



**HAL**  
open science

# Incidence de la récurrence suicidaire dans l'année qui suit un premier passage à l'acte : une cohorte historique avant la modification de l'offre de soins : étude RAPPAS

Marie Picon

## ► To cite this version:

Marie Picon. Incidence de la récurrence suicidaire dans l'année qui suit un premier passage à l'acte : une cohorte historique avant la modification de l'offre de soins : étude RAPPAS. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02430164

**HAL Id: dumas-02430164**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02430164v1>**

Submitted on 7 Jan 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

Année : 2019

**INCIDENCE DE LA RECIDIVE SUICIDAIRE DANS L'ANNEE QUI SUIVIT UN  
PREMIER PASSAGE A L'ACTE.  
UNE COHORTE HISTORIQUE AVANT LA MODIFICATION DE L'OFFRE DE  
SOINS.  
ETUDE RAPPAS**

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

PICON Marie

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le 19/12/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur BOUGEROL Thierry

Membres :

M. le Docteur GODECHOT Benjamin, directeur de thèse

M. le Docteur DUBUC Marc

M. le Professeur FRANCOIS Patrice

M. le Professeur POULET Emmanuel

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale  
**PR Ass.MG** : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale  
**MCF Ass.MG** : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

## REMERCIEMENTS

### AUX MEMBRES DE MON JURY,

**A Monsieur le Professeur BOUGEROL**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez accepter pour cela l'expression de ma profonde reconnaissance. Je vous remercie également pour la qualité de vos enseignements, votre disponibilité et votre soutien.

**A Monsieur le Docteur Benjamin GODECHOT**, je te remercie de la confiance que tu m'as accordée, ton accompagnement, tes conseils et tes encouragements durant ces presque deux années de préparation.

**Au Professeur POULET**, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury et d'apporter votre expertise clinique à ce travail.

**Au Docteur Marc DUBUC**, je vous remercie pour vos enseignements et votre bienveillance.

**Au Professeur Patrice FRANCOIS**, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de soutenance et d'apporter votre éclairage à ce travail.

### Je tiens à remercier également

Tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail avec des remerciements particulier au Dr. Dols, merci pour ton aide précieuse, ta disponibilité et ta rigueur, à Mme El Amrani, pour votre dynamisme, ainsi qu'aux différents médecins avec qui j'ai pu échanger dans le cadre de ce travail.



Aux médecins et équipes qui ont participé de près ou de loin à mon apprentissage, avec une petite dédicace à l'ensemble de l'équipe de Groddeck, avec laquelle j'ai découvert le monde de l'addictologie, et que j'ai hâte de retrouver en janvier.

Enfin, aux patients et à leur tolérance bienveillante.

## **A MA FAMILLE**

Maman, papa, je ne vous remercierai jamais assez pour tout votre amour, votre confiance et votre soutien, ce travail c'est avant tout à vous que je le dois. Maman, merci d'avoir suivi cette longue épopée depuis le début, tu n'as jamais compté les heures à m'écouter réciter mes cours, merci pour ton soutien constant, ta douceur, et les « petites parenthèses » quand j'avais besoin de souffler. Papa, merci d'avoir balayé tous mes doutes, de m'avoir toujours recentrée sur mon cap lors de mes remises en question, ta rigueur et ta persévérance te caractérisent et tu seras toujours un modèle à suivre. Désormais tu vas pouvoir plonger et bricoler ton bateau l'esprit tranquille, ne me remercie pas ;) Jérôme, toi et moi difficile de faire plus opposés, plus différents, et pourtant !! Merci d'être toujours présent. A mes grands-parents aussi, qui ne sont pas là et occupent une place particulière dans mon cœur, je les remercie ici pour leur confiance indéfectible et leur amour inconditionnel. Enfin, à Christian, merci pour ta bonne humeur permanente, ton écoute, et Martine, merci également pour ta joie de vivre, ta douceur et tes enseignements ! C'est promis, jeudi j'essaierai de parler lentement, afin que tout le monde me comprenne =)

A ma belle-famille au grand complet, avec des remerciements particuliers pour Isabelle et Philippe, Concan et Charles, Françoise et Maryse. Je tiens à tous vous remercier pour votre

accueil, votre gentillesse et votre disponibilité. Merci également à Bibi et Olivier, Bébelle, Eric et Véronique pour votre soutien, les moments passés à vos côtés sont toujours plaisants !

## **A MES AMIS**

De Chambéry bien sûr : Chochette, presque 30 ans d'amitié, 30 ans à mes côtés! Que dire ? Comment synthétiser ? Merci pour tout, pour ton écoute, la rigolade, les petits verres d'un soir qui finissent en traquenard. Merci d'être toujours là ! J'ai tellement hâte que tu viennes t'installer ici ! Manon, Jojo et Elo, on ne se voit vraiment pas assez souvent mais qu'importe la distance, du moment que nous nous retrouvons !

De Grenoble aussi: Séverine, je n'oublierai jamais notre première rencontre : 3h du matin, autour d'un green chaud sur un parking plein à craquer de jeunes et innocents P2 qui attendaient, tout comme nous, un bus les conduisant sur la route de la médecine, et de ses inqualifiables soirées ! Il ne nous en fallait pas plus pour sceller, toi et moi, une amitié comme, je pense, peu de personnes peuvent affirmer vivre. Pas besoin de se parler pour se comprendre malgré la distance, que je regrette mais qui ne sera jamais un frein pour nous voir j'en suis certaine. Agathou, je ne peux penser à toi sans décrocher un sourire. On a un certain nombre de dossiers à notre actif, heureusement qu'on n'a pas été plus souvent en stage ensemble parce que, à l'évidence, nous n'étions pas très productives toi et moi réunies. Pauline spéciale dédicace à toi, merci pour ton coaching, je crois que tu es la seule à comprendre ce que je ressens le jour J. Vaso et Polo, Bébert et Flore, merci d'être là ! Avec vous, c'est très simple, on est toujours sûr de passer de supers moments!

Et ceux que j'ai eu le plaisir de rencontrer grâce à Mathieu, en particulier Camille, j'ai trouvé en toi une amie sur qui je peux compter, tu m'apportes beaucoup à bien des égards, Cricri

aussi bien sûr ! Merci au passage de me prêter votre canapé pour ces trois prochaines années de DIU =), c'est toujours un plaisir de vous voir ! Albin, Laurent et Camille, on ne se voit pas souvent et c'est bien dommage !

Aux membres de l'USSE, avec qui j'ai découvert le plaisir de la course à pied, en particulier Marie-Hélène, Chantal, merci de m'avoir supportée depuis le début, et Alain, merci d'avoir marqué chacun des entraînements de ton humour redoutable ! Personne ne manie mieux que toi la langue française et ses subtilités ;)

A Mathieu, merci pour ton soutien, ton amour, et d'avoir cru, plus que moi, que ce moment arriverai. Merci de m'avoir permis de me consacrer à mes objectifs ces derniers mois. Je t'aime.

Enfin, et surtout, à mes enfants, Zoé et Côme. Je n'aurais jamais assez de pages pour vous dire tout mon amour. Avec vous, chaque jour m'apporte sa dose d'émerveillement et de joie, vous êtes ma faiblesse et ma force. A vos côtés je me découvre une énergie que j'ignorais. Je vous aime et vous dédie ce travail.

## ABREVIATIONS

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CTAI : Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif

DIM : Département de l'Information Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
OMS : Organisation  
Mondiale de la Santé

OSCOUR® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

TS : tentative de suicide

## **TABLE DES MATIERES**

### **PREMIERE PARTIE : CONTEXTE**

#### **INTRODUCTION**

##### **1. Quelques définitions**

##### **2. Données épidémiologiques à l'échelle nationale**

###### **A. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide**

a. Méthode de recueil

b. Données

###### **B. Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide**

a. Méthodes de recueil

b. Données

##### **3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs de suicide et de tentative de suicide**

###### **A. Facteurs de risque**

a. Psychiatriques

b. Somatiques

c. Socioéconomiques et sociodémographiques

###### **B. Facteurs protecteurs**

a. Relations personnelles solides

b. Croyances religieuses, spirituelles ou culturelles

c. Etat d'esprit axé sur des stratégies d'adaptation positive et de bien-être

4. **Recommandations de prise en charge de la crise suicidaire aux urgences**
  
5. **La prévention de la récurrence, où en est-on ?**
  - A. **Les dispositifs d'interventions intensives**
  - B. **Les dispositifs de veille**
    - a. Historique récent
    - b. Vigilans
  - C. **Application à Grenoble**
    - a. Création du Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI)
    - b. Recontact des suicidants
  
6. **Bibliographie**

## **DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL DE RECHERCHE**

### **Résumé**

### **Article**

- Introduction
- Matériel et méthodes
- Résultats
- Discussion

### **Conclusions**

### **Bibliographie**

### **Annexe**

### **Serment d'Hippocrate**

## **PREMIERE PARTIE : CONTEXTE**

## INTRODUCTION

Avec 25 décès par jour, près de 9000 par an, et 10 à 40 fois plus de tentatives de suicide en France [1], le suicide demeure un problème majeur de santé publique et sa prévention une des douze mesures d'urgence prononcées par la Ministre de la Santé et des solidarités en 2018.

Tour à tour condamné, pénalisé, toléré, voire accepté, la complexité de ce phénomène et l'impossibilité de lui apporter une explication scientifique univoque laisse dans le désarroi ceux qui y sont confrontés.

Néanmoins, les connaissances en matière de comportements suicidaires ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. La recherche a, par exemple, mis en exergue l'importance de l'interdépendance entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux dans le déterminisme des comportements suicidaires. Parallèlement, l'épidémiologie a permis d'identifier de nombreux facteurs de risque et de protection aussi bien au sein de la population générale qu'au sein des groupes vulnérables. La variabilité culturelle du risque de suicide s'est faite également plus évidente, la culture pouvant s'avérer un facteur de risque aggravant ou, au contraire, un important facteur de protection contre le comportement suicidaire.

Malgré la recherche actuelle, les stratégies thérapeutiques efficaces font encore défaut. Et s'il n'est pas possible d'établir un lien de causalité direct entre un facteur et ce phénomène, toutes les études portant sur les facteurs de risques s'accordent à reconnaître qu'un antécédent de tentative de suicide est le facteur de risque le plus important de nouvelle tentative de suicide et de décès par suicide, d'où l'importance de développer des mesures de prévention de la récurrence suicidaire.

Les travaux actuels poussent à penser que la stratégie de prévention doit être basée sur l'organisation du suivi et le maintien du contact avec les suicidants qui sont majoritairement pris en charge par les services d'urgences hospitalières.



Ainsi, en France, le développement de dispositifs et d'actions visant à maintenir le contact avec les suicidants constitue l'un des 5 axes de travail du groupe de travail dédié à la prévention du suicide du Comité National de Santé Mentale, instauré en 2016. Deux approches tendent à montrer une efficacité en matière de prévention de la récurrence : les dispositifs d'intervention intensive et les dispositifs de veille.

Ce travail se compose de deux parties. Dans un premier temps, nous ferons quelques rappels de définitions. Puis nous décrirons les données épidémiologiques afin de décrire l'état actuel de la problématique suicidaire en France. Après avoir rappelé les principaux facteurs de risques associés aux conduites suicidaires, les facteurs de protection et les recommandations actuelles de leur prise en charge aux urgences dans leurs grandes lignes, nous ferons l'état des lieux des mesures de prévention de la récurrence suicidaire, qui permettra d'introduire notre travail de recherche présenté en seconde partie.

La seconde partie présentera donc une étude épidémiologique visant à décrire l'incidence de la première récurrence suicidaire à un an au sein d'une cohorte de suicidants admis aux urgences du CHU de Grenoble pour une première tentative de suicide. Ce travail permettra de constituer un état des lieux de la prise en charge de cette population dans la région grenobloise avant la modification des dispositifs de soins de la filière de suicidologie. Sa réplication ultérieure permettra d'évaluer l'impact de la modification de l'offre de soins, avec l'implantation du Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI) et de Vigilans, sur la récurrence suicidaire.

## **1. Quelques définitions**

Le suicide, par son étymologie, désigne une mort violente (« caedere » : frapper, tuer) donnée par le sujet lui-même (sui : soi-même) est défini par l'OMS comme « *tout acte délibéré de mettre fin à ses jours, accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale* » [2].

La tentative de suicide (TS) est plus difficile à définir. L'OMS la définit comme « *tout comportement suicidaire non mortel et acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas* » [3]. En incluant « l'auto-agression non mortelle sans intention de suicide », cette définition suscite de nombreuses interrogations. En effet, l'intention de suicide se révèle souvent difficile à évaluer du fait, d'une part, de l'ambivalence fréquemment retrouvée chez les patients et, d'autre part, des possibilités de sa dissimulation. De fait, il se peut que des cas de décès dus à une auto-agression sans intention de suicide, ou à des tentatives de suicide avec intention initiale de suicide mais au cours desquelles les suicidants ont changé d'avis trop tard, soient inclus dans les données relatives aux décès par suicide.

La distinction entre les deux est donc très subtile et il est difficile de vérifier combien de cas sont imputables à l'auto-agression avec ou sans intention de suicide.

Les idées suicidaires correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort. Ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires.

La crise suicidaire, en amont d'un geste suicidaire, est définie par l'HAS comme « *une crise psychique, constituant un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle correspond à la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise mais qui lui confère sa gravité. Cet état, temporaire et réversible, non classé nosographiquement, correspondant à un état de rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement* » [4]. Sa durée habituelle est de 6 à 8 semaines.

La conférence de consensus de 2000 [4] rappelle la difficulté du repérage de la crise suicidaire : « *ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents ; lorsqu'ils existent-ils se manifestent par des signes peu spécifiques et ne permettent pas de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte* ». Son diagnostic repose sur le triptyque de la manifestation d'idées suicidaire, de la manifestation d'une crise psychique et d'un contexte de vulnérabilité.

La longueur de cette définition ainsi que l'absence de consensus international sur ses critères de définition témoignent de la complexité de ce phénomène. Cette complexité se retrouve également au travers des différents termes employés dans la littérature internationale : « self-harm », « non-suicidal self-injury », « self-injurious behavior », « suicide attempt » dans un souci de faire la distinction entre des comportements d'automutilation qui seraient différents des comportements suicidaires selon que soit retrouvée ou non une intention de suicide consciente [5]. Cette distinction demeure très controversée.

La définition de l'HAS rappelle donc que l'intentionnalité ne peut être un critère pour distinguer un geste auto-agressif d'un autre qui serait considéré comme suicidaire. Ainsi, nous considérerons dans notre étude présentée en seconde partie que tout geste auto-agressif s'inscrit de fait dans un moment de crise psychique, de souffrance et de vulnérabilité, et correspond de fait à un geste suicidaire.

Est qualifiée de suicidaire toute personne qui, par son comportement, ses paroles ou ses écrits fait craindre qu'elle serait capable de commettre un geste suicidaire.

Le suicidant est le patient « survivant à un geste suicidaire ».

Le terme suicidé désigne tout individu dont le décès est la conséquence d'une conduite suicidaire.

## **2. Données épidémiologiques à l'échelle nationale**

### **A. Données épidémiologiques sur la mortalité liée au suicide**

#### a. Méthode de recueil

La source principale d'information pour mesurer la mortalité par suicide provient de l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins constatant les décès. Ces bulletins sont centralisés et analysés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

#### b. Données

En France métropolitaine, les dernières données du CépiDc font état de 8948 décès par suicide en 2015 [6]. Toutefois, ce chiffre serait sous-estimé, et cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 10% [7], portant ce nombre à près de 10 000. En effet, un certain nombre de suicides ne sont pas identifiés à partir de cette statistique nationale des décès : c'est le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée (incertitude de l'intentionnalité de l'acte), alors classées dans la rubrique « causes inconnues ou non déclarées » ou « traumatismes et empoisonnement non déterminé quant à l'intention » de la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, constaté dans tout le territoire, la France continue de présenter un des taux de suicide les plus élevés au sein des

pays européens, occupant le 10<sup>ème</sup> rang sur 32, derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique [1].

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, entraînant respectivement 6 661 et 2 224 décès [1]. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette surmortalité des hommes par suicide touche tous les pays mais, dans une proportion plus forte, les pays à revenu élevé comme la France [3].

De même, si le suicide touche toutes les tranches d'âges, le taux de suicide augmente fortement avec l'âge notamment chez les hommes. En 2014, c'est entre 45 et 54 ans et après 74 ans qu'il est le plus important, touchant respectivement 33,4 et 59,4 pour 100000 hommes alors qu'il touche 7,5 pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans.

En revanche, il est important de souligner que si le taux de suicide demeure relativement faible chez les 15-24 ans, en comparaison aux autres tranches d'âge, il représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation dans cette tranche d'âge, causant 16 % des décès de cette population en 2014, tandis qu'il représente moins de 1 % du total des décès à partir de 75 ans.

Les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (57 %), l'utilisation d'armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modalités diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 61 % des suicides et l'utilisation d'armes à feu de 16 %. Les femmes, elles, ont majoritairement recours à la pendaison (42 %), à la prise de médicaments et autres substances (24 %) et aux sauts d'un lieu élevé (13 %).

**TABLEAU 1 • Effectifs et taux standardisés\* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge, en 2014**

	Femmes			Hommes			Deux sexes		
	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale
1-14	12	0,2	2,5 %	15	0,3	2,4 %	27	0,2	2,4 %
15-24	92	2,5	15,0 %	281	7,5	16,6 %	373	5,0	16,2 %
<b>25-54 ans</b>	<b>950</b>	<b>7,5</b>	<b>7,1 %</b>	<b>3 210</b>	<b>26,1</b>	<b>12,5 %</b>	<b>4 160</b>	<b>16,8</b>	<b>10,7 %</b>
25-34	171	4,3	14,3 %	679	17,6	21,9 %	850	10,9	19,8 %
35-44	299	7,0	9,2 %	1 106	26,4	18,2 %	1 405	16,7	15,1 %
45-54	480	10,9	5,4 %	1 425	33,4	8,6 %	1 905	22,2	7,5 %
<b>55-74 ans</b>	<b>746</b>	<b>10,2</b>	<b>1,7 %</b>	<b>1 830</b>	<b>27,5</b>	<b>2,1 %</b>	<b>2 576</b>	<b>18,9</b>	<b>2,0 %</b>
55-64	443	10,6	2,5 %	1 127	29,0	3,1 %	1 570	19,8	2,9 %
65-74	303	9,8	1,2 %	703	25,7	1,4 %	1 006	17,7	1,4 %
<b>75 ans ou +</b>	<b>424</b>	<b>11,4</b>	<b>0,2 %</b>	<b>1 325</b>	<b>59,4</b>	<b>0,8 %</b>	<b>1 749</b>	<b>35,4</b>	<b>0,5 %</b>
75-84	269	11,2	0,4 %	851	50,3	1,1 %	1 120	30,8	0,8 %
85-94	146	12,0	0,1 %	458	83,8	0,6 %	604	47,9	0,3 %
95 ou +	9	9,8	0,0 %	16	72,7	0,2 %	25	41,3	0,1 %
<b>Tous âges</b>	<b>2 224</b>	<b>6,7</b>	<b>0,8 %</b>	<b>6 661</b>	<b>23,1</b>	<b>2,4 %</b>	<b>8 885</b>	<b>14,9</b>	<b>1,6 %</b>

\* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge et le sexe (population Eurostat EU & EFTA).

