



**HAL**  
open science

# Étude de cohorte rétrospective chez des patients ayant fait une tentative de suicide inclus dans le dispositif Vigilans Languedoc-Roussillon

Rédha Coulaud

► **To cite this version:**

Rédha Coulaud. Étude de cohorte rétrospective chez des patients ayant fait une tentative de suicide inclus dans le dispositif Vigilans Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02898264

**HAL Id: dumas-02898264**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02898264v1>**

Submitted on 13 Jul 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Rédha COULAUD**

Le 14 novembre 2019

Titre :

« ETUDE DE COHORTE RETROSPECTIVE CHEZ DES PATIENTS AYANT  
FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE INCLUS DANS LE DISPOSITIF  
VIGILANS LANGUEDOC ROUSSILLON »

Directeur de thèse : Dr CRESPE Charly

JURY

Président : Professeur COURTET Philippe

Assesseurs : Professeur LAMBERT Philippe

Docteur MILLION Elodie

Docteur CRESPE Charly

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Rédha COULAUD**

Le 14 novembre 2019

Titre :

« ETUDE DE COHORTE RETROSPECTIVE CHEZ DES PATIENTS AYANT  
FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE INCLUS DANS LE DISPOSITIF  
VIGILANS LANGUEDOC ROUSSILLON »

Directeur de thèse : Dr CRESPE Charly

JURY

Président : Professeur COURTET Philippe

Assesseurs : Professeur LAMBERT Philippe

Docteur MILLION Elodie

Docteur CRESPE Charly

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL François- Bernard	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Miche
JOURDAN Jacques	

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe – Neurochirurgie  
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie  
DE VOS John – Cytologie et histologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie  
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie  
HAYOT Maurice - Physiologie  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

## **PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LONJON Nicolas - Neurologie  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

#### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire  
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

#### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
DAVID Michel

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie  
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie  
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation  
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire  
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique  
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion  
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie  
PUJOL Joseph-Anatomie  
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie  
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline -Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie



MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie  
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

**Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

**Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
OUDE-ENGBERINK Agnès

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

**Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

#### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## Remerciements

**Au Professeur COURTET Philippe**, merci de me faire l'honneur de présider ma thèse, merci pour votre précieux apport dans ce travail.

**Au Professeur LAMBERT Philippe**, merci d'avoir accepté de juger mon travail et pour votre implication dans le DMG de Montpellier. Je pense que grâce à vous, notre internat de médecine général fait parti des plus attractifs.

**Au Docteur MILLION Elodie**, merci de m'honorer de votre présence. J'aurai aimé pouvoir bénéficier de votre expérience professionnelle lors d'un SASPAS.

**Au Docteur CRESPE Charly**, merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse, j'ai eu l'honneur de t'avoir comme premier directeur de thèse. Tu as passé beaucoup de temps à m'aider sur ce travail de thèse, je sais pourtant que tu es bien occupé par tes différentes activités et je t'en suis d'autant plus reconnaissant. Ton enthousiasme, ta rigueur et ton sérieux m'ont permis de faire ce travail abouti dont je suis fier. Je te souhaite pleins de réussites dans tes différentes activités.

A papa et maman, *pppppppppp* (bruit de vent), voilà l'effet que doit vous faire la lecture de ces pages. L'effet d'une douce brise qui vient balayer les petits nuages gris au-dessus de vos têtes, coriacement accrochés depuis mon entrée en CP. Vous n'avez plus à vous inquiéter du nombre de fautes d'orthographe que je vais vous rapporter de la dictée, de mon passage ou non en P2, de savoir si un jour je vais soutenir ma thèse. Non vous êtes désormais débarrassés de tout ça ! Merci pour les 25 ans de soutien dans les bons et les mauvais moments, je suis convaincu que sans votre aide je ne serai pas devenu Docteur en médecine. MERCI, Je vous aime.

A Karim, je n'ai pas oublié non plus tes matinées sacrifiées pour m'aider à faire le programme de physique, m'améliorer en anglais (après t'être rendu compte que les efforts en français étaient vains ?). Plus que ça tu m'as toujours inspiré et été une source de fierté. Merci pour toutes les expériences partagées à mes côtés. A Oksana pour m'avoir toujours accueilli aussi chaleureusement, merci pour tes conseils et le partage de tes connaissances et à Anastasia qui éclaire nos vies et pas seulement par le reflet du soleil sur ses cheveux blonds.

A Samir pour ta force de caractère et ta rigueur qui n'a pas déteint sur moi mais que j'admire. A Mathieu pour animer nos vies de ton énergie débordante, j'aimerais te voir plus souvent, à Erika bienvenu dans la famille

A Tata Safia : merci pour ton accueil chaque été, mes vacances en Bretagne resteront des souvenirs inoubliables. Merci pour ta gentillesse et ta douceur.

A Sofian mon cousin préféré, de Plouaret à Cadiz en passant par Madrid, la route est longue, elle passe toujours plus vite dans une belle décapotable ;-). Je me rappelle encore très bien quand tu es rentré de Brest pour nous annoncer que tu avais été reçu en médecine. Le temps est passé si vite et je ferme maintenant la parenthèse des études médicales. A Juliette, Emile et Anatole que j'ai hâte de rencontrer.

A ma famille de l'autre côté de la méditerranée et à mané qui n'a pas du tout compris mais qui a compris l'essentiel j'en suis sûr.

A Othman, Jason et Jérémy : fidèles amis depuis les tous débuts, nos routes se sont séparées depuis notre enfance à Chelles et c'est souvent avec nostalgie que je repense à tous ces moments qu'on a partagés. Vous me manquez.

