(15)

Note** Les données sur la nature du lien étaient manquantes pour 23 suicides.

Une importante diminution du nombre de décès consécutive aux politiques de prévention du suicide est visible. En effet, le nombre de décès par suicide à l'hôpital psychiatrique est passé de 57 en 1999 à 15 en 2007 (*table 2 et 3*)

L'impact des aménagements matériels dans le but de limiter le risque de suicide est difficilement évaluable car la fréquence des suicides reste faible. Toutefois, ces mesures s'avèrent nécessaires par logique et considération éthique. De plus, une des premières raisons de poursuite judiciaire contre les psychiatres reste l'incapacité à empêcher le patient de se blesser lui-même.

Si de nombreuses sources proposent des aménagements matériels pour limiter les risques de suicide Cardell et al.(45) soulignent l'ambivalence de tels aménagements. En effet, les patients auront « tendance à tester l'environnement hospitalier à la recherche de moyens létaux mais ils se sentent également rassurés quand l'établissement prend des mesures pour assurer leur sécurité en limitant l'accès aux éléments utiles au suicide ». Selon les mêmes auteurs, l'établissement se doit de réaliser des aménagements matériels et organisationnels pour tendre vers deux buts :

- « limiter l'accès aux moyens létaux
- procurer un contrôle externe jusqu'à ce que le patient soit en capacité de rétablir un contrôle interne vis-à-vis de ses pulsions suicidaires ».

Les dangers environnementaux peuvent être évalués à l'aide d'un outil appelé la « liste de contrôle du milieu de soins en santé mentale » (*Mental Health Environment of Care Checklist ou MHECC*). Cet outil permet d'évaluer 114 dangers possibles selon un code d'évaluation du risque (CER) allant de 0 à 5. Un CER 5 nécessitant une attention immédiate des équipes soignantes.

Nous proposons ci dessous une synthèse des aménagements matériels proposés dans la littérature scientifique pour sécuriser l'environnement du patient et limiter le risque de suicide durant une hospitalisation (**figure 10**). La mise en place de ces aménagements sera évidemment dépendante des

ressources matérielles et budgétaires. L'administration de l'établissement devrait impliquer le chef de service et le cadre de santé en cas de construction d'une unité ou de rénovation d'un service existant.

Figure 10 - Synthèse des aménagements matériels proposés dans la littérature scientifique(29,42,45)

Chambre	- Distance avec le PC infirmier adaptée au niveau de risque suicidaire - Pas de tuyauterie visible - Pas d'extincteur directement accessible - Favoriser l'utilisation de matériaux anti feu - Grille de ventilation avec écran de protection - Pas de prise électrique accessible ou pose de prises sécurisées - Utilisation de kits anti-suicide si disponibles (draps et serviettes indéchirables, pyjama en papier)
Salle de Bain	- Tête d'arrosage de la douche et robinets encastrés / arrondis / inclinés (ne permettant pas d'y accrocher un lien) - Favoriser les boutons presseurs - Conception arrondie de tous les éléments et ne supportant pas le poids d'un corps - Suppression du flexible ou flexible cassant sous un faible poids - Supports (savon) encastrés
Fenêtres	- Verre incassable ou sécurisé - Ouverture complète impossible - Ouverture oscillo-battante sécurisée par clé
Portes	- Charnière continue du haut en bas (ne permet pas l'accrochage d'un lien) - Ouverture de la porte dans les deux directions - Système de fermeture monté du côté public - Design des poignées ne permettant pas l'accrochage d'une corde

Repas	- En salle commune si possible - Vaisselle incassable (plastique, carton) - Evaluation individuelle avant de fournir les couverts
Lit	- Pas de barrière au lit (si possible)
Objets interdits	- Allumettes / Briquets / Lacets, ceintures et cordons (informatique, téléphone, robe de chambre, foulard...) - Tubulures et pieds à perfusion si non nécessaire - Substances inflammable ou pouvant être ingérées (parfum, SHA, produits d'entretien) / éléments tranchants / sachets plastiques - évaluation individuelle concernant le soutien-gorge
Service	- Limitation des accès au toit et aux étages - Mise à l'abri des substances inflammables et pouvant être ingérées

4.4 Lien entre prévention du suicide et effectif soignant

Le personnel soignant tient une place importante dans la prévention du suicide dans l'établissement de santé. La première question qui se pose lors d'un suicide abouti dans un service est évidemment la composition et les actions réalisées par le personnel en amont et au décours immédiat de l'évènement.

Une étude américaine annonce qu'un patient adulte de psychiatrie passe 5% de son temps éveillé en activité thérapeutique et 11% de son temps éveillé en contact direct avec l'équipe soignante(47). Ce temps passé en contact avec le personnel doit être utilisé efficacement pour observer et évaluer le patient afin de tout mettre œuvre pour prévenir un acte suicidaire.

Le personnel représente 80% des charges courantes de l'hôpital psychiatrique public aux Etats-Unis, il n'est donc pas surprenant d'observer une diminution du *staff-patient ratio* lors des diminutions budgétaires. Ces diminutions de personnel sont également observées en Europe.

La psychiatrie actuelle favorise largement les prises en charge ambulatoires. Les patients hospitalisés auront donc tendance à présenter des troubles plus sévères ce qui contraste avec les diminutions des effectifs soignants.

Si le ratio personnel-patient est un élément important à observer dans la prévention des événements graves dans les établissements de santé, il est important de garder à l'esprit qu'il n'est pas le reflet exact de l'attention de l'équipe portée au patient.

A l'arrivée du patient dans le service, l'équipe devra réaliser un inventaire minutieux et complet des effets personnels du patient. Les objets dits à potentiel létal sont gardés en sécurité par le personnel et rendus au patient lors de sa sortie d'hospitalisation. Il s'agit des objets tranchants, contondants, inflammables ou pouvant servir de lien à des fins de pendaison.

Dans notre étude descriptive incluant 10 patients décédés par suicide à l'EPSM de Bailleul, la moitié des décès par strangulation/pendaison étaient réalisées à l'aide d'objets appartenant au patient (cordon de robe de chambre, cordon de sac).

La chambre est attribuée au patient en fonction de son niveau de risque suicidaire. Plus le risque est élevé plus la chambre devra être proche du poste infirmier. L'hospitalisation en chambre double pourra être discutée en cas de risque élevé ou très élevé.

Un contrat de « non-suicide » pourra être négocié avec le patient bien qu'à notre connaissance aucune étude n'a démontré son efficacité sur le risque de passage à l'acte. Certains services font l'erreur de baser la gestion du risque suicidaire sur ce contrat. Il faut veiller à ce que le contrat reste

un outil utilisé dans le cadre de la relation soignant-soigné. Il ne constitue en aucun cas un élément à prendre en compte dans l'évaluation du risque suicidaire.

4.5 La question de l'enfermement comme prévention du suicide

Lorsqu'elles sont interrogées, les équipes soignantes répondent que le principal objectif de l'hospitalisation en secteur fermé est de diminuer le risque de fugue(48) à l'occasion desquelles, en effet, un tiers des suicides hospitaliers surviennent(8).

L.Bowers et al.(48) ont publié en 2009 une revue de littérature portant sur les unités de soins psychiatriques fermés. La publication porte sur 19 articles dont 7 datent des années 2000. Deux de ces études (datant de 1974 et 2000) concluent que les suicides n'étaient pas plus fréquents lors d'une hospitalisation dans une unité ouverte qu'une unité fermée. Une étude (1974) déclarait qu'il y avait autant de suicides lors des fugues depuis des unités fermées que depuis des unités ouvertes alors qu'une autre (2000) ne relevait aucun suicide lors d'une fugue depuis une unité psychiatrique fermée. Les auteurs de cette revue de littérature soulignent les résultats contradictoires des différentes sources et la nécessité d'étudier les suicides lors de fugues depuis les unités fermées.

En 2010, E.Lang et al.(49) étudient l'intérêt des soins en secteur fermé dans la prévention des fugues. Dans ce but, un service de psychiatrie allemand est maintenu fermé (91.4% du temps) pendant une période de 6 mois puis maintenu ouvert (75.6% du temps) pendant 6 mois. Durant cette période 337 patients sont pris en charge. Il n'y a pas de différence significative entre les patients des deux périodes sur le sexe, le diagnostic, l'âge et la durée d'hospitalisation.

Les fugues, les gestes hétéro-agressifs et le recours à la médication coercitive étaient significativement plus nombreux durant la période « fermée » (**figure 11**). Si deux patients sont

décédés par suicide durant la période où le service était maintenu fermé, la différence est statistiquement non significative entre les deux périodes.