**Lecture** • En 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. La part du suicide dans le total des décès est de 1,6 %.

**Champ** • France métropolitaine.

**Source** • CépiDc-Inserm.

## B. La morbidité suicidaire liée aux tentatives de suicide

### a. Méthodes de recueil

Les données sur les tentatives de suicide peuvent être établies à partir de différents types de sources : les auto-déclarations de comportements suicidaires dans les enquêtes déclaratives menées auprès de la population, les séjours hospitaliers (PMSI), et les recours aux urgences.

Il existe peu d'information sur les personnes ayant fait une TS et qui n'ont pas été adressée à l'hôpital. Une étude réalisée par un réseau de médecins généralistes en France a rapporté que 80% des TS vues par ces médecins étaient adressées à l'hôpital [8].

L'étude ESEMED, réalisée en population générale entre 2001 et 2003, rapporte que la prévalence des tentatives de suicide sur la vie est de 3,4 % en France [9]. Le recours aux

enquêtes déclaratives demeure toutefois limité en surveillance pour plusieurs raisons : résultats peu concordants, dépendant du mode de recueil des données, nombreux biais de confusion (biais de mémorisation, biais de déclaration...), faible puissance statistique fréquente... Ainsi, l'OMS, dans son rapport de 2016 sur la surveillance des tentatives de suicide, a réaffirmé que le socle d'un système de surveillance des tentatives de suicide repose sur les données hospitalières et les recours aux urgences hospitalières [10].

En France, depuis plusieurs années, les bases médico-administratives d'hospitalisation et de recours aux urgences sont donc utilisées pour la surveillance épidémiologique des tentatives de suicide et la production des indicateurs en France. Deux situations sont à distinguer, avec chacune leur outils de surveillance.

- Pour ce qui concerne les séjours hospitaliers dans les services de médecine et chirurgie d'une part, ce qui inclut les unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) permet de collecter les données concernant toutes les hospitalisations, quel que soit le secteur, public ou privé. Elle ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine. À chaque hospitalisation, un résumé de sortie anonyme (RSA) contenant des informations administratives, les diagnostics et les actes médicaux est produit. L'ensemble des RSA forme les données de la base médico-administrative d'hospitalisation du PMSI.
  
- Au niveau des urgences hospitalières, cette surveillance peut s'effectuer à partir du codage des diagnostics médicaux retrouvé au niveau du résumé du passage aux urgences (RPU). Ces RPU forment la base de données du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) mis en

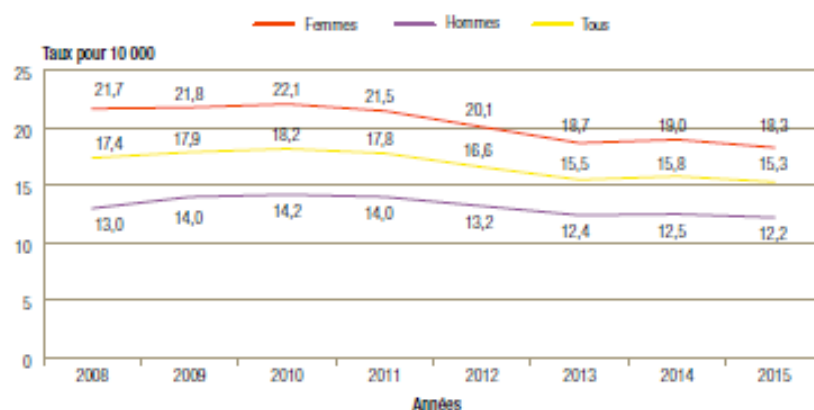
place en 2004. Ce réseau s'est étendu progressivement sur tout le territoire national et l'exhaustivité de la transmission des RPU par les services d'urgence est presque atteinte (environ 90 % fin 2016) depuis que cette transmission est rendue obligatoire par l'arrêté du 23 juillet 2013 [11].

On note donc que la qualité des données de ces bases, PMSI et RPU, repose totalement sur les diagnostics établis par les médecins et sur la manière dont ils les codent, l'anonymisation complète des données transmises au niveau national ne permettant aucun retour aux dossiers des patients pour une éventuelle vérification.

#### b. Données

Les données PMSI nous informe qu'en 2015, 78 128 patients ont été hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide [1]. Ce chiffre a connu une diminution entre 2010 et 2013 et semble se stabiliser depuis.

**GRAPHIQUE 2 • Taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par année, entre 2008 et 2015 (PMSI-MCO)**



\* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

**Lecture** • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes était de 13,0 pour 10 000.

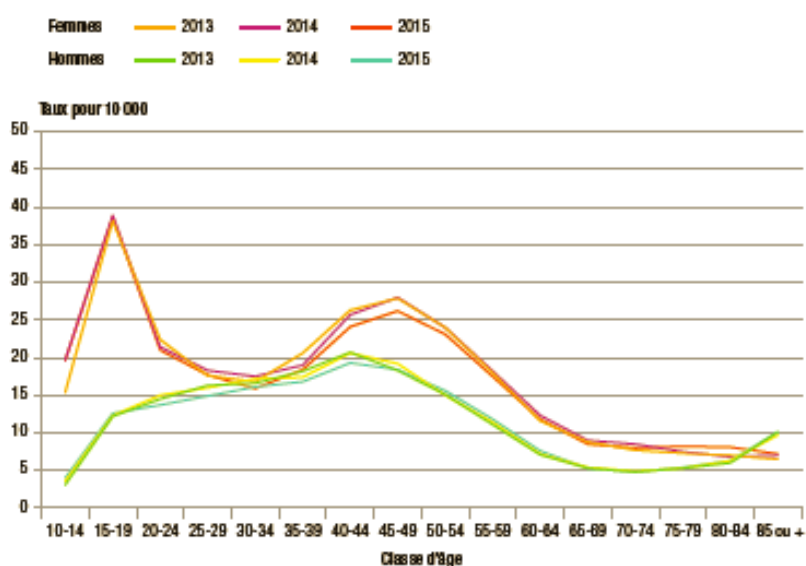
**Champ** • France entière.

**Sources** • ATH, traitements Santé publique France.



Ce geste concerne davantage les femmes avec un premier pic chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans (en moyenne 39 pour 10 000) et un second entre 45 et 49 ans (en moyenne 27 pour 10 000). A contrario, chez les hommes, les hospitalisations pour tentative de suicide augmentent avec l'âge jusqu'à 40-44 ans (en moyenne 20 pour 10000) et baissent ensuite.

**GRAPHIQUE 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par sexe et classe d'âge, de 2013 à 2015 (PMSI-MCO)**



**Lecture** • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes de la classe d'âge 10-14 ans était de 3 pour 10 000.

**Champ** • France entière.

**Sources** • ATIH, traitements Santé publique France.

Néanmoins, le nombre de tentative de suicide est ici sous-estimé puisque cette analyse n'intègre pas les tentatives de suicide passées « inaperçues », ni les consultations simples dans des services d'urgences pour une tentative de suicide, ni les patients suicidants hospitalisés en psychiatrie.

### 3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs de suicide et de tentative de suicide

En épidémiologie du suicide, un facteur de risque est une variable, identifiée qui augmente la probabilité d'un geste suicidaire. Cette notion de facteur de risque n'implique pas de lien de causalité au niveau individuel mais au niveau populationnel entre ledit facteur et l'occurrence

du risque. De plus, la conduite suicidaire est généralement associée à différents facteurs qui se cumulent et interagissent.

Un grand nombre d'études se sont attachées à décrire les facteurs de risques suicidaires, que nous classerons ici en plusieurs catégories : individuels, sociodémographiques et socio-environnementaux.

## **A. Facteurs de risques**

### a. Facteurs psychiatriques

Concernant le suicide, la méthode classique d'enquête sur les caractéristiques des personnes suicidées est « l'autopsie psychologique », qui comprend des rencontres avec des informateurs clés et l'examen des dossiers dans les suites du décès par suicide.

Il est unanimement reconnu que l'existence d'une tentative de suicide représente le facteur de risque majeur de tentative de suicide et de suicide, à court et à long terme. Selon les études, un tel antécédent multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur et par 30 dans l'année qui suit une tentative [12]. Au total, 1.6% des patients réalisant une tentative de suicide décèdent par suicide dans l'année suivant ce geste suicidaire, 3.9% dans les 5 ans [13], [14] et 10% décèdent dans les 10 ans [15]. Une étude récente rétrospective portant sur 1 861 194 patients suicidants conclut au haut risque suicidaire de ces patients à la sortie du système de soins et ce d'autant plus qu'il présentait une pathologie psychiatrique[3], [16]–[19]. Ainsi, même un an après, le risque de suicide reste élevé. En outre, le taux de suicide augmente avec le nombre de passages à l'acte [20].

La maladie bipolaire, la dépression, les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité, et les troubles anxieux sont également associés à un risque important de suicide [21]–[23]. Selon le genre, l'importance de ses facteurs peut différer. Ainsi, si les troubles de l'humeur sont un facteur de risque majeur pour les hommes comme pour les femmes (les troubles bipolaire et la dépression multipliant respectivement par 28 et 22 ce risque), les troubles de la

personnalité sont un facteur de risque particulièrement important pour les hommes et les troubles anxieux pour les femmes [24]. La nécessité d'une hospitalisation, qui traduit la sévérité des pathologies, constitue un facteur de risque accru [23]. Les analyses révèlent un pic de suicide dans la première semaine après l'admission ou dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation, le risque diminuant graduellement au fur et à mesure que le temps d'hospitalisation s'accroît ou au fur et à mesure du temps qui passe après la sortie d'hospitalisation. Les troubles de l'humeur entraînent en outre un risque accru de suicide quelle que soit la durée de l'hospitalisation, son effet étant maximal la première semaine suivant la sortie d'hospitalisation. Les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur sont globalement associés à un plus fort risque de suicide immédiatement après l'admission ou la sortie, le risque diminuant ensuite.

L'abus de substance, enfin, a également fait l'objet de nombreuses études. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide [25]. La revue de littérature sur l'abus de substances en général réalisée par L. R. Wilcox et al. en 2004 [26] identifie un risque 10 fois plus élevé de suicide pour des individus ayant des troubles liés à la consommation d'alcool par rapport à la population générale. Ce risque est 13 fois plus important pour des consommateurs d'opioïdes, 14 fois plus important pour les usagers des drogues par voie intraveineuse, enfin 17 fois plus important pour des individus ayant un usage de drogues mixtes.

Concernant les tentatives de suicide, à l'instar du suicide, l'antécédent de tentative de suicide demeure le facteur de risque majeur de passage à l'acte. Parmi les patients hospitalisés pour TS, 20% seront réhospitalisés pour réitération d'un geste suicidaire, la moitié dans les six premiers mois et les deux tiers dans l'année suivant la tentative de suicide précédente [11]. Ensuite, pour les hommes comme pour les femmes, le risque relatif le plus important est d'abord constaté pour les troubles de l'humeur, puis pour les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus de substances et enfin, les troubles de personnalité. L'idéation

suicidaire et la planification suicidaire sont également des facteurs de risque importants. L'étude de Kessler et al. portant sur la progression de la crise suicidaire durant une année estime que 34 % des patients présentant des idéations suicidaires évolueront vers l'élaboration d'un plan suicidaire, 72 % des patients avec un plan suicidaire feront une tentative de suicide et 26 % des patients avec idéations suicidaires feront une tentative sans plan, avec un risque maximal retrouvé dans l'année qui suit l'apparition de l'idéation [27]. D'autres facteurs figurent en fonction des questions introduites dans les enquêtes, tels l'état de désespoir [28] ou de détresse [29], les troubles liés à l'impulsivité [30], [31] ou les troubles associés au stress post-traumatique [31] .

En conclusion, on retiendra que si la problématique suicidaire peut toucher l'ensemble du champ nosologique de la psychiatrie, les études s'accordent à identifier la tentative de suicide comme facteur de risque majeur de suicide et de tentative de suicide ultérieur. Par ailleurs, si plus de 90% des sujets qui décèdent par suicide présentent, au moment de leur geste, des facteurs de risque avérés, avec un trouble psychiatrique (notamment un trouble de l'humeur), ou des événements de vie négatifs, tous n'auront pas de conduites suicidaires. Cela suppose l'existence de facteurs de vulnérabilité intrinsèques.

Ce constat a conduit à émettre l'hypothèse que les individus les plus à risque de tentatives de suicide présentent une vulnérabilité spécifique aux conduites suicidaires, indépendamment de l'existence de troubles psychiatriques. Autrement dit, les conduites suicidaires répondraient à une physiopathologie qui leur est propre [32] . Les données biologiques avec l'étude de facteurs génétiques (études de familiales, des jumeaux, d'adoption, gène SERT...), neurobiologiques (dysfonctionnement sérotoninergique, taux bas de cholestérol, hyperactivité de l'axe du stress), et plus récemment, aux perturbations immuno-inflammatoires [33] fournissent plusieurs arguments en faveur de cette hypothèse. De même, il a pu être démontré que les sujets ayant des antécédents suicidaires possèdent des anomalies cognitives et

neuroanatomiques spécifiques (anomalies de prise de décision, sensibilité au rejet social et anomalies du cortex orbitofrontal) [34].

Toutes ces données permettraient de considérer les conduites suicidaires comme une entité spécifique au sein de la nosologie psychiatrique. Ces éléments ont donné naissance au “trouble conduite suicidaire”, à l’étude dans le DSM-5. Cette entité devrait inciter les cliniciens à évaluer le risque suicidaire chez leurs patients, stimuler la recherche et, dans une perspective de médecine personnalisée, développer des stratégies ciblées pour les patients à risque suicidaire.

#### b. Somatiques

La douleur et les maladies chroniques constituent d’importants facteurs de risque des comportements suicidaires qui seraient 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu’au sein de la population générale[35]. La prévalence au cours de la vie des tentatives de suicide se situerait ainsi entre 5% et 14% chez les personnes souffrant de douleur chronique. Si toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide [36], les résultats varient fortement d’une étude à l’autre. Globalement, on retiendra que le rôle de la maladie somatique varie en fonction de plusieurs critères, notamment le type de maladie, sa sévérité, sa chronicité, son pronostic, son potentiel douloureux (intensité, durée de la douleur et l’insomnie du sommeil accompagnant la douleur), ses séquelles fonctionnelles...

#### c. Sociodémographiques et socioéconomiques

Concernant le suicide, le risque relatif de décès est plus élevé chez les hommes, les personnes âgées, les personnes de catégorie socioprofessionnelle peu élevée, disposant d’un faible revenu ou d’un faible niveau d’éducation et pour les chômeurs. Par ailleurs, les études

qui ont approfondi le rôle des facteurs sociodémographiques ou socio-économiques montrent que l'importance de ces facteurs est comparable à celle des troubles psychiatriques les plus impliqués, en particulier pour les hommes [37].

Pour les tentatives de suicide en revanche, le fait d'être une femme, célibataire, jeune, d'avoir un faible revenu, d'être au chômage ou inactif sont les facteurs de risque le plus souvent mentionnés [38], [39], [22].

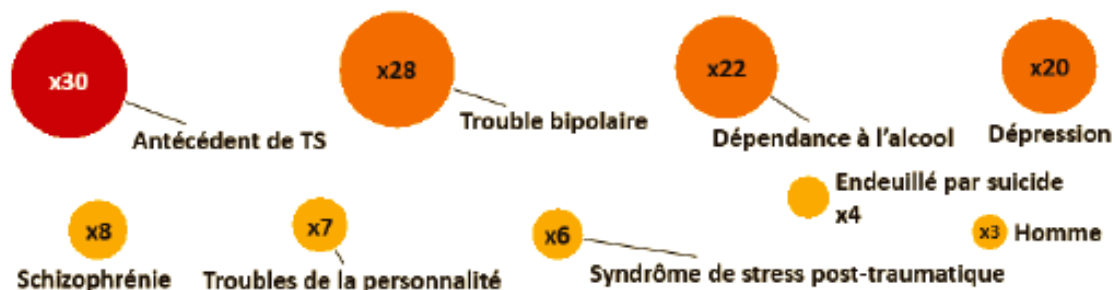
Le fait que les tentatives de suicide soient plus fréquentes chez les femmes mais que les suicides effectifs le soient plus chez les hommes est souvent imputé aux méthodes létales employées, à une plus grande agressivité et une plus forte intention de mourir chez les hommes.

Depuis Durkheim, le suicide est considéré comme un fait social [40]. T. Joiner, dans « La théorie interpersonnelle du suicide », a pointé le rôle déterminant de la perte d'appartenance et de la perception d'être un fardeau dans l'apparition d'idées suicidaires[41]. La récente méta-analyse de Holt-Lunstad et al., qui s'est intéressée à étudier les liens entre relations sociales et santé , estime que l'isolement social augmente le risque de mortalité de manière au moins comparable au tabagisme, à la sédentarité et à l'obésité [42].

Les études montrent que le risque de comportement suicidaire augmente en cas de conflit relationnel, de perte ou de mésentente, qui seraient à l'origine de conduites suicidaires chez près de 50% des patients en crise suicidaire [6], [20]. Il est donc primordial de prendre en considération l'isolement social, considéré comme « nouveau fléau de santé » par l'OMS, et la douleur psychologique qu'il entraîne. Les notes de suicide témoignent d'ailleurs souvent de la présence d'une douleur morale intolérable en lien avec une séparation, un deuil, un conflit ou d'autres problèmes relationnels [43], [44].

La liste des facteurs de risque présentée ici est loin d'être exhaustive, il existe bien d'autres facteurs, qui peuvent être classés différemment. Si leur repérage est important pour cibler les personnes les plus vulnérables (les suicidaires et les suicidants) et mener auprès d'elles des actions prenant en compte les principaux facteurs de risques, il est important de signaler que le comportement suicidaire est un phénomène complexe, influencé par plusieurs facteurs interdépendants, qui peuvent se cumuler, et venir accentuer une vulnérabilité préexistante aux conduites suicidaires. Aucun facteur ne peut expliquer à lui seul pourquoi des personnes mettent fin à leurs jours [45]. Les données factuelles tendent de plus en plus à montrer que le contexte est un élément indispensable à la compréhension du risque de suicide, et s'intéressent notamment à l'isolement social et à la douleur psychologique et sociale qu'il entraîne.

