

Observatoire Romand des Tentatives de Suicide

Rapport final

Groupe Romand Prévention Suicide

Sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique

Mars 2018

Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS)

Direction du projet

Louise Ostertag, chargée de recherche, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr Laurent Michaud (Investigateur principal, responsable du projet), médecin associé, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse et Groupe McGill d'étude sur le suicide, Montréal, Canada

Dr Stéphane Saillant (Adjoint au responsable de projet et responsable de site), médecin chef, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), Neuchâtel

Philippe Golay, PhD, (responsable méthodologique) psychologue chef de projets de recherche, Section de psychiatrie sociale & Service de psychiatrie générale, CHUV, Lausanne

Lausanne

Yves Dorogi (responsable de site), infirmier chef, Service de Psychiatrie de Liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr Sebastien Brovelli, chef de clinique, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dre Marta Bertran, cheffe de clinique adjointe, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Neuchâtel

Dr Stéphane Saillant (responsable de site), médecin chef, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), Neuchâtel

Valais

Dr Ioan Cromec (responsable de site), médecin chef de service, Service de Psychiatrie de Liaison, Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie, Hôpital du Valais, Sion

Marie-Christine Roh, infirmière cheffe de service, Service de Psychiatrie de Liaison, Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie, Hôpital du Valais, Sion

Dre Bénédicte Van der Vaeren, médecin adjointe, Service de Psychiatrie de Liaison, Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie, Hôpital du Valais, Sion

Genève Enfants et adolescents

Dr Rémy Barbe (responsable de site), médecin adjoint, responsable de l'unité d'hospitalisation, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève

Dre Solenn Lorillard, cheffe de clinique, unité d'hospitalisation Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), HUG, Genève

Dre Francesca Assandri, cheffe de clinique, Unité de Crise-Malattie, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), HUG, Genève

Genève Adultes

Dr Riaz Khan (responsable de site), médecin adjoint, Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise (SPLIC), responsable de l'Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques (UAUP), Service des Urgences, HUG, Genève

Dre Alessandra Costanza, cheffe de clinique, Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise (SPLIC), Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques (UAUP), Service des Urgences, HUG, Genève

Dre Karine Wyss, cheffe de clinique, Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques (UAUP), Service des Urgences, HUG, Genève

Genève Malattie

Dre Anne Edan (responsable de site), médecin adjointe, responsable Unité de Crise-Malattie, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), HUG, Genève

Remerciements

Nous remercions chaleureusement notre interlocutrice, Madame Esther Walter, responsable du projet Prévention Suicide à l'Office Fédéral de la Santé Publique, pour la riche collaboration sur toute la durée du mandat.

Un remerciement tout particulier est adressé aux responsables logistiques pour leur contribution à la bonne coordination du projet ;

Aux médecins assistant·e·s et équipes des urgences pour leur implication indispensable dans la collecte des données ;

Ainsi qu'aux collaboratrices administratives pour leur soutien.

Rédaction du rapport : Louise Ostertag, chargée de recherche

Résumé

Le suicide figure parmi les vingt principales causes de décès à l'échelle mondiale. En Suisse, il est la cause d'environ mille décès par année, soit une moyenne de 2 à 3 suicides par jour. Si les occurrences de suicides sont bien documentées, il n'en va pas de même des tentatives de suicide (TS) et du self-harm¹ intentionnel (SH), qui constituent le principal facteur de risque du suicide avéré.

Initié par le Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS) sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS) a pour objectif de quantifier et de qualifier le phénomène des conduites suicidaires (TS et SH) en Suisse romande, suivant les recommandations du Plan d'action pour la prévention du suicide établi en 2016 par la Confédération.

La collecte des données a débuté dans les services d'urgences des hôpitaux sélectionnés à Lausanne et dans le canton de Neuchâtel en décembre 2016, puis en Valais Central et à Genève en 2017. Des informations de type sociodémographique, clinique et circonstanciel sur les conduites suicidaires sont documentées de manière systématique et anonyme par les intervenants psychiatriques aux urgences somatiques.

Ce rapport présente un aperçu des données recueillies jusqu'à présent. Il dresse un premier portrait de la population suicidante et recourant au SH, et présente des analyses préliminaires concernant les méthodes utilisées, les antécédents suicidaires et l'intentionnalité, ainsi que les taux de self-harm intentionnel pour 100'000 habitants dans le canton de Neuchâtel et l'agglomération lausannoise.

L'établissement de la base de données ORTS offre une opportunité cruciale d'étudier le phénomène des conduites suicidaires sur le long terme et de développer des axes de prévention. Cette initiative collaborative permet une réflexion clinique globale sur la problématique du suicide à l'échelle romande.

¹ En Français, lésion auto-infligée ou geste auto-agressif

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
1.1 Le suicide, un problème de santé publique.....	1
1.2 Le plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse.....	1
1.3 La tentative de suicide et le self-harm, d'importants facteurs de risque du suicide avéré.....	2
1.4 Développer des systèmes de surveillance du self-harm et des tentatives de suicide.....	2
1.5 Les urgences somatiques comme porte d'entrée des personnes après un épisode de tentative de suicide ou de self-harm.....	2
1.6 L'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS).....	3
1.7 Mandat de l'Office fédéral de la santé publique	3
2. TENTATIVES DE SUICIDE ET SELF-HARM : DEFINITIONS	4
2.1 Historique et discussion autour de la définition de la tentative de suicide.....	4
2.2 Définitions	5
3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	6
3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	6
3.2 Collecte des données.....	6
3.2.1 Formulaire de collecte des données.....	6
3.2.2 Formations.....	7
3.2.3 Code de liaison anonyme	7
3.2.4 Bases de données.....	8
4. DEVELOPPEMENT ET IMPLANTATION DU MONITORING	8
4.1 Ethique.....	8
4.2 Présentation des sites.....	8
4.3 Organisation par sites	9
5. PREMIERES DONNEES DISPONIBLES.....	10
5.1 Présentation de l'échantillon	10
5.2 Estimation du taux de self-harm pour 100'000 habitants.....	11
5.3 Informations sociodémographiques : mode de vie, situation socio-économique.....	12
5.4 Antécédents, intentionnalité suicidaire et gravité	13

5.5	Circonstances et méthodes.....	14
5.6	Prise en charge après la TS.....	16
6.	FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	17
6.1	Implantation du dispositif.....	17
6.2	Méthodologie.....	17
7.	PERSPECTIVES	18
8.	CONCLUSION.....	18
9.	BIBLIOGRAPHIE	19

1. INTRODUCTION

1.1 Le suicide, un problème de santé publique

Le suicide figure parmi les vingt principales causes de décès à l'échelle mondiale, tous âges confondus. Chaque année, près d'un million de personnes décèdent en mettant fin à leurs jours, selon une estimation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). Les suicides ont indirectement des conséquences considérables : entre quatre et six personnes proches sont touchées, en moyenne, lors de chaque suicide. Ils peuvent en outre traumatiser des tiers lorsqu'ils se produisent dans l'espace public (1).

En Suisse, le suicide constitue la quatrième cause de mort précoce en termes d'années de vie potentielles perdues, après le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les accidents (2). Il est la cause d'environ mille décès chaque année – soit une moyenne de 2 à 3 suicides par jour – un bilan quatre fois plus élevé que celui des morts liées aux accidents de la route (2). En 2015, 792 hommes et 279 femmes avaient ainsi mis fin à leurs jours (2). Après une diminution durant les années 2000, le taux de suicide en Suisse² est stable depuis 2010 (3). Il se situe dans la moyenne européenne (4).

1.2 Le plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse

Le Parlement suisse a adopté en 2014 la motion Ingold 11.3973³ : « Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles », chargeant ainsi la Confédération de créer et de mettre en action un plan pour la prévention du suicide. Suite à la mise en consultation du plan au début de l'année 2016 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), quelques 130 acteurs et actrices de la santé publique et de la société civile ont pris part à la discussion (4).