A Guillaume bien sûr ! Premier à m'avoir abordé à la fac, on ne s'est plus quitté depuis. Merci de m'avoir mis aussi bien par tes soirées, tes repas (poulet compris), tes découvertes de bières locales, tes blagues pourries, ta générosité. Bon vent pour les 6 prochains mois.

Au collègue David, j'essaie de trouver une petite anecdote à ressortir mais en vérité il y en a trop qui reviennent si bien que je ne sais plus par où commencer. Bravo t'as réussi à tirer le meilleur de toi même pour pouvoir te mettre à mon niveau. Avec ta répartie, tes bruitages et tes mimiques tu aurais pu faire les beaux jours des salles de stand up parisiennes (et je rigole d'ailleurs en écrivant ces lignes, je repense au lancé de dès à LA, au chocolat de Prague, à la torture par privation de sommeil de Kevin au ski, au fuck the dealer...).

A Kevin et Mounia, merci de m'avoir rejoint dans la région j'étais tellement content, merci pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble, les beaux voyages qu'on a partagé (pas merci pour les chambres de 3 personnes, j'essaye depuis de récupérer ma fierté), merci pour la coloc, merci pour la future villa avec piscine dans le nord-est de montpeul.

A Yoann et Cec, le sud vous attend à bras ouvert et nous aussi ! On a hâte de vous retrouver ici !!!

A Yassin et Sarah : coloc parfaite, vivement votre retour !

Aux redécouverte en or à Montpellier : Thomas : sans toi ma thèse aurait sûrement été rédigée sur « notes », partenaire de pêche à l'occasion je te remercie surtout pour ta gentillesse et ton altruisme (à Guillaume : j'attends avec impatience ton retour dans la région, surtout le moment où on pourra ~~remonter un terrain de volley~~ faire du sport pour revoir ton corps bouger comme un **PLAYMOBIL®** ; ils auraient au moins pu te mettre l'articulation du coude...), Baris pour tes blagues presque toujours bien sentie, ta capacité à sociabiliser et ton intelligence, et bien plus, à Marion j'espère que tu vas faire un compte insta pour qu'on puisse suivre le quotidien du chat, à Davy pour tous les moments passés ensemble, bon courage pour Paris, revient nous voir dès que t'as besoin d'un break. A Mathilde sans rancune mais on scrute votre arrivée.

A Baptiste t'es énoooooorme mec et Margaux faites nous rêver avec vos photos.

A Hub toujours partant pour un petit verre, une soirée, un beach, ça fait toujours plaisir ! à Alex t'es toujours au max ;-), je suis content de t'avoir rencontré, bon courage pour les 6 mois à Paris, on attend ton retour avec impatience. Et reste vigilant, tu sais qu'avec moi si je te mets au sol t'es foutu !!

Aux nouvelles rencontres de Montpellier qui font que je me sens si bien ici : à Croco cosmos qui fait parti de ces gens qui touchent à tous les sports mais qui ne sont vraiment bons dans aucun, bravo pour ta polyvalence ! à Ade pour croquer la vie à pleine dents, à Sam pour ta bonne humeur contagieuse et ta blague du crapaud, à Victor The Artist dont la musique entraînant serait une bonne thérapie pour les patients suicidants, à lolo (et maître mike) qu'on voit trop peu, va falloir sortir la bonne vieille technique de l'enfumage pour te faire sortir de ton trou ?, à Remi pour ton self control au paddle qui m'inspire, à Juju , à D'Arcy pour ce week end mémorable...enfin façon de parler !

Merci aux Mendois avec qui j'ai partagé les joies d'un premier semestre d'internat (et bien plus) : à Anne chat présidente très distinguée et exemplaire je dois admettre que tu fus pour moi un modèle à suivre par ton sérieux et Romain dont la vie à tes côtés doit être pleine de rebondissements et de fous rire, je vous souhaite une vie heureuse chez les Suisses, à Elise pour nos pool partyyyyyy, à Quentin, j'attends encore de te voir passer ta thèse de mes propre yeux avant d'être sûr à 100% que tu ne travailles pas pour l'internat de Mende , Agnes qui va bientôt pouvoir nous faire un album photo complet « médecin de campagne », à Paupau pour nous avoir fait découvrir ce beau département , à mamielys seule gériatre à être couchée plus tôt que ses patients, à Soso et Pierre pour votre enthousiasme débordant, à nos globes trotteurs Marion et Thomas

welcome back !!, enfin mention spécial pour mon partenaire de voyage Alban avec qui je ne compte plus les bons moments et les fous rires passé ensemble !!

Dalal et Ououa pour votre bonne humeur et vos délicieux repas, sahit !

A la team de médecine interne dont le semestre aurait pu être un cauchemar mais qui grâce à votre rencontre restera un de mes meilleurs stage : Simon, Claire, Aurèlie et Laetitia ! Mention spéciale pour les Climon, à quand cette soirée mojitos ?!

Aux amitiés formées pendant mon externat : Julie, Chloé, Quentin, Marine, Pichou, Kim, Andrea, Steph, merci pour tous les bons moments qu'on a partagés ensemble pendant et surtout après l'internat. Même si on se revoit peu c'est toujours un grand plaisir de vous retrouver et de partager des moments avec vous.

