



HAL
open science

Dispositif Vigilans : connaissance et utilisation par les médecins généralistes du Calvados

Nolwenn Dohen

► **To cite this version:**

Nolwenn Dohen. Dispositif Vigilans : connaissance et utilisation par les médecins généralistes du Calvados. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02491989

HAL Id: dumas-02491989

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02491989v1>

Submitted on 26 Feb 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018/2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 15 Octobre 2019

par

DOHEN Nolwenn

Née le 10/09/1988 à CALAIS (*Pas-de-Calais 62*)

TITRE DE LA THÈSE :

Dispositif Vigilans : connaissance et utilisation par les médecins généralistes du Calvados.

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier
Membres : Monsieur le Professeur MOUTEL Grégoire *Directeur de thèse*
Madame le Docteur PAPIN-LEFEBVRE Frédérique
Monsieur le Docteur PITHON Anni

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie

M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Xavier Le Coutour,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je vous remercie pour l'attention que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

À Monsieur le Professeur Grégoire Moutel

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre écoute.

Je vous remercie aussi pour tout ce que vous réalisez pour le service de Médecine Légale de Caen.

À Madame le Docteur PAPIN-LEFEBVRE Frédérique

Pour vos enseignements, vos conseils et également votre présence dans ce jury.

Je vous en remercie vivement.

À Monsieur le Docteur Anni Pithon

Vous avez eu l'extrême amabilité d'accepter de siéger dans ce jury.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma considération respectueuse.

À Dr Le Garff E. et Dr Leroux M., pour leurs conseils avisés.

Merci Dr Creveuil et Madame Briant pour vos lumières et aussi Lucie pour le coup de pouce.

Merci à l'équipe saint-loise pour votre soutien.

À ma famille et mes amis de Lille, Caen, Granville et Cherbourg.

Abréviations (classées par ordre alphabétique)

ARS : Agence Régionale de Santé

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes de décès

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

C-SSRS : Columbia Suicid Severity Rating Scale

DGS : Direction Générale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDM : Episode Dépressif Majeur

HAS : Haute Autorité de Santé

Inserm : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IML : Institut Médico-Légal

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MT : médecin traitant

NR : non-réponse

OMS : Organisation Mondiale de la santé

ONS : Observatoire Nationale du Suicide

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

TS : Tentative de Suicide

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INDEX Tableaux et figures :

Figure 1 : Iconographie OMS (p.3)

Figure 2 : Taux standardisés de suicide selon le pays, en 2012 (p.4)

Figure 3 : Taux standardisés de suicide selon le pays, en 2016 (p.5)

Figure 4 : Principales causes de décès, en 2016, des 15-29 ans (p.6)

Figure 5 : Carte ressource fournie au patient. (p.21)

Figure 6 : Schéma de l'algorithme de la veille post-hospitalière. (p.22)

Figure 7 : Répartition des praticiens selon état de connaissance du dispositif. (p.27)

Figure 8 : Répartition selon le sexe dans les groupes « Vigilans + » et « Vigilans - » (p.28)

Figure 9 : Connaissance du dispositif selon les tranches d'âge des praticiens. (p.29)

Figure 10 : Distribution des médecins généralistes répondants selon le sexe. (p.30)

Figure 11 : Répartition des médecins généralistes selon leur secteur d'activité. (p.31)

Figure 12 : Répartition des médecins généralistes selon leur âge. (p.32)

Figure 13 : Répartition selon l'évocation du suicide entre les groupes Vigilans (p.36)

Figure 14 : Répartition des suicidants inclus dans Vigilans (p.41)

Figure 15 : Répartition des suicidants selon les groupes Vigilans (p.42)

Figure 16 : Description de la population des suicidants (selon le sexe) (p.42)

Figure 17 : Répartition des suicidés selon les groupes Vigilans (p.44)

Figure 18 : Suicidés et dispositif Vigilans (p.45)

Figure 19 : Répartition des courriers d'inclusion reçus selon les groupes Vigilans (p.46)

Figure 20 : Prise en charge après réception d'un courrier d'inclusion dans Vigilans par les médecins généralistes. (p.48)

Figure 21 : Patients inclus dans Vigilans : le savent-ils ? (p.51)

Figure 22 : Informations sur le dispositif par les patients. (p.51)

Figure 23 : Modification des pratiques en médecine générale en lien avec Vigilans (p.55)

Figure 24 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité en 2018. (p.59)

Tableau 1 : Taux standardisé de décès par suicide en France de 2011 à 2016 (p.7)
Tableau 2 : Répartition des taux de suicide selon les régions de France, entre 2012 et 2016. (p.9)
Tableau 3 : Présentation du dispositif selon les groupes « Vigilans + » et « Vigilans - » (p.30)
Tableau 4 : Répartition des médecins généralistes selon l'âge et le sexe. (p.32)
Tableau 5 : Récapitulatif de l'analyse des données. (p.34)
Tableau 6 : Répartition selon l'évocation du suicide entre les groupes Vigilans (p.35)
Tableau 7 : Résumé analyse statistique des moins de 30 ans à 45 ans. (p.37)
Tableau 8 : Résumé analyse statistique des 30 ans à 45 ans (p.38)
Tableau 9 : Résumé analyse statistique des 45 ans à 60 ans (p.39)
Tableau 10 : Résumé analyse statistique des plus de 60 ans (p.40)
Tableau 11 : Répartition des suicidants selon les groupes Vigilans (p.41)
Tableau 12 : Récapitulatif des suicidants par tranches d'âge (p.42)
Tableau 13 : Répartition des suicidés selon les groupes Vigilans (p.44)
Tableau 14 : Récapitulatif des suicidés par tranches d'âge (p.45)
Tableau 15 : Présentation du dispositif selon les groupes Vigilans (p.47)
Tableau 16 : Récapitulatif des prises en charge après réception d'un courrier d'inclusion (p.49)
Tableau 17 : Suivi mis en place par les médecins généralistes (p.49)
Tableau 18 : Détail des mesures complémentaires. (p.50)
Tableau 19 : Justification des prises en charge (p.50)
Tableau 20 : Autres moyens d'informations d'une TS (p.52)
Tableau 21 : Récapitulatif des autres moyens d'information de TS. (p.52)
Tableau 22 : Répartition des connaissances du numéro Vigilans selon les groupes (p.53)
Tableau 23 : Répartition du nombre d'utilisation du numéro Vigilans selon les groupes. (p.54)
Tableau 24 : Vigilans : Explications. (p.60)
Tableau 25 : Vigilans : modification des pratiques en médecine générale (p.64)

Table des matières

I.	Introduction :	1
A.	Généralités :	1
B.	Quelques définitions :	2
C.	Situation mondiale :	3
D.	Situation en France et en Basse-Normandie :	6
E.	Principes de prévention :	10
F.	Facteurs de risque du suicide et facteurs protecteurs :	11
1.	Facteurs de risque individuels :	11
2.	Facteurs de risque liés au système de santé et aux sociétés :	14
3.	Facteurs de risques liés à la communauté et aux relations :	15
4.	Facteurs protecteurs :	16
G.	Les tentatives de suicide :	17
H.	Dispositif VigilansS :	19
1.	Description du dispositif VigilansS :	19
2.	La veille :	20
3.	VigilansS en Basse-Normandie :	20
I.	Projet de thèse :	23
II.	Matériel et Méthodes.....	24
A.	Objectif de l'étude :	24
B.	Critères d'inclusion :	24
C.	Critères d'exclusion :	25
D.	Elaboration du questionnaire :	25
E.	Recueil et analyse des données :	26
III.	Résultats :	27
A.	Taux de participation :	27
B.	Objectif principal de l'étude :	27

C.	Caractéristiques de la population :.....	30
D.	Analyse des données générales :.....	33
E.	Evocation du suicide et analyse :.....	35
F.	Analyse en sous-groupe :.....	36
G.	Population des suicidants :.....	40
H.	Population des suicidés :.....	43
I.	Courrier d'inclusion :.....	46
J.	En pratique, en cabinet de médecine générale :.....	47
K.	Autres moyens informant d'une TS :.....	52
L.	Utilité du dispositif :.....	53
IV.	Discussion :.....	56
A.	Discussion des résultats :.....	56
1.	Comparaison aux données de la littérature générales :.....	56
2.	La population de l'étude :.....	58
3.	Le dispositif Vigilans : connaissance et utilisation par les médecins généralistes :	60
	Connaissance :.....	60
	Résultats de l'étude :.....	62
	Utilité du dispositif :.....	64
	Changement des pratiques :.....	64
	Acceptation du dispositif :.....	65
4.	Les populations de l'étude : suicidants et suicidés :.....	66
B.	Perspective d'amélioration :.....	67
C.	Limites de l'étude :.....	68
1.	Forces et faiblesses :.....	68
2.	Biais :.....	69
V.	Conclusion :.....	70

I. Introduction :

A. Généralités :

Quel que soit le lieu ou l'époque, le suicide est une problématique omniprésente des sociétés. Toléré voir loué durant la Grèce Antique, le suicide était considéré comme l'accomplissement d'une vie exceptionnelle. De nombreux philosophes comme Platon, Démocrite et même Epicure, s'accordent pour dire que dès que les conditions de vie idéales et la vie réelle s'éloignent l'une de l'autre alors « *le suicide est une solution licite pour en finir avec une existence qui ne s'accorde plus avec l'idéal qu'on s'est fixé* » (Platon, *Phédon*)(1).

Progressivement les mentalités ont évolué, et avec l'apogée du christianisme, à la doctrine stoïcienne se substitue une conception différente du suicide, celui-ci est alors littéralement condamné dès 563 ap J.C. lors du concile de Braga (« *On ne donnera point la sépulture ecclésiastique, c'est-à-dire celle qui se fait au chant des psaumes, à ceux qui se seront tués eux-mêmes, soit en s'empoisonnant, soit en se précipitant, soit en se pendant, ou de quelque autre manière, ni à ceux qui auront été punis de mort pour leurs crimes. On en fera pas non plus mémoire d'eux dans l'oblation.* »).(1)

Le mot suicide, du latin « sui » (soi-même) et « cide » de la racine « cid » de « caedere » (frapper, tuer), qui signifie donc **se tuer soi-même**, être l'auteur de sa propre mort, n'apparaît en France qu'au XVIIIème siècle. Il est reconnu par l'Académie Française en 1762, le Dictionnaire de l'Académie Française définit le suicide comme « l'action de celui qui se tue lui-même ».(2)

Il a fallu attendre la séparation de l'Eglise et de l'Etat en France et, plus précisément, jusqu'en 1810, avec la Déclaration des Droits de l'Homme, pour dépénaliser le suicide. Pour d'autres pays européens comme le Royaume-Uni, l'abrogation de la loi condamnant le suicide, appelé le Suicide Act, n'a lieu qu'en 1961(3).

Mais revenant au geste en lui-même, le fait qu'il soit condamné, interdit comme il existe bien d'autres exemples, ne l'a pas pour autant fait disparaître. On le retrouve s'exprimant dans les arts que ce soit la peinture, la musique par de célèbres opéra et surtout les pièces de théâtre. De mémoire, l'œuvre la plus connue d'un célèbre dramaturge anglais se conclue bien par un double suicide...

B. Quelques définitions :

Comme expliqué ci-dessus, le terme suicide se définit comme un acte délibéré de se donner la mort. On utilise le terme suicidé pour toute personne s'étant tuée volontairement (4).

La tentative de suicide correspond à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation, ou d'autoagression avec intention de mourir ou non (5).

Le suicide peut avoir plusieurs significations : acte ultime de désespoir pour certain, pour d'autre une fatalité ou encore parfois vu comme une libération ou une contestation envers sa propre existence... Il est en général perçu comme la seule issue possible de la crise à laquelle est confronté le sujet.

Le suicide peut ainsi donc être abordé selon différentes approches : médicale et psychiatrique, psychologique, sociologique, économique... L'intrication de différents facteurs comme le chômage, les conditions de travail, les relations sociales, fait du suicide un phénomène universel.(6)

La crise suicidaire correspond à une crise psychique dont le risque majeur est le suicide (7). Il s'agit d'un moment de rupture, l'aboutissement d'un processus suicidaire, dans l'existence d'un être vivant où convergent des tensions intrapersonnelles et interindividuelles.(1) La crise suicidaire peut être modélisée comme une succession de moment clé : de l'apparition d'idées de mort, puis du développement d'idées suicidaires, suivi par une phase de rumination suicidaire (phase de souffrance marquée par l'élaboration de scénario suicidaire) jusqu'à la phase de cristallisation : la planification est terminée, le patient apparaît alors calme, dans une phase d'apaisement, une sérénité trompeuse qui précède la passage à l'acte suicidaire (8). La crise est donc marquée par des idées d'intention suicidaire de plus en plus envahissantes, jusqu'à l'élaboration de l'acte ; la tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise mais confère à celle-ci toute sa gravité.

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple, c'est un ensemble sémiologique variable selon les patients, leurs comorbidités et facteurs de risque (7).

C. Situation mondiale :

Mort évitable par excellence, pourtant toutes les 40 secondes, un suicide a lieu quelque part dans le monde. Chaque année, il est estimé plus de 800 000 décès par suicide.(5)

Figure 1 : Iconographie OMS

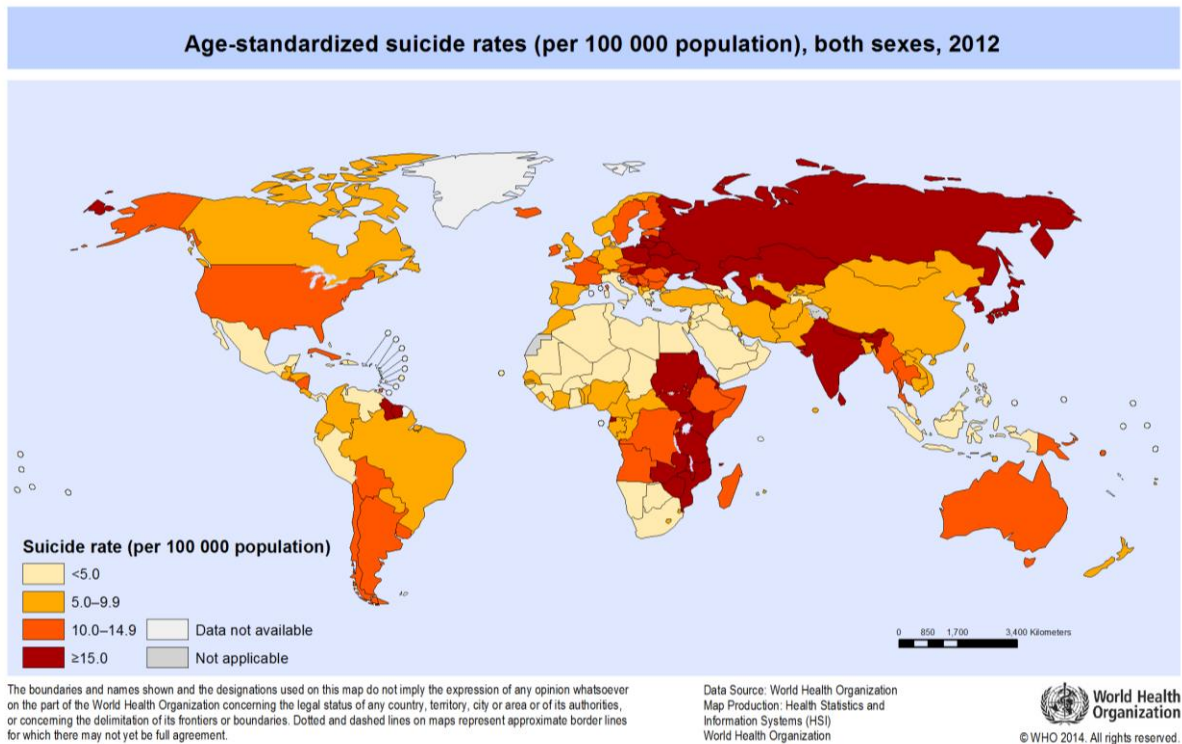


La reconnaissance internationale du suicide en tant que problème majeur de santé publique abouti à la création, le 10 Septembre 2003, de la Journée Mondiale de la Prévention du Suicide (9) organisée en association avec l'OMS par l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (IASP) L'OMS a publié un rapport en 2014 dont le titre parle de lui-même : Prévention du suicide : l'état d'urgence Mondial.

Le suicide s'inscrit comme l'un des problèmes de santé publique prioritaires dans le plan d'action de l'OMS pour la Santé Mentale 2013-2020, les états membres de l'OMS se sont engagé à suivre l'objectif mondial de diminuer de 10% le taux de suicide d'ici 2020, dont la France.

Selon ce rapport, le nombre de décès par suicide était estimé en 2012 à 804 000 soit un taux de suicide global standardisé selon l'âge à 11,4 pour 100 000 habitants, 15 pour 100 000 chez les hommes et 8 pour 100 000 chez les femmes.(5)

Figure 2 : Taux standardisés de suicide selon le pays, en 2012

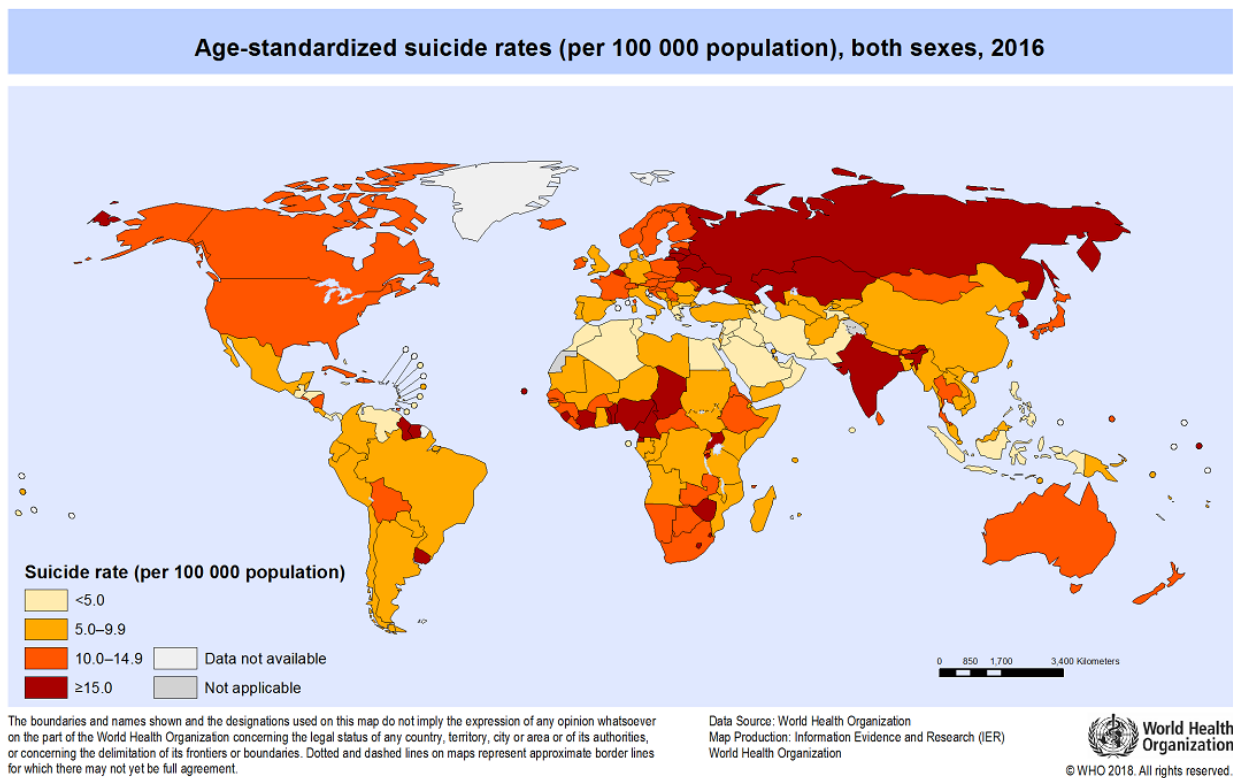


Le suicide est plus fréquent dans les pays à faible revenu ou intermédiaire, ils concentrent la plus grande partie de la population mondiale et enregistrent 75,5% de tous les suicides. Cependant le taux de suicide standardisé selon l'âge est supérieur dans les pays à revenu élevé (12,7 pour 100 000 habitants) que dans les pays à revenus faible et intermédiaire (11,2 pour 100 000 habitants). (5) Il est trois fois plus fréquent dans la population masculine que féminine, mais le sexe-ratio varie selon les pays. Ce constat est valable pour les pays à revenu élevé. Cependant, pour les pays à faible et intermédiaire revenu, le taux de suicide chez les hommes est 57% plus élevé que chez les femmes (non 300%), avec bien sur une grande disparité entre ces pays.

A l'échelle mondiale, les suicides représentent 56% de toutes les morts violentes : 50% chez les hommes et 71% chez les femmes.

Depuis la publication de ce rapport, de nouvelles estimations mondiales sont consultables sur le site de l'OMS (10,11).

Figure 3 : Taux standardisés de suicide selon le pays, en 2016



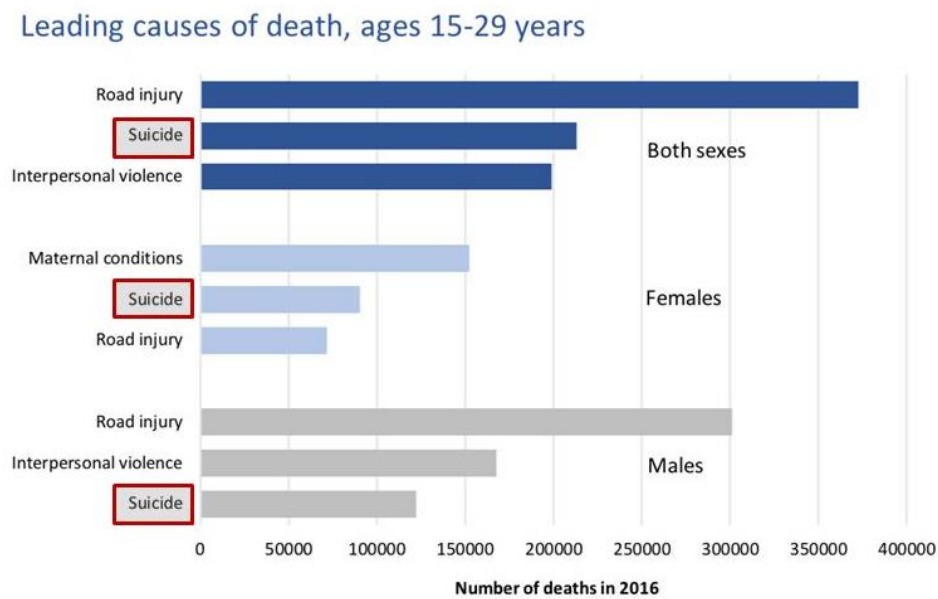
Le nombre de décès dans le monde est estimé à 793 000 en 2016, soit un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 10,5 pour 100 000 habitants.

Malgré la diminution de l'estimation du nombre de décès par suicide dans le monde, ils correspondent toujours à 1,4% des nombres de décès toutes étiologies confondues. Cependant le suicide passe de la 15^{ème} cause des décès en 2012 à la 18^{ème} position en 2016.