Figure 9 - Poids respectif des facteurs de risque dans l'acte suicidaire



Source: Intervention du Professeur Terra sur la santé au Luxembourg, La formation comme socle de la fabrique de la prévention du suicide, Pr Terra, 2014

Cette représentation graphique souligne l'importance de cibler les efforts sur les personnes les plus à risque, notamment les suicidants (environ 200 000 par an connus du système de soins).

## B. Facteurs protecteurs

### a. Des relations personnelles solides

Si l'isolement, les conflits relationnels, les pertes ou les mésententes majorent le risque de passage à l'acte, l'intégration sociale, elle, tend à réduire le risque de suicide [46], [47] et

l'entretien de relations étroites et saines peuvent renforcer la résilience individuelle et agir en tant que facteur de protection contre le risque de suicide.

b. Les croyances religieuses, spirituelles ou culturelles

La foi peut en effet constituer un facteur de protection car elle crée un système de croyance structuré et encourage à des comportements pouvant être considérés comme bénéfiques tant sur le physique que mental [36]. Cependant, le rôle protecteur de ces croyances est à évoquer avec prudence. En effet, nombre d'entre elles ont pu adopter un positionnement moral sur le sujet du suicide, pouvant aller jusqu'à la stigmatisation, venant alors décourager une demande d'aide. Cependant, la valeur protectrice de la religion et de la spiritualité peut s'expliquer par l'accès à une communauté, assurant lien social, cohésion, sentiment d'appartenance. Par ailleurs, bon nombre de religions condamnent certaines pratiques comme les consommations de drogues ou d'alcool, facteurs de risque de passage à l'acte.

c. Un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positive et le bien être

Le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces offrent une protection contre le suicide [48]. Le bien-être dépend en partie des traits de la personnalité qui déterminent la vulnérabilité et la résistance d'une personne au stress et aux traumatismes. Un solide équilibre émotionnel, une vision optimiste et une forte identité personnelle aident à faire face aux difficultés de la vie. L'impact des facteurs de stress et des épreuves vécues dans l'enfance peut être atténué par une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences efficaces en résolution de problèmes, qui incluent la capacité à demander de l'aide si le besoin s'en fait sentir[49]. La volonté de se faire aider en cas de problèmes de santé mentale peut notamment être influencée par les attitudes personnelles. Les troubles mentaux étant largement stigmatisés, les personnes qui en sont atteintes (et surtout les



hommes) peuvent hésiter à se tourner vers les services dédiés. Cela accentue les problèmes de santé mentale et augmente le risque de suicide qui pourrait, en d'autres circonstances, être efficacement évité au moyen d'une intervention précoce. Pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation et un sommeil appropriés, connaître l'impact de la consommation d'alcool et de drogues sur la santé, entretenir de bonnes relations et des liens sociaux, et gérer efficacement le stress sont autant de choix de style de vie sain qui favorisent le bien-être mental et physique [50], [51].

Chez des patients sortant d'hospitalisation suite à une tentative de suicide, le travail ou l'inactivité augmentent la probabilité de survenue d'idées de suicide alors que s'occuper de soi ou être en compagnie de proches étaient des facteurs protecteurs [52].

#### **4. Recommandations actuelles de prise en charge de la crise suicidaire aux urgences**

Rappelons tout d'abord la définition de la crise suicidaire de la conférence de consensus de l'HAS en 2000.

Il s'agit d'une « crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture ». Elle est un état « réversible temporaire, non classée nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble séméiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation ».

Il n'existe pas de critère diagnostique de la crise suicidaire et bien que différents signes aient été décrit pour la repérer (manifestation d'idées et d'intentions suicidaires, manifestation de crise psychique, contexte de vulnérabilité), leur absence de spécificité et leur labilité compliquent grandement son repérage au point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. C'est le regroupement de ces signes, leur survenue comme une rupture avec l'état antérieur qui peut davantage alerter l'entourage ou le médecin.

L'état de crise, qui dure habituellement de 6 à 8 semaines [53], [54] se caractérise par trois grandes étapes : une période de désorganisation qui culmine jusqu'à une phase aiguë avant de se conclure par une période de récupération. La phase aiguë peut se distinguer par un éventail de réactions qui varient en intensité, se traduisant parfois par une fugue, une crise d'agressivité ou tout autre acte permettant d'éliminer momentanément la crise, ou allant jusqu'au passage à l'acte suicidaire chez un individu vulnérable. La crise suicidaire peut être modélisée sous la forme d'un cheminement « tunnelaire » marqué du sceau de l'ambivalence et évoluant en plusieurs phases : recherche de stratégies ou de solutions à la crise, apparition et développement des idées de suicide, rumination des idées suicidaires, cristallisation et planification d'un scénario, événement déclenchant et passage à l'acte.

Cette modélisation permet de définir les objectifs spécifiques de sa prise en charge selon le moment de l'intervention: repousser l'échéance du passage à l'acte ; soutenir, la personne suicidaire pendant la phase aiguë de la crise ; lui transmettre le sentiment de pouvoir, avec aide, s'en sortir.

La majorité des situations de crise font l'objet d'une prise en charge aux urgences hospitalières, le plus souvent dans les effets immédiats d'un passage à l'acte.

L'intervention de crise doit viser alors à créer en premier lieu un lien permettant à la personne de se sentir comprise, favorable à une évaluation rapide et efficace du potentiel suicidaire (risque, dangerosité et urgence) par l'exploration des 6 points suivant : niveau de souffrance psychologique, degré d'intentionnalité, éléments d'impulsivité, présence de moyens létaux à disposition, qualité de soutien de l'entourage proche et éventuel élément précipitant.

Ce dernier point permet de distinguer le type de crise et d'orienter sa prise en charge:

– la crise de nature *psychosociale* où l'intervention est centrée sur l'expression de la souffrance, la restructuration cognitive et le développement de stratégies de résolution des problèmes.

– la crise de nature *psychiatrique* dans laquelle l'option thérapeutique est de structurer la personne et de l'orienter vers les professionnels de la santé mentale. Le traitement du trouble psychiatrique reste le moyen le plus efficace de prévention des conduites suicidaires.

Il n'existe pas à ce jour de traitement pharmacologique recommandé, en dehors des cas où les patients souffrent de troubles psychiatriques avérés.

Le recours à l'hospitalisation brève demeure conseillé [4] bien que les résultats des études portant sur l'indication d'une hospitalisation systématique divergent. Les arguments en faveur sont qu'elle permet une contenance et une protection du patient, une évaluation plus précise de son état psychiatrique, une mise à distance avec certains facteurs précipitant et protéger d'une récurrence très précoce.

Enfin, au vu du risque majeur de récurrence dans l'année suivant un passage à l'acte, la prévention de la récurrence au moyen de l'organisation d'une continuité des soins dès le début de la prise en charge de la crise, comprenant la proposition d'une consultation dès la sortie de l'hôpital, fait partie des recommandations de l'HAS.

## 5. La prévention de la récurrence, où en est-on ?

Les mesures qui peuvent être mises en place dans le but de prévenir la récurrence chez un patient déjà passé à l'acte relèvent de la prévention tertiaire.

Il est difficilement possible de définir une stratégie unique de prise en charge des tentatives de suicide, tant celles-ci se distinguent par leur complexité, leur hétérogénéité et leurs aspects multifactoriels [55]. On peut toutefois affirmer qu'incontestablement, celles-ci tendent vers une prise en charge étroite, rapprochée, des patients suicidants [15]. Ces démarches s'appuient d'une part sur les travaux épidémiologiques qui permettent d'identifier les 1<sup>ers</sup> mois comme une période à haut risque de récurrences [13], [14], [56] et d'autre part sur les résultats de la recherche neuroscientifique. Les travaux récents permettent en effet de repérer une sensibilité particulière au rejet social, à l'exclusion sociale, au soutien social chez les sujets vulnérables aux conduites suicidaires [57]. Par ailleurs, les études montrent que l'engagement des patients dans les soins proposés au décours d'un geste suicidaire est très faible, effectif seulement dans 10 à 50% des cas [58]. Ces différents résultats concourent au développement de programmes de prévention visant à maintenir un contact actif, étroit et régulier avec les patients suicidants à la sortie d'un service d'urgences. Actuellement, outre la restriction de l'accès aux moyens létaux et l'implantation de centres d'appels, les actions entreprises afin de maintenir le lien avec les patients pris en charge à l'hôpital au décours d'une TS après leur sortie font partie des interventions les plus efficaces pour prévenir la récurrence [59], [60] dans les 12 mois suivant la tentative de suicide antérieure.

Deux catégories de programmes post-tentative ont montré leur efficacité : les dispositifs d'intervention intensive et les dispositifs de veille.

## **A. Les dispositifs interventionnistes**

### **a. Thérapie psychodynamique**

L'intervention proposée par une équipe anglaise consiste en 4 séances de thérapie psychodynamique centrée sur la résolution de problèmes interpersonnels, pratiqués au domicile du patient dans le premier mois qui suit le geste suicidaire. Un compte rendu est adressé au médecin traitant après chaque séance. A 6 mois, l'intentionnalité suicidaire mesurée par l'échelle de Beck était fortement réduite (7.9 versus 12.8 ;  $p=0.005$ ) ainsi que les récurrences suicidaires (9 versus 28% ;  $p=0.009$ ) [61].

### **b. Psychothérapie brève**

Une équipe française a évalué l'efficacité sur la récurrence à 1 an d'un protocole de psychothérapie brève (5 entretiens : J1, J4, J8, J15, J28) dans le mois suivant la sortie des urgences. L'intervention psychothérapeutique brève est une méthode active, générant des hypothèses et des interprétations précoces centrées sur les conflits à l'origine de la crise et ayant des objectifs compris entre l'émergence d'une demande de soins psychothérapeutiques jusqu'à la résolution du problème. Le psychothérapeute est le médecin qui a initialement rencontré le patient. A 12 mois, 18.6% des patients ont récidivé, 20% dans la cohorte témoin et 16% dans la cohorte « intervention brève » ( $p=0.45$ ) [62].

Bien qu'elles aient démontrées leur efficacité dans la diminution de la récurrence suicidaire à court et moyen terme, ces stratégies d'intervention sont coûteuses et complexes à mettre en place.

## B. Les dispositifs de veille

### a. Historique récent

A la différence des dispositifs interventionnistes, les dispositifs de veille présentent un faible coût financier et leur généralisation sur un territoire donné est plus facile à mettre en place. En outre, ils présentent l'intérêt de ne pas envahir le quotidien du suicidant, en s'inscrivant en parallèle d'une éventuelle prise en charge. Ils proposent des outils ou des recours fiables et efficaces en cas de crise suicidaire. Le maintien du contact ne doit pas être laissé à la seule initiative du patient, et il semble d'autant plus efficace qu'il est actif, régulier, personnalisé et inscrit dans la durée [59]. Parmi ces dispositifs on retrouve :

- L'envoi de courriers (« shortletters »).

Jérôme Motto, pionnier de ces dispositifs, à l'origine du néologisme de « connectedness », développa une stratégie de recontact postaux et suivit son dispositif pendant 15 ans. Il s'agit d'envoyer une courte lettre rédigée par une personne ayant été amenée à prendre en charge le patient au cours de sa prise en charge initiale [63].

- L'envoi de cartes postales pendant l'année suivant le geste suicidaire.

Etudiée par Carter, cette stratégie a une efficacité moindre que celle des « shortletters », peut être en raison du moindre degré de personnalisation, ne permettant pas le développement de « connectedness », décrit par Motto, pour nommer « le sentiment d'être lié à quelque chose de significatif en dehors de soi comme force stabilisante dans la vie émotionnelle » développé par l'envoi de lettres courtes [64].

- La délivrance d'une « crisis card »

Consistant à remettre à chaque suicidant une « carte ressource » mentionnant un numéro d'appel d'un professionnel disponible 24H/24 dans les six mois suivant le geste. Ce dispositif se montre plus intéressant pour les primo-suicidants [65].

- Le recontact téléphonique des suicidants

Consistant quant à lui à un entretien de soutien, reprenant les différents éléments du compromis de sortie des Urgences et évaluant avec le sujet de l'adéquation à la situation actuelle. Ce dispositif s'est montré quant à lui plus efficace chez les suicidants récidivistes [66].

- L'envoi de SMS

Si les contacts postaux et téléphoniques sont amenés à disparaître, de notre environnement naturel, les SMS (en cours d'étude en France dans une étude multicentrique [67]) , les réseaux sociaux et l'utilisation d'application pourraient occuper un rôle majeur dans l'organisation des systèmes de santé à venir.

Deux méta-analyses publiées en 2015 par Milner [68] et Inagaki [60] font état de moins de sujets récidivants, de moins de récidives totales et d'une moindre mortalité suicidaire chez des patients ayant fait l'objet d'un suivi ou d'un recontact après un geste suicidaire en comparaison à des patients témoins mais seul le nombre de récidives diminuait de manière significative.

- b. VigilanS

A la lumière de ces résultats, mettant en outre en évidence que la population de primo-suicidants nécessite une stratégie de soins particulière, l'équipe de Jardon a développé un essai contrôlé randomisé, ALGOS, pensé sur un algorithme intégrant différentes modalités de

recontact selon que le patient soit un primo-suicidant ou un récidiviste. Cette étude a secondairement été adaptée en soins courants en 2015 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais sous le nom de Vigilans [55][69].

Ce dispositif combine donc différentes méthodes de recontact, selon l'existence ou non d'antécédent de tentative de suicide :

- Pour tous : remise d'une « carte de crise »
- Pour les primo-suicidants : délivrance d'une « carte ressource ». Si appel au « centre ressources », et détection d'une situation à risque suicidaire, intervention proactive ou consultation aux urgences dans les 24h
- Pour les récidivistes : appel téléphonique entre le 10<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour. Si détection d'une situation à risque suicidaire, intervention proactive ou organisation d'une consultation aux urgences dans les 24 heures ; si non joignable à l'appel ou refusant des soins qui s'avéreraient souhaitables : envoi de « postcards » selon Carter, en renforçant l'aspect personnalisé de cette carte postale.

De plus, en travaillant en étroite collaboration avec le Samu-centre 15, ce dispositif a pour objectif d'assurer un véritable maillage autour du patient en assurant des liens avec les différents partenaires de santé, en adressant des comptes rendus au médecin traitant et aux contacts de soin du patient, de manière à apporter une réponse au moins partielle à la douleur psychologique qui fait la vulnérabilité du patient suicidant.

Les premières estimations, à partir du PMSI et des données des urgences, sont en faveur d'une efficacité de ce dispositif. En effet, entre 2014 et 2017 le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide a diminué de 13,5 %. De même, les chiffres du PMSI permettent d'observer un décrochage des séjours hospitaliers pour TS [70].

Soutenue par les ARS, ce dispositif tend à s'étendre à l'échelle nationale à raison d'un dispositif par région [55], [69].



## **C. Développement des stratégies de prévention à Grenoble**

### **a. Création du Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI)**

Comme nous l'avons vu plus haut, l'hospitalisation des patients en crise suicidaire reste recommandée, et incontournable lorsque le risque est trop important (patients souffrants de pathologies psychiatriques sévères et bien identifiées notamment). Néanmoins, elle n'est toujours pas indispensable dans un certain nombre de situations : lorsque le risque suicidaire, que la crise suicidaire ne s'inscrit pas dans un contexte de pathologie psychiatrique décompensée mais plutôt dans le cadre de situations de crises sociales, familiales, conjugales, professionnelles ou judiciaires, ou encore lorsque la crise est motivée par des perturbations psychologiques principalement en lien avec des troubles de la personnalité ou des conduites addictives.

Par ailleurs, en raison du risque élevé de récurrence à court terme, il est recommandé de proposer au patient suicidant admis aux urgences un suivi [4].

En pratique, ces recommandations de bonnes pratiques se heurtent à l'insuffisante disponibilité des structures de prise en charge ambulatoires de psychiatrie (psychiatrie libérale et Centres médico-psychologiques) et un certain nombre de patients, parce que « non connus » de la psychiatrie, et donc non-inscrits dans un suivi bien établi, deviennent des « perdus de vue » et ne permet pas de garantir une continuité des soins à la sortie des urgences, facteur aggravant l'alliance thérapeutique déjà fragile.

Dans ce contexte, le Centre Hospitalier Alpes-Isère, l'établissement public de santé mentale du bassin grenoblois, a souhaité créer un centre de soins proposant des consultations au cœur de l'agglomération grenobloise, intersectoriel, rattaché à un dispositif comprenant les Urgences du CHU, les Urgences de Voiron et l'APEX (service d'hospitalisation de crise et de post urgences de psychiatrie du CHAI). Son objectif est d'améliorer l'offre de soins ambulatoire aux patients en crise suicidaire âgés de plus de 18 ans, ne souffrant pas d'une pathologie

psychiatrique chronique, pris en charge aux urgences, ne relevant pas d'une hospitalisation complète en leur proposant une alternative de soins intensifs de proximité

Il permet une prise en charge et un apaisement de la crise sur un délai de 2 mois, cette durée correspondant au temps nécessaire à l'apaisement naturel de la crise, et permettant au fil de soins de préciser le diagnostic, d'assurer la prise en charge médicale et psychothérapeutique et d'orienter le suivi ultérieur. Chaque patient bénéficie d'un plan de soins personnalisé établi avec son référent, combinant une prise en charge individuelle (thérapies individuelles, consultations médicales) et groupale (médiations thérapeutiques de groupe). Enfin, ce temps sera également consacré à assurer un relais ambulatoire si nécessaire, pensé dès le début de la prise en charge du patient, et à renforcer le soutien des proches auprès du patient, conformément aux recommandations de l'HAS.

#### b. Recontact des suicidants

Le déploiement à partir de mars 2020 de Vigilans, présenté plus haut, dans un fonctionnement couplé avec le CTAI, permettra d'assurer une fonction de veille autour du suicidant.

En conclusion, l'implantation de Vigilans dans la région et la création du CTAI s'inscrivent pleinement dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Le travail présenté en seconde partie s'intègre donc à une étude avant-après évaluant l'impact des modifications du dispositif de soins auprès des patients suicidaires et suicidants sur l'incidence des récurrences suicidaires et leur précocité ainsi que sur le parcours de soins des primo-suicidants du bassin Grenoblois.