Le plan d'action pour la prévention du suicide a pour but de renforcer la prévention en réduisant le nombre de suicides et de tentatives de suicide. Les dix objectifs qu'il formule devraient permettre, d'ici à 2030, la réduction d'environ 25% du nombre de suicides pour 100'000 habitants. Ces points s'inscrivent dans les recommandations de l'OMS, dont l'objectif à l'échelle mondiale est de réduire de 10% le nombre de suicides d'ici 2020 (5). Parmi les objectifs du plan figurent notamment : l'amélioration des soins en termes de spécificité et d'accessibilité, la sensibilisation et l'information à la population, la favorisation du traitement médiatique de la thématique à des fins préventives et la restriction de l'accès aux moyens et méthodes (4).

Le neuvième objectif du plan est de disposer de données pertinentes pour faire évoluer la prévention via le monitoring et la recherche, et se formule comme suit : « les acteurs de la prévention du suicide disposent de bases scientifiques et de données pertinentes pour piloter et évaluer leur travail ». Développer des bases de données de routine, encourager le développement d'études qualitatives et quantitatives devrait en effet permettre, à long terme, de renforcer la prévention en complétant le savoir et les connaissances existantes (4). Cet objectif a motivé de manière directe la création de l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS).

² 12.9/100'000 habitants en 2014 (OBSAN, 2014)

³ Disponible sur : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20113973>

1.3 La tentative de suicide et le self-harm, d'importants facteurs de risque du suicide avéré

Si les occurrences de suicides sont généralement bien documentées à travers le monde, il n'en va pas de même des tentatives de suicide (TS) et du self-harm⁴ intentionnel (SH). Pourtant, la présence de tentative(s) de suicide antérieure(s) constitue le facteur de risque le plus important du suicide avéré. Le pourcentage de suicide se situe entre 0.5% et 2% dans l'année qui suit la tentative et au-dessus de 5% neuf ans plus tard (6). Dans cette population de personnes suicidantes, le risque de suicide est donc plusieurs centaines de fois plus élevé que dans la population générale. Ainsi, mieux comprendre le phénomène des tentatives de suicide permet de contribuer, à tous les niveaux, de manière directe à la prévention du suicide (7-9).

Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'un recensement national. Le nombre de tentatives de suicide en Suisse ne peut donc être estimé qu'à partir d'une extrapolation des données régionales. Au moins 20 à 30 tentatives de suicide auraient lieu chaque jour en Suisse (4) et 10'000 personnes sont prises en charge médicalement à la suite d'une TS chaque année (10, 11). Ce bilan pourrait s'avérer bien plus important : beaucoup de tentatives de suicide ne sont en effet pas reconnues comme telles et de ce fait ne bénéficient pas d'une prise en charge médicale (4).

1.4 Développer des systèmes de surveillance du self-harm et des tentatives de suicide

L'OMS recommande de longue date d'établir des systèmes de surveillance et de monitoring des conduites suicidaires (TS et SH) afin d'améliorer et de cibler la prévention (1, 12, 13).

Plusieurs systèmes de surveillance ont été instaurés au Royaume-Uni, d'abord à Oxford (14-16) dans les années 70 puis à Manchester et à Leeds (17) ; l'Irlande est l'un des rares pays au bénéfice d'un registre national (18, 19). De nombreux systèmes existants ont été introduits à la suite des programmes internationaux de l'OMS : Multicentre study on Suicidal Behaviour (20, 21) et MONitoring SUicidal Behaviour (MONSUE) (12), comme c'est par exemple le cas de certaines villes de France (22), d'Italie (23), ou encore d'Inde (24) ou du Nicaragua (25).

En Suisse, il n'y a actuellement pas de système de surveillance ou de monitoring systématique des conduites suicidaires (26). Les précédents systèmes de suivi ont été menés sur de petites zones géographiques via les projets multicentriques de l'OMS Multicentre study on Suicidal Behaviour et MONSUE à Berne (2004-2010 (11)) ainsi qu'à Bâle (2003-2006 (10)).

1.5 Les urgences somatiques comme porte d'entrée des personnes après un épisode de tentative de suicide ou de self-harm

Les urgences hospitalières constituent un lieu privilégié de rencontre des patientes et patients suicidants, et sont identifiées de longue date comme d'importance majeure pour la prise en charge des personnes en souffrance psychique (27). Elles constituent également une opportunité cruciale d'entrée en soin, bien que beaucoup de personnes suicidantes n'y aient plus recours par la suite. Les services d'urgences somatiques s'avèrent être l'un des meilleurs endroits pour mettre

⁴ En Français, lésion auto-infligée ou geste auto-agressif

en place des systèmes de monitoring des conduites suicidaires, au vu du besoin de soins médicaux de ces populations à risque (12, 27, 28).

1.6 L'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS)

S'inscrivant dans les objectifs du plan et sur la lignée des recommandations de l'OMS, l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS) a été initié en 2014. Le projet a débuté sous la direction du Groupe Romand Prévention Suicide⁵ (GRPS), qui regroupe divers professionnelles et professionnels de la santé mentale actifs dans le domaine de la prévention du suicide. Notons que l'appellation Observatoire Romand des Tentatives de Suicide a été préférée à celles d'Observatoire romand du self-harm intentionnel, ou des lésions auto-infligées (qui seraient de fait plus exactes) à des fins de communication externe (voir le point 2 du présent rapport pour ces questions de définition).

Après une étude exploratoire sur la faisabilité, l'acceptabilité et les effets d'une intervention multi-composants pour les personnes suicidaires à Lausanne (29), le GRPS a décidé de recueillir davantage d'informations sur la population suicidante et d'élargir ces observations à plusieurs sites de Suisse romande.

L'établissement de la base de données ORTS offre une opportunité essentielle d'étudier le phénomène du self-harm et des tentatives de suicide sur le long terme, de récolter des données de qualité et de développer des axes de prévention. Ce rapport présente en un premier bilan, une année après le début du monitoring.

1.7 Mandat de l'Office fédéral de la santé publique

La Confédération suisse, représentée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS), sur une période d'un an et demi (01.09.2016 - 31.03.2018). Les termes du contrat sont brièvement décrits ci-dessous.

Objectifs du mandat

Créer un monitoring des tentatives de suicide en Suisse romande, suivant les recommandations de l'OMS et de la recherche existante.

Description des effets

Le monitoring fournit des données de base importantes qui manquent aujourd'hui à la recherche. Ces nouvelles données alimentent la recherche et permettent, à terme, une optimisation des propositions en matière de prévention et de soutien pour le groupe-cible des personnes suicidantes. Les informations collectées permettent également d'évaluer des interventions de prévention et d'identifier au plus tôt les méthodes utilisées.

Indicateur d'efficacité

Le taux de tentatives de suicide pour 100'000 habitants peut être comparé à celui de Berne et de Bâle-Ville, puis également à un niveau international.

⁵ Site internet : www.preventionsuicide-romandie.ch

2. TENTATIVES DE SUICIDE ET SELF-HARM : DEFINITIONS

2.1 Historique et discussion autour de la définition de la tentative de suicide

La définition de la tentative de suicide n'a cessé d'évoluer, notamment en raison du critère particulièrement discuté de l'intentionnalité suicidaire et, dans une moindre mesure, de la question de sa sévérité (13). Au Royaume-Uni et en Irlande, le terme utilisé pour désigner la tentative de suicide est généralement celui de « deliberate self-harm » ou « intentional self-harm », tandis qu'en Amérique du Nord, il s'agit le plus souvent de « suicide attempt » (13). Le terme privilégié dans un premier temps par l'OMS était celui de « parasuicide », utilisé lors d'une première série d'études sur les tentatives de suicide « Multicentre study on Parasuicide » de 1989 à 2005. Entre temps, il a été constaté que cette utilisation pouvait porter à confusion. La dénomination « non-fatal suicidal behaviour » lui a ainsi été substituée (13) et par la suite, l'étude a été renommée « Multicentre study on Suicidal Behaviour ».