Aux potes de médecine : à Vrouch pour avoir élevé le second degré au rang d'art, Lucie, à Cyp qui doit avoir la flemm de lire ces lignes, bon courage pour l'année à venir à Oriane, bon courage pour l'année à venir, si tu as besoin de séances de Yoga je peux te mettre en relation avec un ami, à Virginie pour ta fouérance mémorable, à Nath avec qui je peux enfin partager des conseils sur l'entretien d'un potager. A ceux que je ne vois pas aussi souvent que j'aimerais, c'est en tout cas toujours un plaisir de vous revoir : Boran, Guillaume, JB, Pablo et Justin.

A la famille Laradi : merci pour votre accueil si chaleureux qui m'a fait me sentir comme à la maison dès notre première rencontre. C'est toujours un plaisir de venir vous voir !

A toute l'équipe de la MSP La Vaunage : merci pour votre accueil si sympathique, merci pour votre joie de vie, votre aide et votre confiance. Travailler avec vous rend les choses tellement plus agréables.

A Sabrina : quand je suis arrivé pour la toute première fois de ma vie à Montpellier, peu de temps avant de choisir ma région d'internat, je me rappelle encore du clin d'œil de la vie : j'étais sur l'autoroute et alors que Montpellier n'était plus très loin, un avion a dessiné un cœur dans le ciel. Trop gros pour être une simple coïncidence, je me suis tout de suite dit « jackpot, c'est bien à Montpellier que je dois aller » !! Après quelques années d'attente je sais enfin que ce cœur était bien pour nous deux. Merci d'illuminer mon quotidien, le plus dur était de se trouver maintenant nous avons toute la vie (et bien plus ?) pour profiter de chaque instant.

## Table des matières

<b>I INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1) Généralités en suicidologie</b> .....	<b>3</b>
A) Définitions.....	3
B) Organismes étudiant le suicide .....	5
C) Plans d'actions nationaux et régionaux pour lutter contre le suicide en France.....	7
D) Données épidémiologiques.....	8
1) Dans le monde .....	8
2) En France .....	9
3) En Occitanie .....	10
<b>2) Les moyens de prévention</b> .....	<b>12</b>
A) Limitation des accès aux moyens létaux.....	12
B) Pharmacothérapie et Psychothérapie.....	13
C) Sensibilisation et éducation de la population .....	14
D) Traitement médiatique du suicide .....	15
E) Les dispositifs de suivi post-tentative de suicide .....	16
<b>3) Vigilans</b> .....	<b>19</b>
A) De ALGOS à Vigilans.....	19
B) Présentation du dispositif Vigilans LR.....	20
C) Le rôle du médecin généraliste dans la prévention du suicide .....	23
<b>II MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>25</b>
<b>1) Justification et objectifs de l'étude</b> .....	<b>25</b>
<b>2) Population étudiée</b> .....	<b>25</b>
<b>3) Recueil des données</b> .....	<b>26</b>
<b>4) Critères de jugement de l'objectif principal</b> .....	<b>27</b>
A) Critère de jugement principal .....	27
B) Critères de jugement secondaires .....	28
<b>5) Méthode d'analyse des données</b> .....	<b>28</b>
<b>III RESULTATS</b> .....	<b>29</b>
<b>1) Patients inclus dans le dispositif Vigilans</b> .....	<b>29</b>
<b>2) Description de la population</b> .....	<b>31</b>

<b>3) Étude comparative entre patients récidivants/non récidivants.....</b>	<b>33</b>
A) Analyse univariée .....	33
B) Analyse multivariée.....	36
<b>4) Description de la population « perdu de vue » .....</b>	<b>37</b>
<b>5) Étude comparative entre perdus de vue et suivis à 6 mois.....</b>	<b>39</b>
<b><i>IV DISCUSSION .....</i></b>	<b><i>41</i></b>
1) Concernant la population évaluée à 6 mois .....	42
2) Concernant les perdus de vue .....	44
3) Lien avec le médecin généraliste .....	46
<b><i>V CONCLUSION.....</i></b>	<b><i>48</i></b>
<b><i>VI BIBLIOGRAPHIE .....</i></b>	<b><i>49</i></b>
<b><i>VII INDEX DES ACRONYMES UTILISES.....</i></b>	<b><i>57</i></b>



# I INTRODUCTION

## 1) Généralités en suicidologie

Le suicide est un phénomène mondial. Il n'épargne aucun pays, aucune tranche d'âge, aucune catégorie socio-professionnelle. En 2012 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il y a eu 804 000 suicides, soit un suicide toutes les 40 secondes dans le monde. Il s'agissait de la 15ème principale cause de mortalité dans le monde (1).

Chaque suicide est un drame pour la famille, les proches et la société. Une étude a montré qu'en France, pour chaque suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées, soit environ 300 000 personnes chaque année, auxquelles il faut ajouter 3 750 000 français touchés par la tentative de suicide (TS) d'un proche (2).

Pour la société il s'agit aussi d'un fardeau économique dont les coûts directs (liés à la prise en charge dans les secteurs sanitaires et les autres dépenses publiques) et indirects (liés à la perte de productivité) ont été estimés à près de 10 milliards d'euros pour l'année 2009 (3).

### A) Définitions

L'OMS définit simplement le suicide comme « l'acte de mettre fin à ses jours » (4). Le terme tentative de suicide est quant à lui utilisé pour se référer à « tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'agression avec intention de mourir ou pas » (1).

Le sociologue français Émile Durkheim en donne une autre définition dans son ouvrage « Le Suicide » parut en 1897. Selon sa conception le suicide équivaut à « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (5). Selon cette conception, la tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit

résultée. L'apport de Durkheim est important dans l'approche du suicide puisqu'il est le premier à avoir mis l'accent sur une dimension sociale du phénomène. Jusque-là les aliénistes voient dans « toute mort volontaire une manifestation vésanique » (5) réduisant l'étiologie du suicide à une affection individuelle.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a quant à elle donné une définition de la crise suicidaire dans sa conférence de consensus de 2000 dont voici les caractéristiques :

- 1. « Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.
- 2. Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire. La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.
- 3. La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier. » (6).