Tous les pays sont concernés, plus ou moins touchés mais surtout le décès par suicide n'est pas toujours considéré comme tel. Le suicide fait davantage de victimes que la guerre ou les catastrophes naturelles, pourtant il fait moins parler de lui. Il faut quand même nuancer les propos et garder à l'esprit qu'un quart des suicides se produisent dans 2 pays, la Chine et l'Inde. La Chine compterait à elle seule 20% des suicides mondiaux. (prévention suicide.be) Le Chine est également le seul pays au monde où les femmes se suicident autant que les hommes.(8)

Le suicide concerne toutes les tranches d'âges, mais constitue la seconde cause de décès pour les 15-29 ans après les accidents de la route, à l'exception des pays d'Asie du Sud-Est où pour cette tranche d'âge, que ce soit pour les hommes et les femmes, le suicide est la principale cause de mortalité.(5)

Figure 4 : Principales causes de décès, en 2016, des 15-29 ans.



Dans le monde, chez les adultes entre 30 et 49 ans, le décès par suicide représente 4,1% de tous les décès, soit la 5^{ème} cause de mortalité. Les taux de suicide sont globalement plus élevés dans la population âgée de plus de 70 ans, pour les deux sexes et dans presque toutes les régions du monde.(5)

D. Situation en France et en Basse-Normandie :

En gardant à l'esprit qu'en France environ 10 % des décès par suicide sont sous-estimés (12), sur tout le territoire français, en 2015, 9109 décès par suicide ont été enregistrés par le CépiDC de l'Inserm (13). Pour l'année 2016, le nombre de décès par suicide enregistré est de 8580 soit 6566 hommes et 2014 femmes. En France métropolitaine, ont été recensés 8427 suicides, dont 6445 hommes et 1982 femmes (14).

Selon les données européennes disponibles, pour l'année 2016, le taux standardisé de décès par suicide en France est de 13,21 pour 100 000 habitants, avec pour les hommes un taux standardisé de décès par suicide de 21,94 pour 100 000 habitants et pour les femmes un taux de 5,86, soit un sex-ratio de 3,74.(15)

Le taux standardisé de décès par suicide en France en 2016 reste supérieur à la moyenne européenne, pour lequel le taux standardisé global de décès par suicide est de 10,33 pour 100 000 habitants, avec un taux pour les hommes de 16,97 et pour les femmes de 4,51 pour 100 000 habitants.(15)

Par rapport aux autres pays européens, la France se trouve en 10^{ème} position, derrière principalement les pays de l'Europe de l'Est dont les taux de suicide sont les plus importants : notamment la Lituanie (taux standardisé global de décès par suicide pour 100 000 habitants de 28,27), la Lettonie (18,56) et la Hongrie (17,98). Elle se place également après la Belgique qui se classe en 5^{ème} position avec un taux de décès par suicide de 17,11 pour 100 000 habitants, et la Finlande dont le taux standardisé global de décès par suicide est de 14,26 pour 100 000 habitants (15).

Ces données disponibles mettent en évidence une diminution progressive de nombre de décès par suicide depuis l'année 2011, où le taux global standardisé de décès par suicide était de 16,86 pour 100 000 habitants.

Tableau 1 : Taux standardisé de décès par suicide en France de 2011 à 2016

Death due to suicide, by sex

Standardised death rate by 100 000 inhabitants (sex : Total)

Pays	2011	2012	2013	2014	2015	2016
France	16,86	15,75	15,47	14,13	14,14	13,21

Source : [Eurostat](#)

En France métropolitaine, le décès par suicide concerne d'avantage la population masculine que féminine. Même s'il se rencontre à tout âge, le taux de décès par suicide est plus important chez les sujets âgés. D'après les données de 2016, le taux brut de décès par suicide des 15 – 24 ans est de 6,0 pour 100 000 habitants chez les hommes et 2,5 pour la population féminine. Il atteint un pic de 32,8 pour 100 000 habitants pour la tranche d'âge 45 – 54 ans de la population masculine soit un effectif de 1408 suicides. Au-delà de 74 ans, les taux de décès par suicide dans la population masculine sont croissants alors qu'ils restent plutôt stables dans la population féminine de même âge(14).

Concernant la tranche d'âge des jeunes de 15 à 24 ans, bien que le taux de décès par suicide soit plus faible que les autres tranches d'âges, pour les deux sexes, en 2016, il représente tout de même 15,28% des décès soit la deuxième cause de décès après les accidents de transport (14).

Comme on retrouve une variabilité des taux de suicide entre les différents pays dans le monde, en France, il existe une disparité entre les différentes régions. Historiquement, les régions du Nord de la France, Normandie et Bretagne présentent des taux de décès par suicide supérieurs à la moyenne française. Une lecture rapide des dernières données concernant les taux de suicide selon les régions a permis de constater une stagnation des taux brut de décès par suicide en Basse Normandie. En ce qui concerne les données du département du Calvados, le taux global brut de décès par suicide est de 15,8 pour 100 000 habitants avec des taux de 24,5 dans la population masculine et 7,8 pour les femmes, des taux également supérieurs aux moyennes nationales (14).

Tableau 2 : Répartition des taux de suicide selon les régions de France, entre 2012 et 2016.

Taux brut global de décès par suicide par 100 000 habitants, selon les régions :

	2016	2015	2014	2013	2012
Ile de France	6.3	6,2			
Champagne	17	17,5			
Picardie	15.4	16,3			
Haute Normandie	14,1	14,8	16,5	15,1	15
Centre	15,5	16,8			
Basse Normandie	20,7	20,5	22	25,5	24,9
Bourgogne	14,6	15,8			
NPDC	16,6	18,1	17,9	17,7	20,1
Lorraine	13,5	15,1			
Alsace	11,8	11,9			
Franche-Comté	17,6	18,5			
Pays de Loire	16,7	18,7	17,7	20,8	19
Bretagne	20,1	22,2	21,3	24,8	25,3
Poitou Charentes	19,4	18,2			
Aquitaine	12,9	16,1			
Midi-Pyrénées	11,6	11,5			
Limousin	19	22,6	19,5	18,9	20,5
Rhône-Alpes	10,2	10,6			
Auvergne	17,9	16,3			
Languedoc- Roussillon	14,4	14,4			
PACA	11,4	14			
Corse	7,8	8,9			
DOM-TOM	7,1	7,6			

Source : CépiDC, Inserm.

Les modes de suicide les plus fréquemment rencontrés en France sont par ordre de fréquence : les pendaisons (57%), par armes à feu (12%), la prise de médicaments ou autres substances (11%) et par précipitation (7%). On retrouve une variabilité notable de mode de suicide selon le sexe : chez les hommes, 61% des décès par suicide sont causés par une pendaison, et le second mode de suicide le plus fréquent est, dans 16% des cas, par l'utilisation d'une arme à feu. Les femmes ont recours également à la pendaison dans la majorité des cas (42%), le second mode est la prise de médicaments ou autre substances dans 24% des cas, suivi en troisième position par précipitation d'un lieu élevé dans 13% des cas (16).

Par opposition au constat de l'OMS selon lequel l'ingestion de pesticide serait une des méthodes les plus couramment utilisées dans le monde, principalement dans les zones rurales. Les variabilités de mode de suicide fluctuent également selon le niveau socio-économique, la culture, l'âge, et le pays.(5) D'autres moyens sont moins fréquemment rencontrés comme la noyade (4%), une collision (2%), l'utilisation d'objet tranchant (1%), ou encore l'immolation(0,5%).(17)

E. Principes de prévention :

En santé publique, la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. L'OMS définit en 1948 le principe de prévention comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

On distingue :

- la prévention primaire qui agit en amont de la maladie ; elle englobe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; prenant alors en compte la prévention des conduites individuelles à risque (comme les risques en terme environnementaux et sociétaux). Pour le suicide, il s'agit de repérer et de prévenir le décès par suicide chez les patients présentant des facteurs de risque en agissant sur ces facteurs de risque.
- la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages) ; elle cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et recouvre les actions en début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risque. Dans le cas de la prévention du suicide, il s'agit de dépister précocement les crises avant passage à l'acte.

- la prévention tertiaire vise à réduire les risques de récurrence dans une population ainsi que réduire les complications, invalidités, rechutes consécutives à la maladie. Pour les suicidants, il s'agit d'éviter la récurrence de tentative de suicide.

F. Facteurs de risque du suicide et facteurs protecteurs :

Pour une prévention du suicide efficace, il a été nécessaire de mettre en évidence au sein des populations des facteurs protecteurs et de facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire. Ces facteurs sont parfois partagés par celui qui envisage de passer à l'acte avec son entourage ou des professionnels de santé (8), ou sous forme de signaux d'alarme pouvant être détectés(5).

On distingue différentes catégories de facteurs de risques :

1. Facteurs de risque individuels :

- **Le sexe et l'âge** : le fait d'être un homme et de se situer dans certaines tranches d'âge (adolescence, ou âge avancé) notamment sont un facteur de risque de suicide.
- **Les antécédents personnels de tentative de suicide** : il s'agit du meilleur indicateur de risque de suicide, même à distance de la tentative (> 1 an) (18).
- **Les troubles psychiatriques** : dans les pays à revenu élevé, près de 90% des suicidés présentent des troubles mentaux (19). Le risque de suicide varie selon les types de troubles, les plus fréquemment associés étant la dépression (EDM), associée ou non à des symptômes psychotiques (20,21) (22) et les troubles liés à la consommation d'alcool. Au cours de leur vie, le risque de suicide est estimé à 4% chez les patients atteints de trouble de l'humeur (23), 5% chez les personnes schizophrènes (24), 7% chez les alcooliques (25) et 8% chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire (26). Une étude a mis en évidence que les patients atteints de trouble bipolaire sont à très haut risque de suicide, avec une estimation du risque de suicide 20 à 30 fois supérieur à celui de la population générale (27). Le risque de suicide augmente en cas de comorbidité, ce risque est significativement accru chez les personnes présentant des troubles psychiatriques.

- **La consommation d'alcool et autres substances psychoactives** : elles augmentent le risque de suicide (28). On les retrouve dans 25 à 50% de tous les cas de suicide (25). Une augmentation du risque de suicide est retrouvée en cas de consommation de ces substances chez des personnes présentant un trouble psychiatrique. La consommation d'alcool est incriminée au total dans 22% des décès par suicide, soit 1/5^{ème} des suicides ne surviendrait pas si la population ne consommait pas d'alcool (29). D'après les dernières données publiées en 2018 de l'OMS, la consommation nocive d'alcool serait responsable de 18% des décès par suicide.(30)

Concernant la dépendance à d'autres substances, comme le tabac, le cannabis ou l'héroïne, elles constituent également un facteur de risque de suicide.(31)

- **Un situation financière compliquée et/ou la perte de son travail** : le chômage, l'insécurité financière sont associé à un risque accru de suicide en cas de comorbidité.
- **Le désespoir** est souvent utilisé comme indicateur d'un risque suicidaire s'il est associé à des antécédents psychiatriques ou de tentative de suicide (32), souvent accompagné d'un syndrome dépressif.
- **La présence d'idées suicidaires** augmente le risque de passage à l'acte.
- **Les cancers, la douleur et les maladies chroniques** : les comportements suicidaires seraient 2 à 3 fois plus fréquents chez les personnes atteintes d'une maladie chronique que la population générale (33). Un risque de tentative de suicide plus élevé que celui de la population générale est retrouvé chez les patients ayant des douleurs chroniques, sans différence significative entre les sexes (34). Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, au trouble du neurodéveloppement augmentent le risque de suicide (35). Il a été retrouvé une augmentation significative du risque de suicide dans l'année suivant le diagnostic d'un cancer (36). De même chez les patients atteints du VIH (37), une récente étude a mis en évidence un risque majeur, dans les 6 à 12 mois suivant le diagnostic de VIH, d'idées suicidaires et de tentative de suicide, le risque de passage à l'acte étant plus important en cas d'antécédents de dépressions et de symptomatologie dépressive (38).

- **Les antécédents familiaux de suicide** : le décès par suicide d'un membre d'une famille peut profondément marquer. En plus de la peine causée par cette perte, la nature du décès peut entraîner des sentiments variés chez les proches comme du stress, de la culpabilité. La stigmatisation liée au suicide peut décourager les personnes concernées de demander de l'aide et les autres de leur fournir (39). L'acceptation du suicide est plus facile chez les personnes ayant déjà perdu un membre de la famille ou proches par ce moyen (40). De la même manière, les personnes touchées par le suicide ou endeuillées ont un risque augmenté de décès par suicide (41). Des études de famille ont clairement démontré le caractère familial du suicide : les mécanismes sont complexes et intriqués mais la transmission familiale du comportement suicidaire est avérée. (42).
- **Les facteurs génétiques et neurobiologiques** : pour étudier la composante génétique du suicide des études de jumeaux ont été menées afin de distinguer les facteurs génétiques et environnementaux du suicide, entre jumeaux homozygotes et hétérozygotes. Une méta-analyse de ces études a mis en évidence une concordance statistiquement plus forte pour le suicide chez les jumeaux monozygotes comparés aux hétérozygotes (43). Sur le plan neurobiologique, plusieurs marqueurs ont été identifiés dans les conduites suicidaires comme un taux faible de sérotonine associé à de graves tentatives de suicide (44). D'autres pistes sont à l'étude comme l'éventualité qu'un allèle du gène du transporteur de la sérotonine pourrait être associé à un risque plus élevé de conduites suicidaires (45), ou encore que l'allèle 17 779C du gène de la tryptophane hydroxylase augmenterait le risque de suicide (46,47). Mais à l'heure actuelle, le gène du suicide n'a pas encore été découvert.

2. Facteurs de risque liés au système de santé et aux sociétés :

Les systèmes de santé et les sociétés peuvent aider à une meilleure prévention du suicide en affrontant les tabous, les stigmatisations, et les sentiments de culpabilité et honte qui parasitent le suicide.

- **Les obstacles à l'accès au soin** : comme cité précédemment, la comorbidité, de maladies mentales ou somatiques, augmente significativement le risque de suicide. L'accès aux soins et le suivi régulier avec les professionnels de santé est donc indispensable pour en diminuer le risque (48). Mais dans certains pays, l'accès aux soins est compliqué et pour les patients y être confronté peut se révéler l'être d'autant plus (49). La stigmatisation associée à la demande d'aide en cas de tentative de suicide accentue la difficulté, entraînant un risque accru de suicide.
- **L'accès aux moyens** : l'accès aux moyens de suicide est un facteur de risque majeur. Leur accès direct (pesticides, armes à feu, voies ferrées, médicaments...) ou leur proximité, augmente le risque de suicide. Les moyens utilisés varient selon le contexte géographique et la culture (50).
- **La couverture médiatique et l'utilisation des médias inappropriées** : Pour les personnes vulnérables, il a été prouvé que l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque comportement suicidaire (51–53). Internet est l'une des principales sources d'information, malheureusement des sites internet, facile d'accès, peuvent promouvoir une image erronée du suicide (54).
- **La stigmatisation** associée à la demande d'aide et au suicide : Même encore à l'heure actuelle, la stigmatisation envers les personnes en demande d'aide pour des comportements suicidaires, addictions, stress et maladies psychiatriques existe. De la même manière, de peur d'être également stigmatisé, les familles et proches peuvent parfois refuser d'apporter leur soutien, voire ignorer totalement la situation. Véritable fléau contre les programmes de prévention du suicide.

3. Facteurs de risques liés à la communauté et aux relations :

Dans le monde, différents facteurs culturels, religieux, juridiques et historiques ont modelé le statut du suicide et sa compréhension, mettant ainsi en exergue des facteurs communautaires influençant le risque de suicide tels que :

- **Les conflits, guerres et catastrophes naturelles** (55)
- **L'acculturation et la discrimination** : concernant certains groupes vulnérables comme les peuples autochtone (56,57), notamment les jeunes hommes de ces communautés, mais aussi les détenus quel que soit leur âge (58–60), les personnes de la communauté LGBT (61,62), sans oublier les demandeurs d'asile, les réfugiés, les migrants (63,64)
- **Les violences** : Tous les types de violences sont concernés. Le harcèlement (65), les traumatismes (66), mais aussi les agressions sexuelles sont tous responsables de stress pouvant entraîner syndromes dépressifs et comportements suicidaires. Les jeunes ayant été confrontés à des violences, des difficultés durant leur enfance et au sein de leur famille (violences physiques, psychologiques, sexuelles, négligences, divorce des parents, placement en institution) présenterait un risque bien plus élevé de suicide que d'autres ayant un parcours de vie moins violent (67). De nombreuses études ont été menées, mettant en évidence le lien entre les abus et un haut risque de comportement suicidaire par la suite que ce soit des abus sexuels (68), les situations de stress, la maltraitance durant l'enfance.
- **L'isolement et le manque de soutien social** : souvent l'isolement est associé au sentiment de désespoir, de solitude, et à la dépression. Fréquemment, il survient en période de stress psychologique, ou d'épreuves, difficile à exprimer avec les autres. L'isolement social et la solitude étant d'importants facteurs contribuant au suicide notamment chez les personnes à risques et souvent chez les sujets âgés. Entretenir des relations étroites, personnelles, et durables permettent de donner un sens à sa vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage.

- **Le conflit relationnel, la mésestimation et la perte d'un être proche** peuvent entraîner des souffrances et un stress, et ainsi être associé à un risque plus élevé de suicide (divorce et suicide). Les personnes exposées à des violences de la part de leur partenaire, hommes et femmes, présentent un risque plus important de tentative de suicide et de suicide.
- Une situation socio-économique ou professionnelle difficile : le chômage, les situations des crises économiques, même le changement de statut marital peuvent être à l'origine d'un risque accru de suicide et de comportement suicidaire.

4. Facteurs protecteurs :

Ceux-ci prémunissent les individus contre les risques de suicide. Tout comme il est intéressant de connaître et prévenir les facteurs de risque de comportement suicidaire, il est également important de connaître et renforcer les facteurs qui protègent contre eux, comme la résilience et les liens sociaux (5).

- **La résilience** : elle aurait un effet tampon sur le risque suicidaire, chez les personnes très résilientes (69), l'association entre le risque de suicide et les comportements suicidaires est moindre.
- **Des relations personnelles solides** : entretenir des relations saines et durables, peuvent renforcer la résilience individuelle et agir comme facteur protecteur. Les amis proches et la famille forment la principale source de soutien, pouvant amortir les facteurs de stress extérieurs. La résilience engendrée par ce soutien contribue à diminuer le risque de suicide (70). Les interactions sociales sont d'autant plus importantes chez les adolescents et les personnes âgées.

- **Les croyances (religieuses et spirituelles)** : Les données de la littérature sur le sujet sont assez divergentes. Dans une certaine mesure, la religion et les croyances peuvent permettre une réduction du risque de suicide : le sentiment d'appartenance à une communauté, et le soutien qu'elles peuvent fournir, serait à l'origine d'un plus faible risque de passage à l'acte. La religion peut potentiellement fournir un ensemble de mécanismes d'adaptation en réponse au stress, et également des enseignements, interdits explicites pour certaines, concernant le suicide (71) Mais la stigmatisation du suicide par ces-mêmes croyances est toujours présente, elle peut alors être un frein à la demande d'aide de la part des patients, pouvant même à l'extrême être considéré comme un facteur de risque de suicide (72,73).

- **Un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être** : le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces offrent une protection contre le suicide (74).
Avoir une bonne hygiène de vie soit une alimentation équilibrée (75), une activité physique régulière (76), un temps de sommeil adapté, connaître l'impact de la consommation d'alcool et drogues sur la santé, entretenir de bonnes relations et liens sociaux, savoir gérer le stress sont autant de choix de style de vie sain favorisant le bien-être mental et physique (77).

G. Les tentatives de suicide :

Les tentatives de suicides (TS) sont entre 10 à 40 fois plus fréquentes que le suicide (ONS). D'après une enquête en population générale, une personne sur 20 déclare avoir tenté de se suicider au cours de sa vie (78). En 2017, grâce à un sondage aléatoire de la population française âgée de 18 à 75 ans des données récentes sur les tentatives de suicide ont été publiées : 4,7% des personnes interrogées (sur plus de 25 000 participants) déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois et 0,39% avaient tenter de le faire ; 7,2% des 18-75 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Parmi ces derniers, plus d'un tiers ont déclaré avoir fait au moins deux TS. L'âge médian de survenue de la TS est de 25 ans (24 pour les femmes et 27 pour les hommes) et la majorité des TS ont eu lieu avant 25 ans (79).

Comme cité précédemment, un antécédent de TS constitue le plus important facteur de prédiction de décès par suicide : il multiplie par 60 le risque de mourir par suicide dans les cinq ans par rapport aux personnes sans antécédent de TS, et par 4 le risque de décès, toutes causes confondues, dans les cinq années suivant la tentative (80). Une prédominance féminine parmi les suicidants est retrouvée classiquement dans la littérature.

En pratique, il est plus difficile d'effectuer un recensement précis du nombre de TS par an que les suicides. Elles ne font pas l'objet d'un système de surveillance et les estimations du nombre de cas sont rares. Il n'existe pas de statistiques officielles (8). Dans la littérature, la majorité des études réalisées sur ce thème se base sur le motif d'entrée aux urgences ou d'hospitalisation ; ces données hospitalières, via le Programme de Médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) sont les plus facilement recueillies et de manière exhaustive.

Le problème est que ce type d'étude ne tient pas compte les tentatives de suicide non-hospitalisées, estimées entre 20 à 30%, notamment chez les jeunes (81).

L'InVS a publié en 2014 une étude concernant le nombre d'entrées aux urgences et hospitalisations après une TS en France métropolitaine, selon laquelle entre 2004 et 2011, plus de 760 000 hospitalisations ont été recensées, soit près de 90 000 hospitalisations par an, soit pour près de 70000 patients. Selon cette même étude, 63% des personnes consultant aux urgences à la suite d'une TS sont hospitalisées : 9% directement en service de psychiatrie et 54% dans les unités médico-chirurgicales. Elle estime le nombre de passage aux urgences pour TS entre 176 000 et 200 000 par an, en moyenne 70 000 sont des suicidants de sexe masculins, et 110 000 féminins (82).

Une étude plus récente a mis en évidence une diminution du nombre d'hospitalisations suite à une TS, après l'année 2011, pour atteindre moins de 89 000 hospitalisations entre 2016 et 2017, diminuant le nombre de patient hospitalisé par an pour TS à 77 000 en 2016 et 2017 (83). Globalement, d'après cette étude, la grande majorité des suicidants ne récidivent pas (89,5% quelle que soit l'année), seulement 8% récidiveront une fois et 2,5% feront 3 ou plus tentatives (83).

La diminution du nombre d'hospitalisation est retrouvée statistiquement significative uniquement chez les femmes, diminution estimée à 1,6% par an entre 2008 et 2017, principalement entre 2010 et 2013. Les tranches d'âge principalement concernées restent les adolescentes, entre 15 et 19 ans, et un second pic est retrouvé pour les femmes de 40 à 49 ans. Au-delà de 85 ans, les TS restent stables, en revanche sans aucune distinction entre les sexes ni la temporalité.