En Amérique du Nord - où le terme « intentional self-harm » n'est pas d'usage courant -, la notion de Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) a été introduite pour désigner les situations dans lesquelles l'intentionnalité suicidaire est absente : selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) (30), la conduite suicidaire avec intention suicidaire se différencie des lésions auto-infligées non suicidaires (NSSI). Pourtant, cette distinction a été remise en cause par la recherche récente menée au Royaume-Uni (31), qui souligne le fait que les cas d'automutilations sont tout aussi prédisposants pour de futures TS ou suicides que d'autres formes de self-harm intentionnel ou volontaire, en dépit de l'intentionnalité suicidaire.

Ainsi, compte tenu du fait que la catégorisation dichotomisée ne permet pas d'identifier de populations clairement différentes en terme de pronostic (32) et que les intentions qui conduisent à la tentative de suicide se révèlent davantage multidimensionnelles que catégorielles (12, 14), le monitoring ORTS a été construit autour de la notion de « self-harm intentionnel », en incluant donc l'ensemble des conduites suicidaires, avec ou sans intentionnalité suicidaire et quel que soit son degré.

Plusieurs autres arguments justifient l'inclusivité de cette démarche. Premièrement, si l'utilisation du terme « lésions auto-infligées non suicidaires » peut convenir à la pratique clinique, notamment pour poser un diagnostic, la catégorisation binaire qu'elle implique ne constitue pas une terminologie appropriée pour l'observation et le monitoring des tentatives de suicide (33). Ensuite, entrer dans une démarche inclusive apparaît comme le moyen le plus sûr de ne pas passer sous silence un certain nombre de TS, sachant que le formulaire de collecte des données questionne la clarté de l'intention suicidaire. Finalement, l'inclusivité favorisée reflète davantage la complexité des intentions associées à la tentative de suicide, offrant un large spectre d'action et d'analyse.

L'OMS s'aligne sur cet argumentaire, privilégiant la définition suivante de Platt et al. (1992) pour la première vague d'études multicentriques sur le parasuicide (1989-2005) : « an act with non-fatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognised therapeutic dosage, and which is aimed at realising changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences » (34), qui est toujours d'actualité car elle mentionne plusieurs critères aidant à l'inclusion ou à l'exclusion des

cas (12). Sa version simplifiée par De Leo et al. (2014) est également valable : « A non-habitual act with non-fatal outcome that the individual, expecting to, or taking the risk, to die or to inflict bodily harm, initiated and carried out for the purpose of bringing about wanted changes » (35).

L'étude « WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour » a par ailleurs permis d'identifier pas moins de quatorze types d'intentionnalité et a démontré la présence de motivations différentes et multiples (36). Il en ressort que la question de l'intentionnalité n'est pas primordiale dans la définition de la tentative de suicide et qu'une perspective transculturelle sur les « non-fatal acts » est approuvée (13).

Le dernier rapport de l'OMS « Preventing suicide : a global imperative »(1), utilise la dénomination « suicide attempt » pour désigner tout « non-fatal suicidal behaviour ». La définition suivante était ainsi utilisée pour désigner la TS : « intentional self-inflicted poisoning, injury or self-harm which may or may not have a fatal intent or outcome » (1). Cela signifie que les termes « suicide attempt », « non-fatal suicidal behaviour » et « self-harm intentionnel » peuvent être utilisés de manière interchangeable.

2.2 Définitions

Dans le dispositif de l'ORTS ainsi que dans le présent rapport, le « self-harm » considère donc : « toute lésion auto-infligée n'ayant pas conduit au décès, sans considération du degré d'intentionnalité suicidaire du geste » (14) et place ainsi la tentative de suicide sur un continuum prenant en compte les lésions auto-infligées avec des degrés d'intentionnalité suicidaire progressifs.

Il inclut par conséquent aussi bien les « tentatives de suicide » au sens du DSM-5 que d'autres actes allant à l'encontre de soi-même avec des intentions diverses, et en particulier les lésions auto-infligées non suicidaires (NSSI) telles que définies dans le DSM-5. Tout geste auto-dommageable ou toute lésion auto-infligée, en dépit de l'intentionnalité suicidaire, est donc prise en compte dans l'ORTS.

Cette absence de considération de l'intentionnalité suicidaire comme facteur déterminant de la tentative de suicide ne doit pas être confondue avec la dimension intentionnelle du geste. La notion de « self-harm » ou de « self-harm » intentionnel dans le texte fait toujours référence à des gestes intentionnels et ne prend pas en compte, par exemple, les gestes involontaires ou les actes d'une personne incapable de discernement.

Par extension, la suicidante ou le suicidant est considéré comme « toute personne ayant présenté un épisode de self-harm intentionnel ».

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les situations intégrées à l'ORTS concernent tous les épisodes de self-harm intentionnel faisant partie des motifs de consultation aux urgences somatiques. Elles sont prises en compte dans le monitoring selon les critères d'inclusion suivants :

- Tout geste ou lésion auto-dommageable est enregistrée dans l'ORTS, même lorsque l'intention suicidaire n'est pas confirmée. L'intention suicidaire ne constitue pas un critère d'inclusion. Elle est évaluée puis reportée dans le formulaire de collecte des données.
- Il y a self-harm dès lors qu'un geste est engagé, ce qui signifie que les situations qui sont interrompues ou n'aboutissent pas au suicide sont tout de même intégrées au monitoring. Exemples : enjamber la barrière d'un pont, pointer une arme sur son visage, presser un couteau contre son bras.
- Les idées suicidaires ne sont pas intégrées au monitoring ORTS.

Outres les questions liées à la définition du self-harm, des critères d'inclusion particuliers s'appliquent :

- Un lien de causalité direct entre TS et arrivée aux urgences somatiques est constaté.
- L'épisode de self-harm a eu lieu dans les 48 heures avant la consultation.
- Les limites d'âge varient pour chacun des sites en fonction des services accessibles et inclus dans la recherche⁶.

3.2 Collecte des données

3.2.1 Formulaire de collecte des données

Après de nombreuses révisions, un formulaire de collecte des données⁷ a été validé par les parties prenantes de l'ORTS. Il comprend des questions de type sociodémographique et investit également des aspects cliniques liés à la situation de la personne suicidante. Il intègre pour ce faire les principaux facteurs prédisposants et précipitants identifiés jusqu'alors par la recherche. La récolte des données est effectuée de manière systématique via ce formulaire, par la personne en charge de l'évaluation clinique (médecin, infirmier-ère, psychologue). Les diagnostics sont le plus souvent établis par les médecins ou des psychologues (généralement médecins assistant·e·s sous supervision d'un·e chef·fe de clinique), sur la base de leur évaluation (anamnèse, examen clinique et dossier médical). Lorsque le formulaire est rempli par un·e infirmier-ère (uniquement site Genève adultes), le diagnostic retenu lors de l'évaluation médicale est retenu. Les données sujettes à interprétation (en particulier l'intentionnalité) se basent sur les dires des patient·e·s. Des guidelines donnant des indications sur la manière de remplir le formulaire ont également été développés afin d'augmenter la fiabilité inter-juges⁸.

Dans la majorité des cas, les données sont collectées directement aux urgences somatiques, où la personne est évaluée. Il peut cependant arriver, en particulier en cas de TS grave, que

⁶ Les limites d'âge sont précisées dans la présentation des sites, point 4.2.

⁷ Annexe 1

⁸ Annexe 2

l'évaluation n'ait lieu qu'une fois la personne stabilisée et transférée dans un service hospitalier. L'évaluation a alors lieu à ce moment.