Figure 11 - Tableau comparatif des caractéristiques des patients inclus dans l'étude de E.Lang et al.,2010 (49)

	Fermé 91%	Ouvert 75%	Test Chi2	Valeur de p
Patients	176	161		
Fugue	35	22	5,107	p = 0,029
Intervalle avant réadmission (en jours $\pm$ écart type)	9 $\pm$ 9	26 $\pm$ 34	2,314	p = 0,025
Incident agressif	23	13	4,46	p = 0,05
Suicides	2	0	2,2	Non significatif
Médication coercitive	17	8	4,646	p = 0,037

Selon ces auteurs, les fugues sont motivées par « les conflits entre patients, le sentiment de stigmatisation renforcé par la prise en charge en unité fermée, le manque d'activité et l'anxiété liée aux éléments extérieurs à l'hôpital sur lesquels ils n'ont plus de contrôle ».

G.Huber et al.(50) ont étudié rétrospectivement les suicides, les tentatives de suicides ainsi que les fugues dans 21 hôpitaux psychiatriques allemands en différenciant les types d'unités (unité ouverte, unité fermée, unité en partie fermée et hôpital de jour). La période de l'étude s'étend du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2012 permettant l'inclusion 177 295 patients (349 574 admissions). L'objectif principal de l'étude était de déterminer la probabilité d'un suicide complet selon le type d'hospitalisation (**figure 12**). Le nombre d'automutilations, de tentatives de suicide et de suicides aboutis n'était pas significativement différent selon que la prise en charge s'effectuait dans un hôpital possédant une unité fermée ou non.

Figure 12 - Comportements auto-agressifs et fugues au cours de l'hospitalisation selon G.Huber et al.,2016(50)

	Hôpitaux avec secteur fermé (n=271128)	Hôpitaux sans secteur fermé (n = 78446)	Valeur de p
Automutilation	2285 (0,9%)	673 (0,9%)	0,854
Tentative de suicide	1283 (0,5%)	384 (0,5%)	0,89
Suicide	138 (0,1%)	47 (0,1%)	0,416
Fugue avec retour	3256 (1,2%)	1145 (1,5%)	<0,0001
Fugue sans retour	1857 (0,7%)	465 (0,6%)	0,001

Les variables catégorielles ont été comparées par le test du Chi2 et les variables métriques par le test t de Welch.

Concernant les fugues, l'étude retrouvait des fugues avec retour du patient plus nombreuses dans les services ne possédant pas d'unité fermée (1145 [1,5%] cas contre 3256 [1,2%]; $p < 0.0001$). Les fugues sans retour du patient étaient quant à elle statistiquement plus nombreuses dans les services possédant une unité fermée (465 [0,6%] cas contre 1857 [0,7%] ; $p = 0.001$).

Les auteurs déterminent ensuite le risque relatif (*Odds Ratio*) en fonction du type de structure hospitalière accueillant le patient (la référence étant la prise en charge en secteur fermé) (**figure 13**). Dans leur analyse, le type de structure ne permettait pas de prédire de façon statistiquement significative la survenue d'un suicide abouti. Toutefois, être pris en charge dans un secteur ouvert était significativement associé à une plus faible probabilité de tentative de suicide ($OR = 0.658[0.504-0.864]$; $p = 0.003$) et les patients des hôpitaux de jour fuyaient significativement moins.

Figure 13 - Effet du type d'unité de soins sur les comportements auto-agressifs et les fugues au cours de l'hospitalisation selon G.Huber et al., 2016 (50)

	Odds ratio (IC 95%)	z	valeur de p
Suicide complété			
Secteur fermé	Référence		
Secteur en partie fermé	0,630 (0,178-2,418)	-0,66	0,51
Secteur ouvert	0,823 (0,376-1,766)	-0,48	0,63
Hôpital de jour	1,456 (0,616-3,684)	0,81	0,42
Tentative de suicide			
Secteur fermé	Référence		
Secteur en partie fermé	1,127 (0,737-1,738)	0,54	0,589
Secteur ouvert	0,658 (0,504-0,864)	-2,98	0,003
Hôpital de jour	0,807 (0,583-1,140)	-1,26	0,209
Fugue avec retour			
Secteur fermé	Référence		
Secteur en partie fermé	1,069 (0,770-1,507)	0,39	0,7
Secteur ouvert	0,629 (0,504-0,764)	-4,8	<0,0001
Hôpital de jour	0,166 (0,121-0,230)	-10,91	<0,0001
Fugue sans retour			
Secteur fermé	Référence		
Secteur en partie fermé	1,080 (0,696-1,659)	0,34	0,73
Secteur ouvert	0,707 (0,546-0,925)	-2,56	0,01
Hôpital de jour	0,089 (0,046-0,171)	-7,37	<0,0001

En 2010, M.Hunt et al(51) publient une étude rétrospective sur les suicides de patients au cours d'une fugue (**figure 14**). L'étude permet l'inclusion de 1851 décès par suicide au cours d'une hospitalisation sur une période de 10 ans au Royaume-Uni. Sur ces 1851 suicides, 546 (33%) ont eu lieu dans l'établissement, 436 (38%) au cours d'une fugue et 761 (62%) lors d'une sortie de l'établissement avec autorisation. Un tiers (29%) des patients décédés par suicide au cours d'une fugue étaient hospitalisés sous contrainte (*Mental Health Act*). La pendaison (23%) et la précipitation (49%) d'un lieu élevé ou devant un objet en mouvement étaient les moyens létaux les plus utilisés par les patients en fugue. Les patients en fugue étaient statistiquement plus susceptibles d'être sans emploi, non marié et sans domicile (versus patients décédés par suicide lors d'une sortie avec autorisation). Ils souffraient significativement plus de schizophrénie, de dépendance à l'alcool mais significativement moins de trouble affectif.

Figure 14 - Caractéristiques socio-démographiques, comportementales et cliniques des patients décédés par suicide au cours d'une fugue ou d'une sortie autorisée selon M.Hunt et al.,2010 (51)

	Patients en fugue (n=469)		Patient en sortie autorisée (n=761)		
Caractéristiques	N	%	N	%	valeur de p
<i>Sociodémographiques</i>					
Genre masculin	311	66%	488	64%	0,44
Sans emploi	222	48%	281	37%	<0,001
Minorité ethnique	29	6%	59	8%	0,29
Célibataire	353	75%	530	70%	0,03
Vit seul	193	42%	341	45%	0,24
Sans domicile	32	7%	28	4%	0,01
<i>Antécédents</i>					
Automutilation	351	46%	562	75%	0,7
Violence	131	28%	152	20%	0,001
Mésusage alcool	171	37%	230	31%	0,03
Mésusage drogue	167	36%	176	23%	<0,001
<i>Cliniques</i>					
<i>Diagnostic</i>					
Schizophrénie	188	40%	201	26%	<0,001
Trouble affectif	201	43%	451	59%	<0,001
Dépendance à l'alcool	13	3%	9	1%	0,04
Dépendance aux drogues	3	60%	2	30%	0,31
Trouble de la personnalité	30	6%	40	5%	0,39
Durée maladie > 5 ans	262	57%	403	54%	0,29
Non compliance dans le dernier mois	114	25%	100	13%	<0,001

Dans sa revue de littérature sur le suicide à l'hôpital psychiatrique G. Klein conclue : « si l'unité fermée rend les absences imprévues plus difficilement réalisables, elle oblige cependant le patient qui cherche à en fuguer à prendre des risques non négligeables pour lui-même et pour les soignants ». Il ajoute : « elle ne saurait totalement empêcher un suicide et ne constitue pas en soi un moyen de prévention efficace contre le suicide ».

4.6 Traitement « anti-suicide »

La prise en charge hospitalière du patient suicidaire implique à la fois une prise en charge psychothérapeutique et une prise en charge médicamenteuse. Mais existe-t-il un traitement ou une classe thérapeutique susceptible de limiter le risque suicidaire ?

De nombreux auteurs se sont posé la question d'un traitement dit « anti-suicide ». Si dans la littérature scientifique les antidépresseurs sont cités pour leur action sur l'amélioration de la symptomatologie dépressive étroitement liée aux idéations suicidaires, une action spécifiquement anti-suicidaire est discutée pour le lithium et la clozapine. « Les experts constatent que la plupart des études ont un faible niveau de validité, essentiellement en raison de difficultés d'ordre méthodologique et éthique »(33).

4.6.1 Les antidépresseurs

Si « aucune étude validée versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout-venant. En revanche, de nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés »(33).

En 2005, une étude d'Isacsson et al(52) incluant 14857 sujets décédés par suicide montrait que seulement 23% étaient traités par un traitement de type antidépresseur. Elle concluait au fait que les patients déprimés décédés par suicide n'étaient pas pour la grande majorité traités comme tel. Les recommandations actuelles pour la prescription des antidépresseurs sont(3) :

- « traiter l'épisode dépressif par l'utilisation d'un antidépresseur à posologie thérapeutique le plus rapidement possible en fonction du terrain et de la tolérance du patient

- poursuite du traitement pour une durée suffisante (efficacité à environ 4 semaines de l'introduction)
- maintien du traitement pendant 6 mois d'état stable asymptomatique pour maximiser la probabilité de guérison ».