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) a publié sa 5<sup>ème</sup> édition en 2013. Parmi les nouveautés de cet ouvrage nous trouvons le « Trouble automutilation », caractérisé par l'absence complète d'intention létale, ainsi que le « Trouble des conduites suicidaires ». Ce trouble est défini par l'existence d'une tentative de suicide dans les 2 ans. Il est distingué des idées de suicide, des automutilations réalisées dans le seul but de soulager des émotions négatives et sans intention de mourir, et des actes se déroulant dans un contexte de confusion ou pour des motifs politiques ou religieux (7). Il est important de souligner que jusqu'à cette 5<sup>ème</sup> édition le terme suicide était retrouvé uniquement parmi les critères diagnostiques de dépression ou de trouble borderline. Or 10% des suicidés ou des patients ayant fait une tentative de suicide n'ont pas d'antécédent

de maladie psychiatrique. Le plaidoyer en faveur de l'intégration du "suicide" dans les classifications repose avant tout sur l'effet bénéfique que cela devrait avoir pour son évaluation (8).

En 2015 est paru la 10<sup>ème</sup> édition de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM). Un paragraphe est dédié au codage des suicides et des TS, définie comme une « intoxication ou lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu » (9). Ce codage permet de regrouper à travers 25 sigles différents (de X60 à X84) l'ensemble des moyens létaux pouvant être utilisé lors d'une TS. Dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des établissements hospitaliers français, la CIM-10 est utilisée pour le codage des diagnostics et des motifs de recours aux services de santé. Son utilisation correcte est donc un pré requis indispensable pour la fiabilité des données concernant les TS. Or il est intéressant de noter que la CIM ne souligne pas l'intentionnalité de décès dans leur définition de la TS.

Comme nous l'avons vu, la définition des suicides et des tentatives de suicide n'est pas universelle et c'est d'ailleurs un point souligné par l'OMS dans son 1<sup>er</sup> rapport sur la prévention du suicide. Ainsi l'OMS ne prétend pas fournir de terminologie officielle et souligne que « l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées » (1).

Définir un terme de façon universelle est pourtant un pré requis indispensable pour permettre l'analyse systématique, l'interprétation et surtout la comparaison des données de mortalité et de morbidité au niveau international.

## B) Organismes étudiants le suicide

En février 2013, dans son plaidoyer en faveur d'une prévention active du suicide, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a rappelé l'importance du suicide comme problème de santé publique et préconisé la mise en place d'un observatoire (10).

En réponse, Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes créa la même année l'Observatoire national du suicide (ONS) (11). Parmi les missions qui lui sont confiées, l'Observatoire est chargé de :

- coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Il s'agit d'un organisme indépendant et de composition plurielle (aussi bien des professionnels de santé que des représentants d'associations de familles et d'usagers...) reflétant le caractère transversal de la problématique et la diversité des acteurs impliqués dans la prévention du suicide (12). Les travaux de l'Observatoire s'appuient sur deux groupes de travail :

- le premier piloté par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide.
- le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), est chargé d'améliorer les connaissances des mécanismes de suicides et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

Les statistiques de mortalité par suicide sont produites depuis 1968 par le Centre épidémiologique des causes de décès de L'institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm) à partir de l'étude des informations recueillies dans le certificat de décès (13). La conséquence directe de cette méthode de recueil des données est qu'il est impossible de recueillir en temps « réel » l'incidence du suicide. En effet les chiffres consolidés de la mortalité en France sont fournis avec un délai d'environ 3 ans. Cependant la généralisation du recours au certificat de décès électronique devrait permettre de réduire ce délai.

Plus problématique, les experts font l'hypothèse d'une sous-estimation du nombre de suicide en 2006 de 9,4% (14) correspondant en grande partie aux décès faisant l'objet d'un examen médico-légale dont les conclusions ne sont pas apportées au CépiDc ainsi que celles dont l'origine de la mort violente reste indéterminée.

Pour améliorer la fiabilité des données, une actualisation des certificats de décès et une collaboration entre le ministère de la Santé, de la Justice et du CépiDc ont été recommandées.

Concernant les TS le système d'information est multi-source. Il repose à la fois sur les données extraites de bases médico-administratives pour les hospitalisations en médecine et chirurgie (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIMP-P) après une tentative de suicide, et sur les données du réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) pour ce qui relève des passages aux urgences pour une tentative de suicide. Ce dernier a été mis en place en juillet 2004, il couvrait au 1<sup>er</sup> novembre 2018 93% des passages aux urgences. Les données collectées sont enregistrées à partir du dossier médical du patient et du Résumé de Passage aux Urgences (RPU) et sont transférées quotidiennement à l'InVS (15–17).

### C) Plans d'actions nationaux et régionaux pour lutter contre le suicide en France

Sujet longtemps resté tabou dans notre société, le suicide fait l'objet d'une politique nationale spécifique depuis les années 1990, formalisée à partir des années 2000 par une première stratégie nationale d'actions face au suicide et complétée par deux plans « psychiatrie et santé mentale » (18–20).

A suivi l'élaboration d'un programme national d'action contre le suicide 2011-2014 (21). Son évaluation par le Haut Conseil de la santé publique a permis l'élaboration de recommandations générales pour la lutte contre le suicide en 2016, suivi en 2017 par le Conseil National de la Santé mentale en 2017.