Le site de Malatavie constitue finalement une exception, puisqu'il ne récolte pas des données de personnes ayant passé par les urgences somatiques d'un hôpital général (cf point 4.2).

3.2.2 Formations

Au total, 14 sessions de formation de groupe ont été données sur la totalité des cantons. Depuis le début du monitoring, plus de 60, médecin assistant-e-s (internes), équipes infirmières et psychologues ont participé à la collecte de données sur les différents sites. La formation était renouvelée tous les six mois sur chaque site, suivant le tournus des médecins assistant-e-s.

Standardisée et construite en trois étapes, la formation consistait tout d'abord en une introduction proposée par les responsables de sites respectifs. Cette présentation interactive permettait, d'une part, de sensibiliser les participantes et participants à la problématique du suicide sur le plan épidémiologique et, d'autre part, de revoir les principes de l'intervention clinique. La deuxième partie de la séance présentait le projet d'observatoire, suivi d'une réflexion sur les concepts principaux et les situations présentés en vignettes. Finalement, le formulaire était rempli collectivement afin de développer la fiabilité inter-juges et d'améliorer la compréhension des items, en incluant les feed-back.

Durant ces rencontres, les critères d'inclusion ont été précisés et la définition du « self-harm » a été présentée au travers de différentes situations et méthodes utilisées, telles que les scarifications, la prise de médicaments et le saut dans le vide, précisant davantage les limites de ces cas et leur inclusion dans l'ORTS. La situation d'une personne présentant des idées suicidaires a également été explicitée afin d'éclaircir la discrimination entre idées suicidaires et engagement d'un geste. Les intervenantes et intervenants ont été priés de remplir le formulaire à la lumière de l'évaluation clinique et, comme évoqué plus haut, en suivant les dires de la personne. L'accent a été porté sur les « bonnes pratiques » que reprennent les items du formulaire, calqués sur les principaux facteurs précipitants et prédisposants des conduites suicidaires. L'utilisation du formulaire vise à long terme une amélioration et une systématisation des pratiques.

3.2.3 Code de liaison anonyme

La confidentialité du monitoring ORTS est garantie par l'utilisation d'un code de liaison anonyme. Il s'agit d'une chaîne de caractères permettant d'identifier de manière unique un individu dans une base de données de routine. Ce code permet de croiser les données de différentes sources et de repérer des entrées multiples, sans dévoiler d'identités. Il est basé sur des données constantes⁹, à savoir la date de naissance, le sexe, le nom et le prénom des individus. La chaîne de données ainsi constituée est ensuite combinée algorithmiquement, utilisant la norme Message Digest 5 (MD5). L'empreinte numérique est calculée sur 128 bits, avec une très haute probabilité que deux chaînes différentes donnent deux empreintes différentes.

⁹ Dans le cas où la patiente ou le patient change de sexe, de nom ou de prénom, les données initiales sont conservées pour générer le code. Lorsqu'il est impossible de vérifier les identités, la perte d'information, minimale, est considérée comme acceptable. Elle constituera l'un des biais de la recherche.

En plus de produire un identifiant unique et anonyme, ce procédé offre de nombreuses possibilités au niveau méthodologique. Il permet de lier les données collectées à celles d'autres bases de données (par exemple, les données sur les suicides avérés) et de lier les tentatives de suicide répétées de certains individus au sein même de la base.

Grâce au code de liaison, ces démarches ont été conduites en préservant l'identité des patientes et patients. Seules des données codées apparaissent dans les bases de données.

3.2.4 Bases de données

Un formulaire de saisie a été créé au moyen du logiciel Access pour construire les bases de données. Il se compose de menus déroulants, conçus selon les catégories de réponse de chaque variable issue du formulaire papier.

Une base a dans un premier temps été construite pour chaque site, selon le même masque de saisie. Par la suite, les données ont été exportées et fusionnées, garantissant un codage identique. Une syntaxe permet de convertir les extractions brutes de la base de données Access en une base de données exploitable au format SPSS. Conditionnées sur le même format et comprenant les mêmes variables, les bases des différents sites deviennent, par ce biais, compatibles.

4. DEVELOPPEMENT ET IMPLANTATION DU MONITORING

4.1 Ethique

La Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) a accepté le projet de recherche le 27 octobre 2016. La CER-VD ainsi que la Commission cantonale d'éthique de la recherche du canton de Genève (CCER) ont autorisé en mai 2017 un amendement portant sur l'extension de la collecte de données à différents sites de Genève et du Valais. Le monitoring ORTS est conduit à défaut de consentement des patient·e·s. Les données collectées font partie intégrante des informations nécessaires à l'évaluation clinique et à l'élaboration d'un plan de soin.

4.2 Présentation des sites

Six sites différents représentant quatre cantons de Suisse romande sont intégrés au monitoring. La collecte des données a débuté à Lausanne et dans le canton de Neuchâtel en décembre 2016, puis a été étendue au Valais Central et à Genève (site enfants et adolescents et site adultes) en juin 2017 et à l'unité Malatavie en décembre 2017.

Cette sélection de sites présentant des caractéristiques différentes suit la recommandation de l'OMS de collecter : « des données de haute qualité provenant de plusieurs sites représentatifs » (1) et visait également à disposer de données sur les différentes catégories d'âge (enfants, adolescents, adultes (18-65 ans), personnes âgées (plus de 65 ans)).

La logistique, l'accessibilité et les régions linguistiques ont été prises en compte dans le processus de sélection des sites. La priorité a été donnée aux régions francophones, la langue étant considérée comme un obstacle à la normalisation dans la mise en œuvre du dispositif et l'organisation de la collecte de données.

Les données sont ainsi récoltées dans les six structures suivantes:

- Lausanne : Service d'urgences somatiques et Services hospitaliers du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Vaud
- Canton de Neuchâtel : Service d'urgences somatiques et Services hospitaliers de l'Hôpital Neuchâtelois, villes de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds
- Valais Central : Services d'urgences somatiques et Services hospitaliers de l'Hôpital du Valais, à Sion et Martigny
- Genève Adultes : Service des urgences somatiques et Services hospitaliers des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG),
- Genève Enfants et Adolescents : Urgences somatiques et Services hospitaliers de l'hôpital des enfants (HUG)
- Genève Unité de crise-Malata vie (HUG)

Lausanne (18-65 ans)

L'inclusion du CHUV à Lausanne permet d'obtenir des données sur une partie importante de la population du canton de Vaud, pour les patient·e·s parvenant au sein du service d'urgences d'un hôpital universitaire d'une grande ville suisse, soit une population mixte à tendance urbaine.

Canton de Neuchâtel (dès 16 ans)

Dans le canton de Neuchâtel, la très grande majorité des tentatives de suicide du canton parviennent aux urgences somatiques des villes de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel, au sein desquelles se trouve un service de psychiatrie de liaison commun. De la sorte, les données récoltées couvrent l'ensemble des tentatives de suicide parvenant jusqu'au principal hôpital du canton. Le canton de Neuchâtel compte deux villes de taille moyenne ainsi qu'une importante partie rurale.

Valais Central (dès 18 ans)

L'intégration des sites de Sion et de Martigny permet de couvrir presque la totalité de la population du Valais central, y compris la région de Sierre. Les données récoltées rendent comptes des tentatives de suicide parvenues aux urgences somatiques sur trois villes de taille moyenne ainsi qu'une importante partie rurale.

Canton de Genève (tous âges)

Dans le canton de Genève, l'information récoltée permet d'obtenir des données sur une grande partie de la population de la ville et du canton. Des données sont récoltées également via les urgences pédiatriques des HUG à Genève. L'Unité de crise-Malata vie constitue finalement une exception puisque que les données qui y sont récoltées ne viennent pas forcément de patients ayant transité par les urgences somatiques. Il a été décidé de l'inclure dans la mesure où il s'agissait d'un lieu adéquat pour récolter des données sur ce type de population.