## 6. BIBLIOGRPAHIE

- [1] Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé.
- [2] E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. Zwi, and L. Lozano-Ascencio. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé, 2002.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014.
- [4] "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Rapport d'expertise pour la Conférence de consensus," Fédération française de psychiatrie et Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2000.
- [5] E. D. Klonsky, A. M. May, and C. R. Glenn. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 122, no. 1, pp. 231–237, Feb. 2013.
- [6] C. Chan-Chee and E. Du Roscoat. Suicide et tentatives de suicide: données épidémiologiques récentes. *Bull. Épidémiologique Hebd. Santé Publique Fr.*, no. 3–4, février 2019.
- [7] A. aouba, M. Eb, G. Rey, G. Pavillon, and E. Jougla. Données sur la mortalité en France: principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juin-2011.
- [8] F. Le Pont, L. Letrilliart, V. Massari, Y. Dorléans, G. Thomas, and A. Flahault. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 54, no. 501, pp. 282–284, Apr. 2004.
- [9] M. Bernal *et al.* Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J. Affect. Disord.*, vol. 101, no. 1–3, pp. 27–34, Aug. 2007.
- [10] World Health Organization, *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm.* 2016.

- [11]“Hospitalisations et recours aux urgences pour tentatives de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO en 2004-2011 et d’OSCOUR ® 2007-2011,” InVS, Sep. 2014.
- [12]J.-L. Terra, Intervention du Professeur Terra sur la santé au Luxembourg, La formation comme socle de la fabrique de la prévention du suicide, 2014.
- [13]R. Carroll, C. Metcalfe, and D. Gunnell. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS One*, vol. 9, no. 2, p. e89944, 2014.
- [14]D. Owens, J. Horrocks, and A. House. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 181, pp. 193–199, Sep. 2002.
- [15]R. Van der Sande, E. Buskens, E. Allart, Y. Van der Graaf, and H. Van Engeland, . Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 96, pp. 43–50, 1997.
- [16]M. Olfson *et al.* Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, vol. 73, no. 11, p. 1119, Nov. 2016.
- [17]A. Batt, A. Campeon, D. Leguay, and P. Lecorps. Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC–Psychiatrie*, pp. 37–500, 2007.
- [18]H. J. Shin, G. J. Park, Y. N. In, S. C. Kim, H. Kim, and S. W. Lee. The effects of case management program completion on suicide risk among suicide attempters: A 5-year observational study. *Am. J. Emerg. Med.*, Dec. 2018.
- [19]M. Irigoyen *et al.* Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J. Affect. Disord.*, vol. 247, pp. 20–28, Mar. 2019.
- [20]P. Burón *et al.* Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch. Suicide Res.*, vol. 20, no. 1, pp. 45–58, Jan. 2016.
- [21]R. Taylor, A. Page, S. Morrell, J. Harrison, and G. Carter. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 61, no. 7, pp. 1551–1559, Oct. 2005.

- [22]N. Kapur *et al.* The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 67, no. 10, pp. 1599–1609, Oct. 2006.
- [23]P. Qin and M. Nordentoft. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 62, no. 4, pp. 427–432, Apr. 2005.
- [24]Z. Li, A. Page, G. Martin, and R. Taylor. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 72, no. 4, pp. 608–616, Feb. 2011.
- [25]B. Schneider. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.*, vol. 13, no. 4, pp. 303–316, 2009.
- [26]H. C. Wilcox, K. R. Conner, and E. D. Caine. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.*, vol. 76 Suppl, pp. S11–19, Dec. 2004.
- [27]R. C. Kessler, G. Borges, and E. E. Walters. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 56, no. 7, pp. 617–626, Jul. 1999.
- [28]Y. B. Cheung, C. K. Law, B. Chan, K. Y. Liu, and P. S. F. Yip. Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: risk attributable to hopelessness, depression, and social factors. *J. Affect. Disord.*, vol. 90, no. 2–3, pp. 193–199, Feb. 2006.
- [29]M. M. Husky, R. Guignard, F. Beck, and G. Michel. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J. Affect. Disord.*, vol. 151, no. 3, pp. 1059–1065, Dec. 2013.
- [30]M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, C. B. Cha, R. C. Kessler, and S. Lee. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol. Rev.*, vol. 30, pp. 133–154, 2008.
- [31]J. M. Bolton and J. Robinson. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult,

- noninstitutionalized US population. *Am. J. Public Health*, vol. 100, no. 12, pp. 2473–2480, Dec. 2010.
- [32]V. Caillard and F. Chastang. *Le geste suicidaire*, Elsevier Masson. 2010.
- [33]G. Serafini *et al.* The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. *Eur. Neuropsychopharmacol. J. Eur. Coll. Neuropsychopharmacol.*, vol. 23, no. 12, pp. 1672–1686, Dec. 2013.
- [34]F. Jollant, N. L. Lawrence, E. Olié, S. Guillaume, and P. Courtet. The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J. Biol. Psychiatry Off. J. World Fed. Soc. Biol. Psychiatry*, vol. 12, no. 5, pp. 319–339, Aug. 2011.
- [35]N. K. Y. Tang and C. Crane. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol. Med.*, vol. 36, no. 5, pp. 575–586, May 2006.
- [36]Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention Online ; A global perspective. Oxford, New York: Oxford University Press, 2009.
- [37]C. Le Clainche and P. Courtet. *Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide*. Drees, 2016.
- [38]G. Borges, J. Angst, M. K. Nock, A. M. Ruscio, E. E. Walters, and R. C. Kessler. Risk factors for twelve-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol. Med.*, vol. 36, no. 12, pp. 1747–1757, Dec. 2006.
- [39]G. Borges *et al.* Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 71, no. 12, pp. 1617–1628, Dec. 2010.
- [40]E. Durkheim, *Le suicide: étude de sociologie*. 1897.
- [41]J. D. Ribeiro and T. E. Joiner. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *J. Clin. Psychol.*, vol. 65, no. 12, pp. 1291–1299, Dec. 2009.
- [42]J. Holt-Lunstad, T. F. Robles, and D. A. Sbarra. Advancing social connection as a public health priority in the United States. *Am. Psychol.*, vol. 72, no. 6, pp. 517–530, Sep. 2017.

- [43]T. Foster. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.*, vol. 15, no. 1, pp. 1–15, 2011.
- [44]P. Courtet and E. Olié. La douleur sociale au centre des conduites suicidaires. *L'Encéphale*, vol. 45, no. S1, pp. 7–12, Jan. 2019.
- [45]R. I. Simon. Suicide risk assessment: is clinical experience enough? *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, vol. 34, no. 3, pp. 276–278, 2006.
- [46]A. C. Tsai, M. Lucas, A. Sania, D. Kim, and I. Kawachi. Social integration and suicide mortality among men: 24-year cohort study of U.S. health professionals. *Ann. Intern. Med.*, vol. 161, no. 2, pp. 85–95, Jul. 2014.
- [47]A. C. Tsai, M. Lucas, and I. Kawachi. Association between social integration and suicide among women in the United States. *JAMA Psychiatry*, vol. 72, no. 10, pp. 987–993, Oct. 2015.
- [48]M. Sisask, A. Värnik, K. Kõlves, K. Konstabel, and D. Wasserman. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord. J. Psychiatry*, vol. 62, no. 6, pp. 431–435, 2008.
- [49]Luthar, S. Suniya. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge University Press, 2003.
- [50]C. L. Davidson, K. A. Babson, M. O. Bonn-Miller, T. Souter, and S. Vannoy. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life. Threat. Behav.*, vol. 43, no. 3, pp. 279–289, Jun. 2013.
- [51]M. Sarchiapone *et al.* Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med.*, vol. 15, no. 2, pp. 248–254, Feb. 2014.
- [52]M. Husky, J. Swendsen, A. Ionita, I. Jaussent, C. Genty, and P. Courtet. Predictors of daily life suicidal ideation in adults recently discharged after a serious suicide attempt: A pilot study. *Psychiatry Res.*, vol. 256, pp. 79–84, 2017.

- [53]W. Rutz, J. Wålinder, Z. Rihmer, and H. Pihlgren. No relation between antidepressive agents and suicide is not necessarily a sign of ineffective treatment. *Lakartidningen*, vol. 94, no. 34, pp. 2838–2840, Aug. 1997.
- [54]Y. Lecomte and Y. Lefebvre. L'intervention en situation de crise. *Santé Ment. Au Qué.*, vol. 11, no. 2, pp. 122–142, Jun. 2006.
- [55]G. Vaiva *et al.* ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, vol. 11, p. 1, Jan. 2011.
- [56]D. T. Chung, C. J. Ryan, D. Hadzi-Pavlovic, S. P. Singh, C. Stanton, and M. M. Large. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, vol. 74, no. 7, pp. 694–702, 01 2017.
- [57]P. Courtet and E. Olié. La douleur sociale au centre des conduites suicidaires. *L'Encéphale*, vol. 45 S1, pp. 7-12, Jun. 2019.
- [58]E. Castaigne, P. Hardy, and F. Mouaffak. La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer ? *L'Encéphale*, vol. 43, no. 1, pp. 75–80, Feb. 2017.
- [59]E. du Roscoät and F. Beck. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Rev. Epidemiol. Sante Publique*, vol. 61, no. 4, pp. 363–374, Aug. 2013.
- [60]M. Inagaki *et al.* Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J. Affect. Disord.*, vol. 175, pp. 66–78, Apr. 2015.
- [61]E. Guthrie *et al.* Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoningCommentary: Another kind of talk that works? *Bmj*, vol. 323, no. 7305, p. 135, 2001.
- [62]M. Walter and P. Genest. Evaluation à 1 an de la prise en charge de la crise suicidaire. *Sémin. Psychiatr. Biol.*, pp. 79–99, 2004.
- [63]J. Motto and A. Bostrom. Letter to the Editor. Response to RG Liberman. *Psychiatr. Serv.*, vol. 52, p. 1254, 2001.



- [64]G. L. Carter, K. Clover, I. M. Whyte, A. H. Dawson, and C. D'Este. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, vol. 331, no. 7520, p. 805, Oct. 2005.
- [65]J. Evans, M. Evans, H. G. Morgan, A. Hayward, and D. Gunnell. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 187, pp. 186–187, Aug. 2005.
- [66]S. Duhem *et al.* Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open*, vol. 8, no. 10, Oct. 2018.
- [67]S. Berrouiguet, A. Alavi, G. Vaiva, P. Courtet, E. Baca-Garcia, P. Vidailhet, E. Guillodo, S. Brandt, M. Walter. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention | *BMC Psychiatry*, 2014
- [68]A. J. Milner, G. Carter, J. Pirkis, J. Robinson, and M. J. Spittal. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 206, no. 3, pp. 184–190, Mar. 2015.
- [69]V. Jardon, C. Debien, S. Duhem, M. Morgiève, F. Ducrocq, and G. Vaiva. An example of post-discharge monitoring after a suicide attempt: Vigilans. *L'Encephale*, vol. 45 Suppl 1, pp. S13–S21, Jan. 2019.
- [70]G. Vaiva *et al.* Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-deCalais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*, vol. 45, pp. S22–S26, Jan. 2019.

## **DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL DE RECHERCHE**

## RESUME

**Contexte :** En France, près de 80% des tentatives de suicide (TS) sont prises en charge aux urgences. Parmi elles, 40 à 50% représentent des premières tentatives. L'antécédent de TS représente le facteur de risque majeur de récurrence suicidaire, avec un risque accru dans l'année qui suit le passage à l'acte. Ceci signifie que la population des primo-suicidants présente, par la crise psychique que ces patients traversent, une vulnérabilité particulière aux conduites suicidaires. L'offre de soins dans la région grenobloise s'est récemment diversifiée avec la création du Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI) proposant un suivi rapproché aux suicidants admis aux urgences pour un 1er passage à l'acte. L'évaluation de l'efficacité de ce dispositif nécessite de connaître en amont l'incidence de la première récurrence suicidaire. Or, nous ne disposons pas de ces données, et la population des primo-suicidants est peu renseignée dans la littérature.

**Objectif :** Estimer l'incidence et le délai de survenue d'une première récurrence suicidaire chez des adultes admis aux urgences pour une 1ère TS et décrire le parcours hospitalier psychiatrique de ces patients dans l'année suivant leur passage aux urgences, avant la modification de l'offre de soins dans le bassin grenoblois.

**Méthodes :** Cette étude observationnelle, rétrospective, porte sur une cohorte de 154 primo-suicidants. Etaient inclus tous les patients majeurs admis aux urgences du CHU de la Tronche pour une première TS entre le 1/1/2016 et le 31/12/2016, selon la définition de l'OMS, domiciliés dans la zone d'intervention des équipes du SMUR du CHU et du CH de Voiron. Les patients souffrant de schizophrénie, de trouble bipolaire, ou de handicap mental documentés, bénéficiant d'une prise en charge sectorielle non concernée par la modification de l'offre de soins, ainsi que les patients non francophones étaient exclus de l'étude. N'ont pas non plus été inclus les patients admis pour idées suicidaires sans passage à l'acte auto-agressif. Les données sociodémographiques et l'orientation après le passage aux urgences ont été relevées. Le taux de récurrence suicidaire a été calculé à partir des réadmissions pour TS au SAU du CHU de La Tronche ainsi que celui du CH de Voiron. Le parcours hospitalier

psychiatrique a été retracé à partir de l'exploration de la base de données des informations médicales des différents établissements inclus.

**Résultats** : 154 patients ont été inclus dans notre étude. 20 patients, soit 12.9% de notre cohorte [IC à 95%: 8- 19] ont récidivé dans l'année suivant leur première tentative de suicide. Aucun suicide n'a été enregistré dans l'année suivant le premier geste suicidaire. Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques étaient comparables selon que les patients réitérent ou non un geste suicidaire. La moitié des récurrences se sont produites dans les 3,6 mois après la consultation aux urgences pour 1<sup>ère</sup> TS. 41 patients (26%) étaient hospitalisés en psychiatrie ou addictologie dans les 10 jours suivant leur passage aux urgences pour un premier geste suicidaire tandis que 33 patients (21%) ont été réadmis aux urgences à distance de leur 1<sup>ère</sup> TS. La majorité de ces passages à distance de la première crise suicidaire (68%) étaient en lien avec des problèmes de santé mentale.

**Conclusion** : Le taux de première récurrence à 1 an au sein des primo-suicidants est comparable aux taux de récurrences décrits dans la littérature. Des soins pendant les premiers mois suivant une première tentative de suicide sont indispensables devant le fort risque d'itération d'un geste suicidaire durant cette période. La réplication ultérieure de cette étude permettra d'évaluer l'évolution de l'incidence des primo récurrences suicidaires et celle des parcours hospitaliers après une première TS. Nous espérons ainsi pouvoir documenter l'amélioration du parcours de soins et de l'état de santé de cette population.

**Mots clés** : première tentative de suicide, récurrence, parcours de soins

## **ABSTRACT**

**Background:** In France, nearly 80% of self-harm are managed in emergencies. Among them, 40 to 50% represent first attempts. The antecedent of self-harm represents the major risk factor for suicidal recurrence, with an increased risk in the year following the acting out. This means that the population of first-suicide attempters presents, by the psychic crisis they go through, a particular vulnerability to suicidal behavior. The provision of care in the Grenoble area has recently diversified with the creation of the Intensive Ambulatory Therapy Center (CTAI) offering close monitoring to self-attempters in the emergency room for a first acting out. Evaluating the effectiveness of this device requires knowing beforehand the incidence of the first suicidal recurrence. However, we do not have these data, and the population of first-suicide attempters is poorly informed in the literature.

**Objective :** To estimate the incidence and delay of first suicidal recurrence in adults admitted to the emergency department (ED) for a first self-harm and to describe the psychiatric hospital history of these patients in the year following their visit to the ED, before the modification of the offer of care in the Grenoble basin.

**Material and methods :** This retrospective observational study focuses on a cohort of first-suicide attempters. All major patients admitted to the emergency department (ED) of the CHU for a first suicide-attempt (according to the WHO definition) between 1/1/2016 and 12/31/2016 were included. Included patients had to live in the zone of intervention of the SMUR teams of the CHU and Hospital Center of Voiron. Patients with documented schizophrenia, bipolar disorder, or mental disability, with sectoral management not impacted by the change in the supply of care, as well as non-Francophone patients were excluded from the study. Sociodemographic data and orientation in the care pathway after the ED visit were gathered. The suicidal recidivism rate was calculated from the readmissions for SA to the ED of both CHU of La Tronche and Hospital Center of Voiron. The psychiatric or addictological hospital course was traced from the exploration of the database of medical information of the various establishments included.

**Results :** 154 patients were included in our study. Twenty patients, or 12.9%, [IC95: 8-19] re-attempt within one year of their first self-harm. No suicide was recorded in our cohort. Clinical and socio-demographic characteristics were comparable among recidivists and non-recidivists. Half of the patients considered had recurred within 3,6 months after emergency room consultation for 1<sup>st</sup> self-harm. 41 patients (26%) were hospitalized in psychiatry within 10 days of their emergency department visit for a first suicidal act while 33 patients (21%) were readmitted to the emergency department at distance from their 1st suicide-attempt. The majority of these remote hospitalization from the first judicial crisis (68%) were related to mental health issues.

**Conclusion :** The rate of suicidal recurrence in our cohort is comparable to the recidivism rates described in the literature. Care during the first months following an initial suicide attempt are essential when there is a high risk of suicidal gesture during this period. A collection of data on the same model after implementation of the new course of care after the first SA will assess its impact on the recidivism rate and care path after this first attempt. We hope to be able to better document the health status of this population.

**Key words :** first-time self-harm, re-attempt, health care system.

## **INTRODUCTION**

En France, les services d'urgences hospitalières prennent en charge près de 200 000 tentatives de suicide (TS) chaque année, ce qui correspond à environ 80% des tentatives de suicide [1], [2]. Parmi elles, 40 à 50% représentent des premières tentatives [3], [4]. En outre, l'année qui suit un geste suicidaire demeure une période à haut risque. Deux revues de la littérature réalisées par Owens et al. et Carroll et al. [5], [6], comprenant respectivement 90 et 177 études de suivi de cohortes de patients après une TS, estiment le taux de récurrence de TS à 15% pour l'étude de Owens et al, et à 16.3% à 1 an [IC: 15.1-17.7] pour l'étude de Carroll. En France, une étude portant sur les ré-hospitalisations entre 2004 et 2011 se basant sur les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information de médecine et chirurgie (PMSI-MCO) nous informent que 20% des patients hospitalisés pour une TS seront ré-hospitalisés pour TS au cours des 8 années de suivi. Ce risque est maximal les six premiers mois : selon l'InVS, le délai moyen entre deux séjours hospitaliers pour TS est de 368 jours, pour un délai médian de 179 jours. Autrement dit, une ré-hospitalisation pour répétition d'un geste suicidaire sur deux a lieu dans les six mois suivant une précédente TS. Lorsqu'il y a eu une ré-hospitalisation pour récurrence suicidaire, celle-ci a eu lieu dans le mois qui a suivi la précédente hospitalisation pour TS dans presque un cas sur cinq. De même, les deux tiers (67.3%) des réadmissions pour récurrences se produisent dans les 12 mois [2], [7]. Après une hospitalisation pour TS, le taux de première ré-hospitalisation pour TS est de 3.8% à 1 mois et de 12.8% à 1 an.