H. Dispositif Vigilans :

A l'issue du PHRC ALGOS (84) initié par Professeur VAIVA, du CHRU de Lille, le dispositif Vigilans a vu le jour dans le Nord-Pas-de-Calais en Janvier 2015. Il s'agit d'un dispositif de soin de veille post-hospitalière des suicidants, destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. L'objectif de ce projet est de contribuer à la baisse des chiffres de mortalités et morbidités suicidaires (décès par suicide, récurrences, conduite à risque) sur un territoire donné. Un bilan d'étape prometteur a été réalisé par le Centre d'Investigation Clinique de Lille après un an de fonctionnement.

1. Description du dispositif Vigilans :

Le dispositif consiste à recontacter par téléphone, et/ou cartes postales, les suicidants, dans les 10 jours ou les 6 mois, après leur sortie d'hospitalisation. Le suicidant inclus dans le dispositif sort d'hospitalisation avec une carte comportant un numéro vert utilisable en cas de crise, permettant de garder un lien avec des professionnels de santé formés dans la prise en charge suicidaire, en cas de crise.

Tout suicidant hospitalisé dans un service de soins est inclus dans le dispositif, ceux acceptant le suivi Vigilans, reçoivent à leur sortie cette carte ressource avec le numéro. Un courrier d'information est alors envoyé au médecin traitant et/ou psychiatre référent, expliquant la mise en place du dispositif de veille, accompagné d'un numéro destiné aux professionnels.

L'idée principale du dispositif est donc de garder contact avec les suicidants, de soutenir leur projet de soin débuté sans le remplacer, et d'assurer une écoute bienveillante en cas de besoin.

2. La veille :

Tous les primo-suicidants vont avoir un appel téléphonique à 6 mois pour un entretien. Le patient est prévenu une semaine avant par courrier ou SMS de l'appel. Durant l'appel, les Vigilans(euses) (85) vont réaliser une évaluation psychologique par MINI et également relever les conduites suicidaires par la C-SSRS. Si après l'entretien, il n'est pas mis en évidence de risque de récurrence de tentative de suicide alors la veille s'arrête, dans le cas contraire elle se poursuit pour 6 mois complémentaires.

Pour les non primo-suicidants, les patients sont prévenus d'un premier appel téléphonique entre 10 et 21 jours suivant la sortie d'hospitalisation. Un compte-rendu de l'entretien est adressé au médecin traitant et/ou psychiatre référent. Si le patient est injoignable ou sur décision du Vigilant(euse), des cartes postales personnalisées sont envoyées au patient une fois par mois pendant 4 mois. Ils auront également un second appel téléphonique à 6 mois.

3. Vigilans en Basse-Normandie :

Devant l'efficacité du dispositif dans le Nord-Pas-de-Calais, le DGS a décidé de déployer le dispositif dans d'autres régions pilotes, notamment les Hauts-de-France, la Normandie, la Bretagne et le Jura. En collaboration avec l'ARS, une plateforme Vigilans a donc été créée au CH de l'Estran centralisant les données et les effectifs du dispositif Vigilans, assurant les appels téléphoniques et la rédaction des courriers. Elle est composée de deux psychologues, deux infirmiers spécialisés qui se sont formés auprès de l'équipe Vigilans Nord-Pas-de-Calais, d'un psychiatre référent, d'un chargé de projet et d'une secrétaire. Initialement déployé en 2016 dans le département de la Manche, les urgences psychiatriques du CHU de Caen ont rejoint le projet en Juillet 2017. Le projet à terme est d'intégrer les différents centres hospitaliers des trois départements de la région afin d'assurer une veille homogène des suicidants.

La procédure générale suit le même modèle que le dispositif Vigilans dans le Nord.

Le dispositif est présenté à tous les suicidants, une fiche d'information est alors remplie et envoyée à la plateforme Vigilans, que le patient accepte ou non d'être inclus dans le dispositif (Annexe 1).

Seuls les suicidants ne résidant en Basse-Normandie et ceux ne parlant pas la langue française sont exclus du dispositif.

Lors d'un passage aux urgences pour une tentative de suicide ou lors d'une hospitalisation, tout suicidant est intégré au dispositif, soit par l'équipe de psychiatrie de liaison, soit par les médecins du service. L'accord du patient est indispensable à son intégration dans le dispositif. Si celui-ci accepte, il reçoit une carte ressource et une fiche d'information du dispositif de veille à sa sortie des urgences, ou à sa sortie d'hospitalisation. (Annexe 2)

Figure 5 : Carte ressource fournie au patient.



Un courrier d'information au médecin traitant et/ou au psychiatre est envoyé, avec l'accord du patient, informant de l'entrée dans la veille de leur patient, un numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé leur est également fourni.

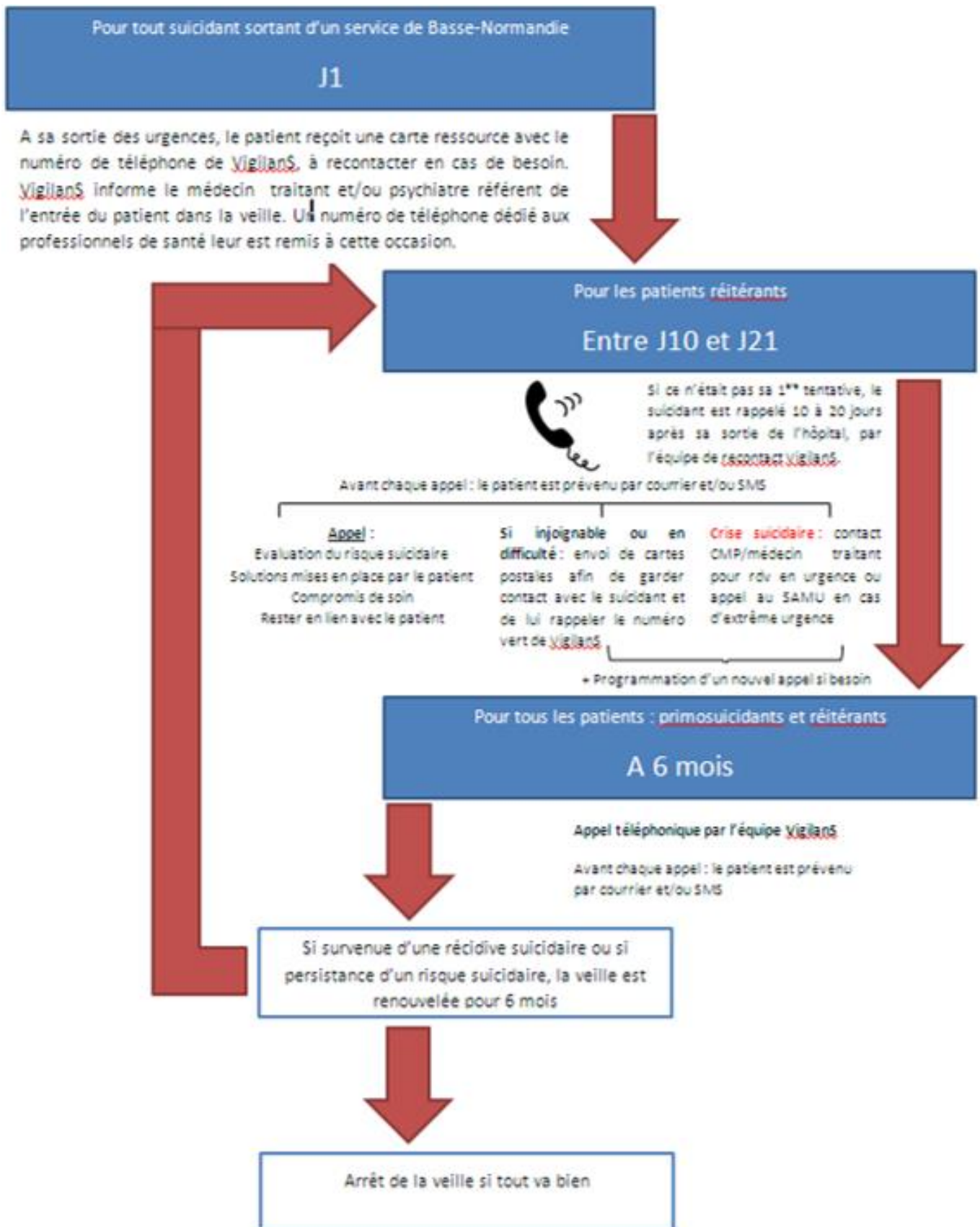
Tout patient inclus sera alors contacté à 6 mois de sa sortie d'hospitalisation par téléphone. Chaque appel téléphonique est préalablement prévu soit par courrier soit par SMS. Lors de cet appel, le Vigilanceur(-euse) évaluera le risque suicidaire du patient, débriefera sur les solutions et le suivi instaurés à la suite de leur TS, assurant un lien avec le patient.

Si tout va bien, la veille s'arrêtera. S'il y a eu récurrence de TS, la veille se poursuivra pour encore 6 mois. En cas de fragilité décelée lors des entretiens téléphoniques, la veille sera également prolongée de 6 mois.

Dans le cas des suicidants réitérant, à leur sortie des urgences ou du service d'hospitalisation ils seront contactés entre 10 et 21 jours après leur sortie puis à 6 mois.

De la même manière, un envoi de cartes postales personnalisées, une fois par mois pendant 4 mois, est possible pour les patients injoignables, ou ceux jugés en difficultés ou dans le besoin après l'échange téléphonique pour garder le lien et éviter la récurrence de TS.

Figure 6 : Schéma de l'algorithme de la veille post-hospitalière.



I. Projet de thèse :

Initialement, il s'agissait d'une proposition de sujet de thèse pour étudier l'impact du dispositif Vigilans sur le nombre de décès par suicide recensé par l'équipe de Médecine Légale de l'IML du CHU de Caen depuis sa mise en œuvre.

Il était question de réaliser une étude rétrospective et prospective du nombre de décès par suicide recensé par les médecins légistes de l'IML afin d'évaluer l'efficacité du dispositif.

Une partie rétrospective dont le but aurait été de comparer les données de l'IML avec les chiffres officiels publiés par le CépiDC et une partie prospective en recensant le nombre de décès par suicide à partir du début du travail de thèse. Malheureusement une trop grande disparité a finalement été retrouvée entre les données du CépiDC et le nombre de décès par suicide recensé en 2013, 2014 et 2015 par l'IML, dans le département. Un faible effectif de médecins légistes, ne pouvant assurer les levées de corps et examens de corps d'une grande partie des décès par suicide, semble être à l'origine de ces chiffres divergents.

Il a alors été décidé d'étudier l'état des connaissances des médecins généralistes, exerçant en libéral dans le Calvados, sur le dispositif Vigilans et également l'utilité de celui-ci dans leur pratique quotidienne après 1,5 ans de fonctionnement.

II. Matériel et Méthodes

A. Objectif de l'étude :

Cette étude a pour objectif d'évaluer les médecins généralistes du Calvados sur leur connaissance concernant le dispositif Vigilans et également si celui-ci a modifié leur pratique au quotidien.

L'objectif principal de l'étude est donc l'évaluation de l'état de connaissance du dispositif par les médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le Calvados.

Les objectifs secondaires ont été d'évaluer la population des suicidants et suicidés des praticiens ; et également d'apprécier l'utilité du dispositif et son impact sur la pratique des médecins généraliste concernant la prise en charge des suicidants.

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, effectuée par questionnaire. Les données étant anonymes, il n'a pas eu nécessité de solliciter le Comité de Protection des Personnes avant l'envoi des questionnaires.

Les coordonnées postales des praticiens ont été indexées à partir de l'annuaire santé de l'Assurance Maladie, disponible en libre accès sur internet (86).

B. Critères d'inclusion :

La population étudiée est celle des médecins généralistes installés en cabinet libéral, seul ou en pôle de santé, dans le département du Calvados, et exerçant une activité de médecine générale, en ville ou en milieu rural.

C. Critères d'exclusion :

Ont été exclu de l'étude :

- les médecins généralistes remplaçants ;
- les médecins ayant une activité hospitalière ou exerçant dans les centres de prévention, de soins d'urgences (SOS médecins) ou pour des associations ;
- les médecins généralistes ayant une activité exclusive différente de l'exercice de la médecine générale (allergologue, angéiologue, acupuncteur, ostéopathe...).

D. Elaboration du questionnaire :

Les données analysées ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme (cf. Annexe 3).

Le questionnaire a été élaborée puis relu et corrigé Pr MOUTEL Grégoire, chef de service de Médecine Légale et Droit de la Santé.

Il se divisait en 3 parties :

- Partie 1 : Questions générales se rapportant sur la connaissance du dispositif, avec une explication de quelques mots, sur le nombre de suicidants et suicidés dans la patientèle des médecins généralistes depuis Juillet 2017, leur sexe, et âge et s'ils sont ou étaient inclus dans ce dispositif ;
- Partie 2 : Questions concernant leur prise en charge après avoir reçu un courrier d'inclusion d'un patient dans le dispositif Vigilans : s'ils en ont discuté avec leur patient, l'impact sur leur pratique, si les patients abordaient le sujet du dispositif Vigilans avec eux, s'ils ont été informés d'une tentative de suicide par un autre moyen ; et une question pour savoir si le dispositif a changé leur pratique.
- Partie 3 : Questions concernant les praticiens : sexe, tranche d'âge et lieu d'exercice.

L'objectif principale de l'étude a été formulé par une question fermée :

Connaissez-vous le dispositif Vigilans (programme de recontact post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide) ?

OUI

NON

L'objectif secondaire concernant la modification de la pratique des médecins généralistes depuis la mise en route du dispositif a été formulé par une question fermée :

Le dispositif a-t-il modifié votre pratique ?

OUI

NON

E. Recueil et analyse des données :

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale, avec une courte présentation de ce travail de thèse et une enveloppe préaffranchie pour l'envoi du questionnaire complété. La totalité des questionnaires a été envoyée fin Février 2019. Les retours de questionnaires ont débuté début Mars 2019 et le dernier courrier a été reçu début Juin 2019.

Au total, parmi les 668 médecins généralistes exerçant dans le département du Calvados (86), 572 questionnaires ont été envoyés selon les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.

Les retours ont été classés en 2 groupes : le groupe connaissant le dispositif Vigilans « Vigilans + » et le groupe ne le connaissant pas : « Vigilans - ».

Les réponses aux questionnaires ont été saisies dans une feuille de calcul du logiciel EXCEL.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide de ce logiciel et du site internet BiostaTGV.

Les données qualitatives ont été analysées à l'aide du test de Chi², ou test exact de Fisher selon les effectifs théoriques et le test de Kruskal-Wallis.

Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentage pour les données qualitatives, et de moyennes et écart-types pour les variables quantitatives.

Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

Concernant les questions libres, il a été retenu d'aborder les items cités plus de 3 fois parmi les réponses lors de la discussion.

III. Résultats :

A. Taux de participation :

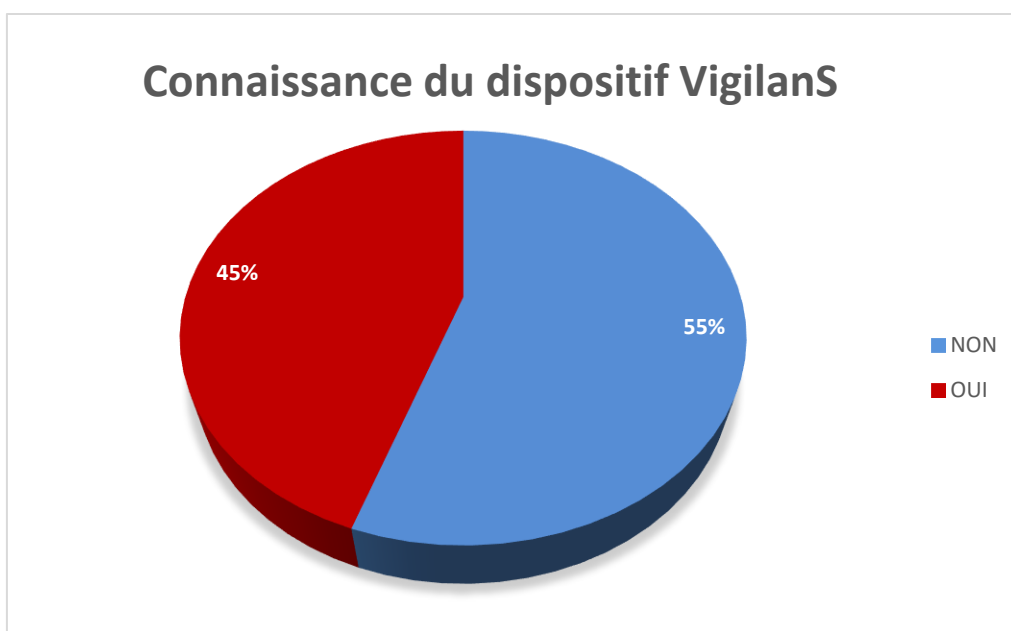
Au total, sur les 572 questionnaires envoyés, 226 réponses ont été reçues, ainsi qu'un courrier manuscrit d'excuse d'un médecin généraliste à la retraite n'exerçant plus que bénévolement, ne souhaitant pas répondre au questionnaire et un courrier retourné à l'expéditeur pour motif « inconnu à cette adresse ». Parmi les 226 retours, 6 questionnaires ont été remplis de manière partielle, ils ont été pris en compte lors de l'analyse statistique pour une meilleure représentativité des données.

Le taux de participation à cette étude est de 39,51%.

B. Objectif principal de l'étude :

Parmi toutes les réponses reçues, 101 médecins généralistes ont connaissance de l'existence de ce dispositif, soit 44,7% de l'effectif total, tandis que la majorité d'entre eux, soit 55,3% de l'effectif total (n=125) ignore son existence. Il n'y a pas eu de non-réponse concernant cet item parmi la totalité des questionnaires reçus.

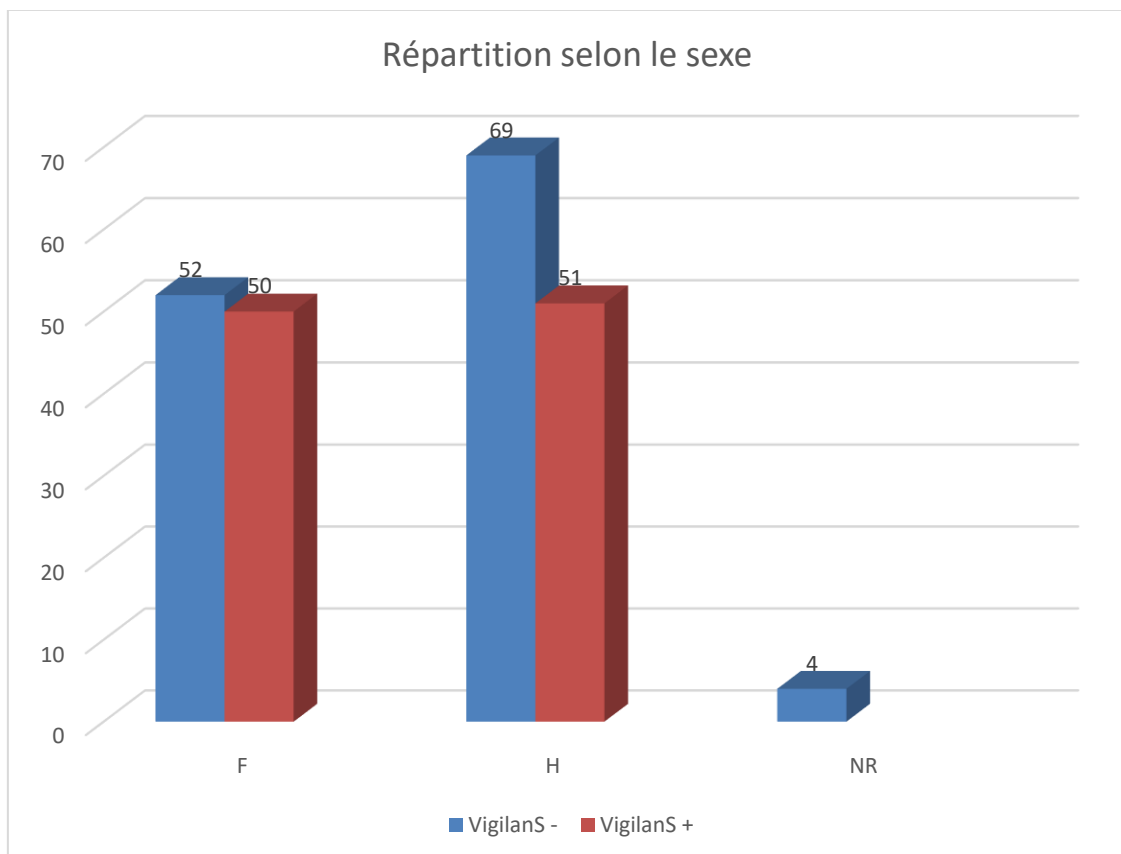
Figure 7 : Répartition des praticiens selon état de connaissance du dispositif.



Il sera abordé dans la discussion la description du dispositif du point de vue des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

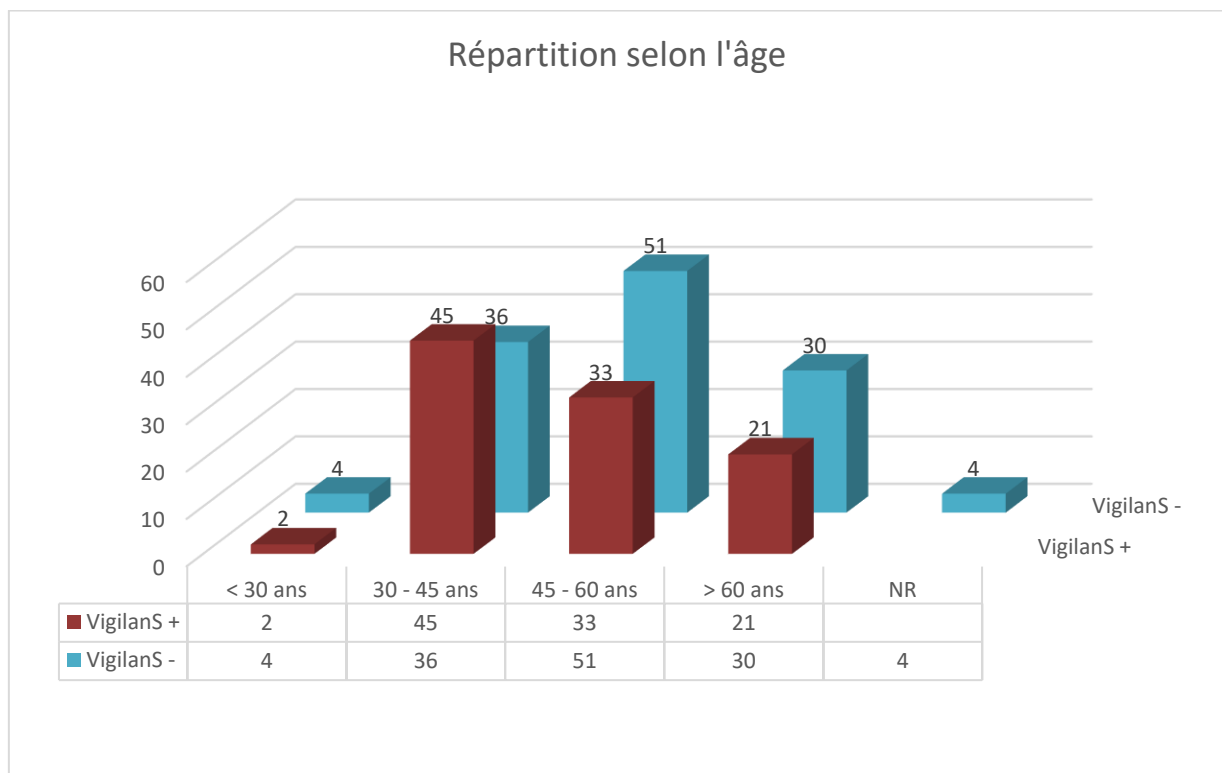
Dans le groupe « Vigilans + », la répartition selon le sexe entre les praticiens est quasi identique : 50 médecins femmes (soit 22,1% de l'effectif total) et 51 hommes (22,7%). Concernant le groupe « Vigilans - », la répartition est inégale avec une majorité masculine : 69 praticiens (soit 30,5% de l'effectif total) et 52 médecins femmes. Dans ce groupe, il y a 4 données manquantes, soit 1,7 % de l'effectif.