4.3 Organisation par sites

L'équipe de projet s'est réunie tous les quatre mois environ. Dans un premier temps, ces rencontres ont permis de conceptualiser le projet, en travaillant sur le protocole de recherche et le formulaire de collecte des données. Au fil de l'avancement de la recherche et de l'implémentation du monitoring, elles ont permis la prise de décisions stratégiques ainsi que des pointages réguliers par sites sur la collecte des données et la logistique.

Chaque responsable de site a désigné une ou plusieurs responsables logistiques, en principe des chefs et cheffes de clinique. Les responsables logistiques avaient pour tâche de veiller à la bonne mise en œuvre de la collecte sur leur lieu de travail, à la communication et au transfert des bases de données codées vers le site principal du CHUV.

Les données sont codées sur chaque site afin de conserver la confidentialité entre institutions et de garantir la sécurité des informations : chaque site en est responsable. Les personnes en charge du codage ont reçu une formation standardisée à l'utilisation du logiciel Access et à la création du code de liaison anonyme. Des explications détaillées leur ont été fournies au format papier¹⁰ et une collaboration étroite a été instaurée entre les collaboratrices et la chargée de projet.

5. PREMIERES DONNEES DISPONIBLES

5.1 Présentation de l'échantillon

Ce rapport présente un premier bilan des données récoltées, une année après le début du monitoring. Il fait état des données collectées à partir du 1^{er} décembre 2016 sur les premiers sites jusqu'à la fin du mois de novembre 2017. Trois nouveaux sites sont entrés dans le monitoring à l'été 2017. Le sixième site de l'unité de crise-Malatavie n'a pas été pris en compte dans cette première présentation, la collecte ayant débuté au mois de décembre 2017 sur ce dernier site genevois.

Tableau 1 - ORTS – Etat des lieux sur 12 mois (décembre 2016 – novembre 2017)

Site	Lausanne	Canton de Neuchâtel	Valais Central	Genève adultes	Genève enfants et adolescents
Âge population	18-65 ans	Dès 18 ans	Dès 18 ans	Dès 16 ans	Jusqu'à 16 ans
Période	Début décembre 2016 à fin novembre 2017	Début décembre 2016 à fin novembre 2017	Début juin à fin novembre 2017	Mi-juin à fin novembre 2017	Mi-septembre à fin novembre 2017
Durée	12 mois	12 mois	6 mois	5 mois ½	3 mois ½
Type de population	Urbaine	Mixte	Mixte	Mixte	Mixte
Nombre de TS par site	479	176	96	136	19
Nombre d'individus par site	415	163	88	130	16
Sexe, % femmes (n)	54.0% (224)	56.4% (92)	69.3% (61)	56.9% (74)	87.5% (14)
Âge moyen en années, M (ET)	35.7 (12.1)	42.12 (19.3)	41.3 (14.0)	37.0 (17.5)	13.8 (1.4)

Le tableau 1 présente les caractéristiques des sites en termes d'âges inclus, de type de population ciblée, de durée et de période de collecte. Des répétitions d'épisodes de SH ont eu

¹⁰ Annexe 3

lieu sur tous les sites, mais en particulier à Lausanne, où des répétitions de quatre, six et douze épisodes ont été comptabilisées. En termes de répétitions, sur la globalité de l'échantillon, 52 individus comptabilisent deux épisodes et 8 individus en comptabilisent trois. En tout, 812 personnes ont procédé à 906 épisodes sur la période donnée.

Pour la suite de la présentation des données, l'échantillon final prend en compte les individus (N=812) et non les épisodes de self-harm (N=906). Pour ce faire, seul le premier épisode de self-harm intentionnel de chaque individu est comptabilisé dans la base de données finale. Au vu des caractéristiques différentes des sous-échantillons, il n'est pas pertinent de faire des comparaisons entre sites ; ces informations restent d'ordre descriptif et indicatif.

Les premières observations montrent qu'une part importante de femmes est représentée dans chaque sous-échantillon, ce qui est conforme à la littérature existante. Dans la plupart des études réalisées jusqu'à présent, les différences de taux de TS entre hommes et femmes sont significatives (10, 15, 17, 18, 20-23, 25). Les moyennes d'âge sont variables selon les sites, les critères d'inclusion et d'exclusion étant eux aussi différents en fonction des populations prises en compte. Sur chacun des sites, les groupes d'âge les plus jeunes (0-14 ans pour la pédopsychiatrie genevoise et 15-34 ans pour les autres sites) sont ceux qui réunissent les plus grands effectifs. Cette observation a déjà été mise en évidence à plusieurs reprises (10, 17, 20, 21, 37) et rejoint aussi les données disponibles sur les TS en Suisse, où les groupes d'âges les plus avancés sont ensuite à nouveau plus représentés (4, 10, 11). Il est intéressant de constater en parallèle que le taux de suicide a plutôt tendance à augmenter avec l'âge au niveau cantonal et fédéral (3).

5.2 Estimation du taux de self-harm pour 100'000 habitants

Le taux de self-harm a été calculé en termes d'épisodes de self-harm pour les 18-65 ans à Lausanne et pour les plus de 18 ans dans le canton de Neuchâtel. A Lausanne, la population concernée a été estimée à 230'000 personnes en 2016, dans la classe d'âge des 18-65 ans (38).. Une sous-estimation du bassin de recrutement de la ville de Lausanne et de son hôpital universitaire (CHUV) est possible. En effet, certaines situations graves provenant de tout le canton de Vaud sont envoyées directement à Lausanne. La question du libre choix des patient-e-s est aussi à prendre en compte, d'autant que la ville de Lausanne attire des populations jeunes et actives en son centre, de jour comme de nuit. L'agglomération lausannoise, les districts et communes répondant directement du CHUV ont été incluses, mais les services d'urgences ne sont pas astreints aux règles en vigueur (39). Pour le canton de Neuchâtel, la population du canton âgée de plus de 18 ans en 2016 (40) a été prise en compte, soit 144'500 personnes.

L'estimation du taux de self-harm en termes d'épisodes de self-harm pour les 18-65 ans à Lausanne est de 208/100'000 habitants et de 122/100'000 habitants pour les plus de 18 ans dans le canton de Neuchâtel. Le taux n'a pas été calculé pour les autres sites romands au vu de la courte période de collecte des données. Ces estimations s'inscrivent dans la fourchette des moyennes européennes (1989-2005) pour les tentatives de suicide ou « parasuicide », d'après les résultats de l'étude WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behavior publiés en 2004 (20, 21).

Dans l'agglomération de Berne et dans le canton de Bâle, respectivement, les taux de TS liés aux épisodes de TS pour les plus de 15 ans, s'élevaient à 105/100'000 habitants durant la période 2004-2010 (11) et 164/100'000 habitants durant la période 2003-2006 (10). Ces chiffres sont du

même ordre que le taux de self-harm actuel à Lausanne et dans le canton de Neuchâtel. Les tranches d'âges varient, ce qui peut par ailleurs partiellement expliquer un taux de SH plus élevé dans l'agglomération lausannoise.

A ce stade, une précision s'impose concernant la mesure du taux de SH. Seuls les épisodes de SH parvenus aux urgences somatiques des hôpitaux qui font partie du monitoring ORTS sont mesurés actuellement. Le taux de couverture des territoires par les institutions faisant partie du monitoring n'a pas encore été évalué. Steffen et al. (2011) avaient par exemple estimé que 58% des TS de l'agglomération bernoise nécessitant une prise en charge somatique étaient couvertes par l'Inselspital et l'UPD (11). Plus largement, l'estimation du taux de report des épisodes n'a pas non plus été établie pour le monitoring ORTS, et aucun contrôle n'a pour l'instant été fait auprès des médecins généralistes, cliniques de la ville et de l'agglomération lausannoise ou du canton de Neuchâtel, qui pourraient comptabiliser des TS non prises en compte au sein des services d'urgences somatiques. Ainsi, la pondération du taux de SH en fonction des cas non-reportés n'est pas non plus envisageable pour l'instant. Muheim et al. (2013) avaient estimé à 10% les cas non-reportés après recontact des médecins et psychiatres de l'agglomération de Bâle-Ville sur une période de cinq mois (10).