En lien avec ces recommandations, le projet territorial de santé mentale (2017), le plan priorité prévention 2018 et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 en fixent le cadre opérationnel.

## D) Données épidémiologiques

### 1) Dans le monde

L'OMS publie en 2013 son premier rapport sur le suicide intitulé « Prévention du suicide, l'état d'urgence mondiale ». Il y est souligné que le suicide, bien qu'évitable, est souvent placé en queue des priorités des gouvernements ou des décideurs politiques.

En se basant sur l'estimation de 804 000 suicides dans le monde en 2012, le taux de suicide global standardisé selon l'âge s'élève à 11,4 pour 100 000 habitants : 15 chez les hommes et 8 chez les femmes. Malgré l'accroissement de la population mondiale entre 2000 et 2012, le nombre absolu de suicides est passé de 883 000 à 804 000, soit une baisse de 9 % environ (1).

Le rapport souligne 2 points importants :

- les taux de suicide varient selon le sexe. Pendant de nombreuses années, il était généralement admis que, dans le monde, le nombre d'hommes se suicidant était trois fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport hommes/femmes élevé est néanmoins un phénomène principalement observé dans les pays à revenu élevé où, en 2012, le rapport des taux de suicide standardisés selon l'âge était de 3,5.
- les taux de suicide sont plus bas chez les personnes âgées de moins de 15 ans et plus élevés chez celles âgées de 70 ans ou plus, aussi bien chez les hommes que chez les femmes et cela dans presque toutes les régions du monde.

Bien sûr le rapport souligne également qu'il existe des disparités très importantes entre les différentes régions du monde. Un des points détaillés du rapport concerne notamment la fiabilité du système de recueil des données par rapport au suicide. Ce problème n'est pas propre au suicide, toutefois le suicide est particulièrement touché.

L'objectif de réduire de 10 % le taux de suicide d'ici à 2020 inscrit dans le Plan d'action pour la santé mentale de l'OMS pourrait être réalisable (22).

## 2) En France

En 2014, en France métropolitaine, 8 885 suicides ont été enregistrés. Ce chiffre s'élève à 9773 décès après correction de la sous-estimation de 10% (23). Cela représente une diminution de 14,3 % par rapport aux 10 367 suicides enregistrés en 2011 (12). Quant au taux de décès par suicide, il a baissé de 26% entre 2003 et 2014 passant de 20,3 à 14,9 pour 100 000 habitants. Toutes les classes d'âges sont concernées par cette baisse.

Le nombre de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 6 661 et 2 224). Le taux de décès standardisé sur l'âge est 3 fois supérieur chez l'homme que chez la femme : 23,1 pour 100 000 habitants contre 6,8 décès pour 100 000 habitantes (23).

Le taux de décès par suicide augmente avec l'âge chez l'homme : 7,5 pour 100 000 chez les 15 à 24 ans contre 59,4 pour les hommes de plus de 75 ans. A l'inverse, la part du suicide dans la mortalité diminue fortement avec l'âge : 2<sup>ème</sup> cause de mortalité chez les 15-24 ans avec 16,2% de la mortalité totale contre 0,5% de la mortalité totale chez les plus de 75 ans (23).

En 2014 la pendaison était le mode de suicide le plus fréquemment utilisé, loin devant les armes à feu, les prises de médicaments et autres substances et les sauts d'un lieu élevé (respectivement 57%, 12%, 11% et 7% des modes de suicide utilisés).

En France métropolitaine, le nombre de TS est estimé à environ 200 000 par an, 20 fois plus que le nombre de suicides. Contrairement aux suicides, il est majoritairement le fait de femmes. Pour avoir une estimation plus précise sur les chiffres concernant les TS, l'InVS a publié en 2014 un rapport d'étude des données de bases médico-administratives (PMSI-MCO) et du système Oscour. Il en ressort que le nombre total de recours aux urgences hospitalières pour TS, qu'il y ait eu ou non hospitalisation suite à ce recours, a pu être estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années entre 2007 et 2011 (15).

Quant au nombre d'hospitalisations pour TS, il a diminué, passant de plus de 100 000 par an en 2008 à un peu moins de 89 000 en 2017 (24).

Le transfert en unités médicales ou chirurgicales a concerné environ 52 % des passages aux urgences pour TS chez les hommes et 56 % chez les femmes (15).

L'auto-intoxication médicamenteuse est le mode opératoire le plus fréquent et concerne 82 % des TS hospitalisées (15).

Après une première hospitalisation, le taux d'une réadmission pour TS est globalement de 3,8 % à un mois, 12,8 % à 12 mois et augmente jusqu'à 26,6 % à 8 ans (estimation basée sur les chiffres collectés entre 2004 et 2011 (15)).

### 3) En Occitanie

En 2016 les régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ont fusionné sous le nom d'Occitanie. Les dernières données statistiques que nous avons de ces anciennes régions sont détaillées dans le 2<sup>ème</sup> rapport de l'ONS. Nous pouvions observer une disparité entre ces 2 régions sur le taux de décès par suicide avec un taux pour 100 000 habitants de 14,2 dans le Midi-Pyrénées contre 17,8 dans le Languedoc-Roussillon entre 2010 et 2012 (25).

En 2015, 747 personnes résidant en Occitanie se sont suicidées (402 en Languedoc Roussillon et 345 dans le Midi-Pyrénées). Cela représente un taux de décès par suicide de 14,1 pour 100 000 habitants, soit un taux proche du taux national. Nous avons également observé une diminution de ce taux entre 2000 et 2015 passant de 16,1 à 14,1 (26).