L'évaluation des pratiques médicales en Lorraine par Herique et Kahn(53) trouve une prescription respectant ces règles pour 40,2% des antidépresseurs de type ISRS/ISRSNa, 23% des autres antidépresseurs et 18% des antidépresseurs de type imipraminiques.

Le risque majeur lors de l'introduction d'un antidépresseur est celui de la levée d'inhibition. En effet, lors de l'introduction du traitement l'action sur l'inhibition motrice précède celle sur le fléchissement thymique. Pour limiter ce risque, la prescription d'un antidépresseur doit toujours être accompagnée d'une prescription d'un anxiolytique à posologie efficace (type benzodiazépines).

4.6.2 Le lithium

Une méta-analyse de 32 essais publiée en 2005(54) annonce une diminution du risque de suicide de 60% sous Lithium. Le lithium réduirait également la létalité des conduites suicidaires en diminuant le ratio suicide/tentative de suicide d'un ratio de 2,5.

Plusieurs méta-analyses(55) concordent et ce, peu importe l'événement étudié (suicide ou tentative de suicide) ou le diagnostic psychiatrique posé (trouble bipolaire, trouble thymique caractérisé ou trouble schizo-affectif). Cette diminution du risque suicidaire serait liée à son efficacité sur l'humeur ainsi que sur l'impulsivité-agressivité(56), l'anxiété ou les fonctions cognitives (par son action sérotoninergique).

Selon Darcourt et al., (33) « dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire, [le lithium] ramène le risque suicidant à un taux proche de celui de la population générale du moins après une année de traitement. Dans les formes unipolaires ce résultat n'est pas retrouvé ».

4.6.3 La clozapine

De nombreux auteurs se sont penchés sur l'impact de la clozapine sur le risque suicidaire. Nous retiendrons ici l'étude *InterSePT (International Suicide Prevention Trial)*(57). Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, randomisée, d'une durée de deux ans incluant 980 patients (schizophrènes ou porteur d'un trouble schizo-affectif) et comparant le risque suicidaire chez des patients traités par clozapine versus olanzapine. Les comportements suicidaires étaient significativement moins nombreux dans le groupe de patients traités par clozapine (hazard ratio 0.76 ; IC95% [0.58-0.97] ; $p=0.03$). Toutefois, le faible nombre de suicides aboutis ne permet pas de conclure à une différence significative entre les deux traitements.

Baldessarini et Hennen(58), ont réalisé en 2005 une méta-analyse de 6 études de prescription de clozapine comparée à d'autres antipsychotiques. Le risque de geste suicidaire est statistiquement plus important avec les autres antipsychotiques qu'avec la clozapine (ratio 3.3; [IC95% 1.7-6.3]; $p<0.0001$). Pour les suicides aboutis le risque-ratio est de 2.9 ([IC95% 1.5-5.7]; $p=0.002$).

Aux Etats-Unis, la clozapine a reçu l'autorisation de commercialisation pour la prévention du suicide. La diminution des comportements suicidaires semble liée à la diminution de l'impulsivité et non la régression des symptômes.

En comparaison aux antipsychotiques de première génération, la seconde génération (à laquelle appartient la clozapine) diminue le risque de tentatives de suicide chez les patients hospitalisés pour schizophrénie ou trouble schizo-affectif(55).

4.7 Perspectives d'avenir : l'apport des sciences dans l'évaluation du risque suicidaire

La prédictibilité du suicide par l'étude des facteurs de risque est considérée comme faible dans la littérature scientifique. A partir de ce constat de nombreuses questions peuvent être soulevées :

- quels outils accessibles en milieu hospitalier pourraient avoir une prédictibilité plus fiable ?
- la psychiatrie biologique peut-elle aider à prévenir un suicide hospitalier ?
- quels peuvent-être les apports de la génétique et de l'imagerie dans l'évaluation du risque suicidaire des patients hospitalisés ?

4.7.1 Hypothèse sérotoninergique

Des études post-mortem sur l'implication d'un dysfonctionnement du système sérotoninergique dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires ont été menées confirmant le rôle majeur du cortex préfrontal (impliqué dans l'inhibition comportementale). Ces études montrent (59) :

- « une diminution du taux de sérotonine 5-hydroxytryptamine (5HT) dans le tronc cérébral ou le cortex préfrontal
- une diminution des transporteurs de sérotonine au niveau du cortex préfrontal
- une élévation des récepteurs post synaptiques (compensatrice?) 5HT1A, 5HT2A et 5HT2C au niveau du cortex préfrontal ».

Les études *in vivo* portent essentiellement sur l'étude du 5-hydroxyindoleacétique (5HIAA) qui est le principal métabolite du 5HT dans le liquide céphalo-rachidien (LCR). Les prélèvements sont

effectués chez des patients au décours de tentatives de suicide. Ces études concluent à une diminution du 5HIAA dans le LCR et une absence de modification des métabolites de la noradrénaline et de la dopamine.

Dans la littérature scientifique un faible taux de 5HIAA dans le LCR et un statut « non supprimeur » au test à la dexaméthasone sont associés au risque de passage à l'acte suicidaire dans le cadre d'un trouble de l'humeur. La valeur permettant de définir un taux de faible de 5HIAA est variable selon les études (de inférieur 78 pmol/mL à inférieur à 96 pmol/mL).

Le dysfonctionnement sérotoninergique est plus marqué « chez les patients ayant réalisé une tentative de suicide violente et planifiée »(59). L'intentionnalité et l'impulsivité pourraient donc être « des intermédiaires dans la relation entre anomalies sérotoninergiques et conduites suicidaires ». L'hypofonctionnement sérotoninergique est décrit comme un trait de vulnérabilité suicidaire.

Les gènes TPH1 (allèle A du polymorphisme de l'intron 7) et le gène du transporteur de la sérotonine (permettant la recapture pré synaptique) seraient responsables de cette vulnérabilité aux conduites suicidaires.

L'imagerie cérébrale en tomographie par émission de positons (PET) et en tomographie par émission de simple photon (SPECT) est utilisée pour appréhender le fonctionnement cérébral régional et notamment la perfusion et le métabolisme cérébral. L'imagerie révèle un dysfonctionnement sérotoninergique (synthèse de la sérotonine estimée par tryptophane marqué) dans le cortex préfrontal et cingulaire chez les patients ayant des antécédents de conduites suicidaires. Les études d'imagerie présentent toutefois de nombreux biais (absence d'un groupe contrôle, échantillons de petit taille, délai variable depuis la crise suicidaire, modification des données recueillies par la prise de traitements...).

4.7.2 Modèle prédictif de suicide à partir de deux tests biologiques

En 2006, John Mann et al. réalisent une méta-analyse de 12 études prospectives explorant le potentiel prédictif de suicide des deux tests biologiques suivants :

- le taux de 5HIAA dans le LCR de patients avec un diagnostic de trouble de l'humeur
- la réponse au test de suppression à la dexaméthasone (DST) chez des patients avec un diagnostic de trouble de l'humeur.

Il existerait, en effet, « une diminution du taux de récepteurs aux glucocorticoïdes impliqués dans la réponse au stress chez les patients suicidaires ainsi qu'une moindre habileté à supprimer le cortisol après une injection de dexaméthasone »(25). L'hypothèse évoquée est « une méthylation du promoteur du gène NR3C1 (encodant pour le récepteur aux glucocorticoïdes) plus élevée dans l'hypothalamus des patients décédés par suicide avec antécédents de traumatismes dans l'enfance ».

Les auteurs(60) proposent d'étudier un modèle prédictif de passage à l'acte suicidaire en combinant ces deux tests (**figure 15**). Un test ayant une prédictibilité élevée devant posséder à la fois une grande sensibilité (pour limiter les faux négatifs) et une grande spécificité (pour limiter les faux positifs).