A l'échelle européenne, en France métropolitaine, en 2012, le taux de personnes hospitalisées pour TS et âgées de 10 ans et plus s'élevait à 158/100'000 habitant (22), tandis qu'à Padoue, en Italie, le taux de TS selon la définition de l'OMS s'élevait à 94/100'000 habitants entre 2002 et 2006, soit le plus bas taux de SH évalué en Europe durant cette période (23). Les taux de SH pour 100'000 habitants à Lausanne et dans le canton de Neuchâtel sont légèrement plus bas qu'en Angleterre¹¹ en 2000-2001 (17) et en Irlande (18) en 2016 (206/100'000).

Pour donner une indication par rapport aux taux de suicide, ceux-ci diffèrent peu entre cantons romands. En 2014, le taux de suicide dans le canton de Vaud - dont Lausanne est la capitale – était de 12.9/100'000 habitants (n=92), tandis que dans le canton de Neuchâtel, il était de 13.2 (n=23) (3). En ville de Lausanne, le taux de suicide moyen pour la période 2012-2015 était de 12.2 suicides pour 100'000 habitants (41).

5.3 Informations sociodémographiques : mode de vie, situation socio-économique

Le tableau 2 (page suivante) présente les principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Les patientes et patients sont majoritairement célibataires par rapport aux autres catégories d'état civil, suivant aussi le fait que les premières catégories d'âges (15-34 ans) sont surreprésentées dans les échantillons par rapport à la population générale. La répartition des personnes ayant des enfants est quant à elle variable selon les sites.

Une partie notable de l'échantillon a des difficultés sociales et financières. Il est envisageable que ces caractéristiques soient davantage représentées au sein d'une population de personnes suicidantes (42). Concernant la nationalité, davantage de personnes non-suissees sont représentées sur les sites de Lausanne et de Genève adultes. Par rapport à la population générale (43, 44), la population d'origine étrangère est surreprésentée dans tous les sous-

¹¹ Oxford : hommes : 285/100'000, femmes : 342/100'000, Manchester hommes : 460/100'000, femmes : 587/100'000 et Leeds : hommes : 291/100'000 et femmes 374/100,000 en 2000-2001.

échantillons. Ces tendances rejoignent celles identifiées à Bâle et ainsi que par d'autres précédentes études (10, 45, 46). Les chiffres concernant la migration dans les dix dernières années vont dans ce sens.

5.4 Antécédents, intentionnalité suicidaire et gravité

La question des antécédents suicidaires, de l'intentionnalité suicidaire au moment de la TS et de sa gravité sont abordés ci-après et dans le tableau 3 (page suivante). Il y a un réel intérêt à analyser les antécédents de SH au vu de l'important facteur de risque qu'ils représentent pour d'éventuelles futures TS ou suicides (6, 9, 47). La majorité des individus a reporté des antécédents de TS au cours de l'entretien clinique, sur la plupart des sous-échantillons, rejoignant aussi d'autres résultats similaires (11). Le sous-échantillon du canton de Neuchâtel où 53.9% des personnes n'ont signalé aucun antécédent de TS fait exception. La proportion de personnes reportant plus de trois antécédents de TS représente, sur certains sites, jusqu'à un quart des patient·e·s. Les répétitions sont fréquentes : à Bâle, sur une période de quatre ans, 33.1% des hommes et 29.0% des femmes ne présentaient aucun antécédent de TS (10). A l'échelle européenne, les antécédents de TS étaient communs pour 42% des hommes et 45% des femmes sur les échantillons sélectionnés (21).

Tableau 2 – Informations socio-démographiques

Site	%(n)	Lausanne	Canton de Neuchâtel	Valais Central	Genève adultes	Genève enfants et adolescents
Etat civil						
célibataire		57.6% (228)	41.8% (76)	41.4% (36)	52.3% (67)	100% (16)
mariage ou partenariat enregistré		21.5% (85)	22.8% (36)	32.2% (28)	21.1% (27)	0.0% (0)
séparé, divorcé ou veuf-ve		20.9% (83)	35.4% (46)	26.4% (23)	26.6% (34)	0.0% (0)
Enfants						
oui		43.1% (169)	51.0% (80)	63.2% (55)	48.8% (62)	0.0% (0)
non		56.9% (223)	49.0% (77)	36.8% (32)	51.2% (65)	100% (16)
Situation socio-économique						
problématique		64.8% (219)	61.4% (86)	27.7% (23)	52.3% (58)	38.5% (5)
non-problématique		35.2% (119)	38.6% (54)	72.3% (60)	47.7% (53)	61.5% (8)
Nationalité						
suisse		46.8% (193)	58.9% (96)	63.2% (55)	43.8% (57)	75.0% (12)
autre		53.2% (219)	41.1% (67)	36.8% (32)	56.2% (73)	25.0% (4)
Migration (dans les 10 ans)						
oui		31.1% (105)	24.4% (30)	15.7% (13)	35.5% (38)	28.6% (4)
non		68.9% (233)	75.6% (93)	84.3% (70)	64.5% (69)	71.4% (10)

Tableau 3 – Antécédents, intentionnalité suicidaire et gravité de la TS

Site	%(n)	Lausanne	Canton de Neuchâtel	Valais Central	Genève adultes	Genève enfants et adolescents
Antécédents suicidaires personnels						
aucun		45.0% (166)	53.9% (76)	39.8% (33)	36.9% (45)	50.0% (8)
entre un et trois		33.6% (124)	31.9% (45)	33.7% (28)	35.2% (43)	37.5% (6)
plus de trois		21.4% (79)	14.2% (20)	26.5% (22)	27.9% (34)	12.5% (2)
Intention suicidaire						
claire		49.9% (201)	53.1% (86)	36.4% (32)	43.3% (55)	25.0% (4)
pas claire		27.5% (111)	17.9% (29)	33.0% (29)	32.3% (41)	50.0% (8)
pas d'intention suicidaire		22.6% (91)	29.0% (47)	30.7% (27)	24.4% (31)	25.0% (4)
TS grave						
oui		12.0% (48)	11.5% (18)	12.8% (11)	8.9% (11)	6.3% (1)
non		88.0% (353)	88.5% (138)	88.5% (138)	91.1% (112)	93.8% (15)

L'intentionnalité suicidaire est claire pour la moitié des personnes adultes. Elle n'est pas claire la plupart du temps parmi la population adolescente.

Environ 10% des TS ont été considérées comme « graves » dans une proportion relativement uniforme sur chacun des échantillons, selon trois conditions cumulatives : les circonstances du passage à l'acte indiquent une intention claire de mourir (ex. précautions prises pour ne pas être sauvé-e ou retrouvé-e, absence de message de détresse avant le passage à l'acte, lieu peu accessible aux secours), la méthode utilisée est hautement létale (ex. arme à feu, précipitation, pendaison, etc.) et l'atteinte somatique conduit à une prise en charge médicale soutenue (ex. soins intensifs, hospitalisation de plus de 24h).

5.5 Circonstances et méthodes

Les aspects circonstanciels, comme la méthode utilisée, le lieu ainsi que la consommation éventuelle de substance au moment de l'épisode sont développés dans cette partie et dans le tableau 4. La méthode la plus utilisée était, sur chaque site, l'intoxication médicamenteuse, correspondant aux connaissances actuelles (10, 11, 18, 48). Sur le site de la pédopsychiatrie genevoise, l'utilisation d'un objet tranchant présente des pourcentages équivalents à ceux de l'intoxication médicamenteuse. L'utilisation d'un objet tranchant arrive en deuxième position sur les autres sites. La pendaison, l'asphyxie et la strangulation ainsi que le saut dans le vide sont les troisième et quatrième méthodes les plus représentées. Les pourcentages de Lausanne pour l'utilisation de ces deux méthodes rejoignent les chiffres du registre national d'Irlande (18).