Il est toutefois important de noter qu'il n'existe pas de registre *ad hoc* en France permettant de mesurer précisément le nombre de tentative de suicide et donc d'en évaluer l'évolution. Ces données sont issues du PMSI où l'on retrouve en diagnostic associé les codes X60 à X80 (lésions auto-infligées). Ce codage donne des informations sur les séjours hospitaliers dans les services de médecine et chirurgie mais ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation

préalable dans un service de médecine. Il tend donc à sous évaluer le nombre de tentatives de suicide et les taux de récives. Les hospitalisations en établissements psychiatriques après une tentative de suicide sont quant à elles très mal renseignées dans le système d'information hospitalier [2].

De plus, de nombreuses études s'accordent à reconnaître que parmi les nombreux facteurs de risque identifiés de passage à l'acte suicidaire, l'existence d'une TS antérieure représente le facteur prédictif majeur de récive ainsi que de suicide accompli et que le taux de suicide augmente avec le nombre de passages à l'acte [7]–[12]. Les données de l'enquête déclarative du Baromètre de Santé publique France 2017 nous informe que parmi les personnes âgées de plus de 18 ans ayant fait une TS au cours de leur vie, plus d'un tiers (37,7%) ont déclaré en avoir fait au moins deux (39,9% des femmes vs 32,4% des hommes ;  $p < 0,05$ ) [13]. Parmi les suicides, 40% ont été précédés d'une TS [14]. Le taux de suicide dans l'année suivant un précédent geste suicidaire est estimé entre 0.5 et 2% à 1 an et à 9% à 5 ans dans l'étude de Owens et al., [5]. L'étude de Carroll et al. quant à elle estime ce taux à 1,6% [IC: 1.2-2.4] à 1 an tandis qu'un patient sur 25 ayant réalisé une tentative de suicide décèdera par suicide dans les 5 ans suivant un geste suicidaire précédent [6]. Un sujet survivant à une TS appartient, de fait, à une population à risque, avec un taux évalué à 40% de récives sur la vie entière.

L'HAS s'appuie sur le modèle de crise pour définir le processus suicidaire. Selon cette définition, la tentative de suicide est « *l'une des issues possibles de la crise suicidaire, qui est donc un processus limité dans le temps* ». La crise suicidaire est elle-même définie comme « *un moment d'échappement, un état d'insuffisance de ses moyens de défenses et de vulnérabilité plaçant la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est temporaire et réversible* ». Certains auteurs questionnent le profil psychopathologique des patients multirécidivistes. P.C. Racamier propose le terme de suicidose pour rendre compte du multirécidivisme [15]. D'autres, comme Pedinielli, qui évoque une "addiction suicidante", émettent l'hypothèse que la répétition de gestes suicidaires relèverait davantage d'un trouble addictif [16], [17].



En plus des répercussions sur la santé, l'impact économique et social des tentatives de suicide et suicides est majeur. Les coûts directs, liés à la prise en charge dans les secteurs sanitaires et aux autres dépenses, qu'elles soient publiques ou liées à la famille, ainsi que les coûts indirects, liés à la perte de productivité d'une personne s'étant suicidée ou ayant fait une tentative de suicide, s'élevaient en 2009 à près de 10 milliards d'euros. La répartition de ces coûts liés aux suicides et TS pour 2009 était respectivement de 88 % et 12 %. Le coût sociétal d'un suicide est estimé à 350 000 euros et le coût sanitaire d'une tentative de suicide entre 5000 à 15 000 euros [18].

Ces différentes données soulignent l'importance de prévenir au mieux une répétition du geste suicidaire chez tout patient admis aux urgences pour une TS, et cela dès un premier passage à l'acte suicidaire. La population de primo-suicidants présente une vulnérabilité suicidaire nouvelle de par la crise que ces patients traversent. Il convient que le dispositif de soin y soit particulièrement attentif afin de les protéger au maximum et donc de prévenir au mieux l'entrée dans des processus de répétition au risque létal ou dans des conduites répétitives de nature addictologique.

Bien qu'il n'existe pas de consensus strict pour la prise en charge des conduites suicidaires, l'hospitalisation brève au décours de la prise en charge aux urgences demeure conseillée en cas de crise suicidaire [15]. Les arguments en faveur sont qu'elle permet une contenance du patient, une évaluation plus précise de son état psychiatrique, une mise à distance avec certains facteurs précipitants et la protection du patient contre une récurrence très précoce. En pratique, une fois le risque somatique écarté, les suicidants admis aux urgences sont habituellement évalués par le psychiatre urgentiste. Ce dernier est chargé de déterminer le risque suicidaire et de définir le cadre de la prise en charge ultérieure afin de prévenir au mieux un nouveau passage à l'acte. Ainsi, en dehors des situations où l'hospitalisation s'avère

incontournable, lorsque le risque est trop important et que le patient nécessite en premier lieu d'être protégé de ses conduites suicidaires, par exemple, la prise en charge ambulatoire peut paraître d'emblée préférable et donc un certain nombre de patients rentrent à domicile après un simple passage aux urgences sans être hospitalisé au décours.

Au-delà de cette phase hospitalière d'urgence, la place de l'hospitalisation en psychiatrie dans la trajectoire de soins du patient suicidant est quant à elle une question encore largement débattue. En effet, il n'a jamais été formellement prouvé que, comparé au retour à domicile avec suivi ambulatoire correctement conduit, une hospitalisation en psychiatrie ou à l'hôpital général diminue le risque de récurrence suicidaire à 1 an [19] et cette question reste discutée notamment pour certains profils de patients avec des traits de personnalité de type impulsif [20], [21].

En outre, les études traitant de la prévention tertiaire montrent que deux types d'intervention auraient une efficacité sur la récurrence suicidaire. D'une part les dispositifs de veille, tels que Vigilans développé dans le Nord-Pas-de Calais [3], [22], [23], et qui doit s'étendre progressivement en Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que sur tout le territoire dans les mois à venir. D'autre part, les dispositifs d'interventions intensives tels que la thérapie psychodynamique, centrée sur la résolution de problèmes interpersonnels [24] ou la psychothérapie brève dans le mois suivant la sortie des urgences [25].

En Isère, les suicidants n'accèdent pas toujours à une hospitalisation de quelques jours, soit du fait de leur refus, soit par manque de disponibilités des lits en période de difficulté institutionnelle que connaît actuellement la psychiatrie publique. L'une des conséquences majeure est que le relais de soins ne peut pas être mis en place de façon adaptée. Certains de ces patients sont également orientés vers des établissements proposant des séjours plus longs et parfois à distance de la crise suicidaire, bien que ce type de prise en charge n'ait pas démontré de bénéfice sur la crise suicidaire. Enfin, ceux qui sont orientés en ambulatoire se

heurtent à l'indisponibilité des lieux de consultation et font face à des délais de premier rendez-vous excédant souvent un mois. Par ailleurs, près de la moitié de la population de la métropole de Grenoble est âgée de moins de 35 ans, un quart se situant à des âges compris entre 15 à 29 ans. Cette population nécessite une vigilance particulière pour plusieurs raisons. D'une part, le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation dans cette tranche d'âge, causant 16 % des décès de cette population en 2014 [2]. D'autre part, un certain nombre de pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie et le trouble bipolaire peuvent apparaître au début de l'âge adulte.

Dans ce contexte, le dispositif de soins sur l'agglomération grenobloise s'est diversifié dans l'objectif d'améliorer la prise en charge après une tentative de suicide, avec l'ouverture en octobre 2018 du Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI). Ce centre permet d'assurer une continuité des soins en proposant un suivi immédiat avec des consultations pluri-hebdomadaires durant une période de 2 mois des patients non porteurs de pathologie psychiatrique chronique pris en charge pour une situation de crise suicidaire, ou psychique, par le service des urgences du CHU de La Tronche ou celles du CH de Voiron, ces deux services recevant la très grande majorité des TS de la population du bassin grenoblois.

L'évaluation d'un tel dispositif nécessite de connaître en amont le risque de récurrence de la population concernée par ce dispositif de soins. Nous avons décidé de nous concentrer sur la population de primo suicidants qui constitue le cœur de cible du CTAI et qui, comme mentionné plus haut, pourraient avoir un profil psychopathologique et d'incidence de la récurrence différents des patients multirécidivistes. A notre connaissance, aucune étude d'incidence n'a été réalisée dans cette population. L'objectif principal de cette étude consistait donc à estimer l'incidence de la première récurrence suicidaire à 1 an au sein d'une cohorte historique de patients admis aux urgences pour une première tentative suicidaire avant 2018. Les objectifs secondaires étaient de décrire le délai de survenue de la première récurrence suicidaire ainsi que le parcours hospitalier psychiatrique au sein des différentes structures susceptibles de recevoir ces patients.

Cette étude observationnelle préalable à l'implantation du CTAI et de Vigilans servira de base à l'évaluation de l'hypothèse que la mise à disposition d'une unité de prise en charge ambulatoire intensive des patients ayant commis une première tentative de suicide permet une réduction de la récurrence suicidaire et une limitation du recours à l'hospitalisation à l'échelle du bassin grenoblois.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **Type d'étude**

Cette enquête observationnelle, multicentrique, de cohorte historique, a été réalisée par l'analyse de dossiers de patients admis aux urgences du CHU de la Tronche entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2016. Une demande d'autorisation de traitement des données a été déposée auprès de la CNIL, sous le numéro d'inscription sur le site de l'INDS : MR5614260719.

### **Echantillon considéré:**

Etaient inclus tous les patients majeurs admis aux urgences du CHU pour un premier geste suicidaire entre le 1/1/2016 et le 31/12/2016, domiciliés dans la zone d'intervention des équipes du SMUR du CHU et du CH de Voiron, et donc susceptibles d'y être à nouveau adressés en cas de réitération d'un geste suicidaire.

Les patients souffrant de schizophrénie, de trouble bipolaire, ou de handicap mental documentés, bénéficiant d'une prise en charge sectorielle non concernée par la modification de l'offre de soins dans le département, ainsi que les patients non francophones étaient exclus de l'étude. N'ont pas non plus été inclus les patients admis pour idées suicidaires sans passage à l'acte auto-agressif. Aucun critère de sélection n'était appliqué concernant

l'intentionnalité du geste suicidaire, le mode opératoire, la gravité du passage à l'acte ou sur la durée du séjour aux urgences.

### **Repérage de la cohorte :**

Une requête informatique initiale a été réalisée sur la base de données du logiciel de gestion du dossier médical informatisé du service des urgences du CHU. Celle-ci consistait à recenser, à partir des codes diagnostiques renseignés, tous les passages de patients majeurs, ayant consultés aux urgences pour TS « certaines » (codes diagnostiques X60 à X84, correspondant aux « lésions auto-infligées ») et « probables » (codes T42, T43, T50, T54 et T60, correspondants aux « intoxications aux psychotropes ou à certains produits majoritairement utilisés dans les tentatives de suicide d'après les experts ») et ayant bénéficié d'un avis psychiatrique, soit 643 venues, attribuables à 578 patients sur l'année 2016.

Une seconde requête informatique sur les dossiers retenus nous a permis de retenir uniquement les patients résidant dans la zone d'intérêt et ne présentant pas, selon l'analyse du codage diagnostique des précédentes venues, d'antécédent de TS, soit 450 venues, attribuables à 436 patients.

Par la suite, la lecture de l'intégralité des avis psychiatriques des dossiers retenus nous a conduit à exclure les patients présentant des critères d'exclusion : hors-secteur (6), antécédents de TS (113), observation psychiatrique absente ou incomplète, patient non vu (97), idées suicidaires sans passage à l'acte (11), antécédent psychiatrique (30), handicap mental (4), erreurs de codage (5), problématique addictologique (5). Nous avons obtenu une cohorte de 185 patients primo-suicidants, auxquels une lettre d'information et d'opposition a été envoyée par courrier. Sur les 185 sujets repérés, 31 patients ont refusé de participer à l'étude.

Nous avons ensuite procédé à une nouvelle lecture des dossiers afin de recueillir les informations suivantes : données sociodémographiques et socioprofessionnelles (genre, âge,

statut marital, enfants, statut professionnel), mode opératoire de la tentative de suicide, orientation recommandée par le psychiatre urgentiste et orientation réalisée effectivement après l'admission aux urgences.

### **Critères de jugement :**

Le critère de jugement principal était la réitération d'un geste suicidaire dans l'année suivant le passage aux urgences pour une première TS. Le CHU ainsi que le CH de Voiron sont les deux établissements du bassin grenoblois disposant d'un service d'urgences susceptible de recevoir les patients de notre étude pour un nouveau passage à l'acte suicidaire. Une nouvelle requête informatique sur la base des données des urgences médicales de ces deux centres a permis d'extraire l'ensemble des réadmissions aux urgences des deux établissements pour l'ensemble de la cohorte. La lecture des observations médicales et psychiatriques des dossiers de réadmissions a permis de retracer les réitérations de TS faisant l'objet d'une prise en charge hospitalière.

Afin de ne pas méconnaître d'éventuels décès par suicide, une requête informatique a été réalisée sur la base de données du SAMU de Grenoble, et le site internet [www.avis-de-deces.net](http://www.avis-de-deces.net) a été consulté pour l'ensemble des patients de la cohorte.

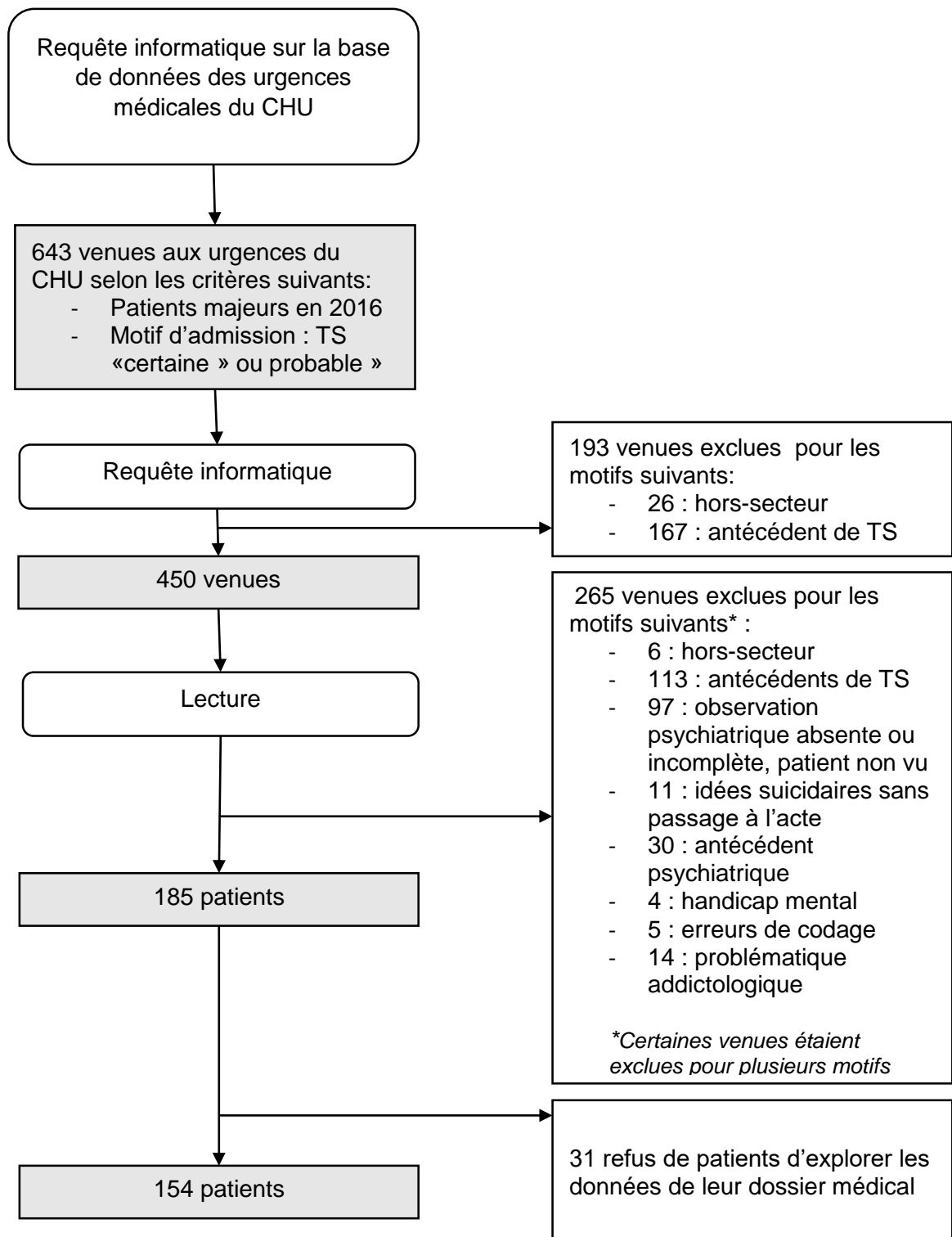
Les critères de jugement secondaires comprenaient le délai de survenue de la récurrence suicidaire et le parcours hospitalier réalisé dans l'année suivant la première tentative de suicide. Pour ce dernier critère, une requête informatique dans l'ensemble des établissements concernés (CHU, CH de Voiron, Clinique du Grésivaudan, Clinique du Dauphiné, Centre Hospitalier Alpes-Isère) a permis de retracer les éventuels séjours hospitaliers psychiatriques ou addictologiques avec, le cas échéant, le recueil des dates d'entrée et fin de séjour, ainsi que le motif d'hospitalisation (code diagnostique). L'examen des dates d'entrées et de sorties entre les séjours d'un même patient dans différents établissements a permis de repérer des hospitalisations comportant des transferts, afin de les relier en un seul séjour.

## **Analyses statistiques**

Afin d'estimer un risque de récurrence de tentative de suicide à 1 an de l'ordre de 13% avec une précision de +/- 5% et avec un intervalle de confiance à 95%, le nombre de sujets nécessaires à inclure était estimé à 174.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type, ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas d'écart à la normalité. Les variables catégorielles ont été décrites par des effectifs et des pourcentages. Les caractéristiques des patients à l'inclusion ont été comparées selon la présence ou non d'au moins une récurrence de TS à 1 an, à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives et à l'aide du test du khi2, remplacé par la probabilité exacte de Fisher si nécessaire pour les variables catégorielles. Le risque de récurrence de tentative de suicide pour différentes périodes de suivi a été analysé par la méthode de Kaplan Meier. Les courbes de risque ont été comparées par le test du logrank. Le seuil de significativité statistique retenu était de 0.05. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de R4web, mis à disposition par la faculté de médecine de Grenoble, et avec le logiciel Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, TX).