Figure 15 - Modèles combinatoires de prédiction du suicide selon Mann et al., 2006(60)

Test		Suicide +	Suicide-	Sensibilité	Spécificité	Valeur Prédictive Positive
DST seul	Test+	4	38	50%	55,80%	9,50%
	Test-	4	48			
CSF 5-HIAA seul	Test+	6	33	75%	61%	15%
	Test-	2	53			
CSF 5-HIAA <u>ET</u> DST	Test+	3	10	37,50%	88%	23%
	Test-	5	76			
CSF 5-HIAA <u>ET</u> DST <u>ET</u> Tentative de suicide	Test +	3	6	37,50%	93%	33%
	Test -	5	80			
CSF <u>OU</u> DST	Test +	7	62	87,50%	27,90%	10%
	Test -	1	24			

CSF-5HIAA test+ = <75pmol/ml ; DST test += non suppression

La sensibilité est maximale (87,5%) lorsque les deux tests sont combinés avec la condition « OU » (autrement dit lorsque la positivité d'un seul des deux tests est suffisante) mais la spécificité est alors réduite à 27,9 % entraînant un nombre de faux positifs élevés. Ce nombre élevé de faux positifs impacte le poids des mesures préventives avec des surcoûts importants pour les structures hospitalières.

Le modèle prédictif combinant les tests par la condition « ET » permet d'avoir une meilleure spécificité (88%) mais la sensibilité est seulement de 37,5 %. Le risque étant d'avoir un test négatif chez des patients qui vont se suicider.

Enfin les auteurs proposent de combiner les tests par la condition « ET » en ajoutant l'existence de tentatives de suicide dans les antécédents du patient. Cette nouvelle condition permet de créer un test prenant en compte à la fois la biologie et les études sur les facteurs de risques de suicide. Ce dernier test permet d'augmenter encore la spécificité (93%) mais n'améliore pas la sensibilité du test ne prenant pas en compte les antécédents du patient.

Au final, la combinaison des deux tests ne permet pas une évaluation plus pertinente du risque suicidaire lorsqu'on la compare à l'utilisation des tests seuls. Les auteurs encouragent les études permettant de mettre au point un test permettant de garder la sensibilité du test combiné avec la condition « OU » tout en améliorant sa spécificité.

4.7.3 Autres axes de recherche

D'autres tests biologiques portant sur l'axe corticotrope sont discutés dans la littérature scientifique. Les études post-mortem montrent une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien avec augmentation de la CRH (Corticotropin Releasing Hormone) dans le LCR, une augmentation des neurones à CRH dans le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus et une augmentation de l'ARNm codant la pro-ACTH (Adréno Cortico Tropic Hormone).

Une autre voie d'étude des marqueurs biologiques des conduites suicidaires est le cortisol. En effet, dans les études *in vivo*, on trouve chez les patients hospitalisés ayant des conduites suicidaires des taux de cortisol plus élevés que les sujets sains.

Une « diminution du BDNF (*Brain Derived Neurotrophic Factor*) dans les hippocampes et les cortex préfrontaux de patients suicidaires ainsi qu'un taux plasmatique de BDNF plus faible chez les patients présentant un syndrome dépressif avec risque suicidaire » ont également été montrés(25). Cette diminution est en lien avec les statuts de méthylation du gène BDNF qui pourrait à l'avenir être un marqueur utile dans la prévention des suicides.

Actuellement les données de la littérature scientifique ne permettent pas de conclure à une modification des taux de Noradrénaline et de Dopamine dans les conduites suicidaires (59).

La psychiatrie neuroscientifique apporte de nouveaux arguments en faveur de l'existence d'une vulnérabilité suicidaire spécifique.

Il existe une véritable perspective sur l'utilisation de ces outils pour détecter les patients à risque de passage à l'acte suicidaire dans les services de soins où l'accès aux tests biologiques et à l'imagerie est plus aisé que pour la population générale.

5. Procédure de déclaration et mesures de postvention

5.1. La déclaration de dysfonctionnement grave

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les établissements de soins sont soumis à l'obligation de déclaration de *« tout dysfonctionnement grave dans [la] gestion ou [l']organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leur droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées »* selon l'article 30 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, le décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et l'arrêté du 28 décembre 2016.

Pour ce faire, le directeur transmet sans délai et par tout moyen les informations relatives aux dysfonctionnements graves aux autorités administratives (préfet de département, directeur général de l'ARS, président du conseil départemental). S'il s'agit d'une information orale, l'auteur a 48h pour la confirmer par écrit.

Parmi les dysfonctionnements à signaler figurent *« les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels »*.

La liste des informations à transmettre est fixée par l'arrêté du 28 décembre 2016 :

- « les coordonnées de la structure concernée et celles du déclarant
- les dates de survenue et de constatation du dysfonctionnement ou de l'évènement mentionnés à l'article L. 331-8-1 précité qui est signalé
- la nature des faits
- les circonstances dans lesquelles les faits se sont produits

- le nombre de personnes victimes ou exposées au moment de l'information des autorités administratives
- les conséquences du dysfonctionnement ou de l'événement constatées au moment de l'information des autorités administratives
- les demandes d'intervention des secours
- les mesures immédiates prises par la structure
- l'information apportée à la personne concernée par le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l'article L. 331-8-1 précité qui est signalé aux familles, aux proches, et, le cas échéant, au représentant légal et à la personne de confiance des personnes concernées
- les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier aux dysfonctionnements, perturbations ou comportements à l'origine du fait signalé, éviter leur reproduction et, le cas échéant, faire cesser le danger
- les suites administratives ou judiciaires
- les répercussions médiatiques, le cas échéant »

Un formulaire de déclaration intégrant ces différents éléments a été proposé en annexe de l'arrêté.

Les informations transmises ne contiennent aucune information nominative.

La déclaration de dysfonctionnement grave appartient aux systèmes de signalement de classe 1 (systèmes passifs reposant sur la déclaration des acteurs médicaux)(61). Ce sont des outils performants en macro-épidémiologie mais ils ont pour principal défaut le risque de sous déclaration. Ici, le biais est contrôlé par le caractère obligatoire de la déclaration.

Un système de signalement de classe 3 est un système actif fondé sur l'analyse de dossiers permettant une surveillance efficace des événements sentinelles et permettent d'apporter des actions

d'amélioration centrées sur les problèmes des déclarant (61). Ils sont performants en micro-épidémiologie. Les revues de mortalité-morbidité en font partie.

5.2. La postvention

La postvention est définie par Schneidman(62) en 1973 comme étant l'ensemble des « actes appropriés et utiles qui viennent après un événement grave » et représente selon lui la meilleure méthode de prévention d'un tel événement. La postvention regroupe l'ensemble des mesures permettant le rétablissement des personnes exposées. Lors du suicide d'un patient hospitalisé ces mesures peuvent être à destination :

- des familles : pour un décès par suicide on dénombre 6 endeuillés dits « directs » et 20 personnes si on inclut les endeuillés « indirects »(63).
- des patients hospitalisés dans le service dans lequel le suicide a eu lieu
- des soignants qui ont pris en charge le patient décédé car « le suicide réalise une double agression, celle du sujet retourné contre lui-même et celle projetée sur l'autre par son souvenir percutant »(64).

Dans l'institution, le suicide d'un patient entraîne une remise en question des soignants, un sentiment de culpabilité et/ou de mise en échec. Scocco et al., 2012 (65) ont étudié les réactions émotionnelles des psychiatres dans les suites d'un suicide abouti ou d'une tentative de suicide d'un patient à l'aide de questionnaires. Trente-quatre psychiatres ont participé à l'étude rapportant 62 tentatives de suicides et 11 suicides. L'impact d'un suicide abouti était plus sévère avec vécu de choc, incrédulité, peur, doute de soi et embarras.

La complication à redouter chez les soignants confrontés au suicide d'un patient est l'état de stress aigu puis l'installation d'un syndrome de répétition traumatique. Ces soignants font l'expérience de *l'effroi* (*Schrek* selon Freud), considéré comme « le signe indubitable d'une effraction traumatique

au cours de l'événement ». Ils ont « aperçu le réel de la mort (celle-ci comme néant n'est pas représentée dans l'inconscient), c'est-à-dire qu'ils se sont vus morts, ou ont perçu la mort à travers l'autre »(66).

Des procédures de postvention telles qu'une intervention groupale pourront être proposées par les établissements pour limiter le retentissement secondaire au suicide d'un patient.

Pour Costantino et al., 2013(67) ces mesures permettent d'« étayer une institution en situation de crise, contenir les angoisses et les contre-attitudes des équipes, restaurer leur capacité collective soignante, repérer les personnes à risque, soutenir le processus d'élaboration ».

Dans les suites d'un décès par suicide au sein d'un établissement de santé les mesures de postvention viseront également à prévenir le suicide par reproduction également appelé suicide par contagion « localisée ». Les établissements concernés pourront prévenir ce risque avec l'aide de programmes tels que le programme Papageno(68) crée en 2014 (www.papageno-suicide.fr). Ce programme national tire son nom de l'« effet Papageno » désignant l'influence positive que peut amener un traitement médiatique approprié sur le taux de suicide (l'effet Werther désignant quant à lui l'effet néfaste d'un traitement médiatique inapproprié). Le programme Papageno a pour but de prévenir la contagion suicidaire de masse et/ou localisée et de lever les obstacles qui limitent l'accès aux soins des personnes en souffrance.