72,6 % des victimes de suicide étaient des hommes : 532 hommes contre 215 femmes. Comme dans les données nationales le taux de décès standardisé sur l'âge est environ 3 fois supérieur chez l'homme que chez la femme : 21,8 pour 100 000 contre 7,7 pour 100 000 (26).

Les 45 - 49 ans représentaient la part des suicides la plus importante entre 2015 et 2017 (11,3%, n = 264). Les jeunes de moins de 25 ans représentaient 4,9% et les personnes de plus de 65 ans 32,8% des suicides. En revanche les suicides représentaient la plus grosse part des causes de décès chez les 20 - 24 ans (18,1%) (26).

La pendaison était le mode de suicide le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les hommes (54,9% des suicides), que chez les femmes (41,7% des suicides). Viennent ensuite les armes à feu (22%) et l'auto-intoxication médicamenteuse (7,6%) chez les hommes ; chez les femmes l'auto-intoxication médicamenteuse (26,6%) et le saut dans le vide (9,9%) (26).



Les données issues du PMSI-MCO (données n'incluant pas les hospitalisations en psychiatrie ni les TS non hospitalisées) font état de 6 215 séjours hospitaliers pour TS en moyenne chaque année en Occitanie (données issues des analyses de 2008 à 2017).

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 113,5 pour 100 000 habitants pendant la période 2015-2017, l'Occitanie se situe à moins de 20% du taux national (148,0 pour 100 000 habitants) (26).

Les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 62,5 % (11 797/18 864) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017.

En terme d'âge, le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (755 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 40- 44 ans (479 pour 100 000 habitants) (26).

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 86 % des séjours hospitaliers pour TS (26).

57 % des TS vu dans un SAU étaient hospitalisées et dans 75% des cas il s'agissait d'une hospitalisation dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique. Seulement 3,5% des TS hospitalisées le sont en unité psychiatrique (26).

Une étude menée en Occitanie entre le 01/01/2017 et le 30/06/18 via les résumés de passage aux urgences a permis d'estimer les récurrences de manière probabiliste. 5686 patients résidant en Occitanie et ayant eu recours aux urgences pour TS ont été recensés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2017. Parmi eux, 520 (9,1%) ont réitéré au moins une fois leur geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017. Ce taux est légèrement supérieur chez les femmes (9,6%, 355/3709) que chez les hommes (8,4%, 165/1977) (26). Ces chiffres ne prenant en compte que les récurrences de TS passées dans un SAU, nous pouvons légitimement penser que l'estimation de 9,1% de récurrence de TS à 6 mois est à revoir à la hausse.

Cette analyse a en plus permis de tester le suivi des taux et délais de récurrence chez les patients ayant recours aux urgences pour TS. Les résultats obtenus soulignent la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes suicidantes afin de prévenir la réitération de geste suicidaire qui surviennent chez la moitié des réitérants dans les 2 à 3 mois suivant un premier geste suicidaire (26).

## 2) Les moyens de prévention

Les mécanismes qui poussent un individu à se suicider sont complexes, multiples et encore incomplètement explorés. La neurobiologie semble une science porteuse d'espoirs dans ce domaine.

Un certain nombre de facteurs ont cependant déjà été identifiés. Parmi eux nous pouvons citer :

- Les facteurs individuels : antécédent (ATCD) personnel de TS, pathologies psychiatriques et plus spécifiquement les troubles de l'humeur
- Difficultés financières dû à un surendettement ou la perte d'un emploi
- Relationnel : isolement, situation de veuvage ou de divorce
- Sociaux : chômage
- Sociétaux : accès facilité aux moyens létaux, obstacles aux soins, couvertures médiatiques inappropriés du suicide

Une approche globale et variée est donc nécessaire dans le domaine de la prévention du suicide. Deux revues de la littérature s'intéressant aux stratégies de prévention du suicide ont été publiées au cours des quinze dernières années. La première par Mann et al a été publiée en 2005 et étudiait les articles de 1966 à 2005 (27). Celle plus récente de Zalsman et al reprit les conclusions de Mann en s'appuyant sur des publications s'étendant de 2005 à la fin de l'année 2014 (28). La qualité et l'exhaustivité de leurs travaux nous permettent de mieux appréhender l'efficacité des différentes stratégies.

### A) Limitation des accès aux moyens létaux

Nous disposons maintenant de nombreux résultats concernant des stratégies de réduction de l'accès aux moyens létaux.

Dans les régions rurales de Chine, d'Inde et du Sri Lanka où les suicides par intoxication aux pesticides étaient fréquents, il a été mis en évidence que le contrôle de leur accès, leur mise en sécurité dans les exploitations agricoles et la suppression des produits les plus toxiques a permis une diminution des taux de suicide (29).

Les armes à feu sont fréquemment utilisées comme mode de suicide. Dans certains pays, la facilité pour se procurer une arme à feu, leur usage commun et leur haut potentiel de létalité en ont fait des cibles prioritaires pour les mesures de restriction. Leur contrôle a permis la réduction de la mortalité dans plusieurs pays (29).

Les « hotspot suicidaires » sont des endroits identifiés par les patients suicidaires comme des endroits d'où ils peuvent se donner la mort. Il s'agit notamment des édifices humains célèbres comme le Golden Gate Bridge à San Francisco, ou les points naturellement élevés comme les falaises. Leur repérage et leur aménagement font partie intégrante des stratégies de prévention et ont également montré leur efficacité. Une méta-analyse a étudié l'impact des aménagements visant à limiter les sauts d'un « hotspot » par des barrières ou encore des filets de secours. Le résultat principal retrouve une réduction de 86% des suicides sur le site en question après aménagements (30).