Figure 8 : Répartition selon le sexe dans les groupes « Vigilans + » et « Vigilans - »



Concernant la répartition par tranches d'âge dans les deux groupes, il y a eu 4 non-réponses concernant cet item. Pour les praticiens de moins de 30 ans, 2 seulement connaissent le dispositif sur un effectif total de 6 praticiens, soit 0,88% de l'effectif total. La tranche d'âge des praticiens de 30 à 45 ans représente l'effectif le plus important du groupe Vigilans +, 45 réponses positives soit 19,9%, et 36 praticiens dans le groupe Vigilans -. Les tranches d'âges supérieures comportent, quant à elles, une majorité de personnes dont le dispositif leur est inconnu : parmi les 45 à 60 ans, 51 praticiens soit 61% du groupe (22,57% de l'effectif total) et pour le groupe des praticiens âgés de plus de 60 ans, 30 praticiens soit 59% du sous-groupe (13,27% de l'effectif total), sur les 51 praticiens composant ce groupe.

Figure 9 : Connaissance du dispositif selon les tranches d'âge des praticiens.



Un des items du questionnaire avait pour but d'interroger les praticiens sur le fait d'avoir eu ou non une présentation du dispositif. Parmi les praticiens du groupe « Vigilans + » seul 11 d'entre eux ont déclaré avoir eu une présentation, soit 4,9% de l'effectif total de l'étude. Aucun dans le groupe « Vigilans - ». Dans 39,4% des cas, les praticiens connaissant le dispositif n'ont pas eu de présentation officielle de ce dernier.

Tableau 3 : Présentation du dispositif selon les groupes « Vigilans + » et « Vigilans - »

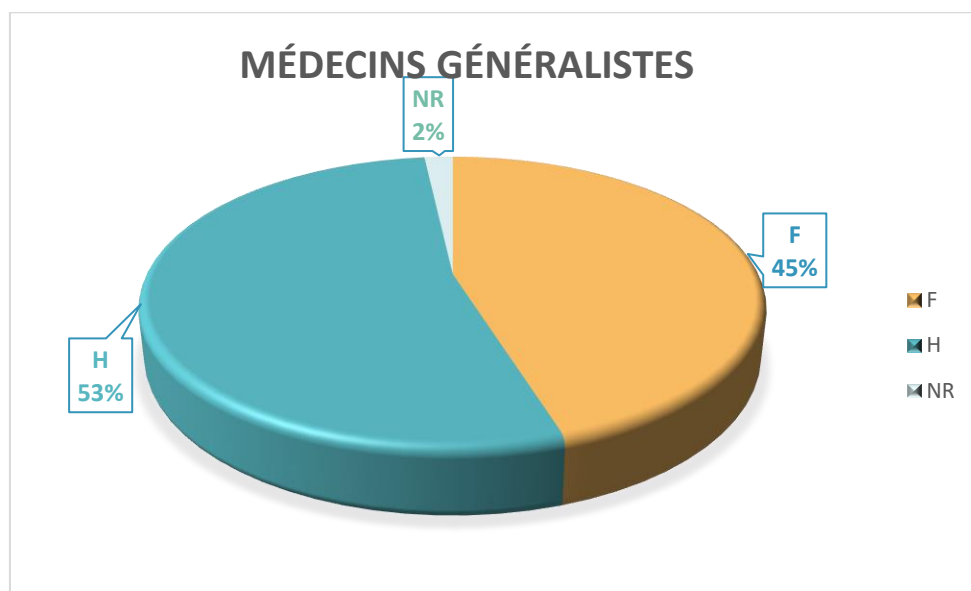
<i>Présentation du dispositif</i>	<i>NON</i>	<i>NR</i>	<i>OUI</i>	<i>Total</i>
<i>Vigilans -</i>	120	5		125
<i>Vigilans +</i>	89	1	11	101
<i>Total général</i>	209	6	11	226

C. Caractéristiques de la population :

- Distribution selon le sexe :

La population des médecin généralistes ayant répondu au questionnaire est mixte, composée d'une majorité de praticien de sexe masculin, 120 (53%) contre 102 femmes soit 45% de l'effectif total. Il y a eu 2% de non-réponses pour cet item (soit 4 questionnaires).

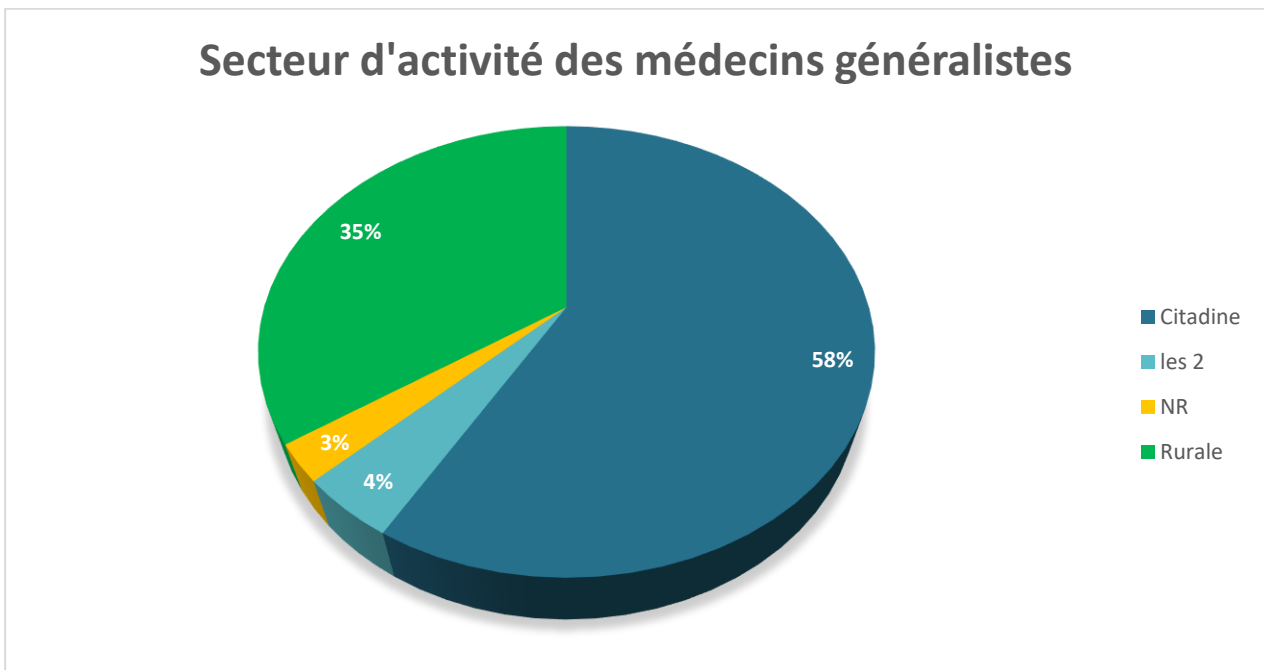
Figure 10 : Distribution des médecins généralistes répondants selon le sexe.



- Distribution selon le secteur d'activité :

La répartition, entre les praticiens répondants, concernant leur lieu d'exercice n'est pas équitable. Il est majoritairement citadin, pour 58% des praticiens, ensuite 35% ont déclaré avoir une activité professionnelle plutôt rurale. Seulement 4% considère avoir une activité mixte alliant ville et campagne. Il y a eu 6 non-réponses pour cet item soit 3% de l'effectif total.

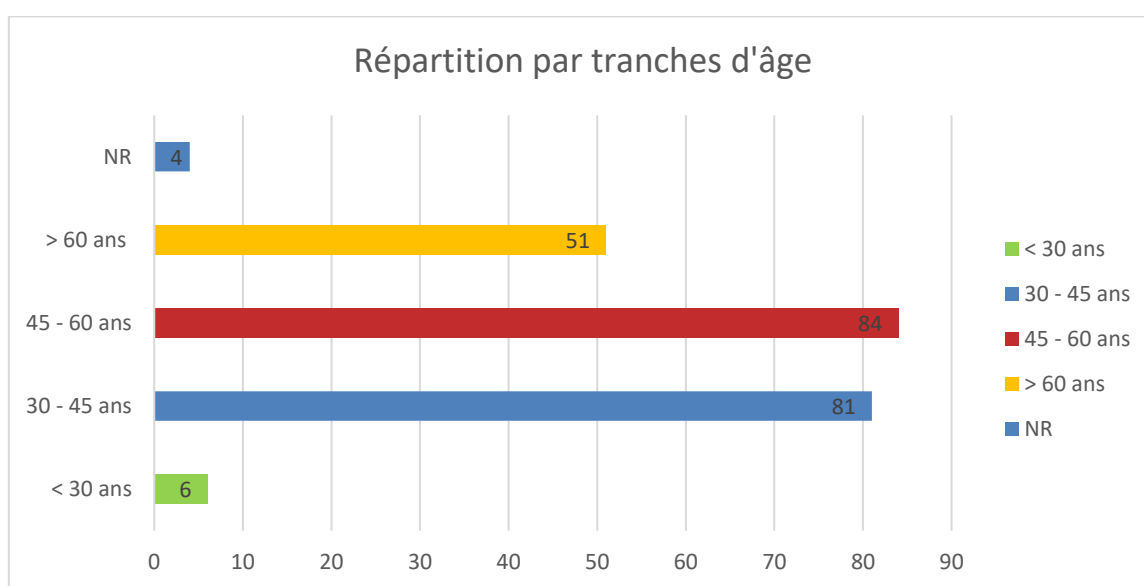
Figure 11 : Répartition des médecins généralistes selon leur secteur d'activité.



- Distribution selon l'âge :

La majorité des praticiens ayant répondu au questionnaire ont entre 30 et 60 ans : 81 praticiens sont âgés de 30 à 45 ans et 84 praticiens âgés de 45 à 60 ans, soit respectivement 35,8% et 37,1% de l'effectif total. Seulement 6 praticiens (2,6% de l'effectif) ont moins de 30 ans. 51 questionnaires retour ont été remplis par des praticiens âgés de plus de 60 ans, soit 22,6%. Il y a eu 4 non-réponses concernant cet item.

Figure 12 : Répartition des médecins généralistes selon leur âge.



Les femmes sont en majorité dans toutes les tranches d'âge à l'exception des praticiens de plus de 60 ans.

Tableau 4 : Répartition des médecins généralistes selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	Femme	Homme	Total
< 30 ans	5	1	6
30 - 45 ans	41	40	81
45 - 60 ans	43	41	84
> 60 ans	13	38	51
NR			4

D. Analyse des données générales :

Les données recueillies ont été analysées à la recherche d'une différence statistiquement significative entre les groupes « Vigilans + » et « Vigilans - » concernant différents items : le genre des praticiens, leur lieu d'exercice, leur âge, la présence de patient suicidants dans leur patientèle, ou de suicidés, le fait d'évoquer le suicide en consultation avec les patients, ou encore le fait d'avoir reçu un courrier d'inclusion dans le dispositif Vigilans. L'analyse des données a été réalisée grâce au test de χ^2 , ou test exact de Fisher selon les items. Une analyse par le test de Kruskal-Wallis a été utilisée pour l'item « évocation du suicide ».

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistique entre les deux groupes selon le genre du praticien ($p=0,4$), le décès par suicide d'un de leur patient ($p=0,43$), ou encore l'évocation du suicide en consultation ($p=0,46$).

L'analyse n'a pas pu être réalisée par manque d'effectif minimum nécessaire pour les calculs lors de la recherche d'une différence entre les deux groupes selon l'âge des médecins généralistes, et également leur lieu d'activité.

En revanche, une différence significative a été mise en évidence entre les deux groupes lorsqu'il se trouve un suicidant dans la patientèle ($p < 0,01$) et également en cas de réception d'un courrier d'inclusion dans le dispositif ($p < 0,01$).

Tableau 5 : Récapitulatif de l'analyse des données

		<i>VigilanS +</i> (n= 101)	<i>VigilanS -</i> (n=125)	Test <i>statistique</i>	Valeur de <i>p</i>
<i>Sexe</i>	F	50	52	Khi 2	0,3309
	H	51	69		
	NR	0	4		
<i>Age</i>	< 30 ans	2	4	Khi 2	NC
	30 - 45 ans	45	36		
	45 - 60 ans	33	51		
	> 60 ans	21	30		
	NR	0	4		
<i>Activité</i>	Citadine	58	74	Khi 2	NC
	Rurale	36	42		
	Les 2	7	3		
	NR	0	6		
<i>Suicidants dans patientèle</i>	OUI	93	60	Khi 2	< 0,01
	NON	8	65		
<i>Suicidés dans patientèle</i>	OUI	16	26	Khi 2	0,3472
	NON	85	99		
<i>Evocation suicide</i>	OUI	82	97	Kruskal Wallis	0,4604
	PARFOIS	17	24		
	JAMAIS	1	3		
	NR	1	1		
<i>Courrier d'inclusion reçu</i>	OUI	86	7	Khi 2	< 0,01
	NON	14	118		
	NR	1	0		

E. Evocation du suicide et analyse :

À la question « évoquez-vous le suicide devant un patient en souffrance ? », en grande majorité les praticiens ayant participé à l'étude, ont répondu par l'affirmative : 179 « OUI » sur les 226 questionnaires reçus, soit 79,2% de l'effectif total. Il était possible de répondre à cet item « parfois » et « jamais ». Seulement 4 praticiens (1,7%) ont eu la franchise de répondre qu'ils n'évoquent jamais le suicide avec leur patient et 41 médecins généralistes (18,1%) uniquement « Parfois ». Il y a eu 2 non-réponses concernant cet item (0,8%).

Nous avons ensuite étudié la répartition entre les groupes « Vigilans + » et « Vigilans - » des praticiens évoquant le suicide en consultation ou non dans le but de rechercher une éventuelle différence statistiquement significative entre eux.

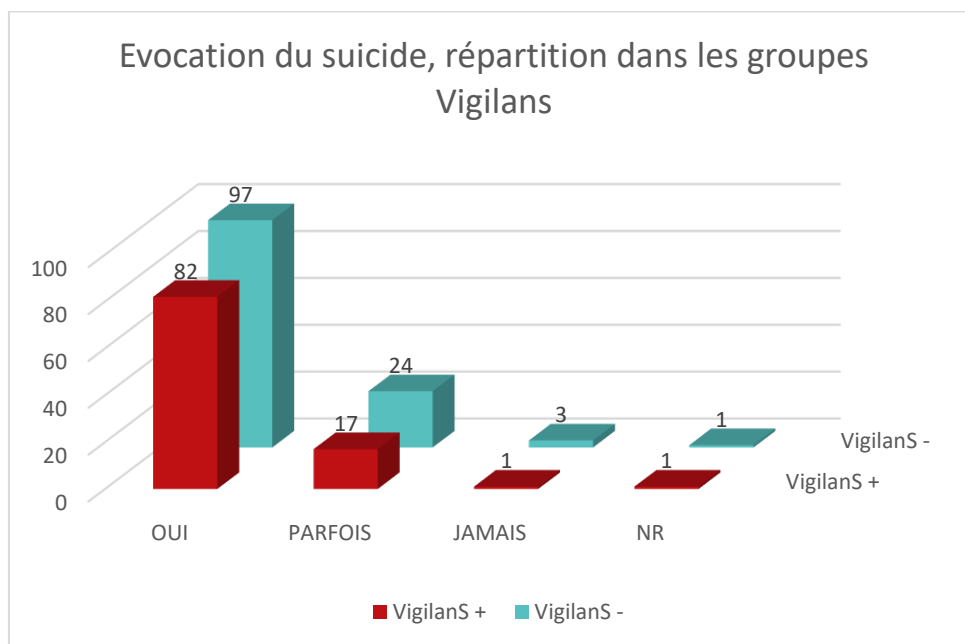
Parmi les médecins généralistes abordant le thème du suicide en consultation, la majorité d'entre eux, soit 97 praticiens, appartient au groupe « Vigilans - », soit 43% de l'effectif total. Dans le groupe Vigilans +, il y a donc les 82 praticiens abordant le suicide (36%), 17 autres l'abordant parfois (7,5%) et un seul n'évoquant jamais le sujet.

Les résultats sont représentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Répartition selon l'évocation du suicide entre les groupes Vigilans

	<i>OUI (n)</i>	<i>PARFOIS (n)</i>	<i>JAMAIS (n)</i>	<i>NR (n)</i>	<i>Total général (n)</i>
Vigilans +	82	17	1	1	101
Vigilans -	97	24	3	1	125
Total général	179	41	4	2	226

Figure 13 : Répartition selon l'évocation du suicide entre les groupes Vigilans



F. Analyse en sous-groupe :

Il a été choisi de réaliser une analyse en sous-groupe des données recueillies afin de préciser la présence ou non d'un lien significatif entre différents items du questionnaire selon l'âge des praticiens. Le groupe des praticiens âgés de moins de 30 ne comportant pas assez d'effectif pour réaliser un test du Khi 2 (effectif <5), les données ont été ajoutées au groupe de la tranche d'âge supérieure afin de pouvoir réaliser l'analyse.

Pour chaque tranche d'âge, il a été recherché une différence significative entre les 2 groupes concernant plusieurs items abordés : le genre, le secteur d'activité, la présence de suicidants ou suicidés dans la patientèle, l'évocation du suicide avec les patients.

Pour les praticiens âgés de moins de 30 ans à 45 ans, il a été mis en évidence une différence statistique significative entre les 2 groupes pour les items « présence de patients suicidants dans la patientèle » ($p=0,0011$) et également lors de l'évocation du suicide en consultation ($p=0,0032$). Le genre du praticien, son secteur d'activité, et la présence de suicidés dans leur patientèle ne sont pas statistiquement significatifs entre les deux groupes.

Tableau 7 : Résumé analyse statistique des moins de 30 ans à 45 ans :

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Items</i>		<i>VigilanS + (n)</i>	<i>VigilanS – (n)</i>	<i>Tests statistiques</i>	<i>Valeur de p</i>
<i>< 30 + 30-45 ans</i>	Suicidants dans patientèle	OUI	43	25	Khi 2	0,0011
		NON	4	15		
	Suicidés dans patientèle	OUI	8	39	Khi 2	0,8
		NON	6	34		
	Sexe	F	25	22	Khi 2	0,95
		H	21	19		
	Activité	Citadine	28	23	Fisher	0,86
		Rurale	18	15		
		Les 2	1	2		
	Evocation suicide	OUI	46	31	Kruskal Wallis	0,0032
		PARFOIS	1	9		
		JAMAIS	0	0		

Cette même différence statistique significative a été retrouvée dans l'analyse des médecins généralistes âgés de 30 à 45 ans.

Tableau 8 : Résumé analyse statistique des 30 ans à 45 ans

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Items</i>	<i>VigilanS + (n)</i>	<i>VigilanS – (n)</i>	<i>Tests statistiques</i>	<i>Valeur de p</i>	
30 - 45 ans	Suicidants dans patientèle	OUI	41	24	Khi 2	0,0060
		NON	4	12		
	Suicidés dans patientèle	OUI	7	5	Khi 2	0,8338
		NON	38	31		
	Sexe	F	23	18	Khi 2	0,9208
		H	22	18		
	Activité	Citadine	28	21	Fisher	0,99
		Rurale	16	13		
		Les 2	1	1		
	Evocation suicide	OUI	44	27	Kruskal Wallis	0,0021
		PARFOIS	1	9		
		JAMAIS	0	0		

Pour les praticiens âgés de 45 à 60 ans, seule la présence de suicidants dans la patientèle est statistiquement significative. Le genre du praticien ou son secteur d'activité n'ont pas d'influence sur la connaissance du dispositif VigilanS, tout comme le fait d'avoir un ou plusieurs suicidés dans leur patientèle ou l'évocation du suicide lors de consultation.

Tableau 9 : Résumé analyse statistique des 45 ans à 60 ans :

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Items</i>		<i>VigilanS + (n)</i>	<i>VigilanS – (n)</i>	<i>Tests statistiques</i>	<i>Valeur de p</i>
45 - 60 ans	Suicidants dans patientèle	OUI	31	23	Khi 2	<0,01
		NON	2	28		
	Suicidés dans patientèle	OUI	3	13	Khi 2	0,0616
		NON	30	38		
	Sexe	F	20	23	Khi 2	0,1649
		H	13	28		
	Activité	Citadine	19	36	Fisher	0,0839
		Rurale	11	15		
		Les 2	3	0		
	Evocation suicide	OUI	23	43	Kruskal Wallis	0,0775
		PARFOIS	9	6		
		JAMAIS	1	1		

Pour les praticiens âgés de plus de 60 ans, on retrouve comme pour les autres groupes une différence statistiquement significative entre les 2 groupes uniquement en cas de présence de suicidants dans leur patientèle.

Tableau 10 : Résumé analyse statistique des plus de 60 ans :

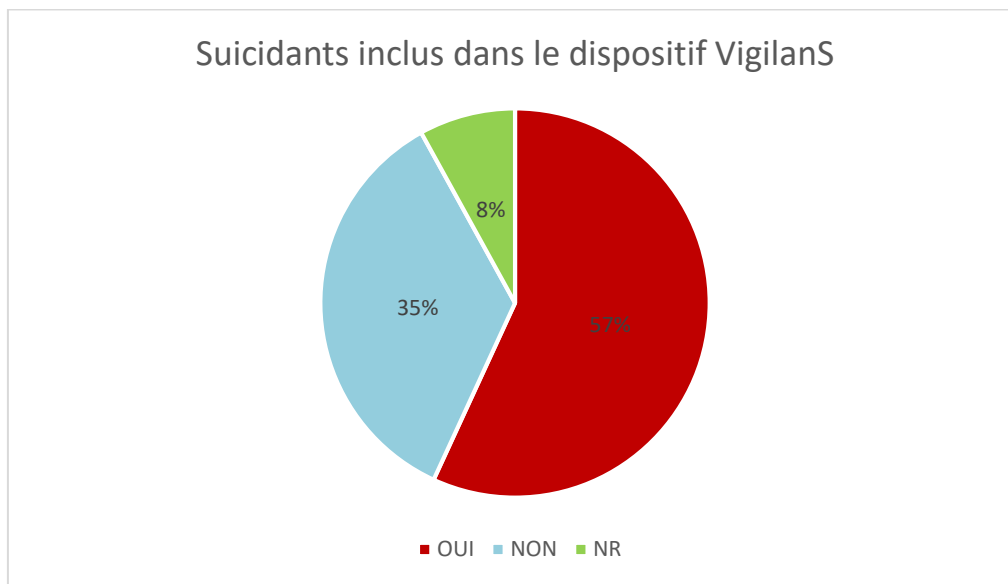
Tranche d'âge	Items		VigilanS + (n)	VigilanS – (n)	Tests statistiques	Valeur de p
> 60 ans	Suicidants dans patientèle	OUI	19	10	Khi 2	< 0,01
		NON	2	20		
	Suicidés dans patientèle	OUI	5	6	Fisher	0,7441
		NON	16	24		
	Sexe	F	5	8	Khi 2	0,8177
		H	16	22		
	Activité	Citadine	11	15	Fisher	0,5998
		Rurale	7	12		
		Les 2	0	2		
	Evocation suicide	OUI	13	21	Kruskal Wallis	0,84
		PARFOIS	7	7		
		JAMAIS	0	2		

G. Population des suicidants :

Chaque praticien en répondant au questionnaire a pu décrire jusqu'à un maximum de 3 cas différents de patients ayant fait une tentative de suicide depuis Juillet 2017, date de mise en route du dispositif. Nous avons pu relever ainsi 262 cas de suicidants, soit une moyenne de 2,02 suicidants par praticiens ayant répondu avoir des suicidants dans leur patientèle (écart-type= 1,48 ; min=1 ; max=10).

Parmi les suicidants décrits, 57% d'entre eux (n=149) étaient inclus dans Vigilans et 92 suicidants, soit 35% de l'effectif total, n'y étaient pas. Il y a 21 non-réponses, soit 8%.

Figure 14 : Répartition des suicidants inclus dans Vigilans



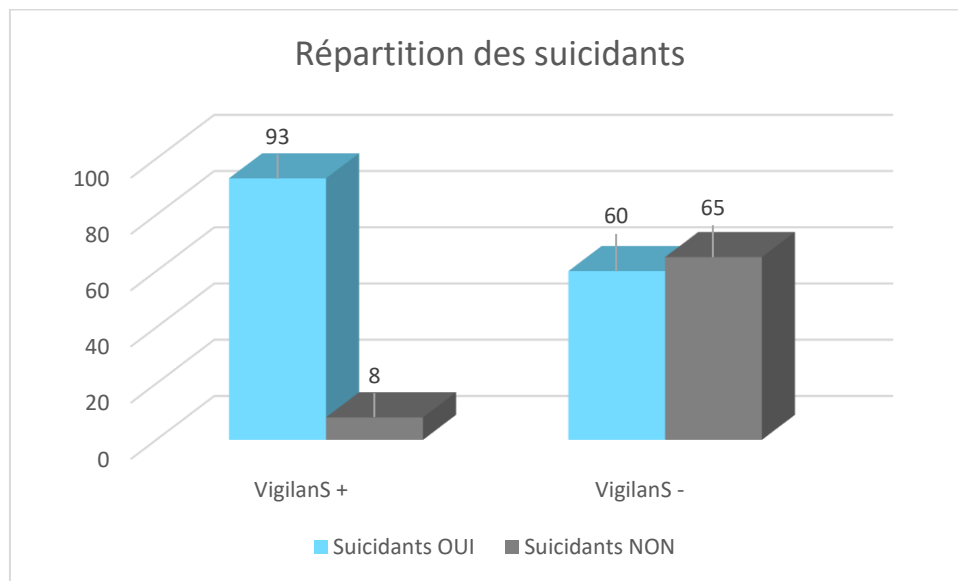
Concernant la répartition entre les groupes de praticiens « Vigilans » : 93 médecins du groupe « Vigilans + », soit 41% des praticiens interrogés, ont au moins un suicidant dans leur patientèle, seulement 8 praticiens du groupe « Vigilans + » (3,5%) connaissent le dispositif sans avoir de patient suicidant.

Dans le groupe « Vigilans - », la proportion de praticien avec et sans suicidant dans leur patientèle est plutôt homogène : 65 praticiens (soit 28,8%) n’ont pas eu de patient ayant fait de TS depuis Juillet 2017, et 60 praticiens (soit 26,5%) ont au moins un suicidant dans leur patientèle.

Tableau 11 : Répartition des suicidants selon les groupes Vigilans

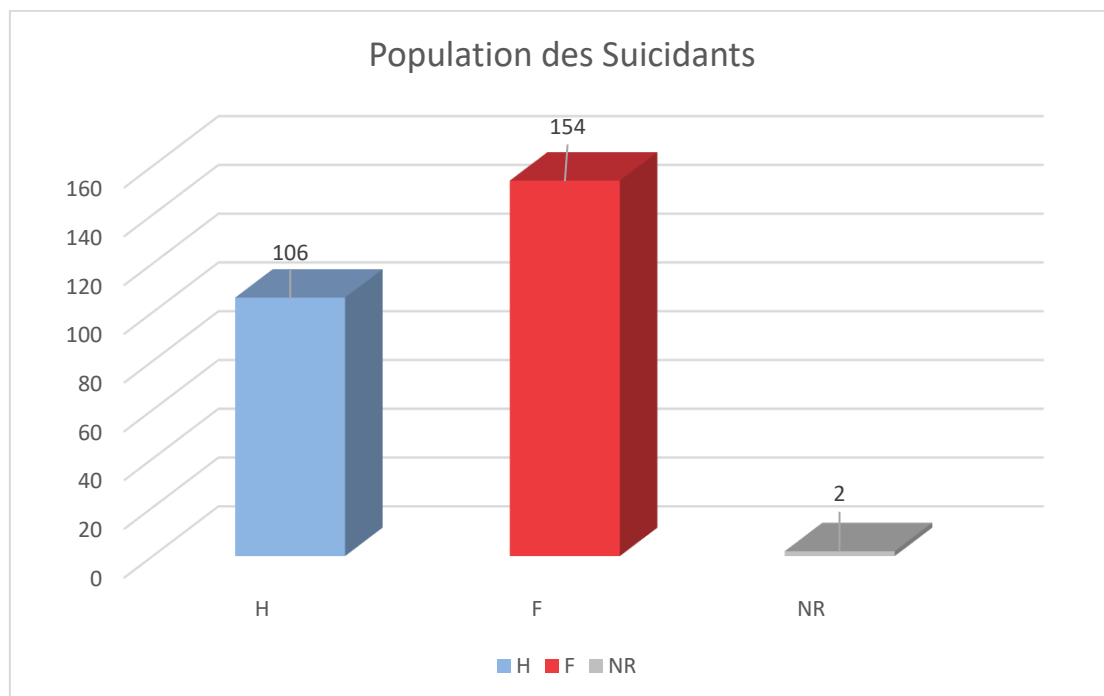
	Suicidants	
	<i>OUI (n)</i>	<i>NON (n)</i>
Vigilans +	93	8
Vigilans -	60	65

Figure 15 : Répartition des suicidants selon les groupes Vigilans.



La population des suicidants se compose majoritairement de femmes (n=152 soit 58,8%), il y a 2 non-réponses pour cet item.

Figure 16 : Description de la population des suicidants (selon le sexe)



L'âge moyen est de 40,14 ans, compris entre 14 et 95 ans. La médiane est de 40 ans et l'écart-type de 17,4. Cependant dans 68 cas, l'âge du suicidant n'a pas été mentionnée.

Tableau 12 : Récapitulatif des suicidants par tranches d'âge :

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Nombre de suicidants</i>
<20 ans	25
20 – 29 ans	39
30 – 39 ans	30
40 – 49 ans	41
50 – 59 ans	33
60 – 69 ans	22
70 – 79 ans	8
80 – 89 ans	1
> 90 ans	1
NR	68

Les suicidants inclus dans Vigilans comptent 86 femmes et 63 hommes, soit 33% et 24% de l'effectif total des suicidants.

H. Population des suicidés :

Plusieurs questions du questionnaire portaient sur la présence ou non dans la patientèle de décès par suicide depuis la mise en route du dispositif Vigilans en Juillet 2017. Il était proposé de décrire un maximum de 2 décès par suicide par questionnaire. Ainsi, 42 suicidés ont été décrit soit en moyenne 1,09 suicidés par praticien ayant répondu (min=1, max=2, écart-type=0,29) : 29 praticiens, soit 69%, ont rapporté un suicidé et seulement 3 praticiens ont décrit 2 cas de décès par suicide dans leur patientèle. Il y a eu 24% de non-réponse pour cet item (n=10).

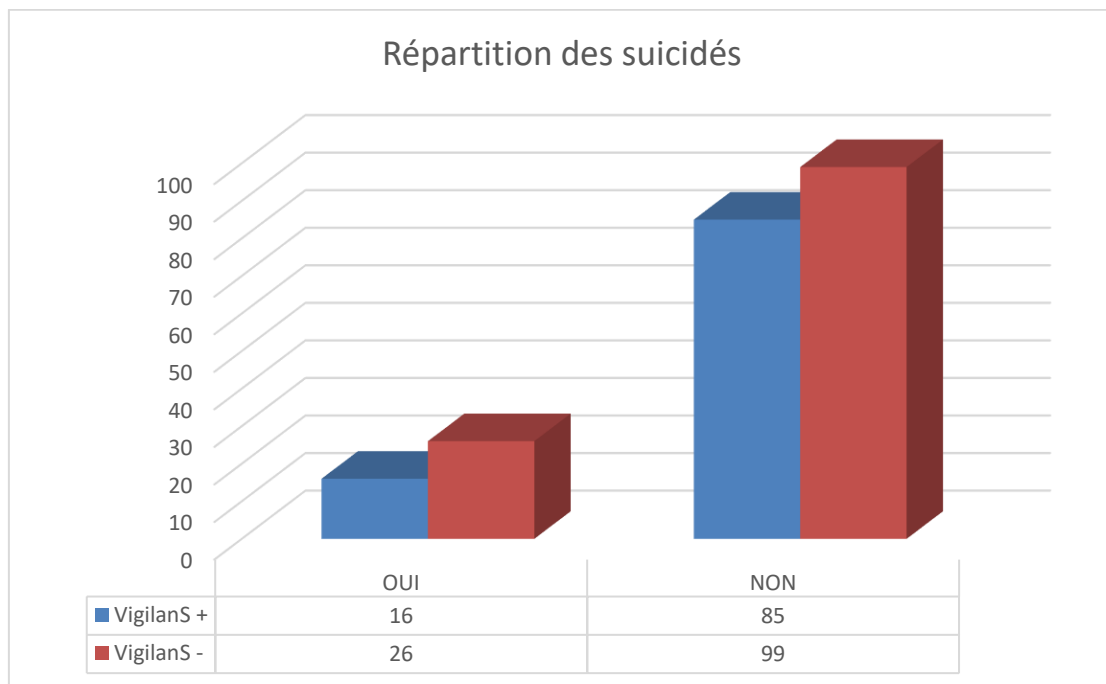
Concernant la répartition entre les groupes Vigilans, 16 praticiens du groupe « Vigilans + », soit 7% des praticiens, ont eu dans leur patientèle au moins un suicidé, alors que les 85 autres membres du groupe n'en ont pas (38%). En revanche, le groupe « Vigilans - » comporte 26 praticiens avec décès par suicide dans leur patientèle, soit 11,5% de l'effectif total.

Comme vu précédemment, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes, pour le fait d'avoir un ou plusieurs décès par suicide dans sa patientèle.

Tableau 13 : Répartition des suicidés selon les groupes Vigilans

	Suicidés	
	<i>OUI (n)</i>	<i>NON (n)</i>
Vigilans +	16	85
Vigilans -	26	99

Figure 17 : Répartition des suicidés selon les groupes Vigilans



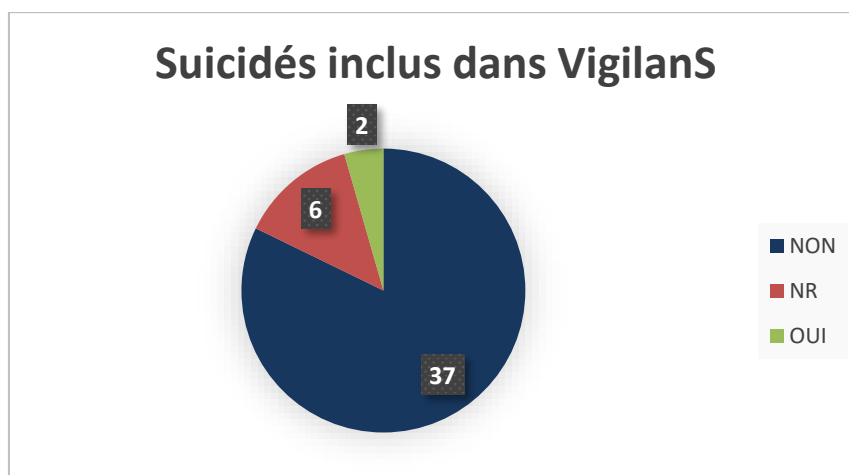
La population des suicidés est principalement masculine : on dénombre 31 hommes (69%) pour 14 femmes décédés par suicide. Il n’y a pas eu de non-réponse pour les cas décrit concernant le genre des suicidés. L’âge moyen des suicidés est de 53,6 ans, compris entre 16 ans et 95 ans, avec une médiane de 57,7 ans et un écart-type de 20,7. Dans 9 cas (20%), l’âge des suicidés n’a pas été mentionnée.

Tableau 14 : Récapitulatif des suicidés par tranches d’âge :

<i>Tranches d’âge</i>	<i>Nombre de suicidés</i>
<20 ans	1
20 – 29 ans	6
30 – 39 ans	3
40 – 49 ans	4
50 – 59 ans	8
60 – 69 ans	6
70 – 79 ans	5
80 – 89 ans	1
> 90 ans	2
NR	9

Parmi les 45 patients décédés, seulement 2 étaient inclus dans le dispositif Vigilans (5%), la majorité soit 37 des suicidés non (82%) et dans 13% des cas le praticien ne savait pas répondre à la question (n=6).

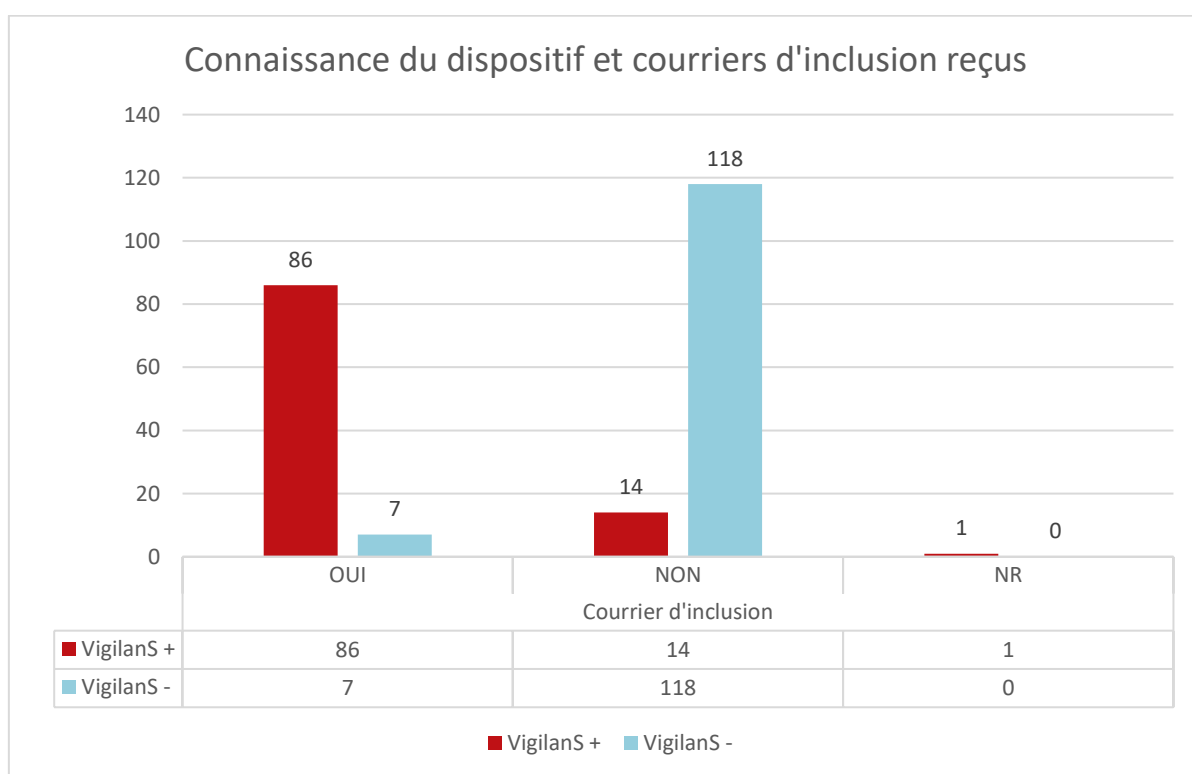
Figure 18 : Suicidés et dispositif Vigilans



I. Courrier d'inclusion :

Parmi les 101 praticiens du groupe « Vigilans + », 86 d'entre eux, soit 85,1 % de l'effectif du groupe, ont reçu un courrier informant l'inclusion d'un de leur patient dans le dispositif de veille post-hospitalière, tandis que 7 n'en ont pas reçu. Dans le groupe « Vigilans - », 14 praticiens ont répondu avoir reçu un courrier d'inclusion dans le dispositif (11,2% de l'effectif du groupe), alors que les 118 autres praticiens du groupe ont répondu par la négative.

Figure 19 : Répartition des courriers d'inclusion reçus selon les groupes VigilansS



Comme cité précédemment, après analyse statistique par test du Khi^2 , avec correction de Yates, il existe un lien statistiquement significatif entre ces items avec une valeur de $p < 0,01$.

Un item du questionnaire avait pour but de savoir si les praticiens avaient eu une présentation (quel que soit le support) du dispositif. Seulement 11 praticiens du groupe « Vigilans + » ont déclaré avoir eu une présentation du celui (soit 4,9% de l'effectif total), dont 10 par l'intermédiaire du courrier d'inclusion.

Tableau 15 : Présentation du dispositif selon les groupes Vigilans

<i>Présentation du dispositif</i>	<i>NON</i>	<i>NR</i>	<i>OUI</i>	<i>Total</i>
<i>Vigilans -</i>	120	5		125
<i>Vigilans +</i>	89	1	11	101
<i>Total général</i>	209	6	11	226

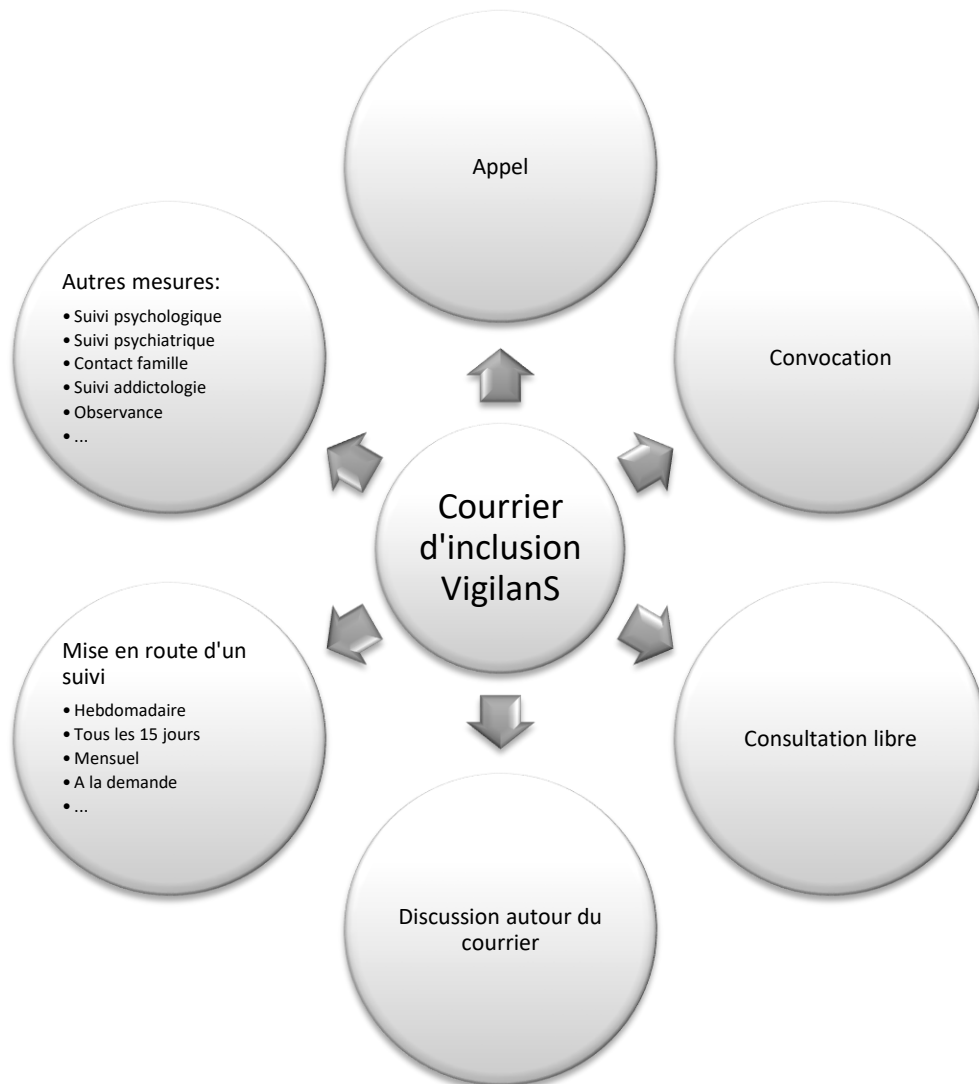
J. En pratique, en cabinet de médecine générale :

Parmi les 93 praticiens ayant reçu un courrier d'inclusion, quel que soit le groupe, il a été tenté d'évaluer les conséquences de ce courrier en pratique pour les patients, au travers différentes questions du questionnaire. (cf Annexe 3)

Avec un maximum de 3 situations différentes par questionnaire possible, nous avons pu recueillir un total de 163 descriptions de prise en charge différentes.

Dans la figure ci-dessous sont résumées les différentes propositions de prise en charge à la suite de la réception du courrier d'inclusion par les médecins généralistes.

Figure 20 : Prise en charge après réception d'un courrier d'inclusion dans Vigilans par les médecins généralistes.



Dans la grande majorité, les praticiens ayant répondu au questionnaire laissent les patients venir les consulter spontanément, dans 86,5% de cas, puis dans 23,3% les praticiens ont appelé les patients pour prendre de leurs nouvelles après réception du courrier, et seulement 16,6% les ont reconvoqué en consultation.