5.3. Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)

La RMM est définie par la Haute Autorité de Santé comme « une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins »(69). Elle s'inscrit dans les mesures de postvention.

La RMM est apparue il y a un siècle aux Etats-Unis dans un rapport de la Fondation Carnegie (ONG) sous la forme de conférences d'analyse des décès permettant aux étudiants en médecine d'analyser les cas marqués par une issue défavorable et ainsi développer leur regard critique sur les pratiques médicales. En 1917, les conférences de mortalité sont intégrées aux standards des pratiques hospitalières des Etats-Unis avant d'être rendues obligatoires en 1983 par l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* dans tout service assurant la formation des chirurgiens(69).

Alors qu'aux USA les revues de morbi-mortalité ont un objectif pédagogique, en France, elles s'inscrivent dans le cadre d'une politique de qualité et de sécurité des soins à travers la loi sur l'assurance maladie de 2004 rendant obligatoire les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles et la loi HPST (Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009) avec le développement professionnel continu (DPC).

La RMM est rendue obligatoire par le critère 28.A de la version 2010 de certification des établissements de Santé dans les services de chirurgie, anesthésie-réanimation et en cancérologie(70). Il est également rappelé que les autres secteurs, comme la psychiatrie, « pourront valoriser dans le cadre de ce critère toute démarche d'EPP ayant pour objectif l'identification et l'analyse d'événements ou de situations ayant ou pouvant entraîner une morbidité ou une mortalité ».

Le Critère 19.C du manuel de certification 2014 portant sur le risque suicidaire désigne le suicide comme priorité de santé publique et recommande que « tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge [fasse] l'objet d'une analyse pluri professionnelle »(71).

Les objectifs de l'analyse par RMM tels qu'établis par la Haute Autorité de Santé sont les suivants (69):

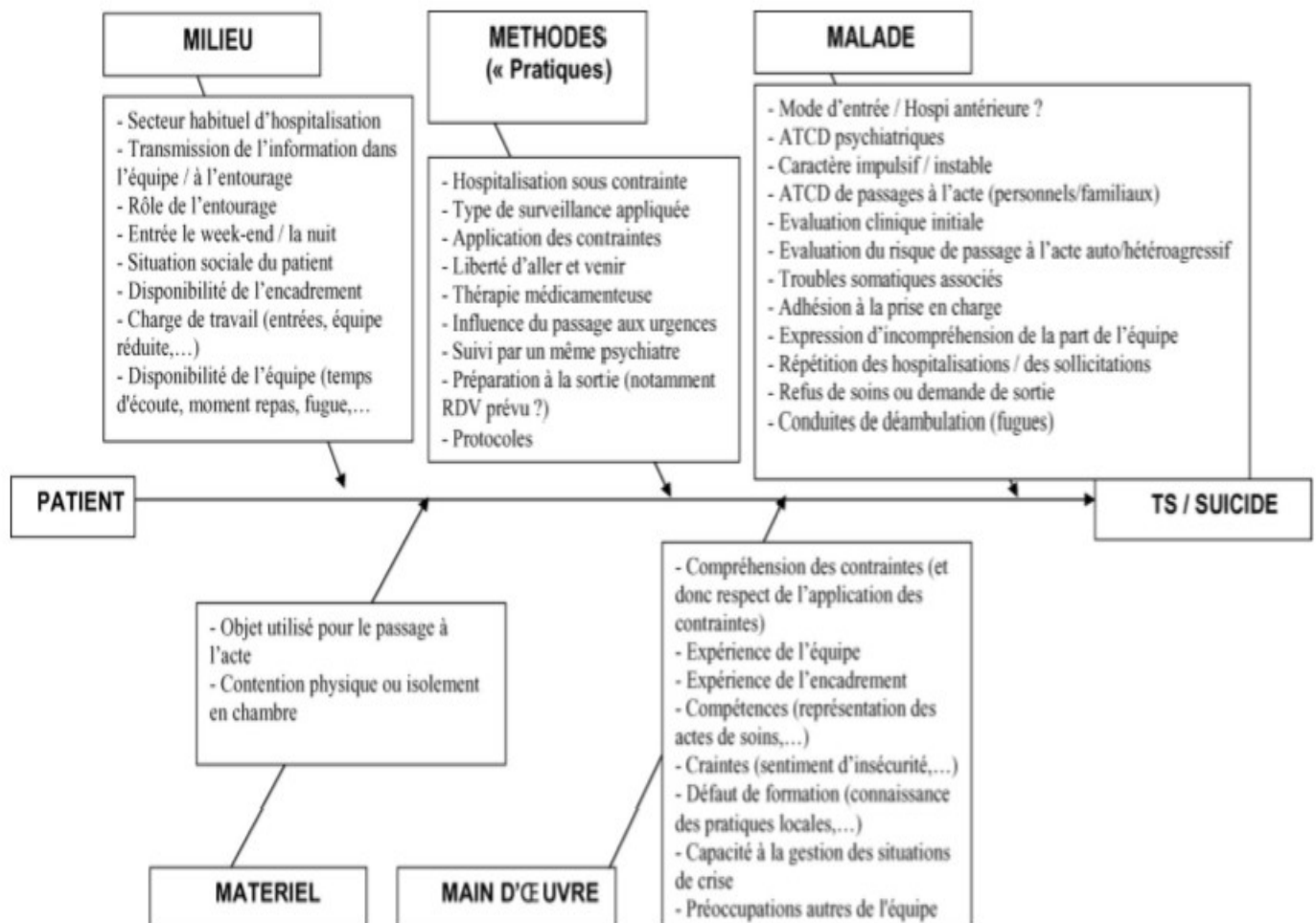
- « décrire les pratiques et les processus de soins réalisés
- identifier les pratiques non optimales ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge, les analyser afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes
- proposer des actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité
- suivre et évaluer les actions entreprises »

Les RMM font partie intégrante du dispositif de gestion de la qualité et des risques. Il appartient à chaque secteur d'activité de mettre en place des RMM. L'initiative est soutenue par le responsable du secteur d'activité ou le président de la CME (Commission Médicale de l'Etablissement). L'organisation est confiée à un médecin volontaire. Les règles de fonctionnement sont établies dans un document appelé procédure RMM détaillant la répartition des tâches, la périodicité des réunions, les professionnels invités, les modalités de sélection des cas, etc.

Bien que la RMM soit rarement utilisée en psychiatrie, certaines équipes utilisent cet outil pour améliorer les pratiques médicales dans la gestion du risque de suicide en milieu de soins.

En 2009, suite à trois cas de suicide en milieu psychiatrique, A. Thomas et al.(72) utilisent la RMM comme outil pour interroger les pratiques professionnelles. L'ensemble des causes favorisant la survenue de l'événement ont été relevées par la méthode des 5M (Milieu, Méthode, Moyens, Mains d'œuvre et Matériel) et symbolisées par un diagramme d'Ishikawa (figure 16).

Figure 16 - Diagramme d'Ishikawa applicable lors d'une RMM dans les suites d'un suicide ou d'une tentative de suicide selon A.Thomas et al. 2010 (72)



Cet outil a été proposé par le médecin coordinateur puis enrichi par l'expérience clinique collégiale en séance de RMM. A l'avenir, ce type d'outil pourrait faire consensus et contribuer à l'amélioration de la prévention du suicide des patients hospitalisés dans les établissements de santé mentale.

Conclusion

Le décès d'un patient par suicide est un des incidents les plus graves auquel un service de soins peut être confronté. La connaissance des facteurs de risque associés à cet événement est un enjeu majeur. Pourtant, les études sur le sujet restent relativement rares. Elles rapportent les mêmes limitations : échantillons de petite taille, faible prévalence de l'événement, études rétrospectives, nombreux biais, critères d'inclusion mal définis.

Une formation spécifique des équipes soignantes sur ces facteurs de risque de suicide est nécessaire car ils peuvent être différents de ceux retrouvés dans la population générale. En effet, l'usage de substance, les antécédents judiciaires et le statut « sans emploi » associés à une élévation du risque de suicide dans la population générale ne semblent pas statistiquement associés à un risque accru de suicide chez les patients hospitalisés(18). Au contraire, certains facteurs comme celui d'être employé, d'avoir bénéficié d'une haute éducation ou d'être marié seraient associés à une augmentation du risque de suicide à l'hôpital alors qu'ils ne le sont pas dans la communauté.

Le clinicien réalisera une évaluation du risque suicidaire systématique et répétée fondée sur ses connaissances théoriques et son expérience clinique. Il pourra éclairer son évaluation clinique par l'utilisation d'outils d'évaluation. Les échelles de risque suicidaire ont une validité qui est dite groupale et ne peuvent s'appliquer strictement à un niveau individuel.