Figure 1 : Flow chart





## **RESULTATS**

### **Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients.**

154 patients admis aux urgences du CHU de Grenoble pour une première tentative de suicide du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016 ont été inclus dans notre étude. Les données relatives au genre, à l'âge, à la situation maritale, au fait d'avoir des enfants, à la situation professionnelle, ainsi qu'à la première tentative de suicide et à sa prise en charge aux urgences (mode opératoire, orientation recommandée par le psychiatre urgentiste et devenir à l'issue de la prise en charge aux urgences) sont résumées dans le tableau 1.

### **Réitération d'un premier geste suicidaire**

Concernant notre objectif principal, parmi les 154 patients inclus, 20 ont été réadmis aux urgences du CHU (19) ou du CH de Voiron (1) pour une première récurrence suicidaire, soit une incidence de récurrence de TS à 1 an de 12.9% (IC95% : 8-19). Parmi les patients ayant récidivé, 1 seul a récidivé plus d'une fois au cours du suivi.

### **Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles selon la réitération ou non d'un geste suicidaire:**

Globalement, les caractéristiques cliniques et sociodémographiques au moment de la première TS étaient comparables dans les deux sous-groupes, récidivistes et non-récidivistes. Les femmes représentaient 55% des patients récidivistes et 58% des non récidivistes. L'âge moyen des récidivistes était de 46 ans, versus 43.5 ans chez les non-récidivistes. 60% des patients récidivistes étaient mariés/ en couple, 20% célibataires et 20% veufs tandis que 57% des non récidivistes étaient mariés/ en couple, 37.8% célibataires et 5% veufs. 75% des récidivistes et 75,2% des non récidivistes avaient des enfants.

Comparaison des caractéristiques de la première TS et de sa prise en charge aux urgences

selon la réitération ou non d'un geste suicidaire :

Concernant la 1<sup>ère</sup> tentative de suicide, là encore, on ne retrouvait pas de différence statistiquement significative chez les récidivistes et les non récidivistes selon le mode opératoire de la 1<sup>ère</sup> tentative de suicide, l'orientation recommandée par le psychiatre et la prise en charge initiale au décours des urgences.

*Tableau 1: Caractéristiques cliniques et sociodémographiques à l'inclusion de l'ensemble de l'échantillon de primo-suicidants et selon l'éventuelle survenue d'une première réitération suicidaire.*

	<b>Total (n=154)</b>	<b>Réitération suicidaire (n= 20)</b>	<b>Absence de réitération suicidaire (n=134)</b>	<b>p</b>
<b>Femme</b>	89 (57.8%)	11 (55%)	78 (58.2%)	0.786
<b>Age moyen (ans)</b>	43.9 (16.2)	46 (17.9)	43.5 (16)	0.539
<b>Situation socioprofessionnelle*</b>				
Actif	64 (49.2%)	10 (62.5%)	54 (47.4%)	0.320
Sans emploi	52 (40%)	6 (37.5%)	46 (40.4%)	
Etudiant	14 (10.8%)	0 (0%)	14 (12.3%)	
<b>Situation maritale*</b>				
Célibataire	48 (35.8%)	3 (20%)	45 (37.8%)	0.058
Mariage/concubinage	77 (57.5%)	9 (60%)	68 (57.1%)	
Veuf (ve)	9 (6.7%)	3 (20%)	6 (5%)	
<b>Enfants*</b>				
Oui	91 (75.2%)	12 (75%)	79 (75.2%)	>0.999
<b>Mode opératoire de la TS</b>				
Médicamenteuse	138	18 (90%)	120 (89.6%)	0.427
Phlébotomie	(89.6%)	1 (5%)	3 (2.2%)	
Arme à feu	4 (2.6%)	0 (0%)	1 (0.75%)	
Pendaison	1 (0.65%)	1 (5%)	3 (2.2%)	
Mixte	4 (2.6%)	0 (0%)	7 (5.2%)	
	7 (4.55%)			
<b>Orientation recommandée par le psychiatre *</b>				
Retour à domicile et suivi ambulatoire	89 (62.2%)	11 (64.7%)	78 (61.9%)	>0.999
Hospitalisation	54 (37.8%)	6 (35.3%)	48 (38.1%)	
<b>Prise en charge initiale au décours des urgences</b>				
Retour à domicile	113	15 (75%)	98 (73.1%)	0.860
Hospitalisation immédiate	(73.4%)	5 (25%)	36 (26.9%)	
	41(26.6%)			

*\*Les données étaient manquantes pour : situation socioprofessionnelle : 24 patients, situation maritale : 20 patients, enfants : 33 patients, orientation recommandée par le psychiatre : 11 patients.*

### **Délais de survenue de la première récurrence suicidaire**

Concernant nos objectifs secondaires, nous observons que le délai moyen avant la survenue de la première récurrence suicidaire était de 146,2 jours. La moitié des patients admis aux urgences pour un nouveau geste suicidaire avait récidivé dans les 3 mois et demi (3.6 mois = 110 jours) après la consultation aux urgences pour 1<sup>ère</sup> TS.

Parmi les récidivistes, 2 patients (10%) sont revenus aux urgences pour des récurrences très précoces à J1 et J3 suivant la date de consultation aux urgences pour la 1<sup>ère</sup> récurrence suicidaire. Il s'agissait respectivement d'un jeune homme de 19 ans, célibataire, sans enfant, actif, dont le mode opératoire de la 1<sup>ère</sup> TS était une IMV (X64.9), rentré à domicile après son passage aux urgences, et ayant reconsulté le lendemain pour une nouvelle intoxication médicamenteuse par benzodiazépines (X42.4). La deuxième récurrence précoce concernait une femme de 48 ans, en couple, sans enfant, dont la situation professionnelle n'était pas renseignée. De même que le premier patient, le mode opératoire de la 1<sup>ère</sup> TS et de la 1<sup>ère</sup> récurrence était une IMV par benzodiazépine (X42.4).

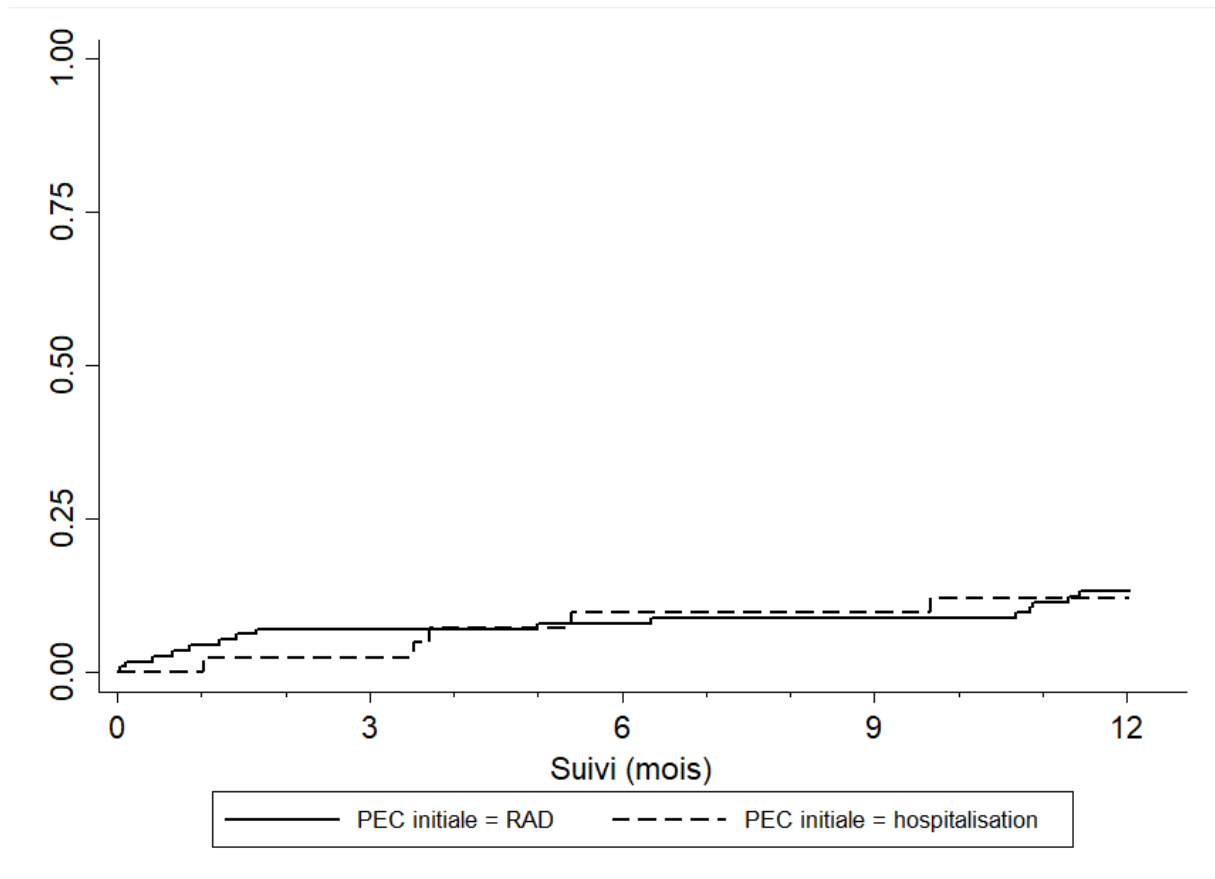
*Tableau 2 : Risque de première réitération d'un geste suicidaire pour différents délais de suivi.*

	<b>Effectif de première récurrence (n=20)</b>	<b>Incidence cumulée (IC à 95%)</b>
<b>Récurrence à 1 mois (n)</b>	5	3.25 % [1.36-7.62]
<b>Récurrence de]1 à 3 mois (n)</b>	4	5.84 % [3.08- 10.93]
<b>Récurrences de]3 à 6 mois (n)</b>	4	8.44 % [4.99- 14.09]
<b>Récurrences de]6 à 12 mois (n)</b>	7	12.99 % [8.58 – 19.40]

Par ailleurs, nous n'observons pas de différence significative entre les courbes de risque de survenue d'une première récurrence selon que les patients aient ou non été hospitalisés au décours de leur 1<sup>ère</sup> tentative de suicide ( $p= 0.0538$ ) (figure1). Parmi les patients récidivistes,

le délai moyen de survenue de la première récurrence était de 141 jours lorsque les patients étaient hospitalisés dans les 10 jours suivant leur 1<sup>ère</sup> TS et de 147 jours lorsqu'ils rentraient à domicile au décours de leur 1<sup>ère</sup> TS.

Figure 2: Courbes de risque de première réitération d'un geste suicidaire selon la prise en charge réalisée au décours d'une première tentative de suicide.



### Parcours hospitalier psychiatrique

Parcours hospitalier psychiatrique au décours immédiat ou dans les 10 jours suivant la prise en charge aux urgences pour un premier passage à l'acte auto-agressif :

Habituellement, deux cas de figures sont observés aux urgences. Ou bien le risque suicidaire est évalué comme étant faible, le patient bénéficie d'un entourage étayant et peut donc être orienté à domicile ; ou bien le risque suicidaire est moyen ou élevé et dans ce cas le psychiatre propose une hospitalisation. Dans le contexte actuel, un certain nombre d'hospitalisations en

psychiatrie doivent être différées de quelques jours. En nous appuyant sur l'analyse des délais d'hospitalisation, nous avons fixé une limite de 10 jours pour faire la distinction entre le parcours hospitalier "immédiat" dont peut faire l'objet la 1<sup>ère</sup> crise suicidaire, et le parcours hospitalier « à distance » de cette 1<sup>ère</sup> crise.

Dans notre étude, 41 patients (26%) ont été hospitalisés dans les 10 jours qui ont suivi leur passage aux urgences et ont donc été considérés comme hospitalisés au décours de la 1<sup>ère</sup> TS. La durée moyenne de cette 1<sup>ère</sup> hospitalisation à partir des urgences était de 26.1 jours.

Parmi les patients hospitalisés en psychiatrie, 63% ont été transférés à l'APEX, unité d'hospitalisation de crise et de post-urgences de psychiatrie située au CHAI. Nous notons également que 46% des patients hospitalisés ont bénéficié d'une hospitalisation en unité de secteur, immédiatement depuis les urgences (9.76%) ou suite à un passage à l'APEX (36.59%). Enfin, 39% des patients ont été hospitalisés en clinique privée, immédiatement depuis les urgences (24.39%) ou suite à un passage à l'APEX (14.63%), tandis que seulement 1 patient (2.4%) était hospitalisé en addictologie (tableau 3).

*Tableau 3 : Description du parcours hospitalier psychiatrique et addictologique réalisé au décours de la prise en charge aux urgences chez les 41 patients hospitalisés.*

	<b>Effectifs (n=41)</b>	<b>Effectifs cumulés</b>
<b>APEX uniquement</b>	5 (12.20%)	12.20%
<b>APEX puis Clinique du Dauphiné</b>	6 (14.63%)	26.83%
<b>APEX puis hospitalisation en unité de secteur</b>	15 (36.59%)	63.41%
<b>Addictologie</b>	1 (2.44%)	65.85%
<b>Clinique du Dauphiné</b>	10 (24.39%)	90.24%
<b>Unité de secteur uniquement</b>	4 (9.76%)	100%

Tableau 4: Répartition des services d'hospitalisation psychiatriques et addictologiques pour 1<sup>ère</sup> TS chez les 41 patients hospitalisés.

	Effectif (n=41)
<b>Patients ayant eu ≥1 hospitalisation à l'APEX</b>	26 (63.41%)
<b>Patients ayant eu ≥1 hospitalisation en unité de secteur</b>	19 (46.34%)
<b>Patients ayant eu ≥1 hospitalisation en addictologie</b>	1 (2.44%)
<b>Patients ayant eu ≥1 hospitalisation en clinique privée</b>	16 (39.02%)

\*une hospitalisation peut avoir sollicité plusieurs services.

D'autre part, sur les 54 patients pour lesquels une hospitalisation en établissement psychiatrique était recommandée par le psychiatre des urgences, 38 (70%) ont effectivement été hospitalisés à l'issue de leur prise en charge aux urgences. En revanche, 16 patients (30%) n'ont pas pu bénéficier d'une hospitalisation (tableau 5).

Parmi les 89 patients pour lesquels un retour à domicile avait été préconisé, 1 patient a été hospitalisé à moins de 10 jours de la 1<sup>ère</sup> TS.

Tableau 5 : Comparaison entre l'orientation recommandée par le psychiatre et le devenir effectif à l'issue de la prise en charge aux urgences

	Orientation réalisée aux urgences		Total
	Retour à domicile	Hospitalisation en psychiatrie	
<b>Prise en charge recommandée par le psychiatre</b>			
- Hospitalisation	16	38	54
- Retour à domicile et suivi ambulatoire	88	1	89
- Données manquantes (11 patients)		2	2
<b>Total</b>	113	41	154

#### Parcours hospitalier ultérieur et réadmissions aux urgences :

Nous avons analysé le parcours hospitalier psychiatrique et les réadmissions aux urgences au-delà de la prise en charge initiale, lorsque ces événements étaient liés à une récurrence suicidaire ou à un problème de santé mentale. En effet, nous estimons que la qualité de la prise en charge initiale à l'issue de la première TS est susceptible de conditionner la nécessité

de recours aux soins psychiatriques ultérieurs et à la sollicitation des urgences pour des problèmes de santé mentale, qu'il s'agisse ou non de récurrence de TS.

*Concernant le parcours hospitalier psychiatrique ultérieur*, parmi les 154 patients de la cohorte, 27 ont été hospitalisés au moins une fois en psychiatrie à distance de leur TS initiale, cumulant 32 séjours d'une durée moyenne de 28.8 jours. Parmi ces 32 séjours, 10 font suite à une répétition d'un geste suicidaire, mais ne concernent que 9 des 21 premières récurrences (1 patient ayant récidivé à deux reprises, ces 2 gestes ayant donné suite à une hospitalisation). Autrement dit, 42,9% des 1<sup>ères</sup> récurrences suicidaires ont donné lieu à une hospitalisation en milieu psychiatrique. La durée moyenne des hospitalisations pour récurrence de TS est de 23.7 jours (tableau 6).

*Concernant les réadmissions ultérieures aux urgences*, parmi les 154 patients de la cohorte, 45 patients (29.2%) ont été réadmis au moins une fois aux urgences et cumulent un total de 69 passages, tous motifs confondus. Sur ces 69 passages, 45 (soit 65%) étaient motivés par des problèmes en lien avec la santé mentale (dont 19 pour TS et 12 pour motif addictologique) (tableau 6), attribuables à 33 patients. Par conséquent 21,4 % (33/154) de la cohorte a été amené à être réadmis au moins une fois pour un problème de santé mentale dans l'année suivant son geste initial.

Le recours au service des urgences des 20 récidivistes a été le suivant : 19 patients sont revenus aux urgences une première fois à distance de leur 1<sup>ère</sup> crise suicidaire, dont 13 pour une récurrence de TS, 4 pour un épisode dépressif, et 1 pour un problème lié à l'alcool. Par la suite, 9 patients sont revenus une seconde fois aux urgences pour les diagnostics suivants : TS (6 sur 9), problématique liée à l'alcool (2 sur 9). Enfin, 2 de ces patients sont revenus une 3<sup>ème</sup> fois aux urgences pour récurrence suicidaire (1) et pour épisode dépressif (1).

A noter qu'un patient a directement été hospitalisé en réanimation médicale dans le cadre de sa récurrence suicidaire, et n'a jamais été réadmis aux urgences dans l'année suivant son geste initial.

Au total, la durée des hospitalisations pour l'ensemble de la cohorte en un an est de 1995 jours pour 154 patients, soit en moyenne 12.9 jours d'hospitalisation par primo-suicidant. Le poids des hospitalisations initiales est de 6.9 jours par primo-suicidant et celui de l'ensemble des hospitalisations pour TS de 8,4 jours.

*Tableau 6: Description du parcours hospitalier ultérieur, psychiatrique et aux urgences, des patients de la cohorte.*

<b>Patients ayant eu ≥1 hospitalisation en psychiatrie:</b>	27 (17,5%)
• nombre de séjours	32
• secondaire à une TS	10
• durée moyenne des séjours (jours)	23,7
<b>Patients ayant eu ≥1 réadmission aux urgences en lien avec la santé mentale :</b>	33 (21,4%)
• Nombre d'admissions	45

## **DISCUSSION**

### Résultats de l'étude et comparaison aux résultats de la littérature

Les résultats de notre étude sont difficilement comparables aux résultats de la littérature ainsi qu'aux données épidémiologiques nationales pour plusieurs raisons.