Tableau 16 : Récapitulatif des prises en charge après réception d'un courrier d'inclusion

	<i>OUI (en %)</i>	<i>NON (en %)</i>	<i>NR (en %)</i>
<i>Appel du patient</i>	23,3	75,5	1,2
<i>Convocation en consultation</i>	16,6	81	2,4
<i>Consultation libre</i>	86,5	11	2,5
<i>Discussion autour du courrier</i>	80,4	17,1	2,5
<i>Suivi</i>	62	34,3	3,7
<i>Autres</i>	26,4	69,3	4,3

En consultation, les praticiens abordent très souvent le sujet de la tentative de suicide autour du courrier d'inclusion reçu, c'est le cas dans 80,4% des cas, et ils proposent un suivi au patient dans 62% des cas. La fréquence du suivi est variable selon les patients, mais principalement mensuelle. Cependant, de nombreux praticiens n'ont pas mentionné la fréquence de leur suivi, dans 39,6% des cas cette information est absente.

Tableau 17 : Suivi mis en place par les médecins généralistes.

<i>Fréquence du suivi</i>	<i>n</i>	<i>en %</i>	
<i>/ 15 j</i>	10	9,90%	
<i>3 Mois</i>	2	1,98%	
<i>à la demande</i>	3	2,97%	
<i>Hebdomadaire</i>	8	7,92%	
<i>Mensuelle</i>	30	29,70%	
<i>NR</i>	40	39,60%	
<i>REFUS DU PATIENT</i>	1	0,99%	
<i>Si besoin</i>	1	0,99%	
<i>Une fois tous les 10 jours</i>	1	0,99%	
<i>Variable</i>	5	4,95%	
<i>Total général</i>	101	100,00%	

A la suite de cette prise en charge, il était demandé si d'autres mesures complémentaires ont été mise en place : dans 26,4% des cas les praticiens ont répondu par l'affirmative. Majoritairement, il s'agissait de débiter un suivi psychologique ou psychiatrique, dans respectivement 36% et 26% des cas. La troisième mesure la plus fréquemment mise en place a été la prise de contact avec la famille du suicidant. Pour cet item, il y a eu cependant 16 % de non-réponse.

Tableau 18 : Détail des mesures complémentaires :

<i>Mesures complémentaires</i>	<i>n</i>	<i>en %</i>
<i>Appel Vigilans</i>	1	2,00%
<i>Contact famille</i>	3	6,00%
<i>Hospitalisation</i>	2	4,00%
<i>Instauration traitement anti-dépresseur</i>	1	2,00%
<i>Lien avec médecine du travail</i>	1	2,00%
<i>NR</i>	8	16,00%
<i>Observance</i>	1	2,00%
<i>Suivi addictologique</i>	2	4,00%
<i>Suivi psychiatrique</i>	13	26,00%
<i>Suivi psychologique</i>	18	36,00%
Total général	50	100,00%

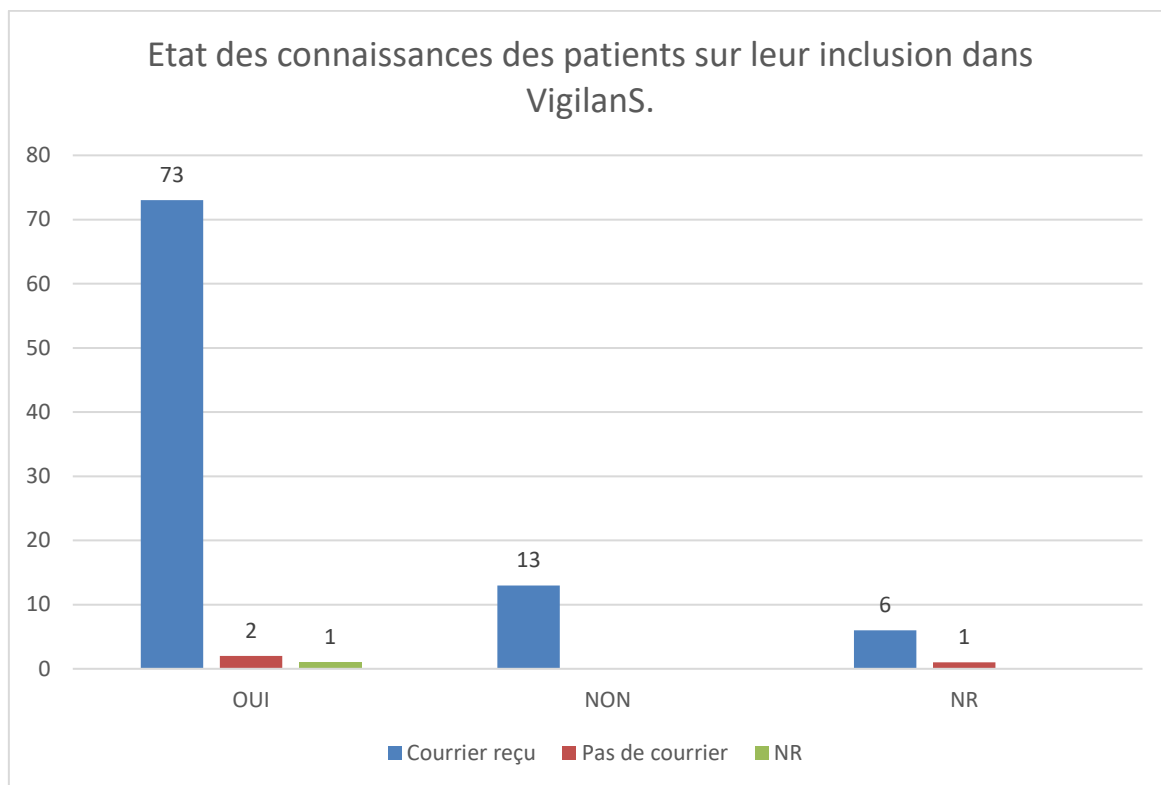
Dans 41,5% des cas, les médecins généralistes répondants certifient avoir la même attitude envers chaque patient inclus dans le dispositif (n=39). 14 praticiens ont répondu par la négative à cet item, et précisent avoir une attitude différente selon les patients inclus : selon leurs antécédents, l'existence ou non d'un suivi, qu'il soit psychologique ou psychiatrique, la relation médecin-patient. Pour cet item, il y a eu 14,3% de non-réponse.

Tableau 19 : Justification des prises en charge :

<i>Sinon pourquoi ?</i>	<i>Nombre de cas</i>
<i>Chaque cas est différent</i>	1
<i>Dépendant de la relation médecin patient</i>	1
<i>NR</i>	2
<i>Patiente déjà sous suivi psychologique / psychiatrique</i>	1
<i>Suivi psychiatrique hors Vigilans ...</i>	1
<i>Suivi psychologique antérieur</i>	1
<i>Selon patient</i>	8
Total général	14

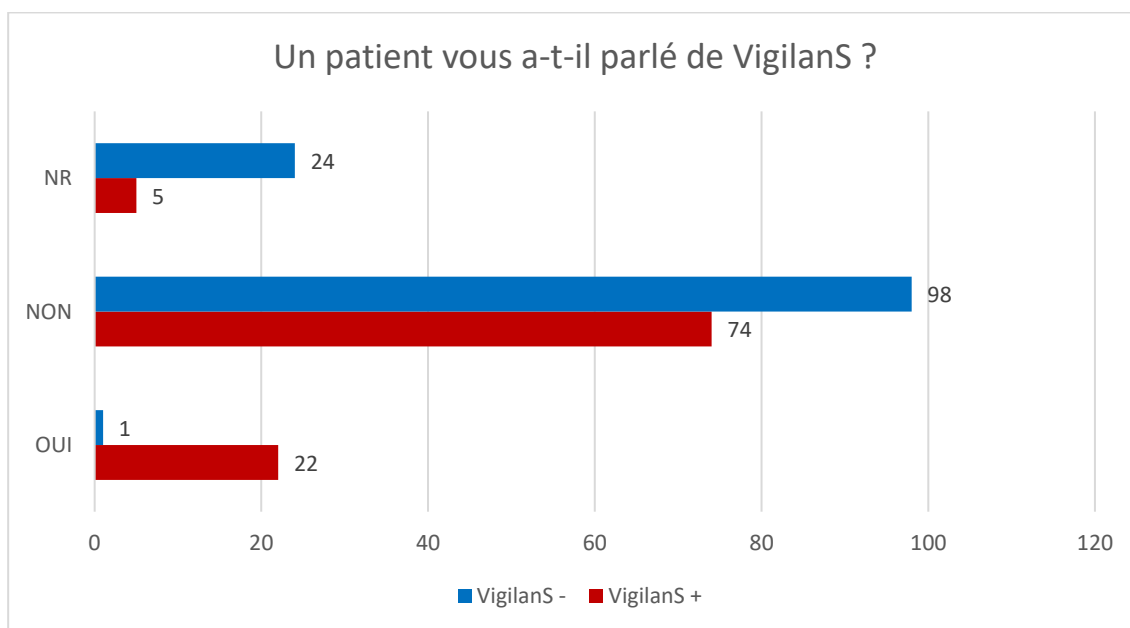
Un item du questionnaire envoyé avait pour but d'évaluer cette fois la connaissance de l'inclusion des patients dans le dispositif. Parmi les 93 courriers d'inclusion reçus, selon les praticiens, la plus importante part des patients était informée de leur inclusion dans Vigilans (n=76). Seul 2 patients du groupe « Vigilans + » ont informé les praticiens avant qu'ils ne reçoivent le courrier (ou le lisent). Dans 7 cas (7,5% des cas) les praticiens n'ont pas été en mesure de répondre si les patients savaient pour leur inclusion dans Vigilans. Dans 13 cas, les praticiens ont informé leur patient de l'inclusion dans Vigilans.

Figure 21 : Patients inclus dans Vigilans : le savent-ils ?



Dans seulement 10,25% des cas (n=23), les patients ont spontanément informé leurs médecins de leur TS et évoqué leur inclusion dans le dispositif Vigilans, et dans 76,8% des cas les patients n'ont pas parlé du dispositif à leur médecin traitant. Il y a eu 29 non-réponses concernant cet item. Seulement 1 praticien du groupe « Vigilans - » a été informé de l'inclusion dans le dispositif par le patient lui-même.

Figure 22 : Informations sur le dispositif par les patients :



K. Autres moyens informant d'une TS :

Un item du questionnaire avait pour but d'évaluer si les médecins généralistes ont été informé d'une tentative de suicide par un autre moyen que le courrier d'inclusion au dispositif Vigilans, intéressant notamment pour les praticiens du groupe « Vigilans - ». Selon les résultats des questionnaires, cela a été le cas pour 51 praticiens du groupe « Vigilans - », soit 22,6% des cas, et pour 69 praticiens du groupe « Vigilans + » (30,5%). La part de non-réponse pour cet item est de l'ordre de 8%.

Tableau 20 : Autres moyens d'informations d'une TS

<i>Autres moyens d'information d'une TS</i>	<i>OUI</i>	<i>NR</i>	<i>NON</i>
<i>Vigilans +</i>	69	1	31
<i>Vigilans -</i>	51	17	57

La source d'information la plus fréquemment citée est le compte-rendu (CR) de passage aux urgences, en seconde place les comptes-rendus d'hospitalisation (CRH), puis plus rarement les proche et la famille du suicidant. Enfin dans de rares cas, le médecin généraliste a pu être informé d'une TS par le patient lui-même, et plus rarement encore par le psychiatre. Un cas d'information par la police a été décrit.

Tableau 21 : Récapitulatif des autres moyens d'information de TS :

<i>Moyens d'information d'une TS</i>	<i>Nombre de cas</i>
<i>CR Urgences</i>	80
<i>CRH</i>	68
<i>Patient</i>	5
<i>Famille/proche</i>	12
<i>Police</i>	1
<i>Psychiatre</i>	1
<i>NR</i>	2
<i>Autre</i>	1

L. Utilité du dispositif :

Il nous a paru important pour l'étude, de s'intéresser en complément de l'état des connaissances concernant le dispositif, d'évaluer l'utilité de celui-ci par les médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne.

Les professionnels de santé sont informés par courrier de l'inclusion de leur patient, ce même courrier leur communique un numéro, permettant de joindre le dispositif Vigilans, si nécessaire. Nous avons donc demandé aux praticiens s'ils connaissent ce numéro et s'ils l'ont déjà utilisé.

Concernant la connaissance du numéro dans le groupe « Vigilans + » 25 praticiens (soit 11,1% de l'effectif total) le connaissent, tandis que 74 praticiens (soit 32,7%) non. Il y a 2 non-réponses dans ce groupe pour cet item. Parmi ces 25 praticiens connaissant le numéro, 24 d'entre eux ont reçu un courrier d'inclusion. Seul 1 praticien a eu connaissance du numéro du dispositif sans avoir reçu de courrier d'inclusion d'un patient. Ce praticien aurait eu l'information directement communiquée par son patient.

Dans le groupe « Vigilans - » aucun ne connaît le numéro, 9 praticiens n'ont pas été dans la capacité de fournir une réponse (soit 4 %), les 116 autres membres du groupe ont répondu, en toute logique, ne pas connaître le numéro.

Tableau 22 : Répartition des connaissances du numéro Vigilans selon les groupes

<i>Connaissance du numéro</i>	<i>NON</i>	<i>NR</i>	<i>OUI</i>	<i>Total</i>	
<i>Vigilans -</i>		116	9		125
<i>Vigilans +</i>		74	2	25	101
<i>Total général</i>		190	11	25	226

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer si le dispositif Vigilans a un impact dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Plusieurs questions avaient pour but d'évaluer cet impact. D'un point de vue purement technique, il a été demandé aux praticiens s'ils ont eu l'occasion de contacter le dispositif Vigilans via le numéro communiqué. Seulement 5 praticiens du groupe « Vigilans + » ont répondu à l'affirmative pour cette question, soit uniquement 2, 2% des praticiens ayant participé à l'étude. Pour cette question, il y a eu 11 non-réponses (soit 4,9%).

Tableau 23 : Répartition du nombre d'utilisation du numéro Vigilans selon les groupes.

<i>Utilisation du numéro</i>	<i>NON</i>	<i>NR</i>	<i>OUI</i>	<i>Total</i>
<i>Vigilans -</i>	113		12	125
<i>Vigilans +</i>	95		1	101
<i>Total général</i>	208		13	226

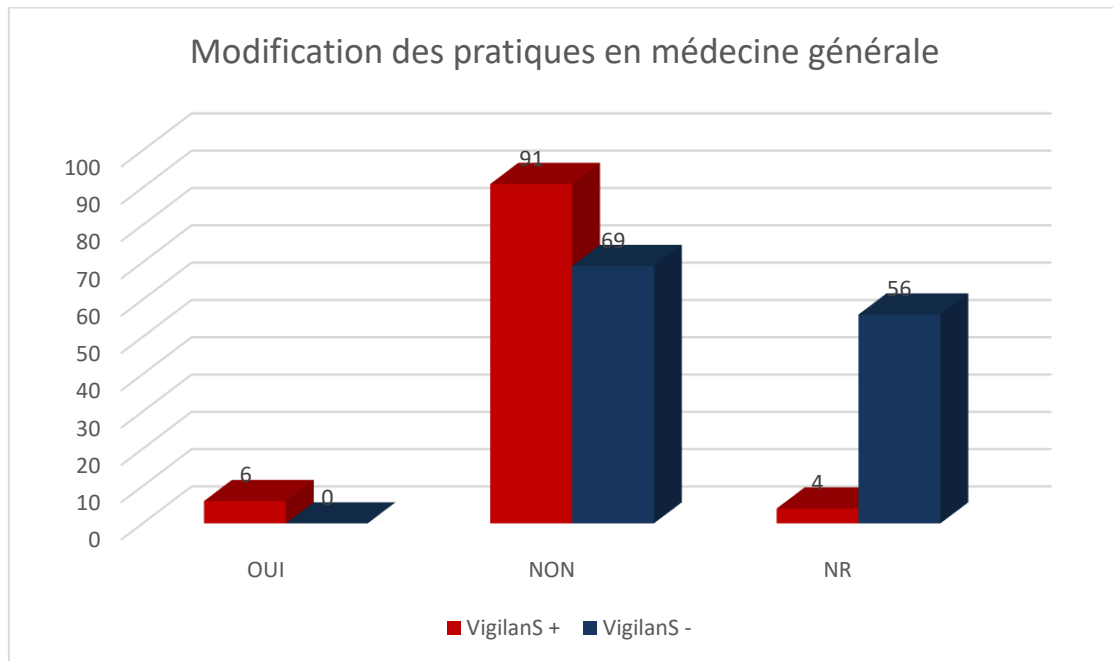
Les dernières questions de la partie 2 du questionnaire (cf Annexe 3) avaient pour but d'évaluer une éventuelle modification des pratiques dans la prise en charge des suicidants en cabinet de médecine générale, depuis la mise en route du dispositif de veille post-hospitalière.

Il s'agit de l'item du questionnaire avec le taux de non-réponse le plus important de tout le questionnaire avec 26,5% de l'effectif total de non-réponse. La majorité des non-réponses provient du groupe « Vigilans – » avec 56 praticiens, soit 24,8%. Seuls 4 praticiens du groupe « Vigilans + » ne se prononcent pas.

Pour seulement 6 médecins généralistes du groupe « Vigilans + », le dispositif mis en place à modifier leur pratique soit 2,65%.

Pour conclure, le dispositif Vigilans n'a, dans une grande majorité des cas, pas eu de conséquences sur la prise en charge des suicidants en cabinet de ville. Il sera abordé dans la discussion les arguments exposés par les rares praticiens pour lesquels le dispositif a apporté des modifications dans leur pratique quotidienne.

Figure 23 : Modification des pratiques en médecine générale en lien avec Vigilans.



IV. Discussion :

A. Discussion des résultats :

1. Comparaison aux données de la littérature générales :

La prévention du suicide est un objectif majeur de santé publique à l'échelle mondiale depuis plusieurs années. En 2011, la prévention du suicide est annoncée « Grande cause nationale » en France, dans ce contexte, un programme d'action nationale contre le suicide a été mis en place sur la période 2011-2014 afin de mieux comprendre, prévenir, et prendre en charge ce phénomène (87). En 2013, la création de l'ONS est venue consolider et appuyer cette perspective.

La prévention du suicide peut être abordée par différents angles d'attaque.

Comme préconisées par l'OMS, certaines mesures évidentes, et d'autres, plus subtiles, ont été mises en place :

- La limitation d'accès aux armes à feu (88) ;
- La limitation du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville (89) ;
- La limitation voire l'interdiction de certains pesticides (90) ;
- Le changement et la limitation du conditionnement du paracétamol (89).

Dans d'autres mesures, la création de lignes téléphoniques d'urgence et de centrales d'appels, ainsi que la création de programme scolaire de prévention du suicide ou encore le recours à des campagnes publiques de prévention ont été développés, avec une efficacité relative, plus ou moins mise en évidence (91).

Le maintien du contact avec les suicidants et leur surveillance est une des mesures développées qui nous intéresse dans cette étude. Deux types de programmes ont montré leur efficacité :

- Les dispositifs d'interventions intensives, par le biais d'entretiens réguliers avec thérapeute dans le but d'acquérir des outils, compétences afin de résoudre les conflits (92) ; assez onéreux ;
- Les dispositifs de veille (Brief Contact Intervention) : brève prise de contact ayant montré une efficacité dans le suivi des suicidants pendant au moins 18 mois après leur passage aux urgences pour TS, en mettant en évidence une diminution du nombre de décès par suicide dans les pays à faibles et moyens revenus (93).

L'intérêt des dispositifs de veille est qu'ils sont abordables, demandent peu de moyens (financier, en équipement et personnels) et leur généralisation est plus aisée dans un territoire donné.

Ils peuvent utiliser différents moyens :

- Envoi de cartes postales (94) : le nombre de carte envoyé ainsi que la durée du suivi est variable selon les études ;
- « Crisis Card » : carte avec numéro d'appel en cas de crises et/ou possibilité d'hospitalisation si le patient est demandeur (95) ;
- Contact téléphonique : selon les études, le nombre de contact, la fréquence et la durée du suivi est variable (96),(97).
- Par message/SMS (98,99).

D'après une étude, pour une efficacité optimale de prévention, le contact téléphonique ne doit pas être laissé à la seule initiative du suicidant, il doit être régulier, sur une longue durée de suivi, et également personnalisé (91).

Cependant les différentes études publiées présentent des conclusions divergentes.

Plusieurs études ont mis en avant l'efficacité des programmes de suivi téléphonique avec une diminution des récurrences des TS dans l'année suivant le geste, ainsi qu'une meilleure acceptation du suivi, de la prise en charge (100), et également pour les récurrences de TS à distance (96). A l'inverse, les travaux de Vaiva et al. (97) n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les groupes contrôle et appel téléphonique à 1 mois et appel à 3 mois concernant la récurrence des TS, les patients perdus de vue et également le nombre de décès par suicide.

Concernant la prévention de la récurrence des TS via l'envoi de cartes postales, les résultats sont également contradictoires : une étude iranienne (101) a mis en évidence une diminution des récurrences des TS et des pensées suicidaires après un an de suivi, alors qu'une étude australienne n'a pas retrouvé de différence significative entre les groupes contrôle et intervention (102).

Le dispositif Vigilans a combiné plusieurs de ces moyens de prévention afin d'optimiser son efficacité associant ainsi le contact téléphonique précoce en cas de suicidant récidivant, l'appel à distance du geste, la carte ressource avec le numéro en cas de crise et les cartes postales en cas de non-réponse des patients (103).

Une première étude concernant l'efficacité du dispositif par l'analyse du nombre de TS depuis la mise en place de Vigilans dans le Nord-Pas-de-Calais a publié des résultats prometteurs : une diminution de 13,5% du nombre de passage aux urgences pour TS entre 2014 et 2017, touchant autant les hommes que les femmes et quel que soit leur âge. Le nombre de séjour hospitalier pour TS est également en décroissance, mais le taux d'hospitalisation en milieu psychiatrique après TS reste quant à lui stable (104).