La littérature s'accorde sur le fait que la prédictibilité du suicide dans la population générale ou pour les patients hospitalisés reste faible. Dans sept études(18), la prédictibilité du suicide de patients hospitalisés à partir de l'analyse des facteurs de risque a été appréciée : la valeur prédictive positive était seulement de 1,4%. Statistiquement, seuls trois patients sur 1000 ayant été évalués comme à « risque élevé de suicide » passeraient à l'acte dans le service.

Au vue de la faible prédictibilité, selon Large et al.(19), aucun patient hospitalisé en psychiatrie ne devrait être considéré comme ayant un faible risque suicidaire. Au lieu de chercher à évaluer le niveau de risque suicidaire, les établissements devraient donc chercher à rendre les structures de soins les plus sûres possibles et donner des soins de la plus haute qualité.

Toutefois « un suicide ne peut être absolument empêché même lorsque toutes les conditions optimales de soins sont offertes et que tous les moyens de surveillance humainement réalisables et médicalement justifiés »(8) sont déployés.

L'ensemble des établissements de santé doivent s'engager dans une démarche de certification depuis 1996. L'accréditation est délivrée par la Haute Autorité de Santé lorsque les conditions de sécurité et de qualité des soins sont respectées. Le critère 19.C du manuel de certification V2014(71) fait de la prévention du suicide une « priorité de santé publique ». Il attire l'attention sur la présence de ce risque « dans de nombreuses situations d'hospitalisation et dans tous les services ». Il incite les établissements et les professionnels à « améliorer le repérage des patients à risque suicidaire et l'organisation de leur prise en charge ». Dans ce but, l'établissement devra assurer la sécurisation de l'environnement dans lequel le patient est pris en charge, faire une évaluation systématique et régulière du risque suicidaire et mettre en œuvre la formation continue des équipes soignantes à la gestion de ce risque.

De plus, depuis le 1^{er} janvier 2017, les établissements de soins sont soumis à l'obligation de déclaration de tout dysfonctionnement grave selon l'article 30 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, le décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et l'arrêté du 28 décembre 2016 (73). Parmi les dysfonctionnements à signaler figurent « *les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels* ».

.

Selon G. Klein(8), « lors du suicide d'un patient, les récriminations virulentes peuvent avoir des répercussions néfastes sur un dispositif de soins en déstabilisant les soignants qui privilégieront la prise en compte des risques et chercheront à sécuriser les soins. Il en résulte l'instauration de mesures de surveillance accrues et l'incitation à recourir à un enfermement ». Pourtant les études comparatives montrent que le risque de suicide au sein des services de psychiatrie ouverts n'est pas significativement différent de celui des unités fermées. Selon L. Bowers(48), l'admission d'un patient en secteur fermé déplace le lieu de survenue du suicide mais ne modifie pas la probabilité de l'événement.

Lorsqu'un suicide survient dans un établissement de santé se pose la question de la responsabilité. Depuis 1992, la notion de « faute lourde » n'est plus nécessaire pour engager la responsabilité de l'hôpital public sur les soins médicaux. La responsabilité de l'établissement sera engagée en cas de faute simple sauf en cas de faute détachable du service, faute personnelle et grave relevant du code pénal.

Juridiquement, il s'agit le plus souvent d'une faute simple par défaut de surveillance. La jurisprudence actuelle ne retient pas la faute lourde pour erreur de diagnostic ou de traitement sauf si l'examen du patient est jugé insuffisant(9).

La littérature scientifique invite à multiplier les études pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires à l'hôpital psychiatrique et général en s'appuyant sur les études des facteurs de risques, les études de cas et les connaissances extraites des RMM. Le critère 19.C (71)évoqué supra recommande que « tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge [fasse] l'objet d'une analyse pluri professionnelle ». Cette analyse pourra être faite dans le cadre d'une revue de morbi-mortalité (RMM). L'étude des causes permettant la mise en place de mesures de prévention plus efficaces.

La postvention pour améliorer la prévention du suicide est en développement au sein des établissements de soins mais aussi dans la population générale. On peut citer pour exemple le dispositif Vigilans(74), un programme de recontact des suicidants piloté par le CHRU de Lille, implanté début 2015 à partir des services d'urgences ou d'hospitalisation ayant pour but la diminution de la récurrence et de la mortalité suicidaire(75). Le dispositif propose en outre d'accompagner les établissements dans la tenue de RMM dans les suites du suicide d'un patient.

Le développement des mesures de postvention tend à améliorer la prévention du suicide dans l'institution. Cet objectif est également soutenu par l'avancée des connaissances scientifiques autour du processus suicidaire. Ces dernières pourraient permettre de créer un modèle d'évaluation du risque suicidaire comprenant des facteurs cliniques, psychologiques, endophénotypiques et neurobiologiques utile dans l'évaluation du risque suicidaire des patients au sein des établissements de santé mentale.

Bibliographie

1. Browne T. Religio medici. 1643.
2. Durkeim E. Le suicide. Etude de sociologie. Felix Alcan; 1897.
3. Caillard V. Le geste suicidaire. Elsevier Masson; 2010.
4. Vandevoorde J. Psychopathologie du suicide. Dunod; 2013.
5. Observatoire National du Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport. 2014.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du Suicide - l'état d'urgence mondial. 2014.
7. Ducrocq F, Hadjeb L, Boss V, Mauriau-court P, Wiel É, Danel T, et al. Enquête un jour donné sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais. *Inf Psychiatr*. 2009;me 85(10):899–905.
8. Klein G. Le suicide à l'hôpital psychiatrique. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2012;163(3):85–91.
9. Rousset I, Vacheron M-N. Le suicide dans l'institution. *Ann Méd-Psychol*. 2007 Oct 23;165(8):545–55.
10. Hendin H, Haas AP. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1442–6.
11. Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention. *L'Encephale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:83–91.
12. Terra J. Prévention du suicide des personnes détenues - rapport de mission. 2003.
13. Collin G. Suicide des patients hospitalisés. In: *Suicide et tentatives de suicide*. Flammarion; p. 292–4.
14. Bagley SC. Identifying patients at risk for suicide: brief review. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.
15. Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Mar;131(3):174–84.
16. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2012 Feb;73(2):144–51.
17. Appleby L, Shaw J, Sherratt J, Amos T, Robinson J, McDonnell R. Safety first: report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. 2001;
18. Large M, Smith G. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jul;124(1):18–29.