D'une part, nous ne retrouvons pas dans la littérature d'étude s'intéressant à l'incidence de la première récurrence suicidaire.



Ensuite, les études s'intéressant à la récurrence suicidaire ne portent pas sur des échantillons de patients comparables à celui de notre étude, à savoir un échantillon de patients ne présentant pas d'antécédent avéré de maladie psychiatrique.

Enfin, en l'absence de registre spécifique, il est difficile de mesurer précisément le nombre de tentatives et d'en suivre l'évolution. Par ailleurs, les données de la littérature qui s'intéressent à la tentative de suicide ne sont pas homogènes. Au niveau national, les données médico-administratives qui nous renseignent sur les passages à l'acte suicidaires ne permettent pas directement de distinguer une première TS d'une récurrence. Les données épidémiologiques territoriales proposées par les Observatoires Régionaux du Suicide sont établies à partir de recherches portant sur des diagnostics PMSI, tandis que la base OSCOUR permet de tracer les tentatives de suicide ayant été prises en charge aux urgences, sans distinction.

*Concernant le résultat principal de notre étude, nous avons retrouvé un taux de récurrence de 12.9% [IC à 95%: 8- 19] de récurrences à 1 an.*

Ce résultat n'est pas statistiquement différent ( $p= 0,308$ ) des résultats habituellement rapportés par les études s'intéressant à l'incidence de la récurrence suicidaire. En effet, la revue de littérature et méta-analyse réalisée par Carroll R and al. portant sur 177 études estime à 16.3% [IC : 15.1-17.7] le taux de récurrence suicidaire dans les 12 mois suivant une TS [6]. De même, la revue systématique de Owens et de son équipe portant sur 90 études retrouve un risque de récurrence de TS à 15% et un risque de suicide à 2% à 1 an [5]. La revue de littérature de Castaigne et al. rapporte quant à elle un taux de récurrence à un an compris entre 5.1 et 27.2% avec une médiane à 17.3% [14].

Notre étude portait sur des primo-suicidants indemnes de troubles bipolaire ou schizophrénique avéré, connus pour être des facteurs de risque majeurs de tentative de suicide, multipliant respectivement par 30 et 8 le risque de tentative de suicide [27]. Faute

d'antécédent suicidaire, on peut également estimer que cette population devrait être plus protégée des conduites suicidaires à répétition, susceptibles d'augmenter le taux de récurrence. Nous faisons donc l'hypothèse d'un taux de réitération suicidaire moindre que dans les données de la littérature. Nous estimons que le manque de puissance constitue la principale explication de l'absence de significativité de la différence.

Au niveau national, les données PMSI-MCO estiment quant à elles à 12.8% le taux de première ré-hospitalisation à 1 an d'une précédente TS [2]. Si d'apparence, nous pourrions affirmer que les résultats de notre étude sont donc superposables à ceux retrouvés en France, cette comparaison se heurte également à plusieurs différences méthodologiques. En effet, établir une comparaison entre les résultats de notre étude et ceux du PMSI consiste à comparer des consultations pour motif suicidaire à des hospitalisations pour motif suicidaire. En effet, le codage porte uniquement sur les séjours hospitaliers en médecine et chirurgie, les simples passages aux urgences et les passages en psychiatrie échappent à cette mesure qui sous-évalue donc considérablement le taux de tentatives de suicide. Il existe un écart important, pouvant aller jusqu'à 40% entre le nombre de TS déclarées dans les enquêtes sur la santé en population générale et le nombre de TS enregistrées par les services hospitaliers. Ainsi, on estime aujourd'hui que ce chiffre représente la moitié des tentatives de suicide en France [28]. En outre, le codage est hétérogène, praticien dépendant, et cette hétérogénéité peut constituer un biais à une éventuelle comparaison. Enfin, un autre élément dont il faut tenir compte à nouveau est celui de la population étudiée, et notamment des comorbidités psychiatriques. Comme cité précédemment, du fait des critères de sélection de notre population, nous aurions pu nous attendre à retrouver un résultat de récurrence inférieur à ceux retrouvés par les données des bases PMSI. La similarité de ces résultats alors que notre échantillon peut être considéré comme « protégé », indemne des facteurs de risque notables que représentent ces troubles psychiatriques, vient renforcer l'hypothèse que cette population de primo-suicidants, du fait de la crise psychique qu'ils traversent, est particulièrement

vulnérable et nécessite donc des soins spécifiques et renforcés dès leur prise en charge aux urgences pour un premier geste suicidaire.

Enfin, un autre élément à signaler, nous n'avons pas identifié de suicide durant le suivi. L'étude de R. Carroll évalue le taux de suicide à 1.6% [IC : 1.2 -2.4]. De même, celle d'Owens and al. retrouve un risque de suicide entre 0.5 et 2% à 1 an. Notre résultat est à nuancer, pour les raisons méthodologiques citées précédemment, et parce qu'il ne nous a pas été possible de consulter le registre national des décès.

On note également que notre étude ne permet pas d'étudier l'association entre le mode opératoire de la première TS (et sa létalité potentielle) et la survenue d'une récurrence suicidaire. Néanmoins, par un recrutement à partir des urgences, les patients réalisant une TS sévère et admis directement en service de réanimation étaient donc exclus de notre étude.

Enfin, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques relevées étaient comparables entre les deux sous-groupes, récidivistes et non récidivistes. Autrement dit, les patients récidivistes ne présentaient pas les facteurs de risques habituellement décrits dans la littérature, qui sont classiquement, le genre féminin, l'âge jeune, le célibat, l'inactivité professionnelle... Cette absence de différence peut à nouveau s'expliquer par une puissance insuffisante. Mais il est également possible que ces facteurs de risque de récurrence habituellement décrits ne concernent pas notre population, et peut-être seulement les patients qui s'inscrivent dans une récurrence des passages à l'acte. Une étude de plus forte puissance s'intéressant à décrire les facteurs de risque de 1<sup>ère</sup> récurrence suicidaire au sein d'un échantillon de primo-suicidants comparable à celui de notre étude permettrait d'apporter des réponses à ce sujet.

*Concernant les objectifs secondaires, nous avons retrouvé un délai moyen de 3.6 mois (146 jours) avant la survenue de la 1<sup>ère</sup> récurrence suicidaire. Le délai médian était de 110 jours [29.75 - 301.7]. L'étude de suivi prospectif de cohorte réalisée par Kapur et al.[29] identifiait*

un délai médian de 73.5 j [20 -187]. Irigoyen et al. retrouvait un risque majeur de récurrence les 6 premiers mois [7]. L'étude publiée en 2019 par G. Geulayov et al. retrouve des résultats comparables, avec en particulier un risque majeur dans le mois qui suit un geste suicidaire [30]. Nos résultats sont superposables aux données nationales : après une hospitalisation pour TS, le taux de première ré-hospitalisation pour TS est de 3.8% à 1 mois (3.25% dans notre étude) et de 12.8% à 1 an en France (12.9% dans notre étude). Par ailleurs, la répartition des récurrences suicidaires à la sortie des urgences pour une 1<sup>ère</sup> TS n'est pas linéaire dans le temps. A l'instar de ce qui est décrit dans la littérature, nous observons en effet une frontière assez nette entre des passages précoces dans la 1<sup>ère</sup> semaine qui suit l'hospitalisation et des passages plus tardifs [26]. Un lien peut être établi avec les raisons habituellement évoquées par les patients pour expliquer leur passage à l'acte. En effet, il est important de noter que bien souvent, la crise suicidaire s'inscrit dans un contexte particulier, et 50% des patients en crise suicidaire font part d'un conflit interpersonnel, qu'il soit d'ordre familial, conjugal, social ou professionnel [31]. Nos résultats concernant le délai d'itération d'un geste suicidaire concordent avec les observations retracées dans la littérature et observée au niveau national : la période suivant un retour à domicile constitue une période à haut risque de récurrence [32]. Cette observation implique donc d'offrir aux patients suicidants un suivi renforcé, régulier et réactif au cours de cette période de vulnérabilité.

*Concernant le parcours hospitalier*, sur les 54 patients de notre cohorte pour lesquels une hospitalisation en psychiatrie ou addictologie était recommandée par le psychiatre, 38 (70%) ont effectivement été hospitalisés en établissement psychiatrique à l'issue de leur prise en charge aux urgences, tandis que 16 patients (30%) n'ont pas pu bénéficier d'une telle prise en charge. Par ailleurs, parmi le groupe de patients récidivistes pour lesquels une hospitalisation était recommandée par le psychiatre, la moitié n'a pas été hospitalisée à la suite de leur première TS (3 sur 6). Ces résultats sont comparables aux résultats de l'étude de Castaigne et al. qui estime que la majorité des suicidants (60 à 70% des patients) pris en

charge en milieu hospitalier est orientée vers un retour à domicile [14]. Au niveau national, selon les données du PMSI, à la suite d'un geste suicidaire, la sortie du patient sans admission en hospitalisation est prononcée une fois sur quatre au niveau national, et près de 40 % des suicidants transitant par les services d'urgences sont pris en charge par des services de psychiatrie (immédiatement ou au décours d'une hospitalisation en MCO) [2].

Ces résultats nous poussent à plusieurs constatations. Tout d'abord, une majorité de patients rentrent à domicile immédiatement au décours d'un passage aux urgences pour un premier geste suicidaire, et ce en dépit des recommandations actuelles de l'HAS qui préconisent de proposer à tout patient suicidant une prise en charge hospitalière, permettant une contenance et une protection du patient, une évaluation plus précise de son état psychiatrique, une mise à distance avec certains facteurs précipitants et protéger d'une récurrence très précoce. Néanmoins, en pratique, l'orientation vers une hospitalisation ou au contraire un retour à domicile fait partie des missions du psychiatre urgentiste qui se prononce vers l'une ou l'autre de ces possibilités à la suite de l'évaluation du risque suicidaire. Par ailleurs, on observe qu'un nombre non négligeable de patients n'ont pas pu bénéficier d'une hospitalisation malgré les recommandations de prise en charge du psychiatre, et que parmi les patients ayant récidivé, la moitié de ceux qui étaient orientés vers une hospitalisation n'ont pas pu en bénéficier.

Ceci peut s'expliquer en partie par les contraintes institutionnelles actuelles, la restriction des moyens conduisant à une saturation du système de soins et à l'incapacité de proposer une hospitalisation dans des délais satisfaisants à tout patient suicidant. La non-hospitalisation peut également être liée au refus d'hospitalisation de certains patients, à fortiori dans un établissement psychiatrique.

Enfin, nous avons pu observer que la survenue et le délai de récurrence sont tous les deux comparables selon que les patients aient ou non été hospitalisés en psychiatrie au décours de leur passage aux urgences. Autrement dit, l'hospitalisation en milieu psychiatrique ne semble pas protéger les patients d'une récurrence ni repousser la survenue de cette récurrence.

Dans tous les cas, ces données représentent un argument supplémentaire pour développer un dispositif de soins ambulatoires comme alternative à l'hospitalisation, afin de répondre aux recommandations de maintenir le contact avec les patients suicidants. Ces soins permettraient de renforcer l'alliance thérapeutique avec le patient, permettant de prévenir une récurrence précoce et seraient favorable à une évaluation psychiatrique plus approfondie, comprenant la recherche et la prise en charge de comorbidités, en faisant appel si besoin aux différentes structure de soins ambulatoires. En effet, les études révèlent que près de 25% des patients suicidants souffrent de troubles de la personnalité [14]. De même, le problème addictif est fréquemment retrouvé chez les sujets passant à l'acte. Ces comorbidités sont des facteurs de risque de tentative de suicide et de récurrence toutes deux bien décrites dans la littérature. Or, l'un comme l'autre, s'ils peuvent être évoqués, sont rarement diagnostiqués dans le cadre d'une évaluation psychiatrique d'urgence, à fortiori lors d'un premier passage. Ceci se retrouve dans nos résultats: pour 15% des patients récidivistes, le diagnostic relevé au décours de passages ultérieurs aux urgences était en rapport avec une problématique liée à l'usage d'alcool (F10.0, F10.2, T45.5), tandis que ce diagnostic n'avait été retenu que chez un seul d'entre eux à l'issue du premier passage aux urgences. Ainsi, la problématique alcoolique tend à être diagnostiquée avec les réadmissions aux urgences. En outre, l'hospitalisation en addictologie est rarement indiquée en 1ère intention, elle est le plus souvent intégrée à un projet de soins construit en ambulatoire. Et concernant les troubles de la personnalité, s'il ne fait aucun doute qu'un passage à l'acte imminent justifie un recours à l'hospitalisation, certains auteurs mettent en garde contre les renforcements positifs suicidaires que peuvent provoquer des admissions répétées [20], [21].

*Concernant la durée de séjour hospitalier*, enfin, les données issues du PMSI estiment que la grande majorité (89%) des hospitalisations en MCO ou UHCD pour TS a duré 5 jours ou moins. Un séjour sur 6 (16%) a duré moins d'une journée, la moitié des séjours n'a duré qu'un jour tandis que les séjours de 2 jours et ceux de 3 à 5 jours ont concerné respectivement

12% et 11% des hospitalisations pour TS. Les séjours de plus de 15 jours n'ont concerné que 2.5% de l'ensemble des hospitalisations. Et les durées de séjours étaient plus importantes lorsque la gravité du geste était élevée. Dans notre étude, nous retrouvons des durées de séjours bien supérieures avec une durée moyenne de 26 jours pour un premier geste suicidaire. Néanmoins, nous nous sommes intéressés ici aux séjours hospitaliers dans des établissements psychiatriques et non pas en médecine ou chirurgie. Nos résultats ne sont donc pas comparables. Ces résultats, dans la mesure où nous n'avons pas permis d'identifier un rôle protecteur de l'hospitalisation en milieu psychiatrique, peuvent nous conduire à nous interroger sur les bénéfices attendus d'un séjour hospitalier allongé. Il faut toutefois prendre en considération, dans un tel questionnement, le fait que l'hospitalisation peut être indiquée devant une crise suicidaire, mais pour prendre en charge d'autres difficultés présentées par le patient que le motif unique de la crise suicidaire.

#### Méthodologie : population étudiée et critère de jugement principal, forces et limites de l'étude

##### *Population étudiée:*

Premièrement, en raison de l'aspect différent à bien des égards de la problématique suicidaire chez les enfants et les adolescents, justifiant une prise en charge spécifique, notre choix s'est porté sur la population des plus de 18 ans.

Notre étude s'intéressait aux primo-suicidants indemnes d'antécédent psychiatrique notable et donc de suivi psychiatrique. Par l'absence d'antécédent de TS, de trouble bipolaire ou de trouble schizophrénique, cette population d'étude était moins grave que la population décrite habituellement dans les études.

Par ailleurs, notre étude s'intéressant à la récurrence d'un geste suicidaire, les patients présentant des idées de suicide n'ont donc pas été inclus dans l'étude. Ce choix peut néanmoins se discuter. On sait que 72% des patients suicidants avaient élaborés un plan suicidaire dans

l'année précédant leur passage à l'acte [33], [34]. Et l'antécédent de TS représente le FDR majeur de récurrence, avec une prévalence sur la vie entière proche de 40%. De fait, on peut considérer que la prévention tertiaire se confond bien souvent avec la prévention primaire. Une autre étude aurait pu par exemple consister en un suivi post crise psychique, s'intéressant aux suicidaires et suicidants, mais cela aurait nécessité une méthodologie différente de ce travail et complexe à réaliser.

*Critère de jugement:*

La définition de la crise suicidaire est complexe et il n'existe pas de consensus international sur ses critères de définition. Certaines études s'appuient sur la notion d'intentionnalité suicidaire pour distinguer les gestes auto-agressifs tels que les auto-mutilations des tentatives de suicide [35]. C'est ainsi qu'on retrouve dans la littérature de nombreux termes tels que « self-harm », « non-suicidal self-injury », « self-injurious behavior », qui désignent des comportements d'automutilation distincts d'une tentative de suicide avec intentionnalité de mourir, traduite par le terme de « suicide attempt ». Dans notre étude, nous nous sommes appuyés sur la définition de la crise suicidaire donnée par l'HAS dans la conférence de consensus de 2000, toujours d'actualité [15]. Celle-ci rappelle que l'intentionnalité ne peut être un critère pour distinguer un geste auto-agressif d'un autre qui serait considéré comme suicidaire. Ainsi, nous nous sommes appliqués ici à considérer tout geste auto-agressif comme manifestation d'un moment de crise psychique, de souffrance et de vulnérabilité, et donc comme un geste de récurrence suicidaire. En outre, les codes diagnostics de la CIM-10 permettent de repérer les TS à partir de "lésions auto-infligées". Ces codes ne tiennent pas rigueur de l'intentionnalité du geste. Les cliniciens s'appuient sur la nature des lésions pour affirmer le diagnostic de TS.

Par ailleurs, conformément aux recommandations de l'OMS, nous avons décidé de recueillir les données concernant la récurrence suicidaire à partir des dossiers médicaux, en nous appuyant sur les données issues du codage et de la lecture des dossiers médicaux [10]. En effet, les enquêtes déclaratives en population générale sont limitées pour de multiples raisons:



faible puissance statistique, biais de déclaration lié la méthode de recueil de l'information, rareté de l'évènement « récurrence suicidaire » au sein de la population.

*Limites :*

Notre étude souffre de plusieurs biais habituellement retrouvée dans les études rétrospectives. En premier lieu, la constitution de notre échantillon est soumise à un biais de sélection lié au codage : l'étude de chaque dossier médical nous a révélé qu'un nombre non négligeable d'observations médicales étaient incomplètes. Le codage est praticien-dépendant, et la lecture des dossiers a confirmé que celui-ci n'est pas parfait. En effet, nous avons relevé 5 dossiers avec une erreur indiscutable de codage et 14 autres (7% des 265 dossiers exclus à la lecture) où la problématique des patients consultant aux urgences était de nature addictologique et non liée à une tentative de suicide.

Ensuite, le codage diagnostic selon la CIM-10 n'est pas univoque. Plusieurs codes existent pour repérer les TS dites "certaines", "probables" ou "possibles" à partir de "lésions auto-infligées", et il n'est pas possible de différencier un type de passage à l'acte d'un autre en se basant sur les codes diagnostics. Une des difficultés de notre travail a été de sélectionner notre échantillon de primo-suicidants en limitant au maximum le biais de recrutement. Pour se faire, il a été nécessaire de coupler deux méthodes: la recherche informatique d'éventuels antécédents de TS avec les codes diagnostics dans les admissions antérieures et la lecture des observations psychiatriques du séjour index aux urgences, ainsi que celle des admissions antérieures et postérieures. En outre, il persiste un biais de mémorisation et de déclaration des patients lors de leur évaluation par le psychiatre des urgences. De plus, le recueil d'informations, dont des antécédents de gestes suicidaires, leur consignation, et l'appréciation du geste suicidaire sont variables, praticien- dépendante. Ceci signifie que possiblement, des patients récidivistes ont pu être inclus, et que des récurrences suicidaires n'ont pas été retracées.