Tableau 4 – Méthode de la TS

Site	%(n)	Lausanne	Canton de Neuchâtel	Valais Central	Genève adultes	Genève enfants et adolescents
Méthode de la TS						
intoxication médicamenteuse		51.1% (212)	57.7% (94)	70.5% (62)	66.2% (86)	43.8% (7)
intoxication par autre substance		5.3% (22)	5.5% (9)	4.5% (4)	1.5% (2)	0.0% (0)
objet tranchant		14.5% (60)	14.1% (23)	8.0% (7)	12.3% (16)	43.8% (7)
pendaison, asphyxie, strangulation		8.0% (33)	4.9% (8)	2.3% (2)	3.8% (5)	0.0% (0)
impact véhiculaire		4.3% (18)	3.7% (6)	1.1% (1)	0.8% (1)	0.0% (0)
saut dans le vide		10.6% (44)	3.1% (5)	3.4% (3)	4.6% (6)	6.3% (1)
brûlure, immolation		1.0% (4)	2.5% (4)	0.0% (0)	0.8% (1)	0.0% (0)
coups dans les murs		1.0% (4)	1.8% (3)	1.1% (1)	0.8% (1)	0.0% (0)
ingestion d'un corps étranger		0.0% (0)	0.6% (1)	2.3% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)
noyade		0.7% (3)	0.0% (0)	1.1% (1)	3.8% (5)	0.0% (0)
arme à feu		0.2% (1)	1.2% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
méthodes multiples		3.1% (13)	4.9% (8)	5.7% (5)	3.1% (4)	6.3% (1)
autre		0.2% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)	2.3% (3)	0.0% (0)

Concernant les lieux des épisodes, le domicile était le lieu le plus privilégié sur chacun des sites. Un certain nombre d'épisodes ont eu lieu dans des établissements socio-médicaux ou en prison, ainsi que dans l'espace public, suivant ainsi l'utilisation de certaines méthodes, comme le saut dans le vide ou l'impact véhiculaire. Une proportion plus nette – à prendre avec les précautions nécessaires au vu de la faible taille de l'échantillon – de jeunes a eu tendance à passer par des épisodes de SH sur le lieu de scolarisation que d'adultes sur le lieu de travail. Les épisodes de SH étaient dans certains cas concomitants avec la consommation de substances, en grande majorité de l'alcool (10, 17).

Tableau 5 – Circonstances de la TS

Site	%(n)	Lausanne	Canton de Neuchâtel	Valais Central	Genève adultes	Genève enfants et adolescents
Lieu de la TS						
domicile		63.6% (260)	78.9% (127)	83.0% (73)	70.8% (92)	56.3% (9)
établissement scolaire, lieu de travail		1.2% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	25.0% (4)
établissement socio-médical, prison		13.9% (57)	8.7% (14)	2.3% (2)	6.2% (8)	6.3% (1)
espace public		14.4% (59)	4.3% (7)	10.2% (9)	13.8% (18)	12.5% (2)
lieu isolé		2.2% (9)	3.1% (5)	1.1% (1)	1.5% (2)	0.0% (0)
autre		4.6% (19)	5.0% (8)	3.4% (3)	6.2% (8)	0.0% (0)
Intoxication au moment de la TS						
pas d'intoxication		55.6% (215)	63.0% (92)	52.3% (45)	57.5% (69)	100% (16)
alcool		35.1% (136)	29.5% (43)	39.5% (34)	30.8% (37)	0.0% (0)
cannabis		2.1% (8)	2.7% (4)	3.5% (3)	4.2% (5)	0.0% (0)

5.6 Prise en charge après la TS

Sur la globalité de l'échantillon, après la consultation aux urgences, 30.4% des patientes et patients étaient pris en charge par le réseau ambulatoire de psychiatrie publique, 16.8% étaient suivis par un-e psychiatre ou psychologue en privé et 46.2% des patientes et patients étaient hospitalisés, dont 11.6% de manière non volontaire (PLAFA, placement à des fins d'assistance). L'hospitalisation pour des soins somatiques concernait 4.6% des patient-e-s. Ces données représentent ce qui est prévu au moment du passage aux urgences, aucune donnée n'étant disponible sur le pourcentage de personnes se présentant effectivement aux rendez-vous. Le suivi dans le privé concerne majoritairement des personnes déjà suivies par des psychologues ou psychiatres, qui seront revues dans ce contexte. Une minorité de personnes prend rendez-vous avec un thérapeute privé lors du passage aux urgences.

6. FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Ce chapitre est l'occasion de faire un bilan de la première année écoulée et offre une réflexion globale sur le dispositif ORTS et sa mise en œuvre.

6.1 Implantation du dispositif

L'une des premières limitations du monitoring réside dans le fait que seulement les cas de SH parvenus aux urgences somatiques ont été étudiés, alors qu'il a été montré qu'un nombre important de situations de SH ne parviennent pas jusqu'aux urgences somatiques et que beaucoup de cas restent invisibles (49, 50).

Le processus de collecte des données a été adapté à chaque site en fonction des moyens à disposition, de l'organisation existante au sein des équipes et de la géographie des lieux, ce qui peut engendrer des disparités. Par exemple, à l'Hôpital du Valais, les équipes sont très mobiles entre les sites hospitaliers, les médecins psychiatres se déplaçant en fonction de la demande. Un système de rappel et de transport des formulaires a ainsi été instauré via les enveloppes de courrier interne. Le processus de collecte n'est pas toujours uniforme et peut potentiellement induire des biais de sélection, en fonction des habitudes qui sont prises sur places, de l'inclusion et de la supervision des équipes.

Remplir le formulaire est une tâche supplémentaire qui s'ajoute à la routine quotidienne. Il a de ce fait été très important de motiver les équipes et de les impliquer dans le projet. Informer sur la thématique du suicide et les enjeux de santé publique y relatifs, informer sur le projet et communiquer sur les résultats a représenté une importante partie du travail. Etant donné la dimension potentiellement chronophage de la tâche et sachant qu'il n'était que rarement possible de l'exécuter en priorité, il était aussi important de laisser aux collecteurs et collectrices l'espace pour la remplir quand le temps le leur permettait au cours de la journée. Pour gagner en fiabilité, la collecte a été intégrée à la routine quotidienne des urgences, comme point systématiquement abordé durant les colloques. Un marqueur visuel spécifique a par exemple été créé sur le tableau de bord de la salle de réunion du site de Lausanne. Les cheffes et chefs de clinique ont été spécialement sollicités pour les vérifications.

6.2 Méthodologie

Bien qu'une définition commune du self-harm ait été établie, que les formations et la marche à suivre pour l'implémentation du dispositif aient été unifiées suivant les recommandations de l'OMS (12) et des monitorings existants (15, 17, 18), il se peut que les représentations du self-harm et de ce fait le niveau d'inclusion aient varié selon les sites ainsi qu'au fil du temps. Il se peut également que certaines situations de self-harm n'aient pas été signalées par les urgences somatiques ou qu'elles aient échappé par la suite au recensement de l'ORTS.

La fiabilité du formulaire n'a pour l'instant pas été validée par une évaluation. Certains items présentent un pourcentage élevé de données manquantes. Le monitoring n'est pas non plus à l'abri d'un phénomène de « fading out », à savoir un phénomène d'essoufflement, tel que cela a déjà pu être expérimenté (21). Il est d'autant plus nécessaire d'insister sur la collecte auprès des équipes pour renforcer l'exhaustivité et la qualité de la recherche, au vu du grand nombre de collaboratrices et collaborateurs impliqués.

7. PERSPECTIVES

Le monitoring ORTS a été établi sur quatre cantons de Suisse romande. Il pourrait encore se développer avec l'inclusion d'autres sites, permettant, sur le même principe, d'effectuer un suivi géographique et d'étudier les variations dans le temps, à l'instar des modèles anglais (51) et irlandais (18). A terme, l'idéal serait de développer des registres nationaux des tentatives de suicide, au même titre que les statistiques sur les suicides. Pour le moment, il est difficile de ce faire en dehors des services d'urgences des hôpitaux (12).

Avec l'augmentation de la puissance statistique au fil du temps et l'accroissement de la masse critique des données collectées, des analyses plus fines pourront être conduites, permettant de cibler des thématiques spécifiques comme les épisodes multiples et les répétitions (6, 52, 53) ou l'étude du self-harm intentionnel lié à certaines pathologies spécifiques (54). Il sera également possible de s'intéresser à des populations plus ciblées comme des classes d'âge plus âgées (50). Chaque site devrait également être à même de conduire ses propres travaux en collaboration avec l'équipe de recherche.

L'ORTS devrait permettre à terme, d'identifier des groupes à risque ainsi que des facteurs protecteur, précipitants ou prédisposant à la TS et donc d'ouvrir la voie à l'élaboration de stratégies de prévention.

En termes de développements futurs, des collaborations seront mises en place avec des acteurs et actrices externes, afin de développer certaines connaissances et thématiques spécifiques. Le lien entre profession et tentative de suicide, sera bientôt examiné en collaboration avec l'Institut universitaire romand de Santé au Travail (IST). Sur une recommandation de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), le formulaire de collecte des données sera amélioré en vue de récolter des informations plus précises sur les substances utilisées pour les intoxications médicamenteuses.

8. CONCLUSION

Les premières données ORTS s'alignent sur celles de la littérature existante et des recherches menées en Suisse (10, 11). Une première estimation du taux de self-harm pour 100'000 habitants a été fournie pour l'agglomération lausannoise et le canton de Neuchâtel, s'inscrivant dans la moyenne européenne et les chiffres suisses.

Globalement, les épisodes de self-harm semblent davantage toucher des groupes d'âge les plus jeunes et une majorité de femmes est représentée dans l'échantillon. Les épisodes ont majoritairement lieu au domicile des patientes et patients, par intoxication médicamenteuse.

Des analyses plus approfondies par sites seront menées à l'avenir, ouvrant une réflexion clinique globale sur la problématique du suicide à l'échelle romande.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Preventing Suicide: A global imperative. Geneva. 2014.
2. Office fédéral de la statistique. Causes spécifiques de décès. Neuchâtel. 2017.
3. Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN). Taux de suicide et taux de suicide assisté. 2014. Disponible à l'adresse: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>.
4. Office fédéral de la santé publique. Plan d'action national "La prévention du suicide en Suisse". OFSP; 2016.
5. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva. 2013.
6. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2002;181:193-9.
7. Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(2):117-21.
8. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(3):562-3.
9. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41(3):257-65.
10. Muheim F, Eichhorn M, Berger P, Czernin S, Stoppe G, Keck M, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*. 2013;143.
11. Steffen T, Maillart A, Michel K, Reisch T. Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2011.
12. World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva. 2016.
13. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva. 2014.
14. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016;5:CD012189.
15. Hawton K, Casey, D., Bale, E., Ryall, J., Brand, F., Geulayov, G. Self-harm in Oxford. Oxford: Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Emergency Department Psychiatric Service (Barnes Unit), John Radcliffe Hospital; 2014.
16. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring Deliberate Self-Harm Presentations to General Hospitals. *Crisis*. 2006;27(4):157-63.
17. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(7):513-21.
18. Griffin E, Dillion CB, Arensman E, Corcoran P, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland: Annual Report 2016. 2016.
19. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PLoS one*. 2012;7(2):e31663.
20. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A. Suicidal Behaviour in Europe: Results from the Who/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour: Hogrefe Publishing; 2004.
21. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepef P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trend.S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(5):327-38.
22. Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2017;65(5):349-59.
23. Kølves K, Vecchiato T, Pivetti M, Barbero G, Cimitan A, Tosato F, et al. Non-fatal suicidal behaviour in Padua, Italy, in two different periods: 1992–1996 and 2002–2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;46(9):805-11.

24. Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a Deliberate Self-harm Register in a state hospital in southern India. *British Journal of Medical Practitioners*. 2015;8(1).
25. Trinidad C, Andrés H, Ellinor Salander R, Gunnar K. Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32(5):349-55.
26. Office fédéral de la Santé publique. Santé psychique, Suicide et tentative de suicide. OFSP; 2013.
27. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine*. 1995;25(05):963-70.
28. Da Cruz D, Pearson A, Saini P, Miles C, While D, Swinson N, et al. Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. *Emergency Medicine Journal*. 2011;28(6):467-71.
29. Brovelli S, Dorogi Y, Feiner A-S, Golay P, Stiefel F, Bonsack C, et al. Multicomponent Intervention for Patients Admitted to an Emergency Unit for Suicide Attempt: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8(188).
30. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: Association AP, editor. 5th ed. Washington, DC2013.
31. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2012;53(12):1212-9.
32. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013;202(5):326-8.
33. World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva. 2016.
34. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1992;85(2):97-104.
35. De Leo D BS, Bertolote J, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behaviour In: De Leo D B-BU, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. *Suicidal behaviour: theories and research findings*. 17-39: Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004.
36. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, Leo DD, Fekete S, et al. Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(4):380-93.
37. Muheim FE, Martin; Berger, Pascal; Czernin, Stephanie; Stoppe, Gabriela; Keck, Merle; Riecher-Rössler, Anita. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*. 2013;143.
38. Statistique Vaud. Population résidante des communes, Etat de Vaud, 1950-1980-2016 2016 Disponible à l'adresse : <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DocID=5376&DomId=33>.
39. Département de la santé et de l'action sociale. Directive du 25 septembre 2012 concernant le découpage géographique des réseaux de soins. Canton de Vaud; 2012.
40. Canton de Neuchâtel. Population résidante, par groupe d'âges, canton de Neuchâtel. Service de statistique, recensement cantonal de la population; 2016.
41. Office fédéral de la statistique. City Statistics: Taux de suicide période 2011-2014. 2016.
42. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine*. 2001;31(5):827-36.
43. Statistique Vaud. Ville de Lausanne - portrait en chiffres. Lausanne: Département des finances et des relations extérieures; 2015.
44. Office fédéral de la statistique. Population résidante permanente et non permanente selon le canton, l'autorisation de résidence, la nationalité, le sexe et l'âge. 2016.
45. Brückner B, Muheim F, Berger P, Riecher-Rössler A. Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt: Resultate der WHO/EURO-Multizenterstudie. *Nervenheilkunde*. 2011;2011(7):517-22.

46. Lipsicas CB, Mäkinen IH, Apter A, De Leo D, Kerkhof A, Lönnqvist J, et al. Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(2):241-51.
47. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(1-2):95-100.
48. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003;182:537-42.
49. Arensman E, Corcoran P, McMahon E. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):100-1.
50. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):167-74.
51. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of affective disorders*. 2015;175:147-51.
52. Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: prevention of repetition. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2011;56(10):621-9.
53. Menon V, Kattimani S, Sarkar S, Mathan K. How do repeat suicide attempters differ from first timers? An exploratory record based analysis. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2016;7(1):91-6.
54. Sher L, Grunebaum MF, Burke AK, Chaudhury S, Mann JJ, Oquendo MA. Depressed Multiple-Suicide-Attempters - A High-Risk Phenotype. *Crisis*. 2017;38(6):367-75.