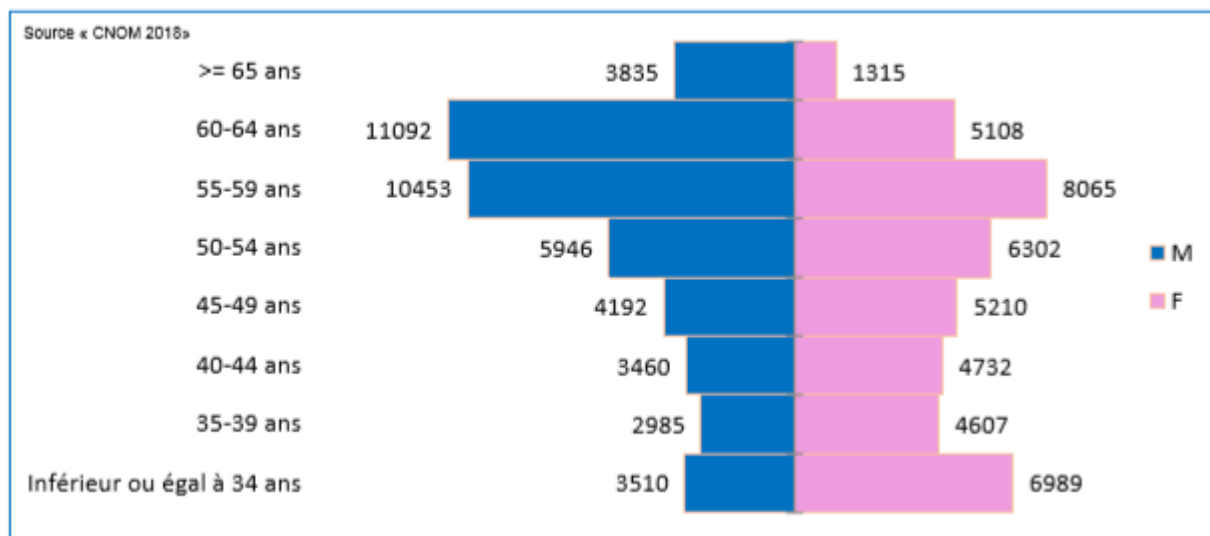
Au sujet de l'impact du dispositif Vigilans sur le nombre de décès par suicide, une première étude a mis en avant une diminution moyenne de 9,9% de la mortalité par suicide, et un nombre de décès dans la cohorte Vigilans en 2016 significativement en dessous des données de la littérature. Cette diminution semble uniquement concerner les hommes. L'objectif fixé par l'OMS ne semble finalement plus aussi inabordable. Néanmoins, ces données ne sont que des estimations et devront être confirmées ultérieurement (105).

Le travail d'Inagaki et al. vient confirmer par une méta-analyse l'efficacité des actions de prévention des récurrences de TS par recontact téléphonique et suivi durant les 12 mois suivant le geste. En revanche, l'efficacité de ces mesures de prévention sur le long terme et leur impact sur la mortalité par suicide ne sont pas confirmés (106).

2. La population de l'étude :

Comparativement aux dernières données publiées (107), dans le Calvados, en 2018, il est recensé 984 médecins généralistes exerçant en activité régulière, soit activité libérale, salariée et mixte. Selon des données démographiques au niveau national, l'âge moyen des médecins généralistes en activité en 2018 est de 50,6 ans. Au 1^{er} Janvier 2018, 48,2% de l'effectif des médecins généralistes en activité sont des femmes. La féminisation des jeunes médecins généraliste est prépondérante, représentant près de 64 % des praticiens de moins de 40 ans (107).

Figure 24 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité en 2018.



Dans notre étude, la population des médecins généralistes est majoritairement masculine. Le respect de la répartition des sexes selon l'âge est retrouvé avec une majorité de jeunes femmes médecins généralistes, preuve de la féminisation de la profession, et une prépondérance masculine pour les praticiens de plus de 60 ans. La répartition par tranche d'âge est sensiblement similaire à celle de la littérature.

La majorité des médecins composant le groupe « Vigilans + » ont un âge compris entre 30 et 45 ans.

La population étudiée, peut cependant être considérée comme inadaptée. En effet, nous avons interrogé la totalité des médecins généralistes installés et exerçant dans le Calvados alors que le dispositif est actuellement en place dans un seul centre hospitalier du département, le CHU de Caen. Il est vrai que celui-ci à un rayonnement au niveau régional important, rôle majeur en tant que centre universitaire de référence dans de nombreux domaines. Cependant, les tentatives de suicides sont le plus couramment prises en charge par les centres hospitaliers périphériques, n'incluant alors pas les patients dans le dispositif de veille post-hospitalière. Une possible explication au nombre, minoritaire, de praticien en activité dans le Calvados ayant connaissance du dispositif Vigilans.

3. Le dispositif Vigilans : connaissance et utilisation par les médecins généralistes :

Connaissance :

Pour la majorité des praticiens, force est de constater que le dispositif Vigilans leur est malheureusement inconnu. Il est cependant important de préciser que les résultats recueillis, concernant le groupe « Vigilans + » sont finalement supérieurs à ceux initialement attendus. En effet, un sondage auprès d'un (très) petit échantillon de médecins généralistes caennais, avant de débiter ce travail, ne retrouvait seulement un praticien sur trois au courant de l'existence du dispositif Vigilans.

Dans notre étude près de 45% des médecins ayant répondu au questionnaire en ont connaissance.

Il a été demandé aux médecins généralistes du groupe « Vigilans + » de décrire ce dernier en quelques mots. Cette partie n'a pas été analysée statistiquement mais il est intéressant de retranscrire les principales données retenues par les médecins généralistes pour décrire le dispositif. Les termes employés plus de trois fois dans leurs réponses sont présentées dans le tableau (Tableau : 24) suivant.

Parmi les 101 médecins généralistes du groupe « Vigilans + », 33 d'entre eux (32,7%) se sont abstenus de répondre à l'item : « Si oui, explication en quelques mots ».

Tableau 24 : Vigilans : Explications.

<i>Explications fournies / notions retenues</i>	<i>X fois retrouvé dans les réponses</i>	<i>En %</i>
<i>Suivi/ Contact</i>	43	63,23%
<i>TS / Suicidant</i>	42	61,76%
<i>Par téléphone</i>	33	48,53%
<i>Post-hospitalisation</i>	18	26,47%
<i>Surveillance</i>	10	14,70%
<i>Carte postale / Courrier patient</i>	5	7,35%
<i>Régulier</i>	4	5,88%
<i>Si besoin, en cas de crise</i>	4	5,88%
<i>Notion de durée en mois</i>	3	4,41%
<i>Lien / lettre au MT</i>	3	4,41%
<i>A distance</i>	3	4,41%
<i>Numéro</i>	3	4,41%
<i>Post-urgences</i>	3	4,41%
<i>Idées suicidaires</i>	3	4,41%
<i>Pas d'explication</i>	6	8,82%

Les notions principalement retenues sont celles de « suivi ou contact », de « suicidant », et aussi « téléphone » (pour respectivement 63%, 61% et 48% des réponses). La notion de « surveillance » n'est retrouvée que dans 14,7% des explications. Finalement, peu de médecins généralistes ont trouvé important de spécifier la possibilité de contact téléphonique par les patients en cas de crise ou d'idées suicidaires, via un numéro spécifique : 5 praticiens, parmi les 68 médecins généralistes ayant répondu, mentionnent la possibilité de recontact par cartes postales, 4 la possibilité d'aide en cas de crise, et 3 les courriers adressés au médecin traitant et le numéro de contact.

La notion « pas d'explication » se réfère à des réponses équivalentes à : « *information suite au courrier d'inclusion* », inutile pour évaluer l'étendue de leurs connaissances concernant le dispositif Vigilans.

En ce qui concerne une éventuelle présentation du dispositif au médecin généraliste, seul 11 praticiens ont déclaré en avoir eu une : un médecin aurait eu un appel téléphonique l'informant de l'inclusion d'un de ces patients, associant une courte présentation par son interlocuteur. Seulement 10 médecins généralistes ont déclaré avoir reçu une présentation via la réception d'un courrier d'inclusion. Selon le protocole, une plaquette d'information est jointe à chaque courrier d'inclusion envoyé. Y a-t-il un oubli de la part du médecin généraliste de cette plaquette d'information, dans la quantité de courriers reçus quotidiennement ? Est-ce un défaut au niveau du secrétariat du dispositif qui ne joint pas la plaquette explicative comme il est normalement prévu ? ...

Il n'a pas été demandé plus de détails aux praticiens, mais cela révèle un souci de communication entre le dispositif et les praticiens, ou de mémorisation.

Résultats de l'étude :

En toute logique, nous avons retrouvé une relation statistiquement significative entre le fait de connaître le dispositif et la réception d'un courrier d'inclusion dans celui-ci, quel que soit l'âge des praticiens.

Il est intéressant de remarquer qu'une relation statistiquement significative est retrouvée entre le fait de connaître le dispositif Vigilans et celui d'avoir un suicidant dans sa patientèle. Alors qu'il n'existe pas de corrélation statistique en cas de patient suicidé dans sa patientèle. Le suicide, qui par définition est un échec du dispositif Vigilans, n'a finalement pas de relation statistique significative avec l'état de connaissance du dispositif.

Dans notre étude, un très faible pourcentage de suicidés était inclus dans le dispositif Vigilans, 2 patients uniquement soit 4,5% de la population totale des suicidés. On peut alors avancer l'argument que par le biais de leur inclusion dans le dispositif Vigilans à la suite d'une TS, la veille a permis d'éviter le décès secondaire à une récurrence de TS, mettant alors en avant une efficacité du dispositif. D'autre par le décès par suicide peut survenir à la suite d'une première tentative de suicide, dans ce cas il n'y a ni inclusion ni information au médecin généraliste.

Notre étude n'a pas été mise en évidence de relation statistiquement significative entre le lieu d'exercice des médecins généralistes, ainsi que leur genre, et le fait de connaître le dispositif Vigilans.

Une relation significative a été mise en évidence pour les praticiens de moins de 30 à 45 ans entre le fait d'aborder le suicide en consultation et celui de connaître le dispositif. Les jeunes praticiens semblent plus sensibilisés à la recherche d'idées suicidaires, peut être mieux formés pour repérer les situations à risque. En effet la majorité de médecins généralistes ne se sentent pas assez bien formés sur le suicide pour prendre en charge les patients suicidaires (108).

Quand un patient consulte son médecin traitant alors qu'il a des idées suicidaires, les pensées ou comportements suicidaires ne sont abordés alors que rarement (109). De la même manière, quand un suicidant consulte son médecin traitant pour la première fois après le geste, les pensées suicidaires et l'évaluation du risque de récurrence ne sont abordés qu'une fois sur deux. Une étude a mis en évidence qu'après formation sur le sujet, les praticiens étaient plus confiants dans la prise en charge de patients dépressifs et plus sensibles à la détection des patients suicidaires (109), avec une attitude plus positive en consultation, surtout pour les praticiens femmes (110).

Le médecin généraliste est un acteur indispensable dans la prévention du suicide et la détection des situations complexes. Un rôle de « gatekeeper » est souvent employé dans la littérature anglophone pour les définir. En effet plusieurs études ont confirmé qu'avant leur passage à l'acte, les suicidants consultent généralement un professionnel de santé. Selon Houston et al., un tiers des patients ont vu leur médecin généraliste la semaine précédant leur tentative de suicide, et deux tiers dans le mois précédents (111), comme l'avait décrit les travaux d'Andersen et al (112).

Pour ce qui concerne les décès par suicide, en moyenne 45% des suicidés ont eu un contact avec un service de soins primaires dans le mois précédant le suicide, et un suicidé sur cinq aurait contacté un service spécialisé en santé mentale. Les patients âgés sont plus souvent concernés que les sujets jeunes (113).

Dans cette perspective de repérage de situation à risque de récurrence, sachant que le risque de décès par suicide à la suite d'une TS dans les mois suivant le geste est très élevé, il a été demandé aux praticiens si la réception du courrier d'inclusion a eu des répercussions dans leur pratique. Dans la grande majorité des cas, exactement 86,5% des praticiens interrogés, ils ont laissé venir leur patient en consultation libre, sans les reconvoquer. Près d'un praticien sur quatre a téléphoné au patient pour prendre des nouvelles. Si l'on reprend les propos de Du Roscoät précisant que le contact téléphonique après une TS ne doit pas être seulement à l'initiative des patients, la consultation avec le médecin traitant après une TS devrait alors être systématique, afin de limiter les perdus de vue et surtout assurer une prise en charge optimale, dans le but de limiter les récurrences.

Utilité du dispositif :

Seulement 5 praticiens de l'étude, soit 4,95% des effectifs du groupe « Vigilans + » ont utilisé au moins une fois le numéro pour joindre le dispositif Vigilans. Un défaut d'utilisation du dispositif est, sur ce point, évident. Les praticiens peuvent avoir des informations complémentaires sur le dispositif en s'adressant directement via un numéro dédié, mais celui-ci est sous exploité. Est-ce par ignorance du numéro, difficulté à trouver l'information dans le courrier d'inclusion, ou le manque d'intérêt des praticiens ?

Changement des pratiques :

Pour la majorité des praticiens, le dispositif n'a pas eu d'impact sur leur pratique de la médecine. Pour seulement 6 praticiens une adaptation de leur exercice médical est avancée. Un item du questionnaire était de préciser en quoi celui-ci avait modifié leur prise en charge si la réponse était oui. Les réponses, malheureusement peu nombreuses, sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 25 : VigilansS : modification des pratiques en médecine générale

<i>Modification des pratiques</i>	<i>Si oui en quoi ?</i>	
<i>OUI</i>	M'a prévenue du geste	1
<i>OUI</i>	Me sent moins seule	1
<i>OUI</i>	Meilleur suivi psychologique (zone désertifiée)	1
<i>NON - NON</i>	Pas assez de recul	2
<i>OUI - OUI</i>	Pouvoir évoquer la TS avec le patient	2
<i>OUI</i>	Sécurisant	1
<i>NON</i>	Encouragement	1
<i>NON</i>	Critique du dispositif	1
Total général		10

Il y a plus de commentaires que de praticiens ayant répondu positivement à cette question car certains praticiens n'ayant pas évoqué de changement dans leur pratique ont tout de même répondu à la question, que nous avons présenté.

Comme vu précédemment, le courrier d'inclusion permet une ouverture du dialogue sur la tentative de suicide, qui n'est parfois pas spontanément évoquée par le patient, ayant par la même occasion un rôle informatif sur le geste. Trois praticiens ont des avis plutôt positifs sur le dispositif venant étayer leur prise en charge, un praticien évoque l'effet sécurisant du dispositif depuis sa mise en œuvre. Un autre met en avant un meilleur suivi psychologique, en espérant qu'il parle d'une meilleure adhésion du patient à son suivi psychologique et non qu'il s'agisse du rôle du dispositif d'assurer le suivi de son patient.

Un praticien encourage les efforts du dispositif et salue l'information donnée aux médecins généralistes, qui n'est pas toujours « *spontanément évoquée par le patient* ».

Une critique du dispositif est émise par un praticien, avançant l'argument de la distance entre les acteurs du dispositif Vigilans préférant travailler avec le CMP de proximité, cependant on peut s'interroger si ce praticien a bien compris le rôle du dispositif car en cas d'appel du patient pour crise suicidaire, le « VigilansSeur » assure le contact avec le médecin généraliste pour une consultation en urgence ou adresse aux urgences du centre hospitalier le plus proche.

Le taux de non-réponse dans le groupe « Vigilans + » est très élevé pour cette question, on peut se demander si, comme deux praticiens l'ont avancé, il est peut-être trop tôt pour pouvoir affirmer un changement dans leur pratique au quotidien, le dispositif étant mis en place depuis Juillet 2017. Un manque de recul peut être évoqué, et à l'origine de ce manque de participation.

Acceptation du dispositif :

L'acceptation du dispositif par les patients et les professionnels de santé est indispensable à sa généralisation et son efficacité (92).

En étant correctement informé sur le dispositif les praticiens ont alors une vision plus claire de celui-ci pouvant alors donner des explications adéquates aux patients, car parfois les patients eux-mêmes ne se rappellent pas ou ne savent pas qu'ils sont inclus dans la veille. C'est le cas de 13 patients dans notre étude.

L'inclusion dans le dispositif peut se faire après un passage aux urgences, sans nécessairement avoir nécessité une hospitalisation. Il est décrit que les patients, du fait de leur état, peuvent ne pas se rappeler des différents intervenants rencontrés aux urgences (114). On peut alors généraliser en supposant que les informations, discussions échangées entre professionnels de santé et patient ne

sont pas en totalité mémorisées. Une explication possible au fait que certains patients ne sont pas informés de leur inclusion dans le dispositif. L'inclusion étant normalement impossible sans accord préalable du patient.

Le médecin généraliste doit alors pouvoir expliquer le principe de la veille et le faire adhérer au suivi. Plus le praticien maîtrisera le sujet, plus l'acceptation du dispositif par son interlocuteur sera facile, si l'on fait une corrélation avec l'étude de Coppens et al précédemment décrite(109).

D'après l'étude de Dekker et al, après une tentative de suicide l'acceptation des directives de soins est plus souvent compliquée voire mise en échec chez les sujets jeunes, de moins de 25 ans, et les patients non-occidentaux, principalement ceux d'origine marocaine et turque (115).

Globalement, selon Houston et al. les patients suicidants consultent en général leur médecin traitant dans la semaine suivant leur geste et un quart des suicidant entre 1 à 4 semaines après. Le sujet de la TS n'est abordé malheureusement que dans la moitié des cas (111).

Grâce au courrier d'inclusion dans le dispositif, il ressort de notre étude que les praticiens ont un moyen d'aborder le sujet de la TS avec leur patient plus facilement : un argument avancé dans le changement de leur pratique depuis la mise en route du dispositif. L'ouverture du dialogue sur le suicide ainsi facilité, permettra au médecin généraliste de faire adhérer le patient au suivi par la veille et également d'aborder le sujet pour tous les suicidants connus, ce qui est loin d'être le cas actuellement. Le dialogue est la clé du repérage du suicide, et sans lui la prévention devient plus difficile.

4. Les populations de l'étude : suicidants et suicidés :

Concernant la population des suicidants décrite, bien qu'il s'agisse d'un recensement non-exhaustif des cas de suicidants de Juillet 2017 à Juin 2019, les caractéristiques de la population sont similaires à celles de la littérature. Nous retrouvons une prédominance féminine, un peu moins nette que dans la littérature.

Pour les cas de décès par suicide, comme décrit dans la littérature, une prédominance masculine cette fois est effectivement retrouvée dans l'étude. La répartition selon l'âge est cependant légèrement différente avec une prédominance des suicides pour la tranche d'âge de 40-49 ans.

La seconde tranche d'âge la plus concernée par le suicide est celle des 20-29 ans puis les 30-39 ans. La proportion de suicide au-delà de 70 ans reste faible.

B. Perspective d'amélioration :

Un défaut d'information des médecins généralistes est patent. Malgré l'envoi du courrier d'inclusion de leur patient dans le dispositif, avec plaquette explicatives, les praticiens ne semblent pas savoir les enjeux ni le rôle de cette veille post-hospitalière.

Des explications plus claires, voire une courte présentation individuelle auprès des praticiens serait la bienvenue pour expliquer le but de la veille, et les modalités de celle-ci.

L'adhésion des professionnels de santé est indispensable pour une acceptation générale du dispositif, et également pour une meilleure efficacité. Pour reprendre les mots du Dr Pattyn (114) : « *Le dispositif Vigilans a besoin des médecins généralistes pour assurer sa pérennité* ».

La promotion du dispositif ne pourra se faire sans une amélioration et un renforcement de la communication entre les différents acteurs en jeu pour une efficacité optimale.

Comme précédemment cité, les données de la littérature confirment l'efficacité des mesures de prévention par le maintien du contact avec les suicidants et leur suivi, également pour ce qui concerne le dispositif Vigilans ayant des résultats prometteurs depuis son implantation dans le Nord-Pas-de-Calais avec une diminution de récurrence de TS (101).

Dans l'optique d'harmoniser la surveillance des tentatives de suicide et leur suivi, la ministre de la Santé, M^{me} Buzyn Agnès a annoncé lors d'un discours au cours du 16^{ème} congrès de l'Encéphale 2018 :

« [...] je souhaite la mise en place d'un dispositif de recontact du suicidant à sa sortie des urgences ou de l'hôpital. Ce dispositif déjà expérimenté dans 5 régions et 1 département a fait ces preuves dans la prise en charge de plus de 6000 patients. Ainsi dès sa sortie de l'hôpital, le patient reçoit le numéro de téléphone de l'opérateur Vigilans, à contacter en cas de besoin. [...] je souhaite généraliser ce dispositif dans les deux ans et ceux sur l'ensemble du territoire car nous ne devons jamais laisser une personne en détresse sans réponse [...] » (116).

C. Limites de l'étude :

1. Forces et faiblesses :

Pour la première fois, à l'échelle départementale, une évaluation de l'état des connaissances des médecins généralistes sur le dispositif Vigilans a été réalisée, avec un taux de participation tout à fait acceptable pour ce type d'étude, en comparaison à d'autres travaux de recherches.

Nous arrivons à des conclusions similaires au travail de thèse du Dr FONTAINE (117) qui consistait en une évaluation qualitative du dispositif Vigilans par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais, par entretien semi-dirigés de 20 praticiens. D'après les résultats de son étude, le dispositif est peu connu, peu de médecins connaissent son fonctionnement, frein à l'utilisation de celui-ci.

Cependant celui-ci est globalement bien accueilli, permettant aux médecins de se sentir moins isolé, moins seul face à leur patient suicidaire. Le dispositif est généralement qualifié de « rassurant ».

De la même manière que dans notre étude peu de praticiens ont fait le lien entre avoir eu une présentation du dispositif et la plaquette d'information, cette étude a mis le doigt sur un problème de logistique pouvant être un frein à une information adéquate des praticiens en révélant que plusieurs médecins ont déclaré ne pas avoir reçu la plaquette présentant le dispositif.

En revanche un point de satisfaction est évoqué lors de ce travail, par les médecins interrogés, qui n'est pas retrouvé ici : il s'agit du numéro de téléphone dédié aux professionnels. Les médecins du Nord-Pas-de-Calais ont salué cette initiative, en voyant au travers celui-ci un contact possible avec des professionnels en santé mentale en cas de besoin d'aide pour une prise en charge psychiatrique nécessaire rapidement. Un moyen de communication qui n'est malheureusement pas du tout exploité par les praticiens du département du Calvados.

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive soit avec un faible niveau de preuve scientifique.

Concernant l'élaboration du questionnaire, celui-ci n'a pas été envoyé préalablement à un petit nombre de praticiens pour en évaluer sa pertinence.

L'intégralité des questionnaires n'a pas toujours été correctement remplie.

Il aurait pu être intéressant de contacter l'équipe Vigilans pour comparer par exemple le nombre de courriers d'inclusion envoyé aux médecins généralistes dans le Calvados et les résultats de l'étude, augmentant ainsi la force de nos résultats.

2. Biais :

Concernant les retours des questionnaires, un biais de mémorisation et d'information peut être rencontré, sans moyen de vérifier les déclarations des praticiens.

Cette étude présente un biais de sélection, de type biais de recrutement, du fait même de l'inclusion des patients après une tentative de suicide uniquement lors d'un passage en milieu hospitalier (urgences ou hospitalisation).

V. Conclusion :

Notre étude a pu mettre en évidence une connaissance relative du dispositif Vigilans par les médecins généralistes exerçant dans le Calvados. Avec près de la moitié des praticiens ayant répondu à notre questionnaire, assurant le connaître, nos résultats sont sensiblement supérieurs à ceux initialement attendus.

De manière générale, la population de l'étude, ainsi que les populations des suicidants et des suicidés basées sur les retours d'expérience de praticiens, sont conformes aux données de la littérature.

Une relation statistique a pu être mise en évidence en toute logique entre le fait de connaître le dispositif Vigilans et celui d'avoir reçu un courrier d'inclusion, ainsi que la présence de suicidant dans leur patientèle. De plus d'après nos résultats, il semblerait que pour les jeunes praticiens uniquement, l'évocation du suicide en consultation soit un facteur statistiquement significatif. Plus globalement, l'âge, le sexe et le lieu d'exercice des médecins généralistes ne sont pas retrouvés comme en lien avec la connaissance du dispositif dans notre étude.