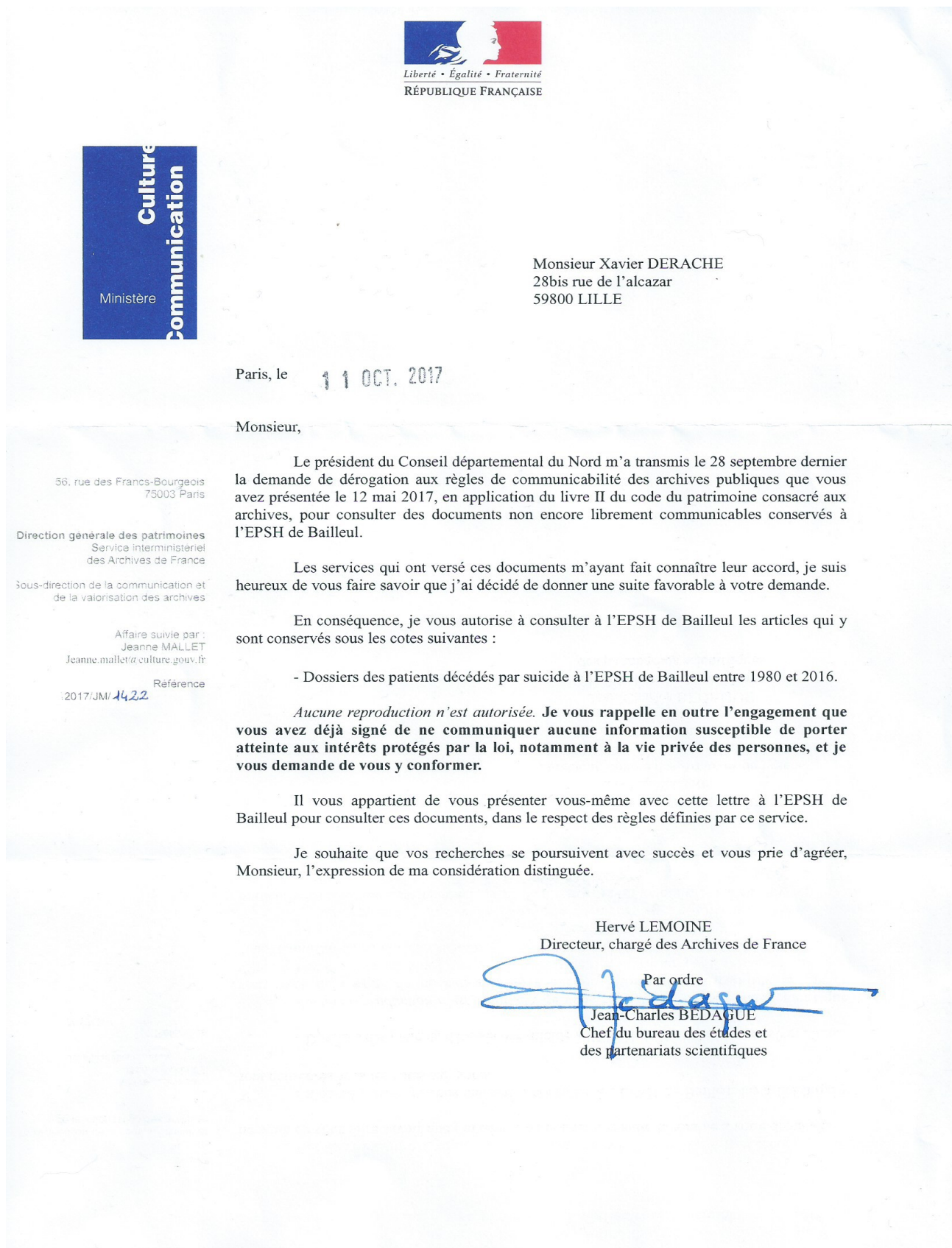
19. Large MM, Nielssen OB. Risk factors for inpatient suicide do not translate into meaningful risk categories--all psychiatric inpatients are high-risk. *J Clin Psychiatry*. 2012 Jul;73(7):1034–5.
20. Deisenhammer EA, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Oct;102(4):290–4.
21. Copas JB, Robin A. Suicide in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1982 Nov;141:503–11.
22. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet Lond Engl*. 1993 Jul;342(8866):283–6.
23. Appleby L. Prevention of suicide in psychiatric patients. In: Hawton K, Heeringen K van, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons, Ltd; 2000. p. 615–30.
24. Neuner T, Hübner-Liebermann B. Time patterns of inpatient suicides. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2010 Jun;14(2):95–101.
25. Benard V, Geoffroy PA. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *L'Encephale*. 2015 Sep;41(4 Suppl 1):29–37.
26. Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med*. 1987;17(1):3–22.
27. TP H. Suicides in general hospitals in Hong Kong: retrospective study. *Hong Kong Med J*. 2004 Nov;10(5):319–24.
28. Wolfersdorf M. Suicide among psychiatric inpatients. In: Hawton K, Heeringen K van, editors. *The International handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons, Ltd; 2000. p. 457–66.
29. Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Apr;31(2):103–9.
30. Batt A. Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire. In: *La crise suicidaire - Reconnaître et prendre en charge*. John Libbey Eurotext. 2001. p. 45–67.
31. Courtet P. *Suicide et tentatives de suicide*. Lavoisier; 2010.
32. Perlman C. *Suicide risk assessment guide: a resource for health care organizations*. Ontario Hospital Association in partnership with Canadian Patient Safety Institute; 2012.
33. Darcourt G, Barbail A, Belmin M, Botbol M. HAS - Conférence de Consensus - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
34. Hunt IM, Bickley H, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study. *J Affect Disord*. 2013 Jan 10;144(1–2):123–8.
35. Busch. Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatr Ann*. 1993;23(5):256–62.

36. Cassells C, Paterson B, Dowding D, Morrison R. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. *Crisis*. 2005;26(2):53–63.
37. Pigeon WR, Pinquart M. Meta-Analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012 Sep;73(9).
38. Shea SC. Evaluation du potentiel suicidaire. Elsevier. 02/08.
39. Fahy TJ, Mannion L. Can suicides be identified from case records? A case control study using blind rating. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2004;8(3):263–9.
40. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2014 Mar;59(3):131–40.
41. Granello DH. The process of suicide risk assessment: twelve core principles. *J Couns*. 2010;88:363–70.
42. Lieberman DZ, Resnik HLP, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2004 Dec 1;34(4):448–53.
43. Mahal SK, Chee CB, Lee JCY, Nguyen T, Woo BKP. Improving the quality of suicide risk assessments in the psychiatric emergency setting: physician documentation of process indicators. *J Am Osteopath Assoc*. 2009 Jul;109(7):354–8.
44. Barnicot K, Insua-Summerhayes B. Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Apr;52(4):473–83.
45. Cardell R, Bratcher KS, Quinnett P. Revisiting “suicide proofing” an inpatient unit through environmental safeguards: a review. *Perspect Psychiatr Care*. 2009 Jan;45(1):36–44.
46. Hunt IM, Shaw J, Appleby L. Ligature points and ligature types used by psychiatric inpatients who die by hanging. *Crisis*. 2012 Jan;33(2):87–94.
47. Coleman JC, Paul GL. Relationship between staffing ratios and effectiveness of inpatient psychiatric units. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2001 Oct;52(10):1374–9.
48. Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Apr;16(3):293–9.
49. Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatry*. 2010 Dec;24(4):199–204.
50. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Lang UE. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*. 2016 Sep;3(9):842–9.
51. Hunt IM, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry*. 2010 Feb 3;10:14.

52. Isacson G, Holmgren P, Ahlner J. Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Apr;111(4):286–90.
53. Hérique A, Kahn J-P. Guidelines and reality in practical use of and compliance to antidepressants in the treatment of depression: incidence survey in Lorraine and Champagne-Ardenne (France). *L'Encephale*. 2009 Feb;35(1):73–9.
54. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1805–19.
55. Tournier M. Médicaments “anti-suicide.” In: *Suicide et tentatives de suicide*. 2010. p. 39–45.
56. Benard V, Vaiva G, Masson M, Geoffroy PA. Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. *L'Encephale*. 2016 Jun;42(3):234–41.
57. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Bourgeois M. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jan;60(1):82–91.
58. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005 Mar 1;73(2–3):139–45.
59. Courtet P. Serotonine et conduites suicidaires: une longue histoire toujours actuelle. In: *Suicide et tentatives de suicide*. Lavoisier MSP. 2010. p. 36–45.
60. Mann JJ, Currier D, Stanley B, Oquendo MA, Amsel LV, Ellis SP. Can biological tests assist prediction of suicide in mood disorders? *Int J Neuropsychopharmacol*. 2006 Aug 1;9(4):465–74.
61. Mertes P, Baumann A. Revues de Morbi-Mortalité en anesthésie-réanimation : Pourquoi? Comment ? 52ème Congrès Natl Anesth Réanimation. 2010;
62. Shneidman ES. *Deaths of man*. New York: Quadrangle; 1973. 238 p.
63. Vaiva G. Les suicidants et leur entourage familial, The persons who attempt suicide and their family. *Perspect Psy*. 2008;47(4):330–4.
64. Pommereau X. Suicide et institution: deuil et travail de deuil. Intervention aux 25ème journées de groupes d'étude et de prévention du suicide. 2003.
65. Scocco P, Toffol E, Pilotto E, Pertile R. Psychiatrists' emotional reactions to patient suicidal behavior. *J Psychiatr Pract*. 2012 Mar;18(2):94.
66. Vaiva G. Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ?, Abstract. *Savoirs Clin*. 2005;no6(1):229–34.
67. Costantino C, Ferreira É, Nys C. Accompagner les soignants confrontés au suicide en institution. *Cliniques*. 2013 Apr 8;(5):184–97.
68. Notredame C-É, Granger B. L'effet Papageno pour prévenir la contagion suicidaire. *PSN*. 2017 Mar 14;me 15(1):21–7.

-
69. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité : Guide méthodologique. 2009.
 70. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2014.
 71. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2014. 2014.
 72. Thomas A, Combalbert N, Fay J. Revue de mortalité-morbidité en psychiatrie : « suicide ou tentatives de suicide ». *L'Encephale*. 2010 May;36(S2):32–40.
 73. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 Dec 28, 2015.
 74. Plancke L, Amariei A, Guétière G, Danel T. Premiers résultats d'un programme de recontact des suicidants dans le Nord et le Pas-de-Calais (VigilanS). *Rev Epidemiologie Santé Publique*. 2017 Mar 1;65:S26–7.
 75. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1241–5.