L'effectif réduit de primo-suicidants apparaît également comme un facteur limitant la puissance de l'étude qui nécessitait d'inclure 174 patients pour être significativement comparable aux données de la littérature. Ceci s'explique par le nombre important de patients qui ont été exclus, et que nous n'avions pas anticipés initialement. Outre les erreurs de codage, et les patients présentant des critères d'exclusion, nous notons que 97 dossiers médicaux n'ont pas été retenus à la lecture des 450 dossiers médicaux recensés par la seconde requête informatique en raison de l'absence d'observation psychiatrique dans le dossier médical. Différentes explications peuvent être apportées pour justifier de ce taux qui demeure élevé: sortie contre avis médical avant consultation avec le médecin psychiatre, transfert dans un service de soins intensifs ou de réanimation devant la dégradation somatique du patient, patient non adressé par les médecins somaticiens, devant une évaluation de faible risque suicidaire, ou en raison peut-être d'une présence médicale psychiatrique restreinte, notamment la nuit ou le week-end.

La constitution de notre cohorte à partir des urgences entraîne un biais de recrutement excluant les patients admis directement en réanimation. Nous avons donc ici sélectionné des primo-suicidants «moins graves ». Ceci peut expliquer que nous n'ayons pas mis en évidence d'association entre la gravité du premier geste suicidaire est la survenue de récurrence suicidaire et que nous n'ayons pas retrouvé de suicide au cours du suivi. En revanche, cette population correspond davantage à la population de primo-suicidants ciblée par la modification de l'offre de soins. Ces patients moins graves peuvent être concernés par une prise en charge ambulatoire initiale, tandis que les TS plus graves nécessitent plus souvent une prise en charge hospitalière.

Enfin, il convient de questionner les modalités d'information des patients devant le nombre important de retour de lettres de non inclusion qui nous sont revenues. Plusieurs d'entre-eux

nous ont contactés par téléphone, nous manifestant parfois avec inquiétude la non-compréhension des documents qui leur ont été envoyés, à savoir le formulaire imposé par la CNIL. Ce dernier comportait l'acronyme de notre étude (RAPPAS) pouvant revêtir un caractère inquiétant. Ceci nous conduit à émettre l'hypothèse que dans le cas d'étude portant sur une problématique sensible comme l'est celle des conduites suicidaires, il pourrait être intéressant d'adapter le mode d'information des patients. De même, nous aurions pu joindre à ces documents un formulaire dans lequel les patients auraient indiqué les raisons de leur refus.

*Les points forts :*

Notre étude, par son caractère multicentrique permet de limiter considérablement le nombre de perdus de vue. Les centres du CHU et de Voiron constituent la seule offre structurée de consultation psychiatrique en urgence du bassin grenoblois. Ainsi on peut raisonnablement penser que toutes les récurrences prises en charge à l'hôpital ont été intégrées. En revanche, par le caractère « hospitalier » de l'étude, nous méconnaissons tous les passages à l'acte suicidaires ne faisant pas l'objet d'une prise en charge hospitalière.

Un autre point important est également lié à notre méthodologie: celle d'avoir permis une analyse exhaustive des parcours hospitaliers en combinant l'analyse des codages et données d'extractions informatiques à celle de la lecture de l'intégralité des observations psychiatriques (celle de l'inclusion au moment du passage aux urgences du CHU pour une première TS mais également celles des observations antérieures et postérieures).

Par ailleurs, à notre connaissance, il n'y a pas d'études s'intéressant à la population de primo-suicidants, nationale ou régionale. Le parcours hospitalier psychiatrique quant à lui est mal renseigné : le codage porte davantage sur les troubles associés aux conduites suicidaires (trouble de l'humeur, trouble anxieux,...) et le PMSI n'inclue pas les hospitalisations en milieu psychiatrique. Ce travail permet donc de nous renseigner sur l'épidémiologie de la récurrence suicidaire au sein de cette population pour laquelle l'offre de soins tend à se diversifier dans

le bassin grenoblois ainsi que sur le parcours hospitalier psychiatrique, immédiatement au décours des urgences, et dans l'année suivant un premier passage à l'acte suicidaire.

*Perspectives:*

Concernant notre résultat principal, du fait d'une puissance insuffisante, nous n'avons pas pu montrer que l'incidence de la première récurrence suicidaire différait de celle rapportée dans la littérature. Une étude comparable, s'appuyant sur une méthodologie similaire à celle de notre étude, mais de plus forte puissance permettrait de renseigner sur une éventuelle différence statistiquement significative entre incidence de la première récurrence et celle de la récurrence telle qu'elle est actuellement étudiée dans la littérature.

En outre, comme nous l'avons vu précédemment, la population de primo-suicidants présente, du fait même de leur crise suicidaire, une vulnérabilité importante aux conduites suicidaires ultérieures ainsi qu'un risque majeur de réitération de passage à l'acte, notamment dans les mois suivant la première tentative de suicide. Dans ce contexte, l'offre de soins tend à se diversifier dans le bassin grenoblois avec la création du CTAI et l'implantation prochaine en mars 2020 du dispositif Vigilans.

Ce travail s'intègre ainsi à une étude avant-après la modification de l'offre de soins à Grenoble.

Sa réplique, à distance de la diversification de l'offre de soins permettra, on l'espère, d'objectiver une diminution de l'incidence de la récurrence suicidaire, ainsi qu'un moindre recours aux services d'urgences et à une diminution du nombre d'hospitalisations.

Enfin, notre intérêt s'est porté sur le parcours hospitalier ultérieur, à distance de l'admission aux urgences du CHU pour la prise en charge du premier geste suicidaire. Nous constatons que 21% des patients de la cohorte ont été réadmis aux urgences, et un certain nombre de ces réadmissions étaient en lien avec des problèmes ayant trait à la santé mentale. On peut émettre l'hypothèse que le poids hospitalier des primo-suicidants (le nombre de jours

d'hospitalisation en moyenne en 1 an) pourrait servir d'indicateur reflétant le recours moyen à l'hospitalisation, et pourrait être un reflet de l'état de santé mentale des patients concernés.

## **CONCLUSION DE L'ÉTUDE**

Dans notre étude, 20 patients 12.9% (IC95% : 8-19) de la cohorte ont réitéré un geste suicidaire dans l'année suivant leur passages aux urgences du CHU de Grenoble pour un premier passage à l'acte, la moitié d'entre eux dans les 3, 6 mois. Par ailleurs, 70% des patients admis aux urgences pour un 1<sup>er</sup> geste suicidaire ont été hospitalisés en établissement psychiatrique à la suite de leur passage aux urgences tandis que 21% des patients de la cohorte ont fait l'objet de passages ultérieurs aux urgences du CHU dans l'année de leur suivi. La majorité (68%) de ces passages à distance de la première crise suicidaire était en lien avec des problèmes de santé mentale. Ces résultats témoignent de la vulnérabilité des patients primo-suicidant aux conduites suicidaires, en l'absence de facteurs de risque psychiatriques habituellement décrits dans la population.

Dans un contexte où les liens sociaux sont souvent en souffrance, et l'adhésion aux soins mauvaise, il est indispensable de maintenir une vigilance accrue à l'égard de cette population, et de développer une offre de soins ambulatoires permettant un suivi soutenu et régulier dès le passage aux urgences pour un premier geste suicidaire, mais également une évaluation psychiatrique plus approfondie à la recherche de comorbidités psychiatriques, et ce d'autant plus que la population du bassin isérois est constituée pour la moitié de patients de moins de 35 ans, âge d'apparition d'une grande majorité des troubles psychiatriques.

INCIDENCE DE LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE DANS L'ANNÉE QUI SUIT UN  
PREMIER PASSAGE À L'ACTE.  
UNE COHORTE HISTORIQUE AVANT LA MODIFICATION DE L'OFFRE DE  
SOINS.  
ETUDE RAPPAS

### CONCLUSION

Avec un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, la problématique suicidaire fait partie des enjeux majeurs de santé publique en France. Les pouvoirs publics ont réinscrit la prévention du suicide dans une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques, avec des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicide et de tentatives de suicide.

En effet, chaque année, les services d'urgences hospitalières prennent en charge près de 200 000 tentatives de suicide, ce qui représente environ 80% des passages à l'acte. Près de la moitié de ces passages aux urgences pour tentative de suicide concerne des premiers gestes suicidaires.

De nombreuses études se sont intéressées à apporter des éléments de compréhension des conduites suicidaires en décrivant les facteurs de risque qui leurs sont associées et il est à ce jour communément admis qu'un antécédent de tentative de suicide représente le facteur prédictif majeur de tentative de suicide et de suicide. En outre, l'année qui suit un geste suicidaire demeure une période à haut risque de récurrence.

La population des primo-suicidants, indépendamment de l'existence de facteurs de risque psychiatriques, est donc particulièrement vulnérable aux conduites suicidaires et présente un risque majeur d'itération d'un geste suicidaire dans les mois suivants le premier passage à l'acte.

Ces données montrent l'importance de maintenir une vigilance accrue à l'égard de cette population, et de développer une offre de soins ambulatoires permettant un suivi soutenu et régulier dès le passage aux urgences pour un premier geste

suicidaire, d'autant plus dans le contexte de crise institutionnelle que connaît actuellement la psychiatrie en France.

Si dans la littérature, de nombreuses études se sont intéressées à évaluer l'efficacité de certains dispositifs sur la récurrence suicidaire au sein de groupes à risques, peu ont ciblé les primo-suicidants.

D'autre part, il n'existe pas de registre *ad hoc* en France permettant de mesurer précisément le nombre de tentatives de suicide et donc d'en évaluer l'évolution. Ces données sont issues du PMSI et nous renseignent sur les séjours hospitaliers dans les services de médecine et chirurgie mais ne prennent pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine.

Dans ce travail, nous nous sommes donc proposé d'améliorer les connaissances épidémiologiques en décrivant rétrospectivement l'incidence et le délai de survenue de la première récurrence suicidaire au sein d'une cohorte de patients sans antécédent psychiatrique notable, admis aux urgences du CHU de la Tronche pour un premier geste suicidaire. Nous avons également étudié le parcours hospitalier psychiatrique et addictologique réalisé aux décours de l'hospitalisation aux urgences, ce paramètre étant à ce jour mal renseigné dans les bases de données médico-administratives.

Ce travail s'inscrit dans le contexte de diversification de l'offre de soins ambulatoires en cours dans le bassin grenoblois, avec la création récente du Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif, offrant un suivi soutenu et réactif aux patients à haut risque de récurrence au décours d'un passage aux urgences pour TS, et l'implantation à venir en mars 2020 du dispositif de veille Vigilans, permettant de maintenir le contact avec des patients.

La réplique ultérieure de cette étude, à distance de la mise en place de ces dispositifs de soins, permettra d'évaluer l'hypothèse qu'une prise en charge ambulatoire et intensive des primo-suicidants au décours d'un passage aux urgences pour tentative de suicide permettra de réduire l'incidence d'une récurrence suicidaire et de diminuer le recours aux hospitalisations.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

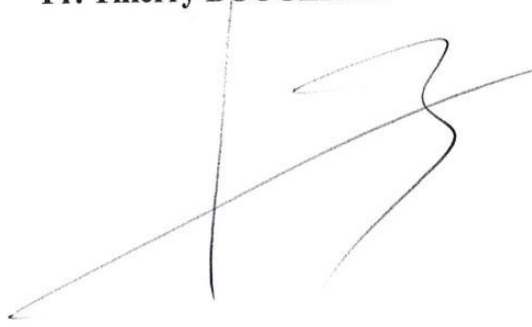
**Grenoble, le :** 4/12/19

**LE DOYEN**



**Pr. Patrice MORAND**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**  
**Pr. Thierry BOUGEROL**



*Pour le Président  
et par délégation*  
—  
**Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND**



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] M.-C. Mouquet, V. Bellamy, and V. Carrasco. Suicides et tentatives de suicide en France. 2006.
- [2] Hospitalisations et recours aux urgences pour tentatives de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO en 2004-2011 et d'OSCOUR ® 2007-2011. InVS, Sep. 2014.
- [3] G. Vaiva, V. Jardon, A. Vaillant, and F. Dubrocq. Prévention tertiaire du suicide: que faire pour éviter la récurrence? *Rev. Prat.*, vol. 61, pp. 203–207, Février 2011.
- [4] S. Fanello *et al.* Evaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers. *Santé Publique*, vol. 17, no. 2, 2005.
- [5] D. Owens, J. Horrocks, and A. House. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 181, pp. 193–199, Sep. 2002.
- [6] R. Carroll, C. Metcalfe, and D. Gunnell. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS One*, vol. 9, no. 2, p. e89944, 2014.
- [7] M. Irigoyen *et al.* Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J. Affect. Disord.*, vol. 247, pp. 20–28, Mar. 2019.
- [8] A. Batt, A. Campeon, D. Leguay, and P. Lecorps. Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC–Psychiatrie*, pp. 37–500, 2007.
- [9] B. Ghanbari, S. K. Malakouti, M. Nojomi, K. Alavi, and S. Khaleghparast. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Glob. J. Health Sci.*, vol. 8, no. 5, p. 145, Sep. 2015.
- [10] Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014.
- [11] Y. Finkelstein *et al.* Risk of Suicide Following Deliberate Self-poisoning. *JAMA Psychiatry*, vol. 72, no. 6, p. 570, Jun. 2015.

- [12]H. J. Shin, G. J. Park, Y. N. In, S. C. Kim, H. Kim, and S. W. Lee. The effects of case management program completion on suicide risk among suicide attempters: A 5-year observational study. *Am. J. Emerg. Med.*, Dec. 2018.
- [13]C. Chan-Chee and E. Du Roscoat. Suicide et tentatives de suicide: données épidémiologiques récentes. *Bull. Épidémiologique Hebd. Santé Publique Fr.*, no. 3–4, février 2019.
- [14]E. Castaigne, P. Hardy, and F. Mouaffak. La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer ? *L'Encéphale*, vol. 43, no. 1, pp. 75–80, Feb. 2017.
- [15]La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Rapport d'expertise pour la Conférence de consensus. Fédération française de psychiatrie et Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2000.
- [16]G. Michel, S. Bernardet, V. Aubron, and N. Cazenave. Des conduites à risques aux assuétudes comportementales: le trouble addictif au danger. *Psychol. Fr.*, vol. 55, no. 4, pp. 341–353, décembre 2010.
- [17]E. Pattison and J. Kahan. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, vol. 140, no. 7, pp. 867–72, 1983.
- [18]M.-A. Vinet, A. Le Jeanic, T. Lefèvre, C. Quelen, and K. Chevreul. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. *Rev. Épidémiologie Santé Publique*, vol. 62, no. S2, pp. 62–63, Février 2014.
- [19]R. Van der Sande, E. Buskens, E. Allart, Y. Van der Graaf, and H. Van Engeland, Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 96, pp. 43–50, 1997.
- [20]J. Vandevorde, Psychopathologie du suicide, Dunod. 2013.
- [21]F. Mehran and J. Guelfi. Les stratégies cognitivo-comportementales pour les comportements suicidaires et parasuicidaires chez la personnalité borderline. *J. Thérapie Comport. Cogn.*, vol. 14 (2), no. 71–76.

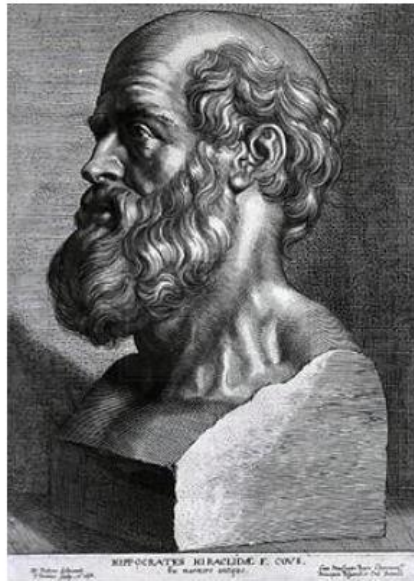
- [22] S. Duhem *et al.* Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open*, vol. 8, no. 10, p. e022762, Oct. 2018.
- [23] G. Vaiva *et al.* Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*, vol. 45, pp. S22–S26, Jan. 2019.
- [24] E. Guthrie *et al.* Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, vol. 323, no. 7305, pp. 135–138, Jul. 2001.
- [25] M. Walter and P. Genest. Evaluation à 1 an de la prise en charge de la crise suicidaire. *Sémin. Psychiatr. Biol.*, pp. 79–99, 2004.
- [26] P. Qin and M. Nordentoft. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 62, no. 4, pp. 427–432, Apr. 2005.
- [27] J.-L. Terra, Intervention du Professeur Terra sur la santé au Luxembourg, La formation comme socle de la fabrique de la prévention du suicide, 2014.
- [28] L. Plancke *et al.* Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites. *Rev. Épidémiologie Santé Publique*, vol. 62, no. 6, pp. 351–360, décembre 2014.
- [29] N. Kapur *et al.* The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 67, no. 10, pp. 1599–1609, Oct. 2006.
- [30] G. Geulayov *et al.* Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 12, pp. 1021–1030, Dec. 2019.
- [31] P. Burón *et al.* Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch. Suicide Res.*, vol. 20, no. 1, pp. 45–58, Jan. 2016.
- [32] S. Berrouguet, P. Courtet, M. E. Larsen, M. Walter, and G. Vaiva. Suicide prevention: Towards integrative, innovative and individualized brief contact interventions. *Eur. Psychiatry*, vol. 47, pp. 25–26, Jan. 2018.

- [33]R. C. Kessler, G. Borges, and E. E. Walters. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 56, no. 7, pp. 617–626, Jul. 1999.
- [34]G. Borges, J. Angst, M. K. Nock, A. M. Ruscio, E. E. Walters, and R. C. Kessler. Risk factors for twelve-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol. Med.*, vol. 36, no. 12, pp. 1747–1757, Dec. 2006.
- [35]E. D. Klonsky, A. M. May, and C. R. Glenn. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 122, no. 1, pp. 231–237, Feb. 2013.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Codes diagnostiques associées aux TS certaines et probables selon la CIM-10

Catégorie	Codes CIM-10	Signification
<b>Tentative de suicide certaine</b>	<b>X60 à X84</b>	Lésions auto-infligées
<b>Tentative de suicide probable</b>	<b>T42</b>	Intoxication par antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens
	<b>T43</b>	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	<b>T50</b>	Intoxication par diurétiques, médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	<b>T54</b>	Effet toxique de substances corrosives
	<b>T60</b>	Effet toxique de pesticides



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*