Sur le plan pharmaceutique, la modification du « packaging » des antalgiques, avec notamment la diminution du nombre de médicaments par boîte a été bénéfique. De même que la restriction de prescriptions et de ventes de barbituriques ainsi que le retrait du marché des médicaments à haut risque (31,32).

## B) Pharmacothérapie et Psychothérapie

Le deuxième volet de la prévention du suicide qui a montré son efficacité consiste à traiter les pathologies psychiatriques. Des études ont estimé que les troubles psychiatriques sont présents chez au moins 90% des suicidés parmi lesquels 60% sont atteints d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble bipolaire. Seulement 20% d'entre eux sont traités au moment de leur suicide. Pourtant le traitement de la dépression par des antidépresseurs est associé à une diminution du risque de suicide (33,34).

Chez les patients ayant des troubles de l'humeur, le lithium a montré son effet bénéfique sur la diminution des comportements suicidaires (35) avec même un effet anti-suicidaire propre au lithium qui semble être retrouvé dans certaines études (36).

Dans la schizophrénie, la Clozapine a également montré son effet anti-suicidaire (37).

Plus récemment une revue de la littérature portant sur l'efficacité de la Kétamine pour le traitement d'urgence des idées suicidaires a retrouvé une diminution des symptômes dépressifs ainsi que des idées suicidaires avec peu d'effets secondaires à court terme (38). Cette substance pourrait donc jouer un rôle dans la prise en charge pharmacologique de la crise suicidaire mais des études complémentaires sont nécessaires.

Concernant les psychothérapies, plusieurs études ont trouvé un effet bénéfique sur la diminution des idées et comportements suicidaires dans certaines sous population. C'est le cas des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies cognitives assistées manuellement utilisées chez les adolescents (39,40) et chez les patients atteints de schizophrénie (41). Ou encore des thérapies comportementales dialectiques chez les femmes souffrant de trouble de la personnalité de type borderline (42).

### C) Sensibilisation et éducation de la population

Au cours des dernières décennies les campagnes à destination du grand public pour la sensibilisation et l'information sur la dépression et le suicide se sont multipliées. Elles ont pour but d'améliorer la reconnaissance des risques de suicide, de diminuer la stigmatisation du suicide et plus largement des maladies mentales, de contester l'idée commune que le suicide est quelque chose d'inévitable ou que c'est une réponse appropriée aux problèmes de la vie.

L'évaluation de ces campagnes a montré une amélioration des connaissances et une diminution de la stigmatisation des suicides mais ne retrouvait généralement pas d'effets sur la diminution des comportements suicidaires même si peu d'évaluations concernaient des essais cliniques randomisés contrôlés.

Les dernières recherches se sont concentrées sur l'évaluation des programmes de prévention en milieu scolaire et montrent une amélioration des connaissances et des attitudes vis à vis du suicide. Nous retrouvons même trois grands essais randomisés contrôlés mettant l'accent sur les connaissances en matière de santé mentale, la sensibilisation au risque de suicide et la formation professionnelle dans les écoles. Ces

études ont montré des effets significatifs sur les tentatives de suicide et sur les idées reçues (43–45). L'une d'elles, conduite dans 168 écoles de 10 pays européens sur 11 100 écoliers a mis en évidence une diminution significative des tentatives de suicide (OR = 0,45, IC 95% [0,24–0,85] ; p-value = 0,014) et des idées suicidaires graves (OR = 0,50, IC95% [0,27–0,92]; p-value = 0,025) après 12 mois de suivi par rapport au groupe contrôle (44).

#### D) Traitement médiatique du suicide

Le traitement médiatique des cas de suicide peut avoir 2 effets opposés : préjudiciable chez les personnes vulnérables (comme les suicidants) ou bien protecteur dans la population générale en fonction du traitement de l'information.

Le premier a été rapporté par le sociologue américain Phillips sous l'appellation de « l'effet Werther » après avoir remarqué l'augmentation importante du suicide par arme à feu en Europe suite à la publication de l'œuvre de Goethe « Les souffrances de Werther ». Dans ce roman, le personnage principal, ne trouvant de solution à son amour impossible, finit par se suicider par arme à feu. Les détails du suicide (préparation, contenu de la lettre d'adieu, moyen létal utilisé), ainsi que le style d'écriture du roman a permis l'identification et l'admiration vis à vis du jeune Werther mais également la fascination par rapport à son geste et a conduit à de nombreux suicides par mimétisme. Il est maintenant clairement établi que les reportages des médias sur le suicide peuvent mener à des comportements d'imitation par le suicide (46). En Autriche une campagne menée pour réduire la couverture médiatique des suicides dans le métro a d'ailleurs permis d'observer une diminution de 80% des suicides dans le métro (47). Avec l'essor de l'Internet, les groupes de conversation sur le suicide et les pactes de suicides se sont multipliés et leur contrôle représente un véritable challenge.

A contrario on peut observer un effet protecteur du traitement médiatique avec une portée préventive des comportements suicidaires dit « effet Papageno ».

Les experts du groupe de travail des médias de l'Association internationale pour la prévention du suicide ont mis à jour en 2008 des préconisations concernant le traitement

des sujets en lien avec les suicides en faveur de l'effet papageno. Nous pouvons citer comme préconisation :

- « évitez le langage qui sensationnalise et normalise le suicide, ou qui le présente comme une solution aux problèmes »
- « évitez la description détaillée de la méthode utilisée lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide »
- « montrer de la considération pour les personnes endeuillées par un suicide »
- « fournir des informations sur les ressources d'aide » (46).