Annexes

Annexe 1 : Autorisation d'accès aux archives de l'EPSM de Bailleul

Annexe 2 : Grille de lecture des dossiers médicaux des patients

Nom prénom :	Facteurs de risque primaires
Unité d'hospitalisation :	
Diagnostic(s) psychiatriques et durée de la maladie	
ATCD TS	
ATCD médicaux chirurgicaux	
	Facteurs de risque secondaires
ATCD judiciaires	
Mode de vie et statut marital	
Pertes affectives / pertes parentales précoces	
Emploi / situation financière	
Evénement négatif sévère de vie < 3M	
Evénement négatif sévère de vie > 3M	
	Facteurs de risque tertiaire
Age	
Sexe	
Appartenance à un groupe minoritaire (ethnie/sex/SDF)	
	Facteurs de vulnérabilité
Carence affective	
Violences physiques ou sexuelles	

	Facteurs protecteurs
Etayage familial et amical	
	Temps hospitalier
Motif d'admission	
Mode d'hospitalisation	
Service fermé ou ouvert	
Nombre d'hospitalisations	
Suivi ambulatoire et date du dernier contact	
Antécédent de tentative de suicide dans l'unité et mode opératoire	
Chambre simple ou double	
Mesures de contention durant l'hospitalisation	
Prescription concernant les visites	
Prescription concernant les permissions / sorties dans le parc et à l'extérieur de l'hôpital	
Evaluation de l'insight	
Evaluation de l'adhésion aux soins	
Evaluation risque suicidaire et sa fréquence	
Troubles du comportement signalés dans l'unité	
Rupture thérapeutique ?	
Changement de thérapeute récent ?	
	Suicide
Date complète (heure, jour, mois, année, saison) + période (vacances / date anniversaire significative)	
Durée de l'hospitalisation au moment du passage à l'acte	
Mode opératoire / lettre	
Lieu (intramuros, parc, extérieur, permission ou fugue)	

Prescription médicamenteuse au moment du passage à l'acte et date du dernier changement de traitement	
Surveillance du risque suicidaire prescrite et surveillance réalisée	
Personnel en service au moment du passage à l'acte	
	Symptomatologie récente
Idéation suicidaire	
Troubles du sommeil	
Angoisse anxiété Désespoir	
Culpabilité	
Symptomatologie dépressive	
Amélioration clinique	
Idées délirantes et/ou hallucinations	
Maladie somatique	

Annexe 3 : Tableau des résultats de la méta-analyse de Large M et Smith G. dans *Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. Acta Psychiatr Scand. 2011 Jul;124(1):18–29*

Table 2. Meta analysis of demographic, social, historical, clinical, diagnostic and treatment factors associated with suicide of psychiatric in-patients

	Suicide subjects (%)	Studies of studies	I-square	Odds ratio	Lower limit	Upper limit	Z	P
<i>Demographic and social factors</i>								
Male sex	482/817 (59)	12	54.0	1.20	0.90	1.60	1.265	0.206
Increased age	278*	8	62.7	1.08	0.70	1.68	0.362	0.717
Married	247/657 (38)	11	58.1	1.02	0.69	1.50	0.105	0.916
Living alone	194/538 (36)	7	0.0	1.22	0.94	1.57	1.482	0.138
Unemployment	339/626 (54)	9	42.0	0.71	0.50	1.01	-1.899	0.058
Social or relationship problem	291/750 (39)	9	79.0	1.82	1.46	2.27	5.311	<0.001
<i>Historical factors</i>								
Prior suicide attempt or deliberate self-harm	727/1251 (58)	21	29.6	3.95	3.22	4.84	13.229	<0.001
More prior psychiatric admissions	340/714 (48)	15	57.7	1.81	1.33	2.45	3.817	<0.001
Duration of psychiatric illness	1013*	14	58.1	1.14	0.87	1.50	0.965	0.334
Physical illness	106/442 (24)	8	56.6	0.83	0.49	1.41	-0.697	0.486
Prior criminality or violence	110/559 (20)	6	67.7	0.93	0.50	1.70	-0.246	0.806
Family history of suicide	62/432 (14)	6	0.0	2.78	1.70	4.52	4.101	<0.001
Family history of mental illness	143/378 (38)	6	0.0	1.55	1.13	2.12	2.734	0.006
<i>Behaviour and symptoms in relation to admission</i>								
Suicide attempt at time of admission	146/476 (31)	8	75.0	2.41	1.21	4.78	2.510	0.012
Suicidal ideas	312/854 (37)	12	81.5	2.63	1.52	4.56	3.439	0.001
Depressed mood	521/894 (58)	13	70.1	3.92	2.59	5.92	6.490	<0.001
Agitation or anxiety	106/361 (29)	7	59.6	2.12	1.20	3.76	2.588	0.010
Hopelessness	197/571 (35)	7	60.8	3.70	2.28	5.99	5.303	<0.001
Feelings of worthlessness, inadequacy or guilt	140/354 (40)	6	42.3	3.73	2.33	5.98	5.477	<0.001
Delusional ideas	100/298 (34)	6	72.4	1.40	0.69	2.85	0.924	0.355
Hallucinations	83/326 (25)	5	57.5	1.10	0.61	1.99	0.312	0.755
<i>Psychiatric diagnosis</i>								
Schizophrenia	396/914 (43)	13	83.6	2.48	1.54	4.00	3.746	<0.001
Affective disorder	388/906 (43)	13	69.0	1.93	1.33	2.81	3.459	0.001
Diagnosis other than affective disorder or schizophrenia	121/843 (14)	11	73.0	0.25	0.15	0.41	-5.496	<0.001
Co-morbid substance abuse	160/762 (21)	9	69.7	0.70	0.43	1.15	-1.408	0.159
<i>Psychiatric treatment</i>								
Admitted under the Mental Health Act	293/828 (35)	12	78.9	1.87	1.14	3.08	2.486	0.013
Prescribed antidepressants	168/380 (44)	8	55.5	2.43	1.52	3.90	3.696	<0.001
Prescribed antipsychotics	229/309 (74)	7	72.9	1.09	0.48	2.45	0.202	0.840
Longer length of hospital stay	419*	7	69.4	2.33	1.44	3.77	3.442	0.001
<i>Patients categorized as high-risk on the basis of multiple risk factors</i>								
High-risk	420/672 (62)	7	72.8	10.94	5.94	20.16	7.676	<0.001

*Total suicide subjects only.

AUTEUR : Derache Xavier

Date de Soutenance : Le 5 juillet 2018

Titre de la Thèse : Suicides à l'EPSM de Bailleul de 1980 à 2016 : Facteurs de risque, évaluation et prévention du suicide dans les établissements de santé mentale.

Thèse - Médecine - Lille 2018 - Cadre de classement : DES *Psychiatrie*

Mots-clés : Suicide, psychiatrie, prévention, postvention, RMM

Le suicide de patients hospitalisés représente environ 5% des suicides et l'incidence du suicide en hôpital psychiatrique est de 250 pour 100 000 admissions. Si l'impact émotionnel est important et peut déstabiliser l'institution, les études restent peu nombreuses et portent sur un petit nombre de cas. Nous avons conduit une étude rétrospective unicentrique qualitative à partir des dossiers médicaux de patients décédés à l'EPSM de Bailleul par suicide entre 1980 à 2016. Ces dossiers ont été analysés à l'aide d'une grille reprenant les facteurs de risque de suicide connus puis les résultats confrontés à ceux de la littérature scientifique.

S'il est impossible de prévenir tous les suicides, l'établissement de santé aura pour mission de prendre toutes les précautions raisonnables pour limiter le risque. La prédictibilité du suicide par l'étude des facteurs de risque est considérée comme faible. L'utilisation des échelles du risque suicidaire pour l'évaluation des patients hospitalisés reste discutée dans la littérature scientifique. La crise suicidaire étant envisagée comme un modèle plurifactoriel il ne s'agit pas d'établir la somme de facteurs de risques mais de penser un modèle intégratif de ces facteurs de risque. De plus, certaines études relèvent des facteurs de risques de suicide spécifiques au patient hospitalisé. La plupart des auteurs promeuvent une évaluation du risque suicidaire à l'admission et répétée à intervalles réguliers. A l'avenir l'évaluation du risque suicidaire du patient hospitalisé en psychiatrie pourrait s'appuyer sur un modèle d'évaluation incluant des facteurs cliniques, psychologiques, endophénotypiques et neurobiologiques. Une formation régulière des équipes est nécessaire pour améliorer l'évaluation mais aussi le contrôle de l'environnement du patient. Les auteurs dénoncent l'insuffisance d'une fréquence supérieure à 15 minutes pour la surveillance d'un patient identifié avec un risque suicidaire élevé et les études sur l'efficacité et l'impact d'une surveillance continue se développent.

Tous les suicides ne pouvant être empêchés, des mesures de postvention pourront être proposées pour limiter le retentissement sur la famille, les patients et les soignants. La littérature invite à multiplier les études pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires dans les établissements de santé mentale en s'appuyant sur les études des facteurs de risques, les études de cas et les connaissances extraites des RMM.

Composition du Jury :

Président :	Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND