

GEPS

Livre des résumés

● 55^e ● JOURNÉES DU GEPS

LE SUICIDE
EN QUESTIONS

MAISON DE LA CHIMIE, PARIS
25/27 SEPTEMBRE 2025

WWW.GEPSCONGRES.COM

Introduction

Le Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide (GEPS) est la société savante française de suicidologie. Elle a été fondée en 1969 ce qui en fait une des plus anciennes sociétés savantes de suicidologie au monde.

Elle a pour objectif de promouvoir la recherche sur les comportements suicidaires, favoriser la transmission des connaissances et soutenir l'organisation de la prévention du suicide. Le GEPS contribue activement à la stratégie nationale de prévention du suicide portée par le ministère de la Santé.

Le GEPS organise annuellement une conférence qui réunit l'ensemble des soignants, chercheurs, enseignants, bénévoles d'association et pair-aidants francophones en suicidologie. C'est un moment unique et très attendu des personnes impliquées dans la prévention du suicide.

Ces journées 2025 se sont tenues à Paris et ont réuni des orateurs français et étrangers de renom dans un cadre prestigieux, celui de la Maison de la Chimie.

Le programme a couvert des thèmes variés et souvent nouveaux allant des psychédéliques à la souffrance qui fait mourir, de l'intelligence artificielle au débat sur l'aide à mourir, de la santé publique aux médias, des stratégies nationales à l'hôpital psychiatrique et ses fantômes.

Et comme chaque année, la conférence a été précédée d'un large choix d'ateliers de formation de qualité, incluant de nouveaux ateliers.

Le comité local d'organisation a souhaité offrir aux participants et aux intervenants un moment de rencontre et d'échange, vivant, dynamique, stimulant, excitant, à l'image de la ville qui l'accueille.

Enfin, merci à l'UNPS d'avoir organisé et financé une magnifique soirée « Dansons pour la santé mentale ».

Comité local d'organisation

Pr Fabrice JOLLANT, professeur de psychiatrie, chercheur en suicidologie, Université Paris-Saclay et Hôpital Paul-Brousse, APHP, Villejuif (Président)

Dr Cécile OMNES, psychiatre, chef de pôle, Plaisir (Présidente)

Dr Christophe BOUCHE, gérontopsychiatre, formateur national Ile-de-France

Dr Ahmed BOUHLAL, psychiatre, EPS Barthélémy Durand, Étampes

Dr Lise FLEVAUD, psychiatre, CH Sainte-Anne, Paris

Dr Matthieu GASNIER, psychiatre, Hôpital Bicêtre, APHP, le Kremlin-Bicêtre

M. Vincent LAPIERRE, psychologue, Centre de Prévention du Suicide, Paris

Mme Manon LELOUP, doctorante en sociologie, Inserm, Paris

Mme Margot MORGIEVE, docteur en sociologie, Inserm, Paris

M. Jérémie VANDEVOORDE, docteur en psychologie, Nouvel Hôpital de Navarre, Evreux

Dr Lioba YON, psychiatre, CH Sainte-Anne, Paris

Avec l'aide de l'Association Nationale pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (ANQSP) :

Mme Solène BESNARD & M. Éric DUCOS

Nos soutiens

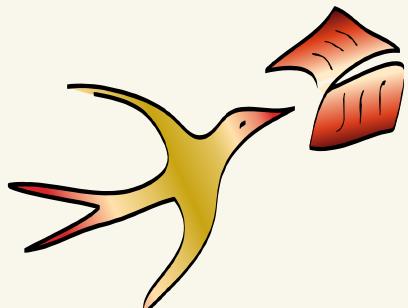


FACULTÉ DE
MÉDECINE



Et merci à la librairie l'Hirondelle !

Librairie l'Hirondelle



Synthèse des Journées du GEPS 2025

(Synthèse réalisée par ChatGPT à partir du livre des résumés, validée par F. Jollant)

1. Renforcer les stratégies nationales de prévention

1.1. Prioriser les approches de santé publique

Les interventions de santé publique pourraient avoir un impact supérieur aux interventions uniquement cliniques même si les deux font partie intégrante d'une politique globale de prévention du suicide. Mesures prioritaires :

- **Réduire l'accès aux moyens létaux**

- sécurisation des lieux (ponts, bâtiments hospitaliers, zones ferroviaires),
 - retrait ou limitation des substances létales (ex. pesticides, médicaments à forte toxicité)

- **Renforcer les dispositifs nationaux :**

- plateformes d'écoute (3114),
 - dispositifs de postvention,
 - dispositifs de prévention des réitérations suicidaires par rappel (VigilanS, preuves scientifiques),
 - prévention des clusters (rares) (3 types : spatiaux : hotspots ; temporo-spatiaux : prisons, hôpitaux, écoles, etc. ; temporels : effet Werther ; éviter le terme stigmatisant de « contagion »),
 - campagnes d'information territorialisées.

- **Améliorer les pratiques médiatiques**

- éviter le sensationnalisme (risque d'effet Werther, indiquer les numéros d'aide),
 - privilégier les récits focalisés sur la résolution et l'espoir (Papageno, les Ulysses).

1.2. Comprendre et suivre les effets des stratégies nationales

- L'efficacité d'une stratégie dépend **de sa mise en œuvre réelle**, pas seulement de son existence.
- Aucun élément isolé n'explique les résultats : c'est **la combinaison et l'intensité** des actions qui produisent l'effet.
- Les **évaluations** doivent inclure :
 - Les suicides et les comportements suicidaires non létaux mais aussi
 - l'évolution des attitudes et de la stigmatisation et
 - l'accès aux soins et aux moyens de prévention.

2. Améliorer la prise en charge clinique individuelle

2.1. Interventions psychosociales et psychothérapies

Les méta-analyses montrent une efficacité en termes de réduction de la réitération suicidaire pour :

- **Thérapie cognitivo-comportementale spécifique de prévention du suicide,**
- **Thérapie comportementale dialectique** pour adultes et adolescents.
- **Thérapies brèves structurées.**

Recommandation : privilégier des interventions standardisées, intégrées dans une continuité de soins, et éviter les approches non validées ou insuffisamment évaluées. Plus de recherche nécessaire.

2.2. Pharmacothérapie : indications et limites

- **Lithium** : l'une des rares molécules ayant un effet démontré sur la réduction du suicide chez les patients souffrant de trouble bipolaire ou de trouble dépressif récurrent ; son sous-usage est problématique.
- **Clozapine** : effet protecteur démontré sur la réduction du suicide dans la schizophrénie ; son sous-usage est problématique.
- **Kétamine IV** :
 - efficacité rapide sur les idées suicidaires aiguës (étude KETIS),
 - tolérance favorable en milieu contrôlé,
 - doit être intégrée dans une stratégie multimodale de crise.
- **Psychédéliques (psilocybine)** :
 - données prometteuses pour la dépression résistante,
 - aucune preuve actuelle d'effet direct anti-suicidaire,
 - risques potentiels en contexte non contrôlé.

2.3. Gestion du risque individuel : appliquer une approche universelle

Il est **impossible de prédire individuellement** qui va se suicider. Par conséquent :

- Mettre en place **des mesures de sécurité pour tous les patients suicidaires**, pas seulement les « plus sévères ».
- De manière générale, recourir systématiquement à :
 - une **formulation dynamique de la crise suicidaire ou du potentiel de crise** (facteurs fluctuants, histoire, ressources, événements récents, vécu émotionnel, etc.),
 - un **plan de sécurité personnalisé**,
 - une **surveillance adaptée**
 - un **suivi rapproché durant la crise suicidaire**, période à risque maximal.

3. Renforcer la prévention du suicide dans les structures hospitalières

3.1. Constats sur les risques hospitaliers

- L'hôpital psychiatrique est un **lieu à taux de suicide élevé**, en particulier :
 - pendant l'hospitalisation (notamment la première semaine),
 - dans la période post-hospitalisation immédiate.
- Des dérives fréquentes sont observées :
 - isolement et contention inappropriés,
 - confusion entre soin et contrainte,
 - faiblesse des effectifs,
 - insuffisante qualité relationnelle,
 - vécu traumatique (stigmatisation, peur, perte d'autonomie, etc.).

3.2. Recommandations structurelles

Les 10 recommandations du GEPS (à paraître en 2026) s'articulent notamment autour des axes suivants :

- Élaborer un **plan institutionnel de prévention & postvention**, incluant de multiples acteurs dont la direction générale, la direction des travaux, les équipes médicales et paramédicales...
 - Avoir une culture commune et collective de prévention du suicide.
 - Faire tomber les idées reçues.
- **Sécuriser tout l'environnement physique des patients (pas seulement quelques chambres)** :
 - points d'ancrage, fenêtres, salles de bain, matériels, unités sensibles, etc.
 - audit systématique (avec l'outil de la DGOS, inspiré des VA américains, disponible début 2026).
- Développer un **plan de formation** :
 - repérage de la crise suicidaire,
 - gestion de crise,
 - savoir-être relationnel.
- Améliorer les **transmissions et la traçabilité des informations, et les échanges** :
 - entre équipes de soins,
 - avec l'entourage
- Assurer :
 - une **surveillance individualisée**
 - un **plan de sécurité**
 - un **suivi systématique post**

3.3. Ce qui ne fonctionne pas

- Hospitalisation systématique comme réponse réflexe : **aucun effet préventif démontré**, sauf dans les cas très récents de tentative de suicide (mais pas d'idées suicidaires) dans une étude.

- Services fermés : **pas plus efficaces** que les services ouverts, peut-être plus de fugues et de TS.
- Contrats “no suicide” et observation constate : **inefficaces et potentiellement dangereux**.

4. Discussions complémentaires : sexualité, souffrance, droit et éthique

4.1. Intégrer une discussion sur la sexualité dans la pratique clinique

Le travail présenté sur le masochisme érogène montre :

- un lien possible entre BDSM, honte, traumatisme et idées suicidaires chez certains (même si de nombreux pratiquants sont en bonne santé mentale),
- l'importance d'une approche clinique **non-jugeante**,
- la nécessité d'explorer :
 - les fonctions subjectives, incluant auto-thérapeutiques, de la douleur,
 - les dynamiques relationnelles,
 - les risques éventuels.

Recommandation clinique : Demander explicitement (sans tabou) vie sexuelle, pratiques alternatives, vécu corporel, rapport au contrôle, à l'autre, afin d'évaluer risques et souffrance. Ne pas juger.

4.2. Aide médicale à mourir : impacts sur la prévention

Le futur cadre légal pourrait **modifier la perception sociétale du suicide et créer des conditions de pression sociale sur les plus fragiles**.

- Risques identifiés :
 - réduction implicite des messages de prévention,
 - confusion entre “éliminer la souffrance” et “éliminer le souffrant”,
 - impact sur les professionnels (fatigue compassionnelle, risques traumatiques).

Recommandation : Si la loi sur la fin de vie active est votée, toute demande de mort provoquée médicalement devra faire l'objet d'une évaluation complète et pluridimensionnelle, incluant souffrance psychique, accès aux soins, isolement, troubles psychiatriques, déterminants sociaux. Il s'agira aussi d'étudier l'impact sur la prévention du suicide, et la santé mentale des professionnels les plus exposés à des demandes de fin de vie.

5. Renforcer l'intégration en santé publique et le travail intersectoriel

5.1. Penser le suicide au-delà du champ médical

Le suicide relève simultanément de la psychiatrie, de la santé mentale et des déterminants sociaux.

Recommendations : Articuler les interventions cliniques avec :

- politiques éducatives,
- travail social,
- prévention des violences,
- politiques de logement,
- régulation des écrans et environnement numérique.

5.2. Valoriser les outils territoriaux

- Développer les **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)** comme plateforme d'action collective locale.
- Soutenir les **initiatives locales** en articulation avec une vision nationale cohérente.
- Investir dans la **capacité d'évaluation** des actions locales.
- Avoir une approche citoyenne, s'appuyer sur les associations.

Recommandations transversales clés

Pour la pratique clinique quotidienne

- Recourir à des psychothérapies brèves **validées** (TCC-PS, TCD).
- Privilégier certains traitements pharmacologiques (lithium, clozapine, kétamine).
- Utiliser un **plan de sécurité**.
- Réduire l'usage des pratiques coercitives.
- Assurer un **suivi rapproché**, bienveillant et disponible.
- Évaluer explicitement sexualité, traumatismes, substances, douleur psychique.
- Impliquer **l'entourage**.

Pour les structures de soins

- Mettre en place un **plan institutionnel de prévention et postvention**.
- Réaliser un **audit structurel** de l'environnement physique des patients.
- **Former** les équipes.
- Organiser les **transitions critiques** (sortie, permissions, hospitalisation courte).

Pour les politiques publiques

- Appliquer des **mesures de santé publique fortes** (restriction des moyens).
- Penser aux **déterminants sociaux du suicide**, pas seulement sanitaires.
- Améliorer la **couverture médiatique** (information, prévention de l'effet Werther)
- **Consolider les dispositifs nationaux** : 3114, VigilanS, postvention, hotspots.
- **Territorialiser** les actions via CLSM, ARS, collectivités.



55^e JOURNÉES DU GEPS

PROGRAMME CONGRÈS 25 - 26 SEPTEMBRE 2025

JEUDI 25 SEPTEMBRE

8H30	OUVERTURE DES 55^e JOURNÉES	P. 12
	Pr Catherine MASSOUBRE , présidente du GEPS Mme Sophie MARTINON , directrice générale adjointe Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France Mme Sarah SAUNERON , Direction Générale de Santé (DGS)	
9H00 - 10H00	CONFÉRENCE INAUGURALE	P. 19
	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'ai-je appris du suicide en 50 ans de recherche ? Pr Keith HAWTON (Oxford, Grande-Bretagne) (En anglais avec traduction simultanée) <i>Modérateur : Pr Fabrice JOLLANT (Paris)</i>	
10H30 - 12H30	SESSIONS INTERNATIONALES	P. 22
	<ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies nationales de prévention du suicide fonctionnent-elles ? • La contagion suicidaire existe-t-elle ? • Quelles interventions psychosociales sont efficaces dans la prévention du suicide ? Pr Ella ARENSMAN (Cork, Irlande) Pr Thomas NIEDERKROTENTHALER (Vienne, Autriche) Pr Erkki ISOMETSA (Helsinki, Finlande) <i>Modérateur : Dr Edouard LEAUNE (Lyon)</i>	
13H30 - 15H30	SESSION THÉMATIQUE : L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE AU XXIE SIÈCLE	P. 25
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la situation de l'hôpital psychiatrique en France ? • Faut-il hospitaliser les patients suicidaires ? • Comment prévenir le suicide à l'hôpital psychiatrique ? • Revue de littérature : Dr Anne CHASSANG (Paris) <ul style="list-style-type: none"> • Les recommandations du GEPS : Dr Cécile OMNES (Plaisir) <ul style="list-style-type: none"> • Un outil d'audit des établissements de soins: Mme Caroline BIZET (DGOS) <i>Modérateur : Pr Michel WALTER (Brest)</i>	
16H00 - 17H30	SESSION THÉMATIQUE : LES PSYCHÉDÉLIQUES DANS LA CRISE SUICIDAIRE	P. 28
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle place pour la kétamine chez les patients suicidaires ? • Quelles preuves scientifiques pour la psilocybine dans le traitement des maladies mentales et de la crise suicidaire ? Dr Lucie BERKOVITCH (Paris) <i>Modérateur : Dr Mathieu GASNIER (Paris)</i>	



55^e JOURNÉES DU GEPS

PROGRAMME CONGRÈS 25 - 26 SEPTEMBRE 2025

VENDREDI 26 SEPTEMBRE

TABLE RONDE

8H30
-
9H30

P. 30

- Aide médicale à mourir et prévention du suicide : des télescopages évitables ?

Dr Claude BEATA (Vétérinaire, Zoopsy, Toulon), Dr Françoise CHASTANG (Caen)

Modératrices : Pr Dolores Angela CASTELLI DRANSART (HES-SO / HETS - FR, Fribourg, Suisse),
Dr Cécile OMNES (Plaisir)

9H30
-
10H30

P. 31

CONFÉRENCE PRESTIGE

- Aide médicale à mourir et prévention du suicide : des télescopages évitables ?

Dr Claude BEATA (Vétérinaire, Zoopsy, Toulon), Dr Françoise CHASTANG (Caen)

Modérateur : Pr Guillaume VAIVA (Lille)

ENTRETIEN

11H00
-
12H00

P. 32

- Jouir d'avoir mal ?

Mme Olivia BENHAMOU (sexothérapeute, Paris)

Modérateur : Pr Fabrice JOLLANT (Paris)

LES MOMENTS FORTS DE L'ANNÉE EN SUICIDOLOGIE EN

12H00
-
13H00

P. 34

FRANCE ET DANS LE MONDE

Modérateurs : M. Jérémie VANDEVOORDE (Paris) - Dr Erick GOKALSING (La Réunion)

TABLE RONDE

14H00
-
15H00

P. 35

- Comment l'Intelligence Artificielle transforme-t-elle nos pratiques en suicidologie ?

Mme Sabine ALLOUCHERY (MentalTech) - Pr Louis JEHEL (Amiens) - Dr Stéphane MOUCHABAC (Paris)

Modérateur : Dr Liova YON (Paris)

TABLE RONDE

15H00
-
16H00

P. 36

- Quel est le point de vue des media sur la prévention du suicide ?

Mme Margherita NASI (Le Monde), Mme Diana RAPUCH (17 juin media), M. Mickael WORMS EHRMINGER (Les Maux bleus)

Modérateur : Dr Liova YON (Paris)

LE MOMENT DE LA PRÉSIDENTE : PR CATHERINE MASSOUBRE (SAINT-ÉTIENNE)

16H00
-
16H30

P. 37

- Dr Victoire PERRARD, Lauréate de la bourse 2024 de Master 2 du GEPS.

• Hommage au Pr Michel DEBOUT

LE MASH-UP DU JGEPS

16H30
-
17H30

P. 39

- Image-moi si tu peux ?

Modérateur : Dr Liova YON (Paris)

55^e JOURNÉES DU GEPS

PROGRAMME DU SAMEDI 27 SEPTEMBRE 2025

COMMUNICATIONS LIBRES EN VISIOCONFÉRENCE

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

9H 00	RÉDUIRE DE 50% LES TENTATIVES DE SUICIDE ET LES IDÉES SUICIDAIRES GRAVES CHEZ LES ADOLESCENTS GRÂCE À UNE INTERVENTION EN MILIEU SCOLAIRE ? OÙ EN EST-ON ? M. Georges de BUNDEL (Bruxelles)	P. 42
9H 15	MOBILISER LE GENRE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENT·ES ET JEUNES ADULTES Lea LOUBET (Paris)	P. 42
9H 30	ADAPTATION DU PLAN DE SÉCURITÉ À LA POPULATION ADOLESCENTE : UNE PROPOSITION ISSUE DE L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE L'ÉQUIPE DE LIAISON DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL Thomas HUPPERT (Argenteuil)	P. 43
9H 45	EXPÉRIENCE VÉCUE D'INFIRMIER(E)S DE L'IMPLÉMENTATION DU PLAN DE SÉCURITÉ AU SEIN D'UN SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT : UNE RECHERCHE QUALITATIVE. Vincent BOUILLAULT (Pontoise)	P. 44
10H 00	OPPORTUNITÉS ET OBSTACLES À L'IMPLÉMENTATION DU DISPOSITIF SENTINELLE ÉTUDIANTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN ÎLE-DE-FRANCE : RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE ET PARTICIPATIVE Laetitia DOUDET	P. 44
10H 15	LA DEMANDE D'AIDE POUR DES IDÉES SUICIDAIRES CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY Isis CANT-DIOT (Paris)	P. 45
10H 30	UTILISATION DES SERVICES ET ADÉQUATION DES TRAITEMENTS CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LES INTERNES SOUFFRANT DE DÉPRESSION EN FRANCE : UNE ÉTUDE NATIONALE Laure VERGERON (Paris)	P. 45
10H 45	LIGNE ADOS : OÙ QUE TU SOIS, ON ENTEND TON APPEL Morgane CONTESSOTTO (Genève)	P. 46
11H 00	LES ULYSSES® : UNE CLINIQUE DU RÉCIT FACE AU SUICIDE Emilie SAUVAGET (La Rochelle)	P. 47
11H 15	DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE AU SUICIDE MATERNEL Virginie JACOB-ALBY (Angers)	P. 47
11H 30	AIDE PSYCHOLOGIQUE AUX ENTREPRENEURS EN SOUFFRANCE AIGUÈ (APESA) Jean-Luc DOUILLARD (Saintes)	P. 48
11H 45	ÉTAT DES LIEUX DU DEUIL ET DE SON ACCOMPAGNEMENT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ Fanny LARUE (Paris)	P. 48
12H 15	PHÉNOTYPAGE DU SUICIDE : UN NOUVEL HORIZON POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT Louis JEHEL (Amiens)	P. 49
12H 30	LA RECHERCHE EN ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRÉVENTION DU SUICIDE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE ET EN MARTINIQUE Stéphane AMADEO (Fort-de-France)	P. 49
12H 45	QUE DIT LA PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE DU SUICIDE ASSISTÉ Faroudja HOCINI (Paris)	P. 50

JEUDI 25 SEPTEMBRE

8H30

OUVERTURE DES 55^E JOURNÉES

Pr Catherine MASSOUBRE, présidente du GEPS

Mme Sophie MARTINON, directrice générale adjointe, Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France

Mme Sarah SAUNERON, directrice générale adjointe, Direction Générale de Santé (DGS)

Pr Catherine MASSOUBRE

Présidente de l'UNPS

Madame la directrice adjointe de la DGS,
Madame la directrice de l'ARS île de France,
Mesdames et Messieurs en vos grades et qualités,
Chers collègues, chers amis,
Welcome to my international colleagues,

Tout d'abord un grand merci aux organisateurs de ces 55eme journées du GEPS. Merci aussi à la DGS qui nous soutient depuis des années et merci aux sponsors sans qui ces journées ne pourraient pas se tenir.

La santé mentale a été déclarée grande cause nationale en 2025 et la prévention du suicide en est un axe important. Le GEPS est une société savante, la société savante de suicidologie française. Elle fédère les expertises ; elle informe ; elle conseille ; elle soutient la recherche et diffuse les bonnes pratiques pour prévenir les conduites suicidaires ; elle monte en compétence chaque année de nombreux professionnels et citoyens grâce à ces 3 modules de formation et vise ainsi à consolider la chaîne de prévention du suicide sur le territoire français.

J'espère que ces 55e journées du GEPS à Paris, dans un lieu prestigieux qui est la maison de la chimie, ces journées intitulées « le suicide en questionS » vous permettront d'apprendre et aussi de partager entre professionnels du territoire.

Je vous souhaite des débats riches et inspirants tout au long de ces journées.

(Retranscription directe de l'enregistrement vidéo de l'intervention de C. Massoubre)

Mme Sophie MARTINON

Directrice Générale Adjointe de l'ARS Ile-de-France

Madame la Présidente du GEPS, Chère Professeure Massoubre,
Madame la Directrice adjointe à la Direction générale de la santé, chère Sarah,
Mesdames et Messieurs,
Bonjour à tous.

Quelques mots très rapides pour vous dire d'abord que je suis extrêmement honorée d'être parmi vous ce matin. Pour plusieurs raisons, mais la première, et vous m'excuserez de vous raconter un tout petit bout de ma vie, quand j'ai commencé mes études secondaires, le premier livre que j'ai lu, qui était une lecture obligatoire, c'était Le suicide d'Emile Durkheim. Plus un petit livre à côté de Baudelot et Establet, que je cite parce que je l'avais beaucoup apprécié. A cette lecture, je me souviens encore du choc ressenti face à cette phrase « le suicide est un fait social ». Et, je crois que si on est réunis aujourd'hui, c'est aussi parce que chacun d'entre nous, on est

convaincu que face au suicide, il y a des choses à faire. Comme me l'indiquaient les équipes de l'ARS, la prévention du suicide est une politique de santé publique emblématique mais c'est aussi une politique publique emblématique. Voilà pourquoi, pour moi, c'est assez émouvant. Et je suis ravie de pouvoir dire quelques mots en introduction aujourd'hui. Évidemment, vous vous en doutez, je vais aussi vous parler un tout petit peu de l'Île-de-France et je conclurai sur l'enjeu d'être aussi nombreux aujourd'hui.

En Île-de-France, on a été très « embarqués » par l'impulsion nationale qui a été donnée avec la stratégie nationale de prévention du suicide et je voudrais dire quelques mots sur la façon dont on a travaillé et ce qu'on a réussi à mettre en place avec, évidemment, les professionnels de santé qui se sont mobilisés mais, au-delà, de l'ensemble des équipes concernées. D'abord, en partant des objectifs et de la situation particulière de l'Île-de-France, on a à peu près 950 décès par suicide chaque année. Alors, vous allez me dire que vous êtes bien en-dessous de la moyenne nationale, c'est vrai. On a sans doute des caractéristiques sociodémographiques et territoriales qui font qu'on atteint ce résultat. Je trouve que c'est aussi une question, et j'imagine une des nombreuses que vous vous poserez au cours de ces journées, de l'impact des politiques elles-mêmes sur le taux et le nombre de suicides et de tentatives de suicide. Mais, face à ce constat, et suite à l'impulsion de la stratégie nationale, on a mis en place une stratégie dans la droite ligne du plan national. Avec, d'abord, la mobilisation de l'ensemble des acteurs et plusieurs outils, et puis une adaptation territoriale quand c'était possible. Concrètement, qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire mettre en place un comité régional de pilotage - et j'en profite pour saluer et remercier le professeur Jollant et le docteur Omnès qui sont à la fois nos copilotes de cette stratégie régionale et des membres du comité d'organisation de ces journées. Et ce comité régional, il a, avec les professionnels de santé et bien sûr les institutions, travaillé pour mettre en place l'ensemble des actions que je vais citer maintenant. Notamment, la mise en place des 4 centres VigilanS qui font du rappel après des tentatives de suicide et on les a accompagnés dans leur montée en charge, ce qui a pris un petit peu de temps. On a structuré le centre de réponse 31 14. En Ile-de-France, on a un peu plus de 200 000 appels qui proviennent de l'Ile-de-France. Donc, évidemment il faut structurer à la fois la réponse mais aussi le contenu des réponses. On a un certain nombre d'actions en matière de prévention : formation à la prévention du suicide avec 2 axes, le premier - et c'est là où on a un enjeu à la fois territorial de maillage de l'Ile-de-France mais aussi de travail peut-être d'une manière plus spécifique dans certaines zones avec des populations vulnérables - un travail pour identifier des personnes et former des personnes qui puissent être sentinelles. Également, un travail sur la postvention pour les personnes qui ont été exposées au suicide. Enfin, et c'est aussi à l'image de cette journée, la structuration de réseaux professionnels en Ile-de-France.

Vous le voyez, une mobilisation extrêmement forte avec une dynamique qui est, je crois, bien engagée et qui nous permet aujourd'hui de voir cette mobilisation. Je crois que derrière ces actions très concrètes, c'est aussi l'enjeu pour la prévention du suicide d'avoir une extrêmement large collaboration des acteurs et donc d'arriver à regrouper, à fédérer, une communauté de professionnels convaincus. Quand on voit cette salle, on a l'impression qu'on a obtenu cette dynamique mais c'est vrai qu'il faut, je pense, poursuivre cette animation, poursuivre ce travail partenarial, sortir de nos silos, bien mailler le territoire et avoir cette attention aux franciliens les plus vulnérables. Cette collaboration s'appuie effectivement sur une communauté de professionnels. Cette communauté, c'est vous tous qui êtes présents ce matin et je voudrais vous remercier à la fois pour cette mobilisation mais aussi pour votre travail quotidien. Je pense que c'est comme ça qu'on avance et qu'on obtient des résultats. Ces journées participent à la fédération de cette communauté et donc à l'impact de la politique qu'on met en place au quotidien, cette politique qu'est la prévention du suicide.

Je vous souhaite à tous de très belles journées de travaux et d'échanges. Je sais que le programme est riche, diversifié, international et, donc, à tous et à toutes, je vous souhaite de très belles journées d'échanges. Merci beaucoup

(Retranscription directe de l'enregistrement vidéo de l'intervention de S. Martinon).

Madame Sarah SAUNERON

Directrice Générale Adjointe de Santé

Monsieur le Président du Congrès, Professeur Fabrice Jollant,

Madame la Présidente du Groupement d'études et de prévention du suicide,

Madame la Directrice générale adjointe,

Mesdames et Messieurs en vos différentes qualités,

C'est un honneur d'ouvrir ces 55e journées du GEPS, partenaire historique de notre ministère.

Je commencerai par saluer le choix du thème « Le suicide en question », qui ouvre la voie à une approche globale de santé mentale et de santé publique, parfaitement en ligne avec les orientations de la Direction générale de la santé telles qu'issues de la feuille de route nationale santé mentale psychiatrie.

Je ne veux pas m'étendre sur les dernières données en matière de suicide en présence de tant de spécialistes, mais les tendances observées nous obligent.

Je souhaite d'emblée élargir mon propos à l'ensemble de notre action en matière de prévention et de promotion de la santé mentale.

Le Gouvernement a choisi cette année de faire de la santé mentale la Grande cause nationale 2025. Cette distinction confère à la santé mentale une visibilité importante, essentielle pour réduire la stigmatisation liée aux troubles psychiques, encore trop présente.

Il est temps de libérer la parole et d'aborder la santé mentale en lien avec l'ensemble des déterminants qui la conditionnent, qu'ils soient sociaux, environnementaux, économiques ou individuels. Cette approche n'est pas nouvelle à la Direction générale de la santé, puisque la combinaison des approches intersectorielle et populationnelle se reflète dans l'ensemble des politiques publiques que nous portons.

Le premier levier de notre action vise à faire progresser la connaissance de la santé mentale au sein de la population afin de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques et des personnes concernées.

La stigmatisation, et en particulier l'auto-stigmatisation, constitue un frein significatif à l'accès aux soins et retarde les diagnostics.

Afin de répondre à cet enjeu, le grand public et les publics cibles, comme les jeunes, font l'objet de campagnes de communication sur la santé mentale, portées par Santé publique France. La Grande Cause nationale participe de cet objectif.

Il faut aussi que cet effort d'information soit véritablement territorialisé. Le ministère soutient les Semaines d'information en santé mentale, qui ont connu une expansion considérables ces dernières années. Je tiens aussi à saluer les efforts du PSYSCOM dont la coordination et le soutien méthodologique à l'organisation d'événements toujours plus nombreux est si importante, avec plus de 2 000 événements dans toute la France en 2024. L'édition 2025, du 9 au 16 octobre, sera ainsi un temps fort de la Grande cause nationale.

Un autre levier consiste à promouvoir des comportements bénéfiques à la santé mentale, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

C'est l'objectif de la Stratégie multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les jeunes, qui ambitionne (i) d'améliorer la santé mentale en développant ces compétences de vie, dès le plus jeune âge et dans tous les milieux de vie et (ii) d'apprendre à gérer ses émotions, son stress, à exercer son esprit critique, et à avoir des relations positives avec les personnes de son entourage.

Ensuite, la récente Feuille de route pour la promotion d'un sommeil de qualité, vise à placer ce déterminant essentiel de la santé mentale au cœur des politiques publiques. Ces mesures sont destinées à la population générale, mais aussi aux enfants, aux adolescents et aux soignants, parce qu'il est crucial que ceux qui nous soignent prennent soin d'eux-mêmes.

De même, nous agissons pour prévenir les usages excessifs ou problématiques des écrans par les enfants. Nous constatons en effet (i) des corrélations entre exposition à des contenus violents ou inappropriés et des troubles de l'estime de soi ou anxioc-dépressifs ; (ii) des corrélations entre le temps d'exposition et ces troubles.

Cet objectif implique à la fois de mener des actions pour renforcer la capacité des individus à agir (avec l'information carnet de santé), d'agir sur l'environnement (régulation de l'usage au collège des smartphones, interdiction EAJE) et enfin, d'agir sur le produit (DSA).

Notre 3e levier d'actions est d'agir sur le repérage précoce :

Je pense au déploiement du programme de Premiers Secours en Santé Mentale qui a permis de former plus de 200 000 secouristes, capables d'agir dans leur entourage pour mieux repérer les troubles en santé mentale. Le plan ministériel pour la santé mentale et la psychiatrie annoncé le 11 juin dernier prévoit même une nouvelle cible, avec 300 000 secouristes formés d'ici la fin de l'année prochaine, et un élargissement des milieux.

A ce propos, nous sommes enthousiastes des retours positifs des secouristes formés dans des nouveaux groupes de population, notamment parmi les personnes incarcérées, les personnes LGBTQI+ et les personnes concernées par les troubles psychiques.

Enfin le nouveau module Ado pour les collégiens et lycéens, qui sera disponible à la fin de cette année, viendra contribuer à la lutte contre la stigmatisation à un âge où nous sommes peut-être le plus sensibles au regard de nos pairs.

Je ne reviendrais pas en longueur sur notre stratégie nationale de prévention du suicide car vous aurez trois journées pour l'évoquer, la questionner, et éventuellement penser ses évolutions futures.

Mais je tiens à remercier l'ensemble des professionnels qui contribuent à sa mise en œuvre, notamment au sein du GEPS, et à insister sur quelques réussites collectives récentes :

D'abord, le programme VigilanS de maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide, déployé dans 17 régions et 100 départements. Il a fait la preuve de son efficacité, en permettant de réduire le risque de réitération suicidaire de l'ordre de 38%. Le protocole clinique de VigilanS est, par ailleurs, en cours d'adaptation pour des publics identifiés comme particulièrement à risque : les jeunes, les personnes âgées et les personnes placées sous-main de justice.

Ensuite, le 3114, qui bénéficie d'une notoriété croissante. Le 15 septembre, mes équipes étaient à Lyon pour lancer aux côtés du Centre hospitalier Le Vinatier, du Pôle national du 3114 et des associations de personnes concernées, les travaux pour rendre ce numéro accessible aux personnes sourdes, sourdes-aveugles, malentendantes et aphasiques.

Enfin, après plusieurs années de travail réunissant experts et administration, notre plan d'action relatif à la prévention des phénomènes de contagion suicidaire a été publié le 6 août dernier avec quatre axes :

1. La mise en place d'une stratégie visant à améliorer la prévention de la contagion suicidaire sur les espaces numériques, notamment les réseaux sociaux, et dans les médias ;
2. La prise en charge des endeuillés par suicide ;
3. L'instauration de plans de postvention dans les institutions pour savoir comment réagir en cas de suicide ;
4. L'identification et la prévention des lieux à risque suicidaire qualifiés de « hotspots ».

Ce plan d'action propose une boîte à outils à destination en premier lieu des Agences régionales de santé, mais plus généralement de tous les acteurs territoriaux, avec des lignes directrices suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales et aux ressources déjà en place ;

Je veux aussi mentionner que la DGS n'est pas la seule direction impliquée dans la prévention du suicide. La Direction générale de l'offre de soins est bien sûr très engagée. Je pense notamment à la mise en place d'un outil d'audit de l'environnement du patient en établissement sanitaire visant à prévenir les actes suicidaires, qui vous sera présenté dans le cadre de ce congrès.

Ce dispositif est une première mesure, mais nous avons conscience qu'il est nécessaire d'aller plus loin dans les années à venir en dédiant un pilier spécifique de notre stratégie à la restriction de l'accès aux moyens létaux à ce sujet, comme montré par la littérature scientifique.

Enfin, d'autres défis nous attendent en prévention du suicide, qu'il s'agisse de la structuration du pilier formation (et je tiens à remercier le GEPS pour les travaux importants réalisés ces derniers mois sur le sujet) ou encore la consolidation du 3114 après 4 ans d'existence.

Mesdames et Messieurs,

Je tiens à vous remercier, au nom de la Direction générale de la santé, pour l'engagement inestimable de tous les acteurs présents ici aujourd'hui.

Vous êtes au cœur de la solution, en première ligne pour soutenir les individus en souffrance.

Je vous souhaite un excellent colloque.

(Texte fourni par le cabinet de Mme S. Sauneron)

Pr Fabrice JOLLANT

Co-Président du comité local d'organisation

Mesdames et Messieurs,

Bienvenue aux 55e journée du GEPS, la société savante francophone de suicidologie fondée en 1969.

Mon nom est Fabrice Jollant, je suis professeur de psychiatrie à l'Université Paris-Saclay et à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif à l'APHP.

Je suis aussi président de l'UNPS, l'Union nationale de Prévention du Suicide.

J'ai eu la chance de co-présider à l'organisation de ces journées avec ma très bonne amie le Dr Cécile OMNES.

Merci à toutes et à tous d'être ici aujourd'hui à ces journées du GEPS, un moment important chaque année de partage des connaissances en suicidologie.

Vous êtes venus en grand nombre pour ces journées à Paris. Vous êtes plus de 400 à être venus de partout en France.

Vous êtes en grande majorités soignants, mais pas seulement.

Nous vous avons organisé, je pense, un très beau programme.

Nous avons fait le choix d'être tous en sessions plénières, d'être tous réunis ensemble et non pas en sessions parallèles.

Nous avons également fait le choix de vous proposer des interventions longues permettant aux orateurs de rentrer dans la complexité des sujets.

Vous nous direz à la fin si cela a été un choix judicieux.

Merci à tous les orateurs d'avoir accepté l'invitation de venir partager leurs connaissances avec ce riche public.

Ces journées s'intitulent « Le suicide en QuestionS » car le suicide reste très largement mystérieux malgré l'avancée des connaissances scientifiques et expérientielles.

Nous espérons que ces journées contribueront à répondre à certaines de vos questions sur le sujet. Probablement, qu'elles en soulèveront bien d'autres aussi.

Nous avons fait le choix d'une certaine originalité dans les sujets puisque nous parlerons de psychédéliques et de sexe.

Nous parlerons aussi de la question de la santé publique - la prévention du suicide est depuis le milieu des années 1990 une priorité nationale de santé publique mais de quoi parle-t-on ?

Nous parlerons de l'hôpital psychiatrique et de ses fantômes, une institution qui prend beaucoup de place encore dans la prévention du suicide.

Nous parlerons également évidemment des sujets brûlants que sont l'IA ou la fin de vie.

Nous discuterons l'importance des témoignages dans la prévention.

On a aussi demandé à certains d'entre vous de nous dire ce qui les a marqués dans l'actualité depuis le dernier congrès du GEPS de Saint-Etienne fin 2024. Nous verrons cela demain en vidéos. Ce sera un tout nouveau format.

Nous aurons également une session organisée par les jeunes du GEPS, le Mash-up. Une session sans aucun à ne pas manquer.

Nous aurons une présentation donnée par la lauréate du prix de bourse 2024 de Master du GEPS, Victoire PERRARD.

Le soutien à la recherche et aux jeunes chercheurs est une action importante du GEPS. Malheureusement, nous avons dû mettre en veille cette action en 2025 en raison de la baisse des subventions publiques.

Et puis nous avons, pour la première fois au GEPS à ma connaissance, une grande session internationale avec de prestigieux orateurs.

Je sais que beaucoup d'entre vous ne vont pas ou ne peuvent pas aller aux conférences internationales, ou par manque de financement ou pour une question de langue, et nous avons donc choisi de faire venir à vous tous ces orateurs qu'on entend régulièrement dans les conférences internationales afin que vous profitiez de leurs éclairages.

Merci sincèrement à Keith, Ella, Thomas et Erkki d'avoir accepté notre invitation.

Enfin, nous aurons samedi en visio une série de très intéressantes communications.

Merci à tous ceux qui vont présenter et je vous demande à tous de bien vouloir vous connecter dès 9h pour suivre ces interventions très variées.

Nous avons eu hier de merveilleux ateliers de formation continue dont plus de 200 d'entre vous ont profité.

Merci à tous les intervenants d'avoir accepté d'animer ces ateliers. C'est très apprécié.

Merci au CA du GEPS de votre confiance pour organiser, en amateur au sens noble du terme, ces journées.

Organiser une conférence ne se fait pas tout seul. Merci au comité d'organisation local, Christophe BOUCHE, Ahmed BOUHLAL, Lise FLEVAUD, Matthieu GASNIER, Vincent LAPIERRE, Manon LELOUP, Margot MORGIEVE, Jérémie VANDEVOORDE, Lioba YON, Laure VERGERON, Isis CANT DIOT et Somayeh MORSALJAHAN.

Merci également à l'ANQSP, notamment Eric DUCOS et la très performante Solène BESNARD de leur aide précieuse.

Enfin, je souhaiterais remercier nos sponsors :

La DGS qui soutient le GEPS et son congrès depuis de nombreuses années ;

L'ARS Ile-de-France, merci de votre soutien financier conséquent ;

Merci au CH Barthélémy Durand de leur soutien dès la première heure et qui sont présents sur un stand ;

Merci aux Cliniques Emeis de leur soutien, ils sont également présents sur un stand ;

Merci au CFP d'être présents aujourd'hui et d'avoir fait la promotion de nos Journées ;

Merci à la librairie indépendante l'Hirondelle, quel beau nom, d'être présente dans le lobby pour vous présenter une belle sélection d'ouvrages.

Merci à la Maison de la Chimie pour leur accueil.

Nous avons ce soir un grand événement organisé pour vous par l'UNPS, une soirée intitulée « Dansons pour la santé mentale », un moment entre amis, solidaire et inclusif. Venez voir des demos de danse et apprendre de nouveaux pas. La danse est un moyen formidable de soutenir la santé mentale.

Et il est maintenant temps de débuter le programme scientifique.

Très bonne conférence à tous !

(Texte fourni par F. Jollant)

9H00
-
10H00

CONFÉRENCE INAUGURALE

- Qu'ai-je appris du suicide en 50 ans de recherche ?

Pr Keith HAWTON (Oxford, Grande-Bretagne)

(En anglais avec traduction simultanée)

Modérateur : Pr Fabrice JOLLANT (Paris)

Introduction par le Pr Fabrice JOLLANT

C'est maintenant avec grand plaisir et honneur que je vous présente notre premier conférencier scientifique, le professeur Keith Hawton. Keith est un leader dans le domaine de la recherche sur le suicide, et je dirais même une légende.

Il y a quelques années, nous avons publié une étude bibliométrique sur la recherche mondiale en matière de suicide, et Keith figurait parmi les trois scientifiques qui ont le plus publié durant les 30 dernières années. Mais au-delà du nombre de publications, Keith a surtout apporté une contribution majeure à la connaissance du suicide et des gestes auto-infligés (self-harm), ainsi qu'à la prévention du suicide.

Keith est professeur de psychiatrie et directeur émérite du Centre de recherche sur le suicide de l'université d'Oxford. Son groupe de recherche mène depuis près de 50 ans des études approfondies sur les causes, le traitement, la prévention et les conséquences des comportements suicidaires. Ses recherches portent à la fois sur les approches cliniques et de santé publique en matière de prévention du suicide.

Parmi ses nombreuses réalisations, je citerai :

- le système de surveillance d'Oxford pour les gestes auto-infligés;
- l'identification de nombreux facteurs de risque de suicide et de gestes auto-infligés;
- plusieurs revues Cochrane importantes ;
- des articles influents sur la taille des boîtes de paracétamol ou le retrait du co-proxamol.

Son leadership scientifique et public majeur a influencé les directives nationales et les stratégies de l'OMS. Il est membre du groupe consultatif de la stratégie nationale de prévention du suicide pour l'Angleterre depuis sa création il y a plus de 25 ans.

Keith a reçu plusieurs distinctions internationales. Dans la liste des honneurs de l'anniversaire de la reine 2020, il a été nommé « Commandeur de l'Ordre de l'Empire britannique pour services rendus à la prévention du suicide ».

Enfin, Keith est un danseur exceptionnel, comme nous le verrons ce soir, et une personne formidable, toujours disponible et prête à partager.

Je vous demande de faire le meilleur accueil au Professeur Keith Hawton.

(Texte fourni par F. Jollant)

Qu'ai-je appris du suicide en 50 ans de recherche ?

Prof Keith HAWTON

Centre for Suicide Research, University of Oxford, UK

keith.hawton@psych.ox.ac.uk

Dans cette présentation, je me concentre sur certains faits que j'ai identifiés au cours de ma carrière de chercheur. Mais avant cela, voici quelques statistiques et développements relatifs au suicide et aux gestes auto-infligés (GAI). En 2021, l'Organisation Mondiale de la Santé a estimé à 727 000 le nombre de décès par suicide dans le monde (un chiffre probablement sous-estimé, car certains décès par suicide ne sont pas reconnus comme tels). Dans l'ensemble, 73 % des suicides ont eu lieu dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires (PRFI). La Finlande a élaboré la première stratégie nationale de prévention du suicide en 1985. En 1996, les Nations unies ont déclaré que tous les pays devraient élaborer des stratégies de prévention du suicide. On estime aujourd'hui qu'au moins 45 pays ont mis en place des stratégies nationales. Entre 1990 et 2016, le taux mondial de suicide a diminué de près d'un tiers. En 2021, les Nations Unies ont indiqué que le taux mondial de suicide devrait diminuer d'un tiers par rapport au taux de 2013. Des progrès ont été réalisés, mais cet objectif a peu de chances d'être atteint. En 2023, le taux de suicide en France (13,6/100 000) était légèrement supérieur à celui de l'Angleterre et du Pays de Galles (11,2/100 000), les deux pays enregistrant probablement un nombre similaire d'admissions à l'hôpital pour GAI non mortel, soit environ 200 000 par an.

Une chose qui m'est apparue clairement au cours de ma carrière, c'est que les stratégies de santé publique ont généralement un impact beaucoup plus important sur les taux de suicide que les interventions cliniques (même si les deux font partie intégrante d'une politique globale de prévention du suicide). Il existe toute une série de problèmes de santé publique potentiels qui peuvent être ciblés. Le plus important est probablement l'accès aux moyens de se suicider. Une grande partie des suicides dans le monde ont lieu dans les PRFI par ingestion de pesticides toxiques. Si les initiatives visant à encourager un stockage plus sûr des pesticides se sont révélées largement inefficaces, le retrait des pesticides les plus toxiques s'est avéré très efficace dans plusieurs pays (dont le Sri Lanka et la Chine), entraînant une baisse importante des taux de suicide nationaux globaux. Le retrait des médicaments toxiques peut également être bénéfique, comme cela a été constaté pour l'analgésique co-proxamol (combinaison de paracétamol et de dextropropoxyphène, ce dernier étant un opioïde toxique), avec l'élimination des suicides impliquant l'ingestion de ce médicament après son retrait au Royaume-Uni, suite à nos recherches qui ont démontré sa toxicité relative, sans augmentation compensatoire des décès par suicide impliquant l'ingestion d'autres analgésiques. Cette initiative a conduit au retrait du dextropropoxyphène dans toute l'Union européenne et dans plusieurs autres pays. L'installation de barrières sur les ponts qui sont devenus des lieux prisés pour les suicides par saut est également efficace. Plusieurs exemples dans différents pays montrent que cette mesure a non seulement entraîné une diminution du nombre de décès sur les ponts concernés, mais aussi qu'elle n'a pas entraîné de déplacement important vers d'autres ponts locaux.

Jusqu'à récemment, la couverture médiatique des suicides dans plusieurs pays était insuffisante, ce qui avait probablement des répercussions négatives sur le risque de suicide au sein de la population. Les recommandations visant à améliorer cette couverture ont entraîné des changements majeurs dans les reportages, ce qui devrait avoir des effets bénéfiques sur le risque de suicide. Parfois, l'impact supposé de la couverture médiatique d'un événement majeur sur les suicides s'avère erroné, comme nous l'avons constaté en étudiant l'impact du décès tragique de la princesse Diana dans un accident de voiture à Paris en 1997. Notre hypothèse selon laquelle le deuil extrême au Royaume-Uni aurait un effet de cohésion sociale conduisant à une réduction des suicides s'est avérée fausse, car on a constaté une augmentation des suicides après les funérailles, en particulier chez les femmes du même âge que la princesse.

Il est extrêmement important d'apporter une aide aux personnes endeuillées par un suicide, non seulement pour tenter de réduire leur détresse, mais aussi parce qu'elles courent elles-mêmes un risque élevé de suicide. Les cliniciens qui ont perdu des patients à la suite d'un suicide ont également besoin de soutien. Nous avons élaboré des guides destinés à ces deux groupes afin de leur venir en aide.

En ce qui concerne les initiatives cliniques visant à réduire le nombre de suicides, nos revues systématiques d'essais cliniques ont montré que le traitement efficace des personnes qui se présentent à l'hôpital après un GAI comprend une psychothérapie brève de type TCC, qui, par rapport au traitement habituel, a permis de réduire le nombre de patients qui font un nouveau GAI et d'améliorer davantage la dépression, le désespoir, les pensées suicidaires et la résolution de problèmes. La thérapie comportementale dialectique peut réduire la fréquence de répétition des GAI chez les adultes, les enfants et les adolescents. En ce qui concerne la pharmacothérapie, diverses études de conception différente ont montré que le traitement au lithium était plus efficace que d'autres stabilisateurs de l'humeur chez les personnes atteintes de trouble bipolaire en termes de réduction du risque de suicide et de GAI (et de réadmission à l'hôpital). Cependant, la réduction actuelle de l'utilisation du lithium dans la pratique clinique signifie que certains patients peuvent se voir refuser l'accès à une mesure efficace de prévention du suicide.

Une chose que moi-même et d'autres avons apprise, c'est que malgré l'utilisation d'évaluations cliniques ou d'échelles de risque spécifiques, il est pratiquement impossible de prédire quels patients sont les plus susceptibles de mourir par suicide. Par conséquent, la gestion des risques devrait inclure la mise en place de certaines mesures pour tous les patients, notamment une formulation plus dynamique des risques, la planification de la sécurité et le recours à des thérapies efficaces. Le NHS England a récemment publié des directives à l'intention de tous les services cliniques qui prennent en charge des personnes souffrant de troubles mentaux afin qu'ils adoptent une telle approche.

La conception et la mise en œuvre de politiques efficaces de prévention du suicide, en particulier celles qui impliquent des mesures de santé publique, ne devraient pas relever de la responsabilité d'un seul ministère (généralement le ministère de la Santé), mais devraient faire l'objet d'une approche coordonnée et concertée à l'échelle de l'ensemble du gouvernement, impliquant tous les ministères concernés responsables de questions spécifiques liées au suicide, par exemple la violence domestique, le jeu compulsif ou la toxicomanie.

Enfin, nous devons nous attendre à ce que la prévention du suicide soit confrontée à de nouveaux défis liés à des problèmes qui se développent actuellement, tels que les migrations massives, le changement climatique et l'introduction de l'aide à mourir (en particulier lorsqu'elle concerne des personnes souffrant de troubles mentaux).

(Résumé en anglais fourni par K. Hawton, traduction DeepL)

10H30
-
12H30

SESSION INTERNATIONALE

- Les stratégies nationales de prévention du suicide fonctionnent-elles ?

Pr Ella ARENSMAN (Cork, Irlande)

- La contagion suicidaire existe-t-elle ?

Pr Thomas NIEDERKROTHALER (Vienne, Autriche)

- Quelles interventions psychosociales sont efficaces dans la prévention du suicide ?

Pr Erkki ISOMETSA (Helsinki, Finlande)

Modérateur : Dr Edouard LEAUNE (Lyon)

Les stratégies nationales de prévention du suicide fonctionnent-elles ?

Pr Ella ARENSMAN

School of Public Health & National Suicide Research Foundation, University College Cork, Ireland

WHO Collaborating Centre on Surveillance and Research in Suicide Prevention

E-mail: ella.arensman@ucc.ie

L'objectif de cette présentation est de faire le point sur les stratégies nationales de prévention du suicide et les résultats des évaluations disponibles.

À l'heure actuelle, 47 pays ont mis en place une stratégie nationale de prévention du suicide. Cependant, seul un nombre limité de pays ont évalué l'efficacité de leur stratégie ou de leur plan d'action national en matière de prévention du suicide. Des évaluations sont disponibles pour la Finlande, l'Écosse, l'Irlande du Nord et l'Australie, et une révision intermédiaire récente de la stratégie a été réalisée pour la République d'Irlande, tandis qu'une révision sur 15 ans a également été menée au Japon.

Les évaluations doivent également tenir compte de la mesure de multiples résultats, qui ne se limitent pas aux taux de comportements suicidaires et incluent des résultats plus larges tels que les attitudes et les connaissances en matière de suicide, par exemple. Outre la mesure des résultats primaires et intermédiaires, l'évaluation de toute stratégie nationale devra inclure une évaluation des indicateurs de processus. Si le taux de suicide d'un pays constitue un indicateur clé pour orienter les priorités en matière de prévention du suicide et déterminer l'impact des programmes de prévention du suicide, de nombreux pays sont confrontés à des retards dans la publication officielle des chiffres sur le suicide et à une sous-déclaration.

Une étude récente s'est penchée sur l'efficacité des stratégies nationales de prévention du suicide et de leurs composantes dans 29 pays, à partir des données sur la mortalité par suicide de 24 pays (Schlichthorst et al, 2022). Les « effets de période » globaux (évolution des taux au fil du temps dans les pays dotés de stratégies nationales de prévention du suicide) allaient d'une baisse significative en Corée du Sud ($RR \sim 0,80$) à une augmentation significative en Ouzbékistan ($RR \sim 1,12$). Les stratégies nationales comportaient généralement de nombreux éléments (4 à 11), et presque toutes incluaient une formation/éducation. Malgré la variation des éléments, aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre des éléments spécifiques et les changements dans la mortalité par suicide, ce qui semble indiquer plutôt des effets synergiques.

Dans l'ensemble, les évaluations des stratégies nationales de prévention du suicide révèlent des résultats mitigés en termes d'impact sur le suicide et les gestes auto-infligés non létaux. Cependant, les recherches sur la mise en œuvre font souvent défaut, ce qui limite l'évaluation de la qualité et de l'intensité de la mise en œuvre des stratégies nationales de prévention du suicide. Pour expliquer les résultats variables des évaluations des stratégies, il faut parfois plus de temps que prévu pour constater un effet ou pour identifier un effet uniquement dans certains sous-groupes (intensité et consolidation des actions et des interventions). Outre la réduction du nombre de suicides, d'autres indicateurs de résultats doivent être pris en compte, tels que les indicateurs de résultats secondaires ou intermédiaires, notamment les gestes auto-infligés non létaux, la sensibilisation aux facteurs de risque de suicide, l'accès à des soins de santé de qualité, l'accès à des moyens létaux de suicide et le nombre de personnes hospitalisées après un acte auto-infligé. Il convient également de tenir compte du manque d'informations sur la mise

en œuvre ou non d'actions et d'interventions spécifiques et, le cas échéant, sur la qualité, l'ampleur, l'intensité, l'exhaustivité et le calendrier du processus de mise en œuvre.

(Résumé en anglais fourni par E. Arensman, traduction DeepL)

La contagion suicidaire existe-t-elle ?

Pr Thomas NIEDERKROTHALER

Medical University of Vienna, Center for Public Health, Unit Public Mental Health
Kinderspitalgasse 15, A-12090 Vienna, Austria

Cette présentation passera en revue la terminologie relative à la « contagion » du suicide, les concepts connexes, les preuves de clusterisation spatial, temporel et spatio-temporel des suicides, les mesures de prévention connexes, et discutera des implications pratiques pour les messages destinés au public et aux médias.

La contagion semble être l'un des facteurs impliqués dans le suicide et sa prévention, bien que sa taille d'effet soit souvent faible et que des lacunes subsistent dans la compréhension des mécanismes spécifiques sous-jacents. L'apprentissage social est considéré comme jouant un rôle important dans la contagion. La plupart des études liées à la contagion examinent divers aspects de clusterisation des suicides.

La clusterisation temporelle est le plus souvent étudiée dans le domaine de la couverture médiatique du suicide, notamment les effets Werther et Papageno. Contrairement à l'effet Werther, où la couverture médiatique est associée à un nombre de suicides plus élevé que prévu sur une courte période, l'effet Papageno, qui est lié à des récits d'espoir et de guérison après une crise (suicidaire), est associé à un nombre de suicides inférieur à celui attendu sur une courte période. Ce phénomène est parfois lié à une concentration temporelle des demandes d'aide, comme le montre l'exemple d'une chanson hip-hop intitulée 1-800-273-8255. Cette chanson a été publiée en 2017 par l'artiste hip-hop Logic aux États-Unis, et sa sortie a été associée à une forte augmentation des demandes d'aide auprès de l'organisation américaine Lifeline, ainsi qu'à une baisse du nombre de suicides. Les preuves de l'effet Werther sont particulièrement solides en ce qui concerne la couverture médiatique des suicides de célébrités connues ainsi que la couverture médiatique des méthodes de suicide. Quant à l'effet Papageno, une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés indique une réduction faible mais significative des pensées suicidaires chez les publics présentant une certaine vulnérabilité au suicide. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour étudier les effets sur les comportements suicidaires.

En ce qui concerne la clusterisation spatiale, la conférence résumera les preuves provenant des hotspots de suicide, y compris l'identification des zones à risque élevé sur les voies ferrées. Les preuves de l'efficacité des mesures prises sur les hotspots pour réduire l'accès sont solides, et certaines preuves montrent également que les messages sur la disponibilité des services de conseil et ceux encourageant les interventions de tiers dans les zones sensibles sont efficaces.

La clusterisation spatio-temporelle est le plus souvent étudiée lorsqu'il y a plus de suicides que prévu sur une courte période dans un environnement spécifique, tel qu'un hôpital psychiatrique. Les études dans ce domaine ne fournissent souvent pas de définitions claires et cohérentes de la clusterisation.

Les recommandations visant à répondre aux clusters et à éviter leur apparition soulignent l'importance d'éviter le sensationnalisme dans les médias et les messages publics concernant les phénomènes de clustering. Au lieu de se concentrer sur la méthode spécifique de suicide ou sur des termes tels que « contagion » - qui pourraient susciter de l'anxiété chez certaines parties du public - il semble nécessaire d'intégrer d'autres contenus liés à la prévention du suicide afin d'atténuer le risque de couverture sensationnaliste.

(Résumé en anglais fourni par T. Niederkrothaler, traduction DeepL)

Quelles interventions psychosociales sont efficaces dans la prévention du suicide ?

Pr Erkki ISOMETSA

MD, PhD, Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Finland

Il existe un besoin important de connaissances sur l'efficacité et les limites des interventions brèves dans la prévention du suicide. La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'évolutivité et le rapport coût-efficacité sont des propriétés souhaitables pour ce type d'interventions. De nombreuses études d'intervention ont déjà été menées, généralement auprès de la population cible des personnes ayant tenté de se suicider, avec comme critère de jugement principal la réitération. Cependant, les résultats de ces études d'intervention ont été très variables. Cela s'explique, au moins en partie, par l'hétérogénéité des études en termes de nombreux facteurs essentiels, notamment les patients traités, les contextes de traitement, les interventions elles-mêmes, les professionnels impliqués, la conception des études ainsi que les résultats primaires et secondaires. Une conséquence prévisible de cette hétérogénéité est une compréhension et des preuves limitées des mécanismes d'action et des meilleures pratiques.

Plusieurs méta-analyses récentes d'études d'intervention visant à prévenir les nouvelles tentatives de suicide ont démontré l'efficacité générale des interventions psychothérapeutiques et psychosociales brèves pour réduire le taux de nouvelles tentatives d'environ 30 à 60 %. À l'heure actuelle, les interventions cognitivo-comportementales, en particulier la thérapie cognitivo-comportementale pour la prévention du suicide (TCC-PS) et la thérapie cognitivo-comportementale brève (TCCB), sont celles qui ont fait leurs preuves. Une intervention prometteuse a récemment été mise au point : il s'agit d'une intervention TCCB-I en quatre séances, destinée aux patients psychiatriques hospitalisés présentant des tendances suicidaires. Cependant, les données probantes concernant les interventions ultra-brèves en 1 à 3 séances (intervention de planification de la sécurité (SPI) et programme d'intervention brève en cas de tentative de suicide (ASSIP)) sont plus limitées et équivoques. Il n'existe pas d'essais pragmatiques randomisés à grande échelle confirmant l'efficacité de la SPI, et il existe un besoin urgent d'en mener. En outre, alors que l'ASSIP s'est révélé remarquablement efficace dans l'essai randomisé pivot mené à Berne, un autre essai randomisé mené à Helsinki n'a pas montré qu'il était plus efficace que le conseil non spécifique en situation de crise, et un essai récent de moindre envergure mené à Zurich s'est révélé négatif. La possibilité de risques liés au traitement a également été soulevée par certaines études sur les interventions psychosociales, et cela doit être mieux compris.

Une bonne intention ne garantit pas un bon résultat. Dans l'ensemble, bien que l'on ait confiance dans l'efficacité générale des interventions brèves pour réduire les nouvelles tentatives de suicide lorsqu'elles sont ajoutées et comparées aux services habituels, leur efficacité dans la prévention des décès par suicide ou les meilleures pratiques en matière de prestation restent encore inconnues.

(Résumé en anglais fourni par E. Isometsa, traduction DeepL)

13H30
-
15H30

SESSION THÉMATIQUE : L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE AU XXIE SIÈCLE

- Quelle est la situation de l'hôpital psychiatrique en France ?

M. André FERRAGNE, secrétaire général du Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés (CGLPL)

- Faut-il hospitaliser les patients suicidaires ?

Pr Marie TOURNIER (Bordeaux)

- Quelles interventions psychosociales sont efficaces dans la prévention du suicide ?

Pr Erkki ISOMETSA (Helsinki, Finlande)

- Comment prévenir le suicide à l'hôpital psychiatrique ?

- Revue de littérature :

Dr Anne CHASSANG (Paris)

- Les recommandations du GEPS :

Dr Cécile OMNES (Plaisir)

- Un outil d'audit des établissements de soins :

Mme Caroline BIZET (DGOS)

Modérateur : Pr Michel WALTER (Brest)

Quelle est la situation de l'hôpital psychiatrique en France ?

André FERRAGNE, secrétaire général du CGLPL

L'intervenant, représentant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), rappelle que la question du suicide est au cœur de ses préoccupations avant tout sous l'angle carcéral, les établissements pénitentiaires connaissant des taux et des dynamiques suicidaires particulièrement préoccupants. Il présente brièvement le CGLPL, autorité administrative indépendante créée en 2008 et chargée de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, par des visites d'établissements et l'analyse d'un important flux de courriers.

La doctrine du CGLPL s'appuie sur des « Recommandations minimales », des avis et plusieurs rapports thématiques (notamment, pour la psychiatrie, sur l'isolement et contention, sur les soins sans consentement, et sur la prise en charge des mineurs). Trois nouveaux textes sont annoncés : un avis sur le statut des mineurs hospitalisés (Journal officiel du 4 décembre 2025), un rapport sur l'effectivité des recours (admissions, isolement, contention, responsabilité administrative) (Éditions Dalloz, décembre 2025) et un avis sur les outils d'aide au recueil du consentement (personne de confiance, médiateurs pairs, directives anticipées) (A paraître).

L'intervenant propose une clarification structurante entre trois catégories : les soins (actes à visée thérapeutique décidés par un médecin), les mesures de sécurité (isolement, contention) et l'organisation de la vie quotidienne (police administrative interne). Il distingue également les droits de procédure liés aux soins sans consentement qui doivent être appliqués de manière intégrale et stricte, les libertés individuelles qui peuvent être limitées par décision médicale individualisée et révisable, les restrictions aux droits de la vie courante soumis aux principes de légalité, nécessité et proportionnalité, et enfin les droits civils et civiques et sociaux, qui, dès lors que le patient n'en a pas été privé, imposent la mise en place de mesures compensatoires (autorité parentale, droit de vote, etc.) pour que ces droits demeurent effectifs malgré l'enfermement.

Les constats du CGLPL sur la psychiatrie hospitalière sont sévères : dégradation démographique des équipes médicales et soignantes, vétusté de nombreux bâtiments, déficit d'activités, lourdeur du poids du médico-légal, confusion entre soin et contrainte, banalisation de modalités indignes ou illégales d'isolement et de contention, y compris chez les mineurs.

À rebours d'une culture sécuritaire, l'intervenant insiste sur l'existence d'établissements fonctionnant avec très peu de mesures coercitives, sans explosion des risques. Dans une perspective de rétablissement, la contrainte n'est ni un outil thérapeutique ni une méthode légitime pour imposer les traitements, mais un moyen de prévention qui doit être strictement limité et encadré.

(Résumé établi par ChatGPT 5.1 Pro à partir de la retranscription de l'intervention filmée d'A. Ferragne, corrigé par l'intervenant)

Faut-il hospitaliser les patients suicidaires ?

Pr Marie TOURNIER, Université de Bordeaux et CH Charles Perrens, Bordeaux

La conférencière interroge la place de l'hospitalisation à temps complet dans la prise en charge des patients à risque suicidaire. Si l'hospitalisation après passage aux urgences reste la réponse « réflexe » pour les patients jugés à haut risque, les données disponibles montrent qu'elle n'a pas, dans l'ensemble, d'effet préventif démontré sur le décès ou la répétition des conduites suicidaires. Les rares essais randomisés sont anciens et sous dimensionnés ; les grandes études observationnelles et les méta analyses ne mettent pas en évidence de réduction significative du risque, sauf possiblement pour un sous groupe restreint : les patients ayant réalisé une tentative de suicide très récente, notamment la veille de la consultation.

Les travaux comparant unités ouvertes et fermées ne montrent pas d'avantage net des unités fermées, et suggèrent même une diminution des tentatives de suicide et des fugues dans les unités ouvertes. Les études de désinstitutionnalisation (Finlande, États Unis, Italie) n'indiquent pas de hausse de l'incidence du suicide malgré une baisse importante des lits d'hospitalisation, surtout là où l'offre de soins ambulatoires est développée.

Parallèlement, l'hospitalisation psychiatrique apparaît comme un moment à haut risque suicidaire, en intra et surtout en post hospitalisation immédiat, avec des taux de suicide très supérieurs à ceux de la population générale. Des travaux qualitatifs décrivent un vécu fréquent de violence, de coercition et de perte d'autonomie, y compris chez des patients hospitalisés « librement », ce qui alimente un désengagement durable vis à vis des soins.

La conférencière plaide pour une approche nuancée : l'hospitalisation à temps complet conserve une place, mais doit être réservée aux situations où le bénéfice est le plus probable et s'inscrire dans un continuum de soins incluant alternatives intensives ambulatoires, dispositifs de transition et suivi rapproché après la sortie. L'enjeu est de transformer l'hôpital psychiatrique en un espace réellement thérapeutique, centré sur la qualité de la relation, la réduction de la coercition, le maintien des rôles sociaux et la participation active des patients aux décisions.

(Résumé établi par ChatGPT 5.1 Pro à partir de la retranscription de l'intervention filmée de M. Tournier, sans validation de l'intervenante)

Comment prévenir le suicide à l'hôpital psychiatrique

Dr Anne CHASSANG (Paris), Dr Cécile OMNES (Plaisir), Mme Caroline BIZET (DGOS)

Le suicide est un évènement qui existe aussi à l'hôpital à des taux élevés et qui peut être le plus souvent prévenu. Il est donc essentiel d'inscrire sa prévention dans la démarche qualité des établissements de santé.

Une revue de littérature a été effectuée sur l'efficacité de moyens de prévention des actes auto-infligés au sein des hôpitaux généraux et psychiatriques. Ce travail, du fait du peu de nombre d'articles identifiés sur ce sujet et par la faible qualité de certaines des études sélectionnées, ne permet que peu de certitudes sur les mesures à employer. Toutefois, plusieurs voies prometteuses ont été identifiées. In fine, elles vont dans le sens de ce que nous connaissons de la prévention du suicide : restreindre l'accès aux moyens létaux en sécurisant les lieux, avoir un personnel en nombre suffisant et des relations de qualité, anticiper la sortie en construisant un plan de sécurité et en gardant un lien. Par ailleurs, il est montré qu'hospitaliser en service fermé ou utiliser un contrat « no suicide » ne sont pas des actions efficaces.

Un groupe de travail au sein du GEPS a construit des recommandations de bonnes pratiques, en cours de relecture avec la perspective d'une diffusion début 2026. Celles-ci sont au nombre de 10 et énoncent la nécessité de construire un plan de prévention (et de postvention) dans la démarche Qualité de chaque établissement associant l'ensemble des services concernés et la Direction. Celui-ci comprendra notamment la sécurisation des lieux de soins, un plan de formation à la crise suicidaire pour suffisamment d'agents, la construction des transmissions d'informations utiles et leur traçabilité, les modalités d'une surveillance individuelle adaptée, la possibilité d'assurer les soins adaptés et la continuité des soins y compris en anticipant permissions et sorties.

Dans le cadre de la feuille de route nationale « Améliorer la sécurité des patients et des résidents », la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) conduit, avec l'appui d'un groupe de travail national, l'élaboration d'un outil d'audit dédié à la sécurisation de l'environnement physique des soins. Cet outil visera à accompagner les établissements dans l'identification et la priorisation des actions à mener pour renforcer la sécurité de leurs locaux, qu'il s'agisse d'éléments mobiliers ou immobiliers. Sa publication est prévue d'ici la fin de l'année, avec une mise à disposition pour l'ensemble des structures de soins sur le site du ministère chargé de la santé.

(Résumé fourni par les intervenantes)

16H00
-
17H30

SESSION THÉMATIQUE : LES PSYCHÉDÉLIQUES DANS LA CRISE SUICIDAIRE

- Quelle place pour la kétamine chez les patients suicidaires ?

Pr Fabrice JOLLANT (Paris)

- Quelles preuves scientifiques pour la psilocybine dans le traitement des maladies mentales et de la crise suicidaire ?

Dr Lucie BERKOVITCH (Paris)

Modérateur : Dr Mathieu GASNIER (Paris)

Quelle place pour la kétamine chez les patients suicidaires ?

Pr Fabrice JOLLANT

Université Paris-Saclay et AP-HP, hôpital Paul Brousse, Villejuif

La kétamine, molécule synthétisée dans les années 1960 pour ses propriétés anesthésiques puis antalgiques, a fait l'objet depuis les années 2000 de recherches cliniques portant sur ses effets rapides sur les symptômes dépressifs et suicidaires. Elle agit principalement comme antagoniste des récepteurs glutamatergiques NMDA (mais a plusieurs autres effets pharmacologiques), avec une tolérance jugée bonne (effet secondaires non sévères et transitoires : dissociation, nausées, augmentation de la tension artérielle, etc) dans un cadre thérapeutique contrôlé.

L'étude KETIS, essai multicentrique randomisé en double aveugle conduit en France et financé par un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), visait à évaluer l'efficacité et la tolérance de la kétamine racémique intraveineuse dans la prise en charge des idées suicidaires aigües. L'échantillon comprenait des patients adultes hospitalisés avec un score SSI >3, sans antécédent de trouble psychotique ou de consommation problématique de substances. Le protocole incluait deux perfusions de kétamine (0,5 mg/kg sur 40 minutes) ou placebo, à 24 heures d'intervalle, en adjonction au traitement habituel, avec une évaluation de la rémission des idées suicidaires à 3 jours (J3) comme critère principal.

Les résultats montrent une efficacité significative de la kétamine sur la rémission des idées suicidaires à J3, mesurée à la fois par les cliniciens et les patients. Les analyses en sous-groupes indiquent un effet particulièrement marqué chez les patients atteints de trouble bipolaire. Des améliorations significatives ont également été observées sur d'autres dimensions cliniques : dépression (IDS-C30), désespoir (BHS), douleur psychologique (PPV-VAS), et impression clinique globale (CGI). L'effet thérapeutique se maintient à 6 semaines, tandis qu'on observe une amélioration progressive du groupe placebo.

La tolérance de la kétamine a été globalement excellente, sans induction de symptômes psychotiques ni d'hypomanie. Aucun effet secondaire sévère n'a été relevé. Une hypothèse explorée dans l'étude est le rôle médiateur de la réduction de la douleur psychologique dans la dynamique de rémission.

Malgré ces résultats prometteurs, plusieurs freins à l'utilisation clinique de la kétamine IV en France persistent : méconnaissance de la littérature, statut hors AMM (actuellement en discussion pour un Cadre de Prescription Compassionnelle), craintes liées à une potentielle addiction ou à la nécessité d'un environnement technique complexe. Des recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) en juillet 2025 précisent désormais qu'une administration en milieu psychiatrique est réalisable sans la présence d'un anesthésiste, à ces posologies.

En conclusion, les données disponibles soutiennent l'usage raisonné de la kétamine intraveineuse dans les situations de crise suicidaire sévère, en tant qu'intervention rapide et bien tolérée, intégrée à une approche multimodale comprenant pharmacothérapie, psychothérapie, et surveillance rapprochée.

(Résumé établi par ChatGPT 5.1 Pro à partir des diapositives de F. Jollant, validé par l'intervenant)

Quelles preuves scientifiques pour la psilocybine dans le traitement des maladies mentales et de la crise suicidaire ?

Dr Lucie BERKOVITCH, CH Sainte-Anne, Paris

La conférencière propose une mise au point sur les psychédéliques et leur lien avec le risque suicidaire, en distinguant usages récréatifs et contextes thérapeutiques. Les psychédéliques classiques (psilocybine, LSD, DMT, mescaline...) agissent principalement via l'activation des récepteurs 5 HT2A et induisent des expériences subjectives intenses : distorsions perceptives, modifications du temps et de l'espace, dimensions mystiques, dissolution de l'ego et, parfois, vécus proches des expériences de mort imminente. Si ces expériences sont souvent positives, une minorité d'usagers rapporte des "bad trips" marqués par l'angoisse, la reviviscence traumatique, la désorganisation ou la mise en danger.

En contexte récréatif, la littérature (44 publications recensées) suggère globalement une absence de majoration nette du risque suicidaire, voire un effet protecteur dans certaines grandes cohortes, mais fait état de cas ponctuels de suicides et d'accidents graves, survenant surtout dans des environnements peu sécurisés, en l'absence de cadre protecteur ("set and setting" défavorables). Le nombre de décès rapportés reste faible au regard du volume estimé de consommation, mais les données sont fragmentaires et biaisées (sur représentation des cas dramatiques).

Depuis les années 1990-2000, une "seconde vague" de recherche explore les potentiels thérapeutiques des psychédéliques, dans un modèle de psychothérapie assistée (préparation, séance avec substance, intégration). Les essais montrent des résultats prometteurs dans la dépression résistante, l'anxiété de fin de vie, certains troubles anxieux et les addictions, avec des effets rapides, parfois durables après une ou deux séances, et un profil de tolérance favorable chez des patients soigneusement sélectionnés et encadrés. Aucun signal majeur d'addiction, de virage psychotique ou de complication grave n'a été mis en évidence dans ces protocoles.

En revanche, les données spécifiques sur les idées suicidaires sont très limitées : peu d'études publient les scores suicidaires, la plupart excluent les patients à fort risque suicidaire, et lorsque des diminutions sont observées, elles ne se distinguent pas toujours des groupes contrôle, suggérant un rôle majeur du cadre psychothérapeutique. Quelques cas isolés de suicide après administration en contexte de recherche sont rapportés, sans possibilité de trancher sur la causalité.

Sur le plan mécanistique, les psychédéliques pourraient agir en combinant effets émotionnels (réduction de la sensibilité aux stimuli négatifs, diminution des ruminations, sentiment de connexion) et effets neurobiologiques (augmentation de la plasticité synaptique). Mais la diminution de la peur de la mort, la porosité accrue au contexte et la possibilité d'expériences traumatiques ou déstabilisantes constituent des facteurs de risque potentiels chez des sujets vulnérables.

En conclusion, les psychédéliques apparaissent comme des outils thérapeutiques potentiellement puissants dans des indications psychiatriques fortement liées au suicide, mais la question de leur usage spécifique dans la crise suicidaire reste largement ouverte : aucune étude dédiée n'est disponible, et les enjeux de sécurité sont majeurs. Une recherche rigoureuse, attentive aux bénéfices comme aux risques, est indispensable avant d'envisager ces substances comme de véritables interventions anti suicidaires.

(Résumé établi par ChatGPT 5.1 Pro à partir de la retranscription de l'intervention filmée de L. Berkovitch, sans validation de l'intervenante)

VENDREDI 26 SEPTEMBRE

8H30
-
9H30

TABLE RONDE

- Aide médicale à mourir et prévention du suicide : des télescopages évitables ?

Dr Claude BEATA (Vétérinaire, Zoopsy, Toulon), Dr Françoise CHASTANG (Caen)

Modératrices : Pr Dolores Angela CASTELLI DRANSART (HES-SO / HETS - FR, Fribourg, Suisse),

Dr Cécile OMNES (Plaisir)

Aide médicale à mourir et prévention du suicide : des télescopages évitables ?

Claude BEATA (Toulon), Françoise CHASTANG (CHU Caen)

A l'instar d'autres pays occidentaux, la France s'apprête à légitérer l'aide active à mourir, autrement nommé aussi suicide assisté et euthanasie. Dans le suicide assisté, la personne met un terme à sa vie par un moyen qui lui a été fourni par un tiers. Dans l'euthanasie, c'est un tiers, qui met un terme à la vie d'un individu sur sa demande.

Que l'on soit pour, contre ou sans avis, la légalisation du suicide assisté et/ou de l'euthanasie est susceptible de modifier les rapports humains, notamment les relations entre les requérants et les professionnels de santé. Introduire le droit à donner la mort est perçu par un grand nombre d'entre eux comme une rupture anthropologique et juridique majeure pour la profession et notre société aux implications importantes

La pratique euthanasique, pourtant incorporée dans les pratiques vétérinaires, est loin d'être anodine pour ces professionnels. Ces derniers peuvent présenter des symptômes traumatiques ou une usure de compassion y compris des années après. Il est à noter que, même si une euthanasie bien conduite peut être source de remerciements, les propriétaires reviennent rarement dans ce lieu de soins. Avec des conséquences possibles tant pour la renommée que sur la fréquentation. Il faut aussi rappeler que les vétérinaires ont un taux de suicide 3 à 4 fois supérieur à la population générale. Les liens avec l'accès facilité aux produits létaux est connu. Le modèle de la mort comme solution thérapeutique autorisée est très probablement facilitant.

A la différence des vétérinaires, confrontés à un modèle hétéronomie pour le sujet/autonomie du demandeur, celui de l'autonomie est maintenant central dans le modèle de soins français. Et c'est dans ce contexte que le Droit à mourir apparaît, au nom d'une autodétermination revendiquée et d'une demande à mourir dans la dignité, ce que pourtant la loi actuelle autorise (loi Clayes-Leonetti). L'insuffisance de développement des soins palliatifs en France et les difficultés de plus en plus importantes d'accès aux soins pèsent lourdement sur la demande légitime de soulager la souffrance.

Car la souffrance n'est jamais absente d'une demande de mort accélérée. Dans quelle mesure la proposition de loi actuelle s'appuyant sur des critères cliniques très flous et une temporalité très courte, risque-t-elle de confondre élimination de la souffrance avec élimination du souffrant ? Une loi ouvrant à une possible mort provoquée pourrait par ailleurs impacter les stratégies de prévention du suicide, tant par une communication omettant les messages de prévention du suicide que par un risque de délit d'entrave.

C'est pourquoi toute demande de mort devrait bénéficier d'une évaluation précise et complète de la constellation des facteurs pouvant sous tendre une telle requête. Ce serait également l'occasion d'une rencontre « dans l'inattendu et l'inespéré » devenant porteuse de sens.

(Résumé fourni par les intervenants)

9H30
-
10H30

CONFÉRENCE PRESTIGE

- La santé publique est-elle un cadre utile pour penser et agir en prévention du suicide ?

Dr Laurent CHAMBAUD, ancien directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Modérateur : Pr Guillaume VAIVA (Lille)

La santé publique est-elle un cadre utile pour penser et agir en prévention du suicide ?

Laurent CHAMBAUD, médecin de santé publique, ancien directeur de l'EHESP

Laurent Chambaud propose une lecture de la prévention du suicide à partir des grands enjeux de santé publique. Il rappelle d'abord quatre transitions majeures qui reconfigurent les besoins de santé :

- la transition épidémiologique (poids croissant des maladies chroniques, dont font partie les troubles psychiques qui représentent près d'un quart des ALD),
- la transition démographique (vieillissement rapide associé à une chute de la natalité, explosion du nombre de centenaires, forte prévalence des syndromes dépressifs chez les personnes âgées),
- la transition environnementale et climatique (impact sur les maladies infectieuses, sur les ressources, sur les migrations, et effets émergents sur la santé mentale via, par exemple, l'éco-anxiété, notamment chez les jeunes)
- et la transition démocratique et éthique (construction d'une démocratie en santé fragilisée par la crise COVID, crise de sens dans les institutions, interrogation sur les valeurs fondant notre protection sociale).

Face à ces mutations, l'offre de santé française apparaît engorgée et cloisonnée, malgré vingt ans d'empilement de dispositifs censés décloisonner le système. La prévention reste faiblement financée et morcelée, malgré un consensus qui reste théorique sur sa priorité. Les inégalités sociales de santé persistent, y compris en santé mentale, et les ressources humaines sont rares et mal réparties entre territoires, secteurs et niveaux de soins. Les attentes des jeunes professionnels évoluent (travail en équipe, équilibre entre vie personnelle et professionnelle, quête de sens), tandis qu'une multitude d'outils numériques non évalués se développent en marge du système.

Dans ce contexte, l'auteur avance cinq axes de réflexion. D'abord, la sectorisation psychiatrique, innovation majeure développée il y a 65 ans et assurant une continuité territoriale des soins, n'a jamais été véritablement évaluée et a été progressivement détricotée alors qu'elle pourrait servir de modèle d'organisation pour la santé mentale.

Ensuite, le suicide se situe à la frontière entre société, santé mentale et psychiatrie : il exige une vision sociétale du mal être, distinguant ce qui relève du système de soins et ce qui relève des politiques publiques plus larges. La prévention doit mobiliser des approches pluridisciplinaires, au-delà de l'épidémiologie, en intégrant facteurs socio économiques, culturels, religieux, comportementaux et cliniques.

Il propose de distinguer, pour l'action, d'une part les pratiques cliniques préventives (ce que peuvent faire les professionnels de santé : repérage, interventions, prévention des récidives) et, d'autre part, les actions sociétales (éducation, travail, environnement, réduction de l'accès aux moyens létaux, lutte contre les violences).

(Résumé établi par ChatGPT 5.1 Pro à partir de la retranscription filmée de L. Chambaud, corrigé par l'intervenant)

11H00
-
12H00

ENTRETIEN

- Jouir d'avoir mal ?

Mme Olivia BENHAMOU (sexothérapeute, Paris)

Modérateur : Pr Fabrice JOLLANT (Paris)

Jouir d'avoir mal ?

Olivia BENHAMOU, sexothérapeute

L'entretien avec Olivia Benhamou, psychologue clinicienne et sexothérapeute, prend appui sur son ouvrage *Jouir d'avoir mal* (La Musardine, 2021), consacré aux personnes pratiquant le masochisme érogène.

Il est proposé aux Journées du GEPS pour trois raisons principales : interroger le lien entre douleur, souffrance et processus suicidaire ; ouvrir un espace jusque là quasi absent sur la sexualité dans ce congrès ; et réfléchir à la façon dont les cliniciens accueillent – souvent difficilement – les questions sexuelles et les pratiques BDSM, qui peuvent être associées chez certains à honte, souffrance et parfois idées suicidaires.

Le masochisme érogène est replacé dans le champ plus large du BDSM (Bondage, Domination/ Discipline, Soumission/Sadisme, Masochisme). Ces pratiques mettent en scène des situations habituellement rejetées dans la vie ordinaire : hiérarchie forte, contrôle, domination, humiliation, dégradation, contraintes, captivité, punitions, etc. Elles sont cependant extrêmement hétérogènes : les pratiquants ont des préférences, des limites, des rôles (dominant, soumis, switch) et des modalités d'engagement plus ou moins régulières.

Les personnes rencontrées décrivent un ensemble de dimensions communes : caractère ludique des pratiques (règles, cadre, durée), importance centrale du consentement mutuel, qualité de la communication et de la confiance entre partenaires, recherche de plaisirs intenses et de sensations fortes (peur, prise de risque, franchissement de limites), mais aussi d'abandon, de lâcher prise et d'états modifiés de conscience (dissociation, transe, « subspace ») via la douleur, l'humiliation, la restriction sensorielle ou certaines techniques (strangulation, positions imposées...). Le tout s'accompagne d'une forte exigence de sécurité (safeword, limites définies), d'un sentiment de marginalité et de communauté, d'éléments fétichistes (vêtements, matières, objets) et d'une sexualité où la génitalité et l'orgasme ne sont pas toujours centraux (voire absents), au profit de la dimension intellectuelle, scénarisée et fantasmatique du jeu.

Sur le plan épidémiologique, les fantasmes BDSM semblent très répandus, tandis que la pratique régulière reste minoritaire (environ 1–5 % pour une sexualité principalement ou fréquemment BDSM ; une majorité ayant des fantasmes ou des expériences « soft »).

Le BDSM n'est plus considéré comme un trouble mental dans le DSM 5 TR ; sadisme et masochisme ne deviennent un trouble paraphilique que s'ils s'accompagnent de souffrance clinique ou de retentissement fonctionnel.

Plusieurs travaux montrent une bonne santé mentale globale chez la plupart des pratiquants, même si le livre discute, pour certains, des liens possibles avec des antécédents psychiatriques (dépression, burnout, addictions, trouble borderline) et des troubles sexuels.

Pour le masochisme érogène en particulier, Olivia Benhamou met en lumière différentes fonctions de la douleur : contraindre, humilier, réveiller un corps anesthésié par des traumatismes, créer du contraste sensoriel, favoriser l'excitation et l'érection, explorer les limites de soi et de la relation, offrir un espace pour résister et tenir face à l'autre.

Elle décrit six grandes fonctions du masochisme : affective, auto thérapeutique (rejouer un trauma en position de contrôle, l'érotiser pour le transformer), contenante, solutionnelle, protectrice et donneuse de sens.

La question de la violence biographique est importante (environ un tiers ont vécu des violences sexuelles), mais ne suffit pas à expliquer ces pratiques ; les dynamiques familiales dysfonctionnelles dans l'enfance semblent tout aussi centrales.

Cet éclairage invite les cliniciens à dépasser les approches moralisatrices ou pathologisantes, à interroger les fonctions subjectives de la douleur et du masochisme, et à accueillir les patients évoquant le BDSM dans une perspective nuancée : ni banalisation, ni stigmatisation, mais compréhension des enjeux de souffrance, de honte et, le cas échéant, de risque suicidaire qui peuvent y être liés.

(Résumé réalisé par ChatGPT 5.1 Pro à partir des notes de F. Jollant)

12H00
-
13H00

LES MOMENTS FORTS DE L'ANNÉE EN SUICIDOLOGIE EN FRANCE ET DANS LE MONDE

Modérateurs : M. Jérémie VANDEVOORDE (Paris) - Dr Erick GOKALSING (La Réunion)

Présentation de vidéos de 1min30 sur les moments forts depuis le dernier congrès du GEPS

Contexte et constats

Fabrice JOLLANT	L'élection de Donald Trump
Françoise CHASTANG	La loi sur la fin de vie
Jacque VEDRINNE	La loi sur la fin de vie
Charles-Edouard NOTREDAME	la hausse des TS chez les adolescentes

Stratégie nationale, dispositifs installés

Isam ZERGA	Septembre jaune
Pierre GRANDGENEVRE	Papageno
Christophe DEBIEN	10 ans de VigilanS
Mathieu GASNIER	Validation scientifique de VigilanS

Chercher et mieux prévenir

Benoît CHALANCON	Congrès de IASP à Vienne
Katia HAMDAD	Revue littérature sur une échelle évaluation
Guillaume VAIVA	Traitements des données scientifiques
Bénédicte DUFOUR	Prévention Suicide France

Donner la parole aux personnes concernées

Émilie SAUVAGET	Les Ulysses
Sophie BOUTINAUD	Documentaire « Suicide : Brisons le tabou »

Aller plus loin et explorer d'autres pistes

Céline KOPP et Mélanie COQUELIN	Dispositif Alinéa
Katia CHAPOUTIER	La Guyane
DGS	Les nouveaux axes de la Stratégie nationale

14H00
-
15H00

TABLE RONDE

- Comment l'Intelligence Artificielle transforme-t-elle nos pratiques en suicidologie ?

Mme Sabine ALLOUCHERY (MentalTech) - Pr Louis JEHEL (Amiens) - Dr Stéphane MOUCHABAC (Paris)

Modérateur : Dr Liova YON (Paris)

Résumé non disponible

15H00
-
16H00

TABLE RONDE

- Comment témoigner du suicide ?

M. Mickael WORMS EHRMINGER (Les Maux bleus), Katia CHAPOUTIER, documentariste (Paris), Raphaël POULAIN, ancien rugbyman pro (NeoHeros)

Modérateur : M. Vincent LAPIERRE (Paris)

Résumé non disponible

16H00
-
16H30

LE MOMENT DE LA PRÉSIDENTE : PR CATHERINE MASSOUBRE (SAINT-ETIENNE)

- Dr Victoire PERRARD, Lauréate de la bourse 2024 de Master 2 du GEPS.
- Hommage au Pr Michel DEBOUT

Bourse GEPS 2024

Victoire PERRARD, interne de Psychiatrie à Bordeaux.

Master 2 de pharmaco-épidémiologie sous la direction du Pr Marie TOURNIER.

Projet REBUILD : Impact des idées suicidaires initiales sur la prescription médicamenteuse et de soins.

Introduction : La Structure de soins Universitaires aigus Ambulatoires pour les troubles Bipolaires (SUAB) de Bordeaux est un hôpital de jour de crise dédié à la prise en charge des troubles bipolaires. La prévention des idées et conduites suicidaires y est un enjeu majeur. Les soignants pourraient donc modifier la prise en charge selon les idées suicidaires. Malgré l'absence de recommandations, certaines études retrouvent des effets bénéfiques sur le risque suicidaire des sels de lithium, de la kétamine et de la clozapine et des effets potentiellement délétères des benzodiazépines et des antidépresseurs dans les troubles bipolaires. L'objectif principal de cette étude est de comparer les prescriptions médicamenteuses en fonction de la présence ou non d'idées suicidaires à l'admission. Les objectifs secondaires sont de décrire les autres soins prodigués et évolution des idées suicidaires pendant le séjour.

Méthodes : Une cohorte historique a inclus tous les patients pris en charge par la SUAB entre le 01/04/2022 et le 31/12/2024. Les idées suicidaires à l'admission sont identifiées par la Colombia Suicide Severity Rating Scale remplie par les patients (ou, en cas d'absence, par l'entretien clinique). Les introductions et interruptions de médicaments potentiellement pro- ou anti-suicide sont comparées dans deux groupes, avec et sans idées suicidaires à l'admission, par des modèles de régression logistique.

Résultats : La population d'étude comptait 575 personnes dont 400 ayant des idées suicidaires à l'admission. A l'issue du suivi, 11% de la population totale avaient des idées suicidaires, 26 personnes avaient fait une tentative de suicide et 2 étaient décédées par suicide. Parmi les 15 événements thérapeutiques étudiés, aucun n'était significativement associé à la présence d'idées suicidaires à l'admission : introduction de lithium OR 0,73 [0,43 ; 1,24], de clozapine (N=3), de kétamine (N=5), arrêt d'antidépresseur (N=88), de benzodiazépines OR 1,19 [0,65 ; 2,17]). En outre, les idées suicidaires diminuaient régulièrement au cours de la prise en charge, sauf au cours du deuxième mois (39% de la population suivie avaient des idées suicidaires). Finalement, 1 patient sur 10 était orienté vers une hospitalisation à temps complet, 23% étaient perdus de vue et plus de 60% sortaient après amélioration clinique.

Discussion : La prise en charge médicamenteuse à la SUAB n'est donc pas significativement différente en fonction des idées suicidaires. On peut supposer que les prescripteurs considèrent tous les patients ayant un trouble bipolaire, sans distinction, à risque suicidaire. Néanmoins, cette étude met en évidence une forte dé-prescription de benzodiazépines (54%) et antidépresseurs (92%), ainsi que la présence fréquente de sels de lithium à l'issu de la prise en charge (60%). La faible prescription de kétamine fait questionner sa place dans la stratégie thérapeutique. La recrudescence des idées suicidaires au cours du deuxième mois de prise en charge nécessiterait également davantage d'investigations.

Hommage au Professeur Michel Debout

Pre Catherine MASSOUBRE

Résumé non disponible

16H30
-
17H30

LE MASH-UP DU JGEPS

- Image-moi si tu peux ?

Animateurs : *Mme Manon LELOUP (Paris) - M. Romain PEROT (Paris)*

À l'occasion des 55^e Journées du GEPS et pour la troisième fois, un mash-up a été proposé : un exercice original mêlant science et improvisation. Les jeunes professionnel·les et chercheur·euses, diplômé·es depuis moins de dix ans, étaient invité·es à présenter un diaporama... qui n'était pas le leur ! Reçues seulement quelques heures avant la session, les slides devenaient le support d'une présentation entièrement improvisée, à la fois rigoureuse, créative et pleine d'humour. Inspiré des formats d'improvisation scientifique, ce concept vise à mettre en valeur la pédagogie, l'adaptabilité et l'art de transmettre la recherche de manière claire, vivante et accessible. Au-delà du jeu, le mash-up offre un véritable espace d'expression et d'expérimentation, où convivialité et curiosité scientifique se sont conjuguées pour faire de cette session l'un des temps forts du congrès. La paire gagnante — composée de l'orateur·rice et du créateur·rice des slides — a été distinguée par le jury.

Étude HOPAIR

Fruit d'un travail de mémoire d'infirmier de pratique avancée (IPA) et financée par l'hôpital Le Vinatier - Psychiatrie Universitaire Lyon Métropole, l'étude HOPAIR s'intéresse à une intervention combinée: Hope Box et pair-aidance, complété d'une carte postale de rappel, destinée aux personnes suicidantes hospitalisées. Son objectif est d'étudier la faisabilité et le potentiel d'efficacité de cette intervention innovante qui cherche à susciter l'espoir, la capacité d'agir et le soutien en période de crise. La Hope Box invite à rassembler dans une boîte personnelle et personnalisable des objets pour mobiliser ses raisons de vivre et se changer les idées en cas de besoin ; la rencontre avec un pair-aidant permet le partage de son vécu expérientiel et des principes de la Hope Box ; Enfin l'envoi d'une carte postale, quelques semaines après la sortie, permet de maintenir le lien et la motivation. À travers ces attentions concrètes, HOPAIR cherche à diversifier les outils de prévention du suicide mobilisables dès l'hôpital avec humanité, faisant de l'espoir un point central du parcours de rétablissement.

Projet Les Ulysses

Le projet Les Ulysses est une initiative unique de prévention du suicide, né en Poitou-Charentes, qui place les témoignages au cœur de la démarche. Il s'appuie sur des récits recueillis auprès de personnes ayant traversé une crise suicidaire, allant bien aujourd'hui et/ou ayant appris à vivre avec leurs vulnérabilités. Ces témoignages, partagés à distance de la crise depuis au moins cinq ans, offrent des figures d'identification positives pour les personnes actuellement en souffrance. Ils sont retranscrits sous forme de vidéos et de planches de bande dessinée issues de la médecine narrative, mêlant art, vécu et réflexion sur le rétablissement. Inspiré du voyage d'Ulysse, le projet évoque le cheminement intérieur de celles et ceux qui ont affronté la tempête et retrouvé un cap. En valorisant la parole et l'expérience de rétablissement, Les Ulysses contribue à restaurer l'espoir, la capacité d'agir et le lien à autrui. Cet outil sensible et innovant s'adresse autant aux professionnels qu'aux personnes concernées, enrichissant la prévention du suicide par l'humanité et la force des histoires partagées.

Recherche doctorale au sein d'Alinéa

Créé en 2021, Alinéa est un dispositif d'accompagnement des proches endeuillés par suicide en Côtes d'Armor, fondé sur une veille proactive dès l'annonce du décès, en partenariat étroit avec les forces de l'ordre. Cette approche permet d'agir à un moment critique du deuil et d'offrir un

soutien spécialisé aux familles comme aux professionnels exposés à la mort traumatique. Cette recherche doctorale s'inscrit au cœur de ce réseau et explore les dynamiques de honte, de culpabilité et de stress traumatique chez les proches endeuillés influençant l'accès à l'aide. Elle accorde aussi une place importante aux premiers intervenants, acteurs décisifs mais encore peu étudiés : une sous-étude porte sur les forces de l'ordre, mettant en lumière leurs représentations, l'impact émotionnel de ces interventions et les ajustements qu'ils déploient face à aux familles. Une seconde sous-étude concerne les services funéraires, dont le rôle immédiat auprès du défunt et de l'entourage révèle des interactions sensibles, des gestes d'hommage complexes et des besoins professionnels spécifiques. Ces deux volets dédiés aux premiers intervenants, articulés à l'expérience des proches endeuillés, permettent d'analyser comment un suicide mobilise tout un réseau d'acteurs humains et institutionnels, visant ainsi à modéliser dans le cadre de cette thèse l'impact d'Alinéa sur ce réseau et à comprendre son effet capacitaire : comment un dispositif psychosocial innovant peut transformer les pratiques, soutenir les intervenants et favoriser une trajectoire de reconstruction pour les familles.

Expérimentation 3114 en milieu pénitentiaire

Une expérimentation, visant à évaluer la faisabilité de rendre accessible le 3114 (numéro national de prévention du suicide) en milieu pénitentiaire se déroule actuellement. Cinq établissements pénitentiaires et quatre centres de réponse 3114 ont intégré ce projet. L'enjeu est d'évaluer à la fois la faisabilité technique et la faisabilité organisationnelle, du fait notamment de l'articulation entre différents acteurs : les équipes des centres de réponses 3114, les soignants en milieu pénitentiaire, et les équipes pénitentiaires. L'évaluation permettra d'éclairer la prise de décision sur le maintien, l'arrêt ou l'extension de l'expérimentation à d'autres établissements.

(Résumés fournis par les intervenants)

Mot de clôture des sessions plénières

Dr Cécile OMNES, Co-présidente du comité local d'organisation

Texte non disponible

SAMEDI 27 SEPTEMBRE

(Tous les résumés de la session en visioconférence du samedi matin ont été fournis par les intervenants)

**9H
00**

RÉDUIRE DE 50% LES TENTATIVES DE SUICIDE ET LES IDÉES SUICIDAIRES GRAVES CHEZ LES ADOLESCENTS GRÂCE À UNE INTERVENTION EN MILIEU SCOLAIRE ? OÙ EN EST-ON ?

M. Georges de BUNDEL (Bruxelles)

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

L'essai contrôlé randomisé en grappes SEYLE (The Lancet, 2015), subsidié principalement par des fonds de recherche européens, a évalué 3 programmes de prévention du suicide en milieu scolaire à travers 10 pays européens, 168 écoles, 11 110 élèves (âge médian : 15 ans). QPR (Question, Persuade and Refer), dispositif fort répandu outre-Atlantique, consiste à former les enseignants et le personnel scolaire. ProfScreen dépiste les élèves fragiles par questionnaires et oriente vers des professionnels de santé. YAM (www.y-a-m.org) est une animation universelle de 5h en classe, menée par deux intervenants formés, extérieurs à l'école.

Après 12 mois, QPR et ProfScreen n'ont montré aucune différence significative avec le groupe témoin. Le programme YAM entraîne lui une diminution de 50% des idées suicidaires graves, une diminution de 50% des passages à l'acte suicidaire et une diminution d'environ 30% des dépressions. Ces résultats semblent corroborés, notamment par une revue systématique (American Journal of Psychiatry, 2020) qui a parcouru plus de 20.000 articles dont 97 essais contrôlés randomisés. La puissance d'un programme comme YAM réside probablement dans une co-construction, un cadre structurant et sécurisé qui permet aux vécus et aux représentations des élèves de s'exprimer et d'évoluer. S'ensuivent de meilleures connaissances sur la santé mentale, moins de stigmatisation, plus de socialisation, plus de solidarité et plus de recherche d'aide. 170.000 élèves de 17 pays - Nord Europe, USA, Inde - auraient bénéficié du programme YAM mais apparemment aucun jeune francophone, hormis les élèves de la vingtaine de Lycées lorrains impliqués dans l'étude SEYLE. YAM a été breveté par l'Institut Karolinska de Stockholm. Initier le programme en français nécessiterait un minimum de 50.000 €, dont une licence de 4,55 € due pour chaque élève. Un tel coût constitue-t-il un frein majeur ? Pourquoi alors ne pas développer un programme francophone « open source » inspiré des principes opérants mis en lumière par l'étude SEYLE et par les autres -rares- dispositifs de promotion du bien-être à l'école qui ont montré leur efficacité ?

Pour l'asbl « La Vie devant soi », Georges De Bundel, debundel@gmail.com

**9H
15**

MOBILISER LE GENRE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTES ET JEUNES ADULTES

Lea LOUBET (Paris)

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

Lea Loubet (Université Paris Cité, ECEVE), Joëlle Kivits (Université Paris Cité, ECEVE), Virginie Bonnot (Université Paris Cité, LPS)

Alors que la pandémie de Covid 19 a mis en lumière la souffrance des adolescent·es et jeunes adultes (AJA) à travers notamment les hospitalisations pour geste suicidaire, les travaux en sciences humaines et sociales suggèrent que ces comportements sont, en partie au moins, liés au genre.

Les modalités d'action de prévention des conduites suicidaires dépendent de la manière dont sont définies ces conduites, leurs causes supposées, souvent multiples et difficilement saisissables. Le genre, largement utilisé dans le langage courant en lien avec l'identité des individus, est également défini comme un rapport social dans les sciences humaines et sociales. Cette communication s'appuie sur une recherche doctorale en santé publique et sociologie ayant pour objectif de questionner l'intégration de cadres d'analyse issus des études de genre dans la prévention des conduites suicidaires des AJA.

Alors que la littérature scientifique en prévention du suicide appelle à intégrer des modalités de compréhension et d'action issues de la santé publique, et que la santé publique appelle à intégrer des approches par le genre, la recherche en prévention des conduites suicidaires des jeunes pourrait bénéficier de cette nouvelle perspective. Au terme de trois volets de recherche, plusieurs opportunités d'action apparaissent, à la fois dans les méthodes de recherche, dans les contenus des interventions à destination des jeunes et les méthodes d'évaluation. Enfin une réflexion est soulevée en lien avec l'action publique sur les contours de la prévention du suicide et ses acteurs. Finalement l'intérêt du genre serait de compléter les pratiques actuelles et permettre de réfléchir à d'autres espaces de la prévention, notamment à partir d'un modèle de santé publique.

**9H
30**

ADAPTATION DU PLAN DE SÉCURITÉ À LA POPULATION ADOLESCENTE : UNE PROPOSITION ISSUE DE L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE L'ÉQUIPE DE LIAISON DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL
Thomas HUPPERT (Argenteuil)
Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

Le plan de sécurité développé par Stanley et Brown a montré son efficacité pour réduire la récidive suicidaire ainsi que l'accès aux soins après une tentative de suicide chez les adultes.

Son application à la population adolescente présente néanmoins un certain nombre de limites (sous-entend un individu autonome, n'aborde pas la forme de la communication et ne prend pas spécifiquement en compte le fonctionnement adolescent) et à notre connaissance il n'en a pas été proposé de version adaptée aux spécificités développementales de l'adolescence.

À partir de l'expérience clinique de l'équipe de liaison (médecin et infirmière) de psychiatrie pour adolescents d'Argenteuil, une proposition d'adaptation de cet outil a été réalisée. Les six étapes du PS original ont été redistribuées dans trois rubriques : Protéger – Alerter – Soulager avec plusieurs éléments supplémentaires :

Systématisation de la mise à l'écart des moyens ;

Propositions de modalités d'alerte adaptées à la communication parents-enfants (code couleurs, codes verbaux, etc.) ;

Modalités de surveillance parentale à mettre en place en cas de crise ;

Deux feuillets distincts sont réalisés, un pour les parents et un pour les ados.

Cette proposition présente plusieurs avantages :

Mobilise les adultes responsables et prend pleinement en compte leur importance ;

Propose une médiation entre adultes responsables, ado et professionnels ;

Donne un caractère concret et médical aux préconisations ;

Sert de support à une forme d'éducation sur le sujet (travail sur les fausses croyances, explication des mécanismes).

De nombreuses études sont encore nécessaires pour améliorer et valider cet outil, à l'heure actuelle, une première étude qualitative a été réalisée pour étudier l'expérience vécue des infirmiers lors de l'implémentation de cet outil sur le service.

**9H
45**

EXPÉRIENCE VÉCUE D'INFIRMIER(E)S DE L'IMPLÉMENTATION DU PLAN DE SÉCURITÉ AU SEIN D'UN SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT : UNE RECHERCHE QUALITATIVE.

Vincent BOUILLAULT (Pontoise)

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

Depuis 2021, les passages aux urgences pour idées suicidaires (IS) et tentatives de suicide (TS) ont doublé. Le Plan de sécurité (PS), outil pratique de prévention, a été adopté progressivement par de nombreuses équipes dans ce contexte.

Cette recherche explore l'expérience d'infirmier(e)s (IDE) concernant l'implémentation et l'usage du PS auprès d'adolescents dans un service universitaire de psychiatrie. La méthode qualitative IPSE, d'approche phénoménologique inductive, pensée pour la recherche en santé a été utilisée. L'ensemble des IDEs (6 femmes, 1 homme) du service ont été inclus dans une démarche d'exhaustivité.

Deux axes structurant l'expérience ont été dégagés : "faire un plan de sécurité" ; "et après ...".

Les IDEs rapportent une appropriation rapide de cet outil, mais qui se fait différemment dans les différentes unités. Le PS, plutôt qu'un outil de TCC, est utilisé comme un outil relationnel tant avec l'adolescent, que comme outil d'inclusion des parents aux soins, et comme un lien entre les unités et vers des relais extérieurs. Cette implémentation d'un soin que les IDE s'approprient et utilisent en autonomie les confronte néanmoins à des nombreux questionnements en lien avec la responsabilité nouvelle qu'ils perçoivent.

Des recommandations concrètes sont ainsi dégagées : l'utilité d'un aspect matériel du PS, malgré le développement de son homologue numérique, ainsi que la nécessité d'un accompagnement de la mise en place d'un outil qui expose dans la relation.

**10H
00**

OPPORTUNITÉS ET OBSTACLES À L'IMPLÉMENTATION DU DISPOSITIF SENTINELLE ÉTUDIANTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN ÎLE-DE-FRANCE : RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE ET PARTICIPATIVE

Laetitia DOUDET

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

Laetitia Doudet¹, Nina Wiame Brahimi¹, le Groupe des Jeunes Chercheur·e·s¹, Solenne Bonneterre¹, Pierre-julien Coulaud²

1. Nightline France, Paris

2. Centre d'Épidémiologie et de Recherche en Santé des Populations (CERPOP), Université de Toulouse, Inserm, Toulouse

Depuis 2022, l'association Nightline a mis en place le dispositif Sentinelle Étudiante au sein d'établissements de l'enseignement supérieur dans l'optique de former des étudiant·e·s bénévoles à repérer et orienter leurs pairs en détresse psychologique vers des services de santé adaptés. Afin d'améliorer ce dispositif, nous avons mené une étude qualitative pour identifier les facteurs individuels et structurels qui influencent la mise en œuvre du dispositif Sentinelle Étudiante dans les établissements d'Île-de-France. Cette étude a été menée par des étudiant·e·s formé·e·s à la recherche dans le cadre du Programme Jeunes Chercheur·e·s Nightline 2024/2025. Entre mai et juin 2025, les jeunes chercheur·e·s ont mené 20 entretiens auprès de bénévoles Sentinelles (n=10), de référent·e·s d'établissements (n=7) et de l'équipe de coordination du dispositif (n=3). Après retranscription, les jeunes chercheur·e·s ont commencé l'analyse thématique des entretiens. Nos premiers résultats indiquent que la formation dispensée par Nightline permet d'améliorer la capacité des bénévoles à mener leurs actions de soutien auprès de leurs pairs (repérer et orienter). Néanmoins, certaines bénévoles ont exprimé des difficultés à engager des discussions sur la santé mentale avec des étudiant·e·s repéré·e·s (manque de légitimité, incertitudes liées au repérage). Pour surmonter ces difficultés, une partie d'entre-elles ont rapporté avoir développé des nouvelles stratégies pour prendre contact avec leur pairs (via les réseaux sociaux, posture amicale). Bien que le dispositif repose sur des réseaux

de bénévoles, les entretiens mettent en évidence un besoin de renforcer l'animation et la cohésion entre bénévoles au sein de chaque établissement. De plus, le niveau d'implication des établissements auprès des bénévoles semble être influencé par la motivation du personnel chargé de la santé étudiante et par les ressources qui leur sont allouées (manque de personnels dédiés à la santé mentale). Enfin, les répondants ont mis en avant que la santé mentale étudiante occupe une place grandissante dans l'espace public et médiatique, pouvant favoriser l'engagement des bénévoles et des établissements dans la mise en œuvre d'un dispositif de pair-aidance.

**10H
15**

LA DEMANDE D'AIDE POUR DES IDÉES SUICIDAIRES CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY

Isis CANT-DIOT (Paris)

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

En France, la prévalence des idées suicidaires dans la population étudiante est plus élevée qu'en population générale (9 à 19% contre 4,2%). Cette population présente des caractéristiques sociales, environnementales particulières, ainsi que des ressources dédiées à la prévention et la prise en charge en santé mentale spécifiques.

Cette étude a pour objectif d'identifier le parcours de soins des étudiants présentant des idées suicidaires. Elle a été réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme, en ligne, diffusé à l'ensemble des étudiants de l'Université Paris-Saclay, du 16 mai 2025 au 27 juin 2025, via le Service de Santé Étudiante. L'analyse a porté sur 198 répondants, et sont présentés ici les résultats préliminaires de l'étude.

Les 3 ressources les plus connues par les étudiants étaient les consultations du Service de Santé Étudiante (66,7%), le numéro 3114 (50,5%) et Nightline (41,9%). 8,6% des répondants ne connaissaient aucune des 26 ressources citées. Les 3 ressources les plus utilisées étaient les consultations du Service de Santé Étudiante (15,7%), puis le Centre Médico-Psychologique (7,1%) et le Pôle de Prévention de Santé de l'Université (4,5%). 68,2% des étudiants n'avaient utilisé aucune des ressources citées.

Parmi les étudiants ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 55,4% en avaient parlé, et ce principalement à un.e ami.e (64,5%) ou à un.e professionnel.le de santé (64,5%). La première personne à qui étaient dévoilées les idées suicidaires était majoritairement un.e ami.e (38,7%), puis un.e professionnel.le de santé (35,5%) ou un.e membre de la famille (22,6%).

Ces résultats préliminaires fournissent des pistes concernant la mobilisation des ressources dans cette population, notamment des ressources non soignantes, qui seront à approfondir au cours d'autres études.

**10H
30**

UTILISATION DES SERVICES ET ADÉQUATION DES TRAITEMENTS CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LES INTERNES SOUFFRANT DE DÉPRESSION EN FRANCE : UNE ÉTUDE NATIONALE

Laure VERGERON (Paris)

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

En 2021, une étude transversale évaluant la santé mentale et le recours aux soins des étudiants en médecine de la deuxième à la douzième année dans les douze derniers mois a reçu plus de 15.000 réponses, dont 10.320 étaient analysables car les répondants avaient fourni leur année d'étude et répondu à au moins une question de l'échelle de dépression. La présence de dépression a été évaluée par la passation en ligne de la CIDI-SF, celle du burnout par le MBI, et le recours aux soins a été évalué par des QCMs.

Cette étude a mis en évidence une prévalence de 25% d'un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois, et 64% des externes et internes ont présenté un burn-out dans les douze derniers mois. En population non déprimée, seuls 22% ont eu recours à un généraliste ou un

psychiatre dans les douze derniers mois ; sur la même période, 6,8% ont pris des hypnotiques, 14% des anxiolytiques, et 11% de l'homéopathie.

En population déprimée, seuls 55% ont vu un généraliste ou un psychiatre dans les douze derniers mois, et seuls 20% ont reçu un traitement recommandé (antidépresseur, thymorégulateur et/ou APA). La période la plus à risque de dépression est l'externat. Les hommes consultent deux fois moins que les femmes mais sont mieux pris en charge au plan pharmacothérapeutique. Plus les étudiants vieillissent, mieux ils sont pris en charge, mais également plus ils consomment d'anxiolytiques et d'hypnotiques (auto-prescription?). La prise en charge est meilleure quand elle se fait conjointement avec un généraliste et un psychiatre plutôt qu'avec l'un ou l'autre uniquement. Le temps de travail et la précarité sont des facteurs de risque de troubles mentaux mais ne diminuent pas le recours aux soins.