Cependant, la finalité du dispositif pour les praticiens semble plutôt floue, avec une sous-exploitation des outils mis en place par Vigilans.

Un défaut d'information des praticiens libéraux a indéniablement été mis en évidence. Or ces derniers jouent un rôle indispensable dans le dépistage et la prévention du suicide.

Pour une efficacité optimale du dispositif, un travail de communication devrait être impérativement envisagé auprès des praticiens libéraux, en plus des différentes mesures en place. Une meilleure adhérence au dispositif par les professionnels, via une meilleure communication, est une étape indispensable pour atteindre cet objectif.

Depuis la mise en route du dispositif, même si celui-ci semble être positivement accueilli par les praticiens, très peu d'entre eux (2,65%) ont évoqué un changement dans leur pratique quotidienne. A la suite de la réception du courrier d'inclusion d'un patient, la prise en charge mise en place par les praticiens n'est pas systématisée. Une homogénéisation des pratiques serait à envisager pour également optimiser l'efficacité du dispositif.

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire après avoir mis en place un travail de communication afin d'objectiver une progression de l'état des connaissances, et de les consulter sur d'éventuels points d'amélioration qui leur seraient bénéfiques à mettre en place.

Après avoir évalué l'impact du dispositif sur les médecins généralistes, il pourrait être intéressant d'évaluer le point de vue des patients inclus dans le dispositif et leur ressenti vis-à-vis de la veille.

L'objectif d'une réduction du taux de suicide de 10 % fixé par l'OMS semble au cœur des préoccupations nationales. Avec la généralisation sur le tout le territoire français de ce dispositif de veille des suicidants prévue en 2020, celui-ci ne semble plus aussi inaccessible.

Bibliographie :

1. Sorel P, Vedrinne J, Weber D. Le geste ultime: Essai sur l'énigme du suicide. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 2003.
2. Van Vyve M. La notion de suicide. *phlou*. 1954;52(36):593-618.
3. Suicide Act 1961 [Internet]. 1961 [cité 15 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60>
4. Lexicographie : Définition de SUICIDÉ [Internet]. CNTRL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/suicid%C3%A9>
5. World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015.
6. Jollant F. Le suicide: comprendre pour aider l'individu vulnérable. 2015.
7. HAS, Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2000 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
8. Caillard V, Chastang F. Le geste suicidaire. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010.
9. Infosuicide. Journée Mondiale de la Prévention du Suicide [Internet]. Disponible sur: <https://www.infosuicide.org/jnpsjmps/jmps/>
10. WHO | Suicide data [Internet]. WHO. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/estimates/en/
11. WHO | Global Health Observatory | Map Gallery [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>
12. Aouba A, Pequignot F, Camelin L, Jouglu E. Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Numéro thématique. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2011;(47-48):497-500.

13. Inserm. CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes de décès [Internet]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cephdc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
14. Inserm. Interroger les données de mortalité | CépiDc [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cephdc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
15. European Commission. Eurostat - Death due to suicide [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do;jsessionid=pSDTXjLkyxjLyC7s_RHSeeS-NRD4uhn8qOZMiV2u95fxKtJUxJnz!-357443795?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00122
16. ONS. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence#Ouvrage>
17. Garetier M, Deloire L, Dédouit F, Dumousset E, Saccardy C, Ben Salem D. Imagerie tomodensitométrique post-mortem du suicide. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle*. oct 2017;98(4-5):204-16.
18. Beautrais AL. Subsequent Mortality in Medically Serious Suicide Attempts: A 5 Year Follow-Up. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2003;37(5):595-9.
19. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. avr 2003;33(3):395-405.
20. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. juin 1993;150(6):935-40.
21. Leadholm AKK, Rothschild AJ, Nielsen J, Bech P, Østergaard SD. Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression. *Journal of Affective Disorders*. mars 2014;156:119-25.
22. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. mai 2013;147(1-3):17-28.

23. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *AJP*. déc 2000;157(12):1925-32.
24. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mars 2005;62(3):247.
25. Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide Research*. 15 oct 2009;13(4):303-16.
26. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. juin 2005;66(6):693-704.
27. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord*. août 2013;15(5):457-90.
28. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. août 1996;153(8):1009-14.
29. Organisation Mondiale de la Santé. Global status report on alcohol and health, 2014 [Internet]. 2014 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en/
30. World Health Organization, Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet]. 2018 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
31. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction*. 2014;109(1):155-62.
32. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. juin 2014;1(1):73-85.
33. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. mai 2006;36(05):575.
34. Stenager E, Christiansen E, Handberg G, Jensen B. Suicide attempts in chronic pain patients. A register-based study. *Scandinavian Journal of Pain*. 1 janv 2014;5(1):4-7.

35. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, éditeurs. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention [Internet]. Oxford University Press; 2009 [cité 12 juin 2019]. p. 294-300. Disponible sur: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198570059.001.0001/med-9780198570059-chapter-40>
36. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, AlKhayat MA, Rachid A, Alfaar AS, et al. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*. 15 mars 2019;125(6):972-9.
37. Roy A. Characteristics of HIV patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(1):41-4.
38. Lu H-F, Sheng W-H, Liao S-C, Chang N-T, Wu P-Y, Yang Y-L, et al. The changes and the predictors of suicide ideation and suicide attempt among HIV-positive patients at 6–12 months post diagnosis: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*. 2019;75(3):573-84.
39. Jordan JR, McIntosh JL. Grief after suicide understanding the consequences and caring for the survivors [Internet]. New York: Routledge; 2011 [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://ezproxy.aub.edu.lb/login?url=https://www.taylorfrancis.com/books/9781135849269>
40. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010;117(2):575-600.
41. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*. oct 2002;360(9340):1126-30.
42. Brent DA, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 juin 2008;31(2):157-77.
43. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 1 août 2007;119(15):463-75.
44. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European Psychiatry*. 1 juin 2010;25(5):268-71.
45. Gorwood P, Batel P, Adès J, Hamon M, Boni C. Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biological Psychiatry*. 15 août 2000;48(4):259-64.

46. Pedersen NL, Fiske A. Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. *European Psychiatry*. 1 juin 2010;25(5):264-7.
47. Roy A, Rylander G, Forslund K, Asberg M, Mazzanti CM, Goldman D, et al. Excess Tryptophan Hydroxylase 17 779C Allele in Surviving Cotwins of Monozygotic Twin Suicide Victims. *Neuropsychobiology*. 2001;43(4):233-6.
48. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH, et al. Medical Care Utilization During 1 Year Prior to Death in Suicides Motivated by Physical Illnesses. *J Prev Med Public Health*. 31 mai 2013;46(3):147-54.
49. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p. (The solid facts).
50. Ajdacic-Gross V. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ*. 1 sept 2008;86(9):726-32.
51. Ueda M, Mori K, Matsubayashi T, Sawada Y. Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2017;189:158-66.
52. Niederkrotenthaler T, Fu K, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 1 nov 2012;66(11):1037-42.
53. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. García AV, éditeur. *PLoS ONE*. 30 oct 2013;8(10):e77555.
54. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The Representation of Suicide on the Internet: Implications for Clinicians. *J Med Internet Res [Internet]*. 26 sept 2012 [cité 13 juill 2019];14(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510719/>
55. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*. 20 mars 2013;146(1):1-14.

56. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. *Health Rep.* sept 2012;23(3):17-22.
57. Luke JN, Anderson IP, Gee GJ, Thorpe R, Rowley KG, Reilly RE, et al. Suicide ideation and attempt in a community cohort of urban Aboriginal youth: A cross-sectional study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.* 2013;34(4):251-61.
58. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry.* 1 déc 2017;4(12):946-52.
59. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 mars 2011;46(3):191-5.
60. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and Deliberate Self-injurious Behavior in Juvenile Correctional Facilities: A Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* mai 2013;22(2):118-24.
61. Lian Q, Zuo X, Lou C, Gao E, Cheng Y. Sexual Orientation and Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: a Multi-centre Cross-Sectional Study in Three Asian Cities. *J Epidemiol.* 5 févr 2015;25(2):155-61.
62. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D’Augelli AR, et al. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *J Homosex.* janv 2011;58(1):10-51.
63. Vijayakumar L. Suicide among refugees – A mockery of humanity. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.* 2016;37(1):1-4.
64. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health.* mars 2013;103(3):e30-42.
65. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics.* févr 2015;135(2):e496-509.
66. Foster T. Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research.* 28 janv 2011;15(1):1-15.

67. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. août 2002;59(8):741-9.
68. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological Medicine*. août 2001;31(6):965-77.
69. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*. 1 juin 2011;31(4):563-91.
70. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling Access to Suicide Means. *Int J Environ Res Public Health*. déc 2011;8(12):4550-62.
71. Wu A, Wang J-Y, Jia C-X. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(6):e0131715.
72. Kralovec K, Fartacek C, Fartacek R, Plöderl M. Religion and Suicide Risk in Lesbian, Gay and Bisexual Austrians. *J Relig Health*. 1 avr 2014;53(2):413-23.
73. Lawrence RE, Brent D, Mann JJ, Burke AK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, et al. Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. *J Nerv Ment Dis*. nov 2016;204(11):845-50.
74. Sisask M, Värnik A, Kõlves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*. déc 2008;62(6):431-5.
75. Daray FM, Mann JJ, Sublette ME. How lipids may affect risk for suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*. 1 sept 2018;104:16-23.
76. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2013;43(3):279-89.
77. Samaan Z, Bawor M, Dennis BB, El-Sheikh W, DeJesus J, Rangarajan S, et al. Exploring the Determinants of Suicidal Behavior: Conventional and Emergent Risk (DISCOVER): a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2015;1:17.

78. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Sais T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France. Bull Epidemiol Hebd. 2010-2011 (47-48): 488-92.
79. Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre de Santé publique France. Baromètre de Santé publique France 2017 :tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):38-47. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html
80. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. Aust N Z J Psychiatry. 1 mars 2007;41(3):257-65.
81. Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. DREES. 2006;8.
82. Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. 2014;51 p.
83. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Bull Epidemiol Hebd 2019;(3-4):48-54 [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html
84. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, 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. déc 2011;11(1):1.
85. Debien C, Cleva E, Lalova M, Astier T, Germe A, Lamotte A, et al. « VigilantSeu.r.se » : un nouveau métier ? L'Encéphale. 1 janv 2019;45:S42-4.
86. L'Assurance Maladie. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
87. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2011;96.
88. LEENAARS AA, MOKSONY F, LESTER D, WENCKSTERN S. The Impact of Gun Control (bill C-51) on Suicide in Canada. Death Studies. 1 févr 2003;27(2):103-24.

89. Wahlbeck K, Mäkinen M, European Commission, Directorate General for Health & Consumers. Prevention of depression and suicide. Brussels: European Commission; 2008.
90. Cha ES, Chang S-S, Gunnell D, Eddleston M, Khang Y-H, Lee WJ. Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea. *Int J Epidemiol.* 2016;45(2):470-9.
91. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 août 2013;61(4):363-74.
92. Duhem S, Berrouiguet S, Debien C, Ducrocq F, Demarty AL, Messiah A, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open.* 1 oct 2018;8(10):e022762.
93. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* sept 2008;86(9):703-9.
94. Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *PS.* 1 juin 2001;52(6):828-33.
95. Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence.* 1 oct 1995;18(5):569-77.
96. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders.* 1 mai 2013;147(1):269-76.
97. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 25 mai 2006;332(7552):1241-5.
98. Berrouiguet S, Gravey M, Le Galudec M, Alavi Z, Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Research.* 30 juill 2014;217(3):154-7.
99. Stevens GJ, Hammond TE, Brownhill S, Anand M, de la Riva A, Hawkins J, et al. SMS SOS: a randomized controlled trial to reduce self-harm and suicide attempts using SMS text messaging. *BMC Psychiatry.* 18 avr 2019;19(1):117.

100. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013;34(2):107-15.
101. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A-A, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*. avr 2011;198(4):309-16.
102. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 8 oct 2005;331(7520):805.
103. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S13-21.
104. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*. 1 janv 2019;45:S22-6.
105. Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. « Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans ». *L'Encéphale*. janv 2019;45:S38-41.
106. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 1 avr 2015;175:66-78.
107. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
108. Palmieri G, Forghieri M, Ferrari S, Pingani L, Coppola P, Colombini N, et al. Suicide intervention skills in health professionals: a multidisciplinary comparison. *Arch Suicide Res*. 2008;12(3):232-7.
109. Coppens E, Van Audenhove C, Gusmão R, Purebl G, Székely A, Maxwell M, et al. Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of Affective Disorders*. 1 févr 2018;227:17-23.

110. Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2004;38(10):795-803.
111. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *Br J Gen Pract*. mai 2003;53(490):365-70.
112. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102(2):126-34.
113. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *AJP*. 1 juin 2002;159(6):909-16.
114. André J. *La vie après le suicide*. 2016.
115. Dekker WPH, Vergouwen ACM, Buster MCA, Honig A. Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry* [Internet]. 13 sept 2017 [cité 8 sept 2019];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5598046/>
116. Buzyn A. Discours, 16e Congrès de l'Encéphale, le vendredi 26 janvier 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-16e-congres-de-l-encephale-le-vendredi-26-janvier-2018>
117. Fontaine J. Dispositif Vigilans : Evaluation qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Internet] [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2017 [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univlille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b81c9941-7021-4f74-a107-80a1c2b5d8e3>

Annexes

- Annexe 1 : Fiche d'inclusion :

CHU CAEN Normandie	Inclus
Fiche renseignements Vigilans	Non Inclus
Motif de non inclusion :	
Identité du sujet	
Nom d'usage : Nom de jeune fille (si mariée) :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../..... Sexe : M F Vit seul : Oui Non	
Adresse complète :	
CODE POSTAL : COMMUNE :	
TELEPHONE 1 :/ TELEPHONE 2 :	
AUTRE TELEPHONES (d'un proche si possible) :	
ADRESSE MAIL :	
Si mineur : Accord des parents Noms et Prénoms titulaires de l'autorité parentale :	
Mairie de naissance :	
Médecin traitant :	
Nom Prénom : Lieu d'exercice :	
Psy traitant :	
Nom Prénom : Lieu d'exercice :	
Primosuicidant : OUI NON Renseignement sur la TS : Date TS :/.../.....	
Mode de TS : Association alcool : OUI NON	
Cause(s) TS si connues :	
Date d'entrée hôpital : /...../..... Date de sortie hôpital :/...../.....	
Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie : OUI NON	
Si oui, lesquels :	
Contexte de sortie : Préciser les grandes lignes du « compromis de sortie » (plan de soin, adhésion du patient et/ou des proches, vécu du passage aux urgences et/ou de l'hospitalisation etc....) :	
HOPITAL ET SERVICE :	
Nom(s), prénom(s) des personnes du service ayant pris en charge et donné la carte ressource au patient (médecin et IDE) :	

- Annexe 2 : Lettre d'information délivrée au patient



Information sur le dispositif de veille « Vigilans » - Basse-Normandie

Madame, Monsieur,

A votre sortie de l'hôpital, vous allez bénéficier du dispositif de **recontact** « **VigilanS** » déployé pour les habitants de Basse-Normandie.

Ce programme de prévention consiste à prendre de vos nouvelles dans les mois qui viennent, par courrier et/ou par téléphone. De plus, une « **carte ressource prévention** » vous a été remise contenant le numéro de téléphone **VigilanS** à joindre en cas de besoin (N° VERT non surtaxé).

Dans les 6 mois qui viennent, vous serez recontacté(e) personnellement par téléphone au moins une fois par une personne de l'équipe **VigilanS**, spécialisée dans ces **recontacts**. Cet ou ces entretiens seront l'occasion de discuter des difficultés rencontrées ou non, mais aussi la façon dont vous avez organisé - ou réorganisé - votre vie. Un courrier et un SMS annonçant l'appel vous sera adressé. A chaque **recontact**, votre médecin traitant recevra, si vous êtes d'accord, un compte-rendu de ce **recontact**.

Si lors de cet appel vous présentez des difficultés, les différentes possibilités d'aide et de prise en charge seront évoquées avec vous, et si vous le souhaitez, nous pourrions programmer des appels téléphoniques supplémentaires ou faciliter des prises de contact.

Nous aurons enfin besoin de votre avis personnel sur ce dispositif de veille dans sa globalité. Environ 6 mois après votre sortie, vous aurez la possibilité de remplir un questionnaire en ligne sur le site de **VigilanS**. Cette dernière étape est très importante.

En vous souhaitant le meilleur rétablissement,

Dr Gérard BOITTIAUX et l'équipe VIGILANS.

Les informations recueillies vous concernant resteront strictement confidentielles et feront l'objet d'un traitement informatique destiné à votre suivi médical. Les destinataires des données sont des professionnels de santé soumis au secret médical. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernant, que vous pouvez exercer en adressant à la Direction du CH de l'Estreh. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

VigilanS
CH de l'Estreh - 7 Chaussée de **Villacière**
50170 Fontaine



PARTIE I : Généralités :

Connaissez-vous le dispositif ~~Vigilans~~ (programme de recontakt post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide) ?

OUI NON

Si oui explication en quelques mots : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous dans votre patientèle connaissance d'un suicidant (personne ayant fait une tentative de suicide) ou plusieurs depuis Juillet 2017 ?

OUI NON Si oui combien ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Concernant ces patients :

Patient n°1 :	Patient n°2 :	Patient n°3 :
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Est-il/elle inclus(e) dans le dispositif Vigilans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Est-il/elle inclus(e) dans le dispositif Vigilans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Est-il/elle inclus(e) dans le dispositif Vigilans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Avez- vous connaissance, parmi vos patients, d'un décès par suicide depuis Juillet 2017 ?

OUI NON Si oui combien ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Concernant ces patients :

Patient n°1 :	Patient n°2 :	Patient n°3 :
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Est-il/elle inclus(e) dans le dispositif Vigilans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Est-il/elle inclus(e) dans le dispositif Vigilans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Est-il/elle inclus(e) dans le dispositif Vigilans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Vous arrive-t-il d'évoquer le suicide si les circonstances s'y prête avec un patient en souffrance ?

OUI PARFOIS JAMAIS

Par quel moyen évaluez-vous le risque de passage à l'acte ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PARTIE II : Dispositif et prise en charge :

Avez-vous reçu un courrier d'inclusion d'un patient dans le dispositif Vigilans ?

OUI NON

Si oui combien ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si oui, qu'avez-vous fait ?

	Patient n°1	Patient n°2	Patient n°3
Avez-vous appelé le patient / prise de nouvelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reconvoqué le patient en consultation ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous laissé votre patient revenir en consultation libre ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Lui avez-vous parlé du courrier d'inclusion dans le dispositif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous mis en place un suivi régulier ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui à quelle fréquence ?	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Avez-vous entrepris d'autres démarches ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui lesquelles ?	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous eu la même attitude avec les patients concernés, si vous en avez plusieurs ?

OUI NON

Si non pourquoi ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Le patient concerné savait-t-il qu'il était inclus dans ce dispositif ?

OUI, tous NON Si non combien ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Un patient vous a-t-il parlé du dispositif Vigilans ?

OUI

NON

Avez-vous été informé par un autre moyen d'une tentative de suicide d'un de vos patients ?

OUI

NON

Si oui :

CR de passage aux urgences

CR d'hospitalisation

Autres Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous eu une présentation de ce dispositif ?

OUI

NON

Si oui par qui ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Connaissez-vous le numéro de contact pour les patients ?

OUI

NON

Avez-vous déjà utilisé le numéro mis à votre disposition du dispositif ?

OUI

NON

Le dispositif a-t-il modifié votre pratique ?

OUI

NON

Si oui en quoi ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Questions vous concernant :

- Homme Femme

-activité : en ville rurale

-tranche d'âge : <30 ans 30-45ans 45-60ans > 60 ans

Merci à vous d'avoir pris le temps de répondre à ce petit questionnaire.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : DOHEN NOLWENN

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Dispositif Vigilans : connaissance et utilisation par les médecins généralistes du Calvados.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Problème de santé publique international, le suicide est responsable d'un décès toutes les 40 secondes dans le monde. Avec près de 8500 suicides en 2016 en France, la prévention du suicide est donc une priorité nationale. Dans le but de diminuer le nombre de décès par suicide et la récurrence des tentatives, un dispositif de veille post-hospitalière des suicidants, Vigilans, a été déployé en Basse-Normandie. Les patients admis aux urgences du CHU de Caen pour tentative de suicide sont inclus dans le programme de surveillance, et peuvent bénéficier d'un système de recontact. Le médecin traitant est prévenu de la mise en route du dispositif, via un courrier d'inclusion de son patient. Le but de ce travail a été d'évaluer les médecins généralistes du Calvados sur leur connaissance du dispositif et l'impact de celui-ci sur leur pratique quotidienne.

Matériel & Méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive via l'envoi d'un questionnaire anonyme à tous les médecins généralistes installés en libéral, dans le Calvados.

Résultats : Il y a eu 226 retours de questionnaire, soit un taux de participation de 39,5%. Parmi eux, 101 praticiens connaissaient le dispositif, soit 45% de praticiens ayant participé à l'étude. Un lien statistiquement significatif est mis en évidence en cas de présence d'un suicidant dans la patientèle et la réception d'un courrier d'inclusion. Seul 2,6% des praticiens ont changé leur pratique depuis Vigilans.

Conclusion : Le dispositif est assez connu des praticiens mais sous exploité. Pour une efficacité optimale du dispositif, un travail de communication devrait être impérativement envisagé auprès des praticiens libéraux.

MOTS-CLÉS : Médecins généralistes / Veille / Prévention suicide / Vigilans / Connaissance

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Vigilans protocol: knowledge and use among Calvados's general practitioners.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Background : As a global major public health problem, suicide is responsible for one death every 40 seconds. In 2016, there are almost 8500 suicides committed in France. The suicide prevention is an absolute national priority. In order to reduce the number of suicide death and the reattempts, Vigilans, a post-discharge surveillance program for suicide attempters, has been spread out in Basse Normandie. Since July 2017, at the University hospital of Caen, the admitted patients at the emergency department for a suicide attempt are taking part of the protocol. At the patients's request, they can benefit of contact interventions after their attempt and their general practitioner will be notified by mail of their entrance in the program. The purpose of the following work has been to evaluate among the general practitioners of Calvados the knowledge of Vigilans and its impact on their daily work.

Method : We conducted a descriptive study by sending an anonymous questionnaire to every liberal general practitioners in Calvados.

Results : We received back 226 surveys, representing a participation rate of 39.5%. Among them, 101 practitioners knew about the program, representing a rate of 45% of the study participants. In case of the suicide attempter's presence in their patients and the mail receipt, a significant statistical link has been highlighted. Only 2,6% of the practitioners have changed their way to work since the establishment of Vigilans.

Conclusion : The Vigilans protocol is enough well known among the practitioners but underused. In order to use it with an optimal efficiency, a public relation work should be considered among the general practitioner.

KEY WORDS : Vigilans / Follow-up care / General Practitioner / Knowledge / Suicide Prevention