Ces résultats soulignent à la fois une perte d'opportunité d'intervention de prévention en population non déprimée, qui a peu recours aux soins, et une moins bonne prise en charge de nos collègues plus jeunes ou femmes qui invite à questionner des biais âgistes et sexistes dans nos exercices. L'étude a été reconduite en 2024, les résultats sont à paraître.

Références :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178124002609?via%3Dihub>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722002245?via%3Dihub>

**10H
45**

LIGNE ADOS : OÙ QUE TU SOIS, ON ENTEND TON APPEL

Morgane CONTESSOTTO (Genève)

Modérateur : Dr Charles-Edouard NOTREDAME

Le suicide représente la 1^e cause de mortalité en suisse pour les 15-29 ans, d'où l'importance de penser à des moyens de prévention. La réponse téléphonique représente un outil clé en matière de prévention et d'intervention en santé mentale. À Genève, MALATAVIE unité de crise, qui est rattachée au service de pédopsychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève, gère depuis 1996 une ligne d'écoute disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, s'adressant aux jeunes de moins de 25 ans avec des idées suicidaires. Ce dispositif est animé par une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues et d'infirmier·ère·s formé·e·s spécifiquement à cette mission. Leur rôle comprend l'évaluation de la situation et de l'urgence, l'accompagnement psychologique, l'orientation vers les structures appropriées, ainsi que la proposition d'entretiens cliniques si nécessaire.

Dans cette présentation, nous exposons le fonctionnement du dispositif Ligne Ados dont le cœur repose sur un principe fort : la continuité du lien.

Le·la professionnel·le qui prend en charge le premier appel est également celui ou celle qui rencontre le·la jeune en présentiel, si une suite est donnée. Cette continuité relationnelle, du premier contact à l'entretien clinique, facilite la création d'une alliance thérapeutique et permet un passage plus fluide entre la demande d'aide et l'accès aux soins. En alliant accessibilité, expertise et suivi personnalisé, la Ligne Ados constitue un maillon fondamental du réseau de soins en santé mentale pour les jeunes à Genève.

**11H
00**

LES ULYSSES® : UNE CLINIQUE DU RÉCIT FACE AU SUICIDE
Emilie SAUVAGET (La Rochelle)
Modérateur : Pr Stéphane AMADEO

Les Ulysses® proposent une constellation de récits singuliers (agriculteurs, étudiants, soignants, policiers, pairs aidants, retraités) ayant traversé une crise suicidaire et choisi de la raconter, non comme une fin mais comme un point d'infexion. Ces récits sont recueillis dans un cadre protecteur : candidature par mail, explicitation du projet, entretien clinique d'évaluation, présentation à un comité pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistante sociale, assistantes administratives, journaliste scientifique, illustratrice), tournage et montage par un journaliste scientifique, validation collégiale selon les recommandations internationales, relecture finale par le témoin, suivi clinique différé. L'accompagnement des témoins constitue un élément éthique central.

Le dispositif articule trois supports : (1) des témoignages filmés, (2) des planches illustrées donnant naissance à une bande dessinée clinique relevant de la médecine narrative, et (3) un site internet (www.lesulysses.fr) mis en ligne le 10 septembre 2025. Un questionnaire standardisé, placé sous les vidéos, évalue l'effet perçu des récits sur l'espoir, le sentiment de solitude, la compréhension de la crise et la représentation du rétablissement.

L'hypothèse clinique est que la parole, lorsqu'elle est accompagnée, reconnue et transmise, peut avoir un effet protecteur et transformer l'expérience suicidaire en ressource de prévention. Sur le plan théorique, le projet s'appuie sur Paul Ricœur (identité narrative, reconnaissance), la médecine narrative et la psychodynamique des institutions. Sur le plan scientifique, il se fonde sur les travaux de Niederkrotenthaler et al. (Papageno effect), confirmés par des études récentes (Till & Niederkrotenthaler, 2018 ; Yuan, 2023 ; Stack, 2024), qui montrent que l'exposition à des récits de rétablissement peut réduire l'idéation suicidaire, favoriser la recherche d'aide et renforcer l'espoir.

**11H
15**

DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE AU SUICIDE MATERNEL
Virginie JACOB-ALBY (Angers)
Modérateur : Pr Stéphane AMADEO

L'objectif de notre propos est d'explorer les mécanismes à l'œuvre dans les cas de passages à l'acte suicidaire en période de post-partum. Il s'agit ici de souligner l'importance de l'accompagnement pluridisciplinaire, tant psychologique, médical que social, dans la mise en place d'un maillage pluridisciplinaire autour des mamans en cas de dépression périnatale et cela dès le début de la grossesse.

Après une revue de la littérature sur les enjeux de l'accompagnement des femmes en ante- et post-partum, nous nous proposerons l'étude d'un cas clinique illustrant les points aveugles du système de soins alors que nous savons que le rapport de L'HAS de 2024 nous rappel l'évitabilité de ces passages à l'acte mortels.

La dynamique suicidaire en post-partum est multifactorielle, prenant sa source en période anténatale et parfois bien en amont, mêlant des facteurs endogènes et exogènes pour des femmes confrontées aux attendues supposées de la société envers la jeune mère. Il est également à noter que l'accompagnement de la dépression du post-partum se fait de façon inégale sur les différents territoires, par manque de moyens effectifs ou structurels, laisse échapper certains sujets au maillage professionnel et mène parfois un passage à l'acte.

**11H
30**

AIDE PSYCHOLOGIQUE AUX ENTREPRENEURS EN SOUFFRANCE AIGUË (APESA)
Jean-Luc DOUILLARD (Saintes)
Modérateur : Pr Stéphane AMADEO

APESA (Aide Psychologique aux Entrepreneurs en Souffrance Aiguë, www.apesa-France.com) est un dispositif qui permet à tout artisan ou commerçant en souffrance psychologique aiguë, de bénéficier d'une prise en charge psychologique, rapide, gratuite, confidentielle et à proximité de son domicile, par un psychologue libéral formé à la conduite d'un entretien de crise et aux procédures de traitement des difficultés des entreprises.

Le premier dispositif a été créé à Saintes en 2013 et depuis, 102 autres dispositifs ont été développés particulièrement en lien avec les tribunaux de commerce et les chambres de commerce et de l'industrie, puisque les chefs d'entreprise sont souvent très éprouvés dans leur identité par les procédures collectives (redressement ou liquidation judiciaire).

7000 sentinelles ont été formées depuis 2013, ce sont des acteurs du monde économique essentiellement (juges, mandataires judiciaires, greffiers, experts-comptables, avocats, magistrats, chefs d'entreprise, conseillers CCI ou CMA.....).

Un dispositif d'alerte efficace (Fiche alerte numérique individuelle).

Une coordination nationale des alertes pour un rappel rapide du dirigeant identifié et un premier entretien psychologique par téléphone.

Un réseau de 1850 psychologues libéraux qui prennent le relais et qui vont consulter en cabinet les dirigeants concernés.

Cinq consultations sont offertes aux dirigeants en souffrance avec l'objectif de désamorcer la crise.

Des financements qui permettent sur chaque département de financer la coordination des alertes et les consultations des psychologues.

A ce jour, 15 000 chefs d'entreprise ont été repérés par une sentinelle et pris en charge dans le dispositif.

**11H
45**

ÉTAT DES LIEUX DU DEUIL ET DE SON ACCOMPAGNEMENT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ
Fanny LARUE (Paris)
Modérateur : Pr Stéphane AMADEO

Ce projet de recherche-action national (2023–2025), mené par l'association Empreintes avec le soutien de la DGS et de l'ARS Île-de-France, vise à améliorer la santé mentale des personnes endeuillées exposées à des inégalités sociales (migration, détention, précarité, protection de l'enfance, violences - féminicides, suicides forcés-).

S'appuyant sur une analyse qualitative approfondie de plus de 25 entretiens réalisés auprès de professionnels et de personnes concernées, et guidée par un Comité de pilotage composé d'experts pluridisciplinaires, la recherche a permis d'identifier une typologie des deuils rencontrés en contexte d'inégalités sociales, souvent marqués par des singularités cumulatives.

Si la question du suicide a été peu évoquée spontanément par les professionnels, elle traverse de façon significative les récits des personnes concernées, en particulier les victimes et les personnes incarcérées, sous des formes diverses : tentatives de suicide ou suicides d'auteur de violences, passages à l'acte de victimes, idées suicidaires, ou exposition à des suicides dans l'entourage proche. Le sentiment d'injustice face à l'absence ou l'insuffisance de réponse judiciaire vient renforcer un vécu de culpabilité, de colère ou d'isolement.

Ces éléments soulignent la nécessité d'une reconnaissance accrue des liens entre deuil, vulnérabilités et suicidologie, et appellent à un meilleur outillage des professionnels pour aborder ces questions dans leurs pratiques.

Le rapport final présente résultats, analyses et recommandations visant à mieux accompagner ces publics vulnérables, et prévoit des actions de diffusion pour renforcer la prise en compte de ces enjeux dans les pratiques professionnelles et les politiques publiques.

**12H
15**

PHÉNOTYPAGE DU SUICIDE : UN NOUVEL HORIZON POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT
Louis JEHEL (Amiens)
Modérateur : Pr Stéphane AMADEO

Le phénotypage du suicide est une approche innovante visant à mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux comportements suicidaires, en intégrant des données neurobiologiques, cognitives, comportementales et linguistiques. Les recherches ont mis en évidence des altérations spécifiques dans le cerveau des personnes à risque de suicide, notamment une hyperactivité de l'amygdale, une hypoactivité du cortex préfrontal et un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo- hypophysio-surrénalien. Ces anomalies contribuent à des biais cognitifs, comme un biais attentionnel accru, une rigidité cognitive, et des troubles de la mémoire autobiographique. L'intégration de l'intelligence artificielle (IA) dans ce domaine renforce les perspectives de prévention et de traitement. Grâce à l'apprentissage automatique, il devient possible de développer des modèles prédictifs capables de repérer les signaux de risque de manière précoce. Les avantages de cette approche incluent une précision accrue et une capacité de surveillance continue. L'IA peut également fournir une assistance aux cliniciens, en améliorant leur capacité de repérage des signes pertinents présents chez les personnes potentiellement vulnérables. Ainsi, le phénotypage du suicide offre une approche intégrée et individualisée pour la prévention et le traitement des comportements suicidaires, ouvrant la voie à une médecine de précision en suicidologie.

**12H
30**

LA RECHERCHE EN ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRÉVENTION DU SUICIDE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE ET EN MARTINIQUE
Stéphane AMADEO (Fort-de-France)

Stéphane Amadéo

Professeur Associé à l'Université des Antilles, Chef du pole Hospitalo Universitaire, CHMD-PHU. Martinique. Président d'honneur-Fondateur de SOS Suicide, membre du GEPS, représentant IASP de la Martinique

Maya Amiot-Rereao

Psychologue, CHPF, ex Vice-Présidente de SOS Suicide, Doctorante en santé publique, membre du GEPS, représentante IASP de la Polynésie française.

Introduction : Depuis le début des années 2000, nous avons mené des actions et des recherches en prévention du suicide en Polynésie française (études épidémiologiques, création d'une ligne de crise, d'un centre et dispositifs originaux de prévention du suicide), puis en Martinique (autopsies psychologiques, création d'un centre 3114 et projet de Centre de Prévention du suicide) dont les résultats préliminaires ont été présentés pour la première fois en France.

Méthode et résultats : Certains travaux épidémiologiques ont mis en œuvre des protocoles établis par des centres collaborateurs de l'OMS (CCOMS) :

- START (CCOMS Brisbane) sur la prévalence et les caractéristiques des personnes décédées par suicide et ayant réalisé une tentative de suicide après admission aux urgences en Polynésie française pendant 3 ans (554 cas), et sur un dispositif de prévention des récidives de tentative de suicide par psychoéducation et contacts téléphoniques pendant 18 mois.,
- SMPG (CCOMS Lille) sur la prévalence des idées, tentatives de suicide et pathologies mentales ainsi que les représentations socio-culturelles.

D'autres sont des protocoles originaux :

- SMC/EMI, dispositif expérimental de soins préventifs soutenu par la Fondation de France, intégrant des soins traditionnels/culturels Polynésiens, à la fois soins psycho-corporels et pharmacopée.
- AUTOPSOM, autopsies psychologiques des personnes décédées de suicide en Polynésie française et en Martinique, protocole élaboré avec l'expertise du Pr M. Séguin (Québec), dont les résultats préliminaires seront présentés.

Conclusion : Les résultats de ces études épidémiologiques, dont certaines n'ont jamais été développées en France métropolitaine comme les autopsies psychologiques, ainsi que les approches culturelles peuvent contribuer à une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection ainsi qu'à des actions préventives du suicide.

12H
45

QUE DIT LA PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE DU SUICIDE ASSISTÉ

Faroudja HOCINI (Paris)

Modérateur : Pr Stéphane AMADEO

Avec Bruno DALLAPORTA (*philosophe*)

Des sondages énoncent que 90 % des Français sont favorables à une « aide à mourir ». Or, ces avis sont ceux des bien portants à distance de la fin de vie. En situation réelle, les chiffres varient entre 1 à 3%, si bien que les media focalisent sur des cas rares et oublient les enjeux à long terme et pour le collectif et les plus vulnérables dans un système de soins fragilisé. L'expérience des pays étrangers montrent que le cadre initialement prévu finit par s'élargir aux mineurs, aux personnes souffrant de troubles psychiatriques ou cognitifs.

Par ailleurs, l'expression « aide à mourir » entraîne implicitement une adhésion (tout le monde souhaite « aider et être aidé ») mais surtout elle alimente les plus grandes confusions.

En réalité, il existe cinq situations qui relient l'acte médical et la mort. Il faut impérativement les dissocier pour passer du réflexe à la réflexion.

Cas n°1 : l'abstention. Le médecin, au risque de hâter la mort, décide de ne pas entreprendre un traitement quand survient une complication : par exemple, une personne de 90 ans ne sera pas transférée en réanimation car on sait d'expérience qu'elle ne supportera pas ce traitement.

Cas n°2 : l'antalgie. Le médecin prescrit des traitements anti-douleurs puissants, de type morphinique ou des sédatifs, au risque d'accélérer la mort : par exemple chez une personne souffrant de métastases osseuses hyperalgiques.

Cas n°3 : les limitations et arrêts de traitement. Le médecin peut limiter ou arrêter un traitement vital s'il est jugé inutile ou disproportionné même si cela précipitera la mort : par exemple il est possible de stopper une dialyse (suppléance artificielle des reins) chez une personne en fin de vie afin de lui éviter une obstination déraisonnable. De même une personne peut décider de limiter ou d'arrêter ses traitements.

Ce que recouvre l'expression « aide à mourir » consiste dans les cas 4 et 5 : suicide assisté et euthanasie.

Cas n°4 : le suicide assisté. Le médecin prescrit une substance létale que la personne sera « libre » d'ingérer ou non (ou de déclencher une perfusion).

Cas n°5 : l'euthanasie. Le médecin injecte un produit mortel et provoque délibérément la mort.

Il est essentiel de réaliser que l'interdit de donner la mort (même à la demande d'autrui), se situe très précisément entre les cas 1-2-3 et les cas 4-5. Dans les cas 1-2-3, on a l'intention de soulager au risque que la mort survienne, alors que dans les cas 4 et 5, on provoque la mort pour soulager.

Il existe de grands amalgames entre ces cinq situations au sein du grand public. Les personnes vont dire « je suis pour l'euthanasie, car il est inadmissible de laisser souffrir ». Or ceci correspond au cas n°2 (antalgie) qui est moral mais aussi légal depuis la loi dite Léonetti de 2005.

Elles vont dire « je suis pour l'euthanasie car je trouve que l'acharnement thérapeutique est insupportable, on doit être libre d'arrêter ses traitements quand ça fait trop ». Or lutter contre l'obstination déraisonnable (cas n°3) fait partie des bonnes pratiques. Autrement dit, nous réclamons quelque chose qui est déjà possible, mais dont nous sommes très mal informés, les lois précédentes n'ayant pas été enseignées ni transmises. Comment débattre d'un sujet de société aussi crucial quand le travail minimal de définitions n'a été ni réalisé ni assimilé, quand les lois de 2005 et de 2016 n'ont pas été transmises ?



ALBUM PHOTO