En France Papageno est un programme national créé en 2004 avec un double objectif : « prévenir la contagion suicidaire » et « promouvoir le recours et l'offre d'aide ». Pour remplir le 1<sup>er</sup> objectif le programme a créé des partenariats avec les écoles de journalisme afin de sensibiliser les futurs journalistes à l'impact de la couverture d'un cas de suicide (48).

### E) Les dispositifs de suivi post-tentative de suicide

Une étude rétrospective menée aux États Unis portant sur environ 1,9 millions de patients suicidants a récemment conclu au haut risque suicidaire de ces patients à la sortie du système de soin, et ce d'autant plus qu'ils présentent une maladie psychiatrique (49). Au sein de la population générale, un antécédent personnel de tentative de suicide constitue le plus important facteur prédictif de décès par suicide : il multiplie par 60 le risque de décès par suicide dans les cinq ans par rapport aux personnes sans antécédent de TS. La prévention tertiaire qui s'adresse aux patients ayant déjà fait une tentative de suicide semble donc particulièrement importante. Elle a pour objectif principal la diminution de la mortalité, ou, a minima, la diminution des récidives dans ce groupe à haut risque.

Parmi les dispositifs de suivi post-tentative jugés efficaces, deux conceptions peuvent être distinguées :

### → Les dispositifs d'intervention intensive

Comme les soins infirmiers à domicile ou les interventions de psychothérapies brèves à domicile (50). Ce type d'intervention a montré son efficacité sur la réduction des tentatives de suicide à court et moyen terme. Cependant, ces dispositifs utilisent souvent des interventions lourdes et coûteuses en terme de ressources humaines et financières les rendant difficiles à généraliser à l'échelle d'une politique de santé publique nationale.

### → Les dispositifs de veille

Ils se distinguent des dispositifs d'intervention intensive car ils n'envahissent pas le quotidien du suicidant. Ils s'inscrivent en parallèle d'une éventuelle prise en charge quand elle est indiquée et propose des outils ou des recours fiables et efficaces en cas de crises (51). Ces dispositifs ont non seulement un coût financier moindre mais sont également d'installation plus facile à l'échelle d'une politique de santé loco-régionale.

Le pionnier des dispositifs de veille est le psychiatre américain Jérôme Motto qui proposa dans les années 70 une stratégie de recontacts postaux. Son étude s'intéressait aux patients sortants d'hospitalisation pour dépression ou conduite suicidaire et refusant un suivi ambulatoire. L'intervention consistait à rédiger, par un professionnel de santé ayant rencontré le patient au cours d'un séjour hospitalier, une lettre courte manuscrite et personnalisée. Il randomisa cette population en deux groupes : l'un recevant l'intervention (vingt-quatre lettres pendant 5 ans), l'autre groupe étant contrôle. Le suivi s'effectua sur 15 ans. Le but déclaré de l'auteur était que le patient se rende compte qu'une personne reste concernée par son existence et maintienne des sentiments positifs à son égard. Les résultats illustrent un effet de diminution statistiquement significatif des conduites suicidaires au cours des deux premières années suivant la sortie. L'auteur explique ses résultats positifs par « le rôle du sentiment d'être lié à quelque chose de significatif en dehors de soi comme force stabilisante dans la vie émotionnelle » (52).

Fort des résultats de l'expérience de Motto, Carter proposa l'envoi de cartes postales (8 au cours des 12 mois de suivi) aux patients ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) en Australie. Son étude retrouva une différence significative sur la

diminution du nombre de récurrences par patient dans le groupe recevant les cartes postales par rapport au groupe contrôle (53).

D'autres ont suivi comme la délivrance d'une « crisis card », intervention consistant à remettre au patient sortant d'hospitalisation une carte ressource indiquant un numéro d'appel d'un psychiatre disponible 24h/24 dans les six mois suivant le geste (54).

En France, SYSCALL est une étude randomisée multicentrique qui a étudié les recontacts téléphoniques de patients ayant fait une IMV et étant ressortis des urgences sans hospitalisation. Les appels étaient effectués par des psychiatres expérimentés à 1 mois ou à 3 mois après la sortie (55).

Actuellement l'envoi de SMS est testé dans une étude multicentrique du nom de SIAM dirigée par le Dr Berrouiguet du CHU de Brest (56). Cette étude innovante ouvre la voie vers la médecine connectée. A l'ère du numérique ce mode de recontacte semble particulièrement intéressant. Outre son moindre coût, sa facilité d'utilisation et son utilisation généralisable ( 94% des français ont un téléphone portable d'après le dernier rapport de 2018 de l'Autorité de régulation des télécoms, ce chiffre s'élevant même à 98% chez les 18-24 ans (57) ) cette méthode de recontact pourrait avoir un impact positif sur le nombre de perdu de vue important liés aux changements d'adresse ou aux difficultés à joindre une personne.

Un élément ressort à la lecture des différentes études sur les dispositifs de veille : chaque modalités de veille proposée semble avoir une meilleure efficacité sur certaines sous-populations de suicidants (la « crisis card » chez les primo-suicidants, l'envoi de cartes postales et les recontacts téléphoniques chez les récidivistes...) et, que comme Morgan l'avait remarqué en 1989 les primo-suicidants nécessitent une stratégies de soins particulière et adaptée (58).



### 3) Vigilans

#### A) De ALGOS à Vigilans

En 2015 deux méta-analyses ont été publiées. Celle de Milner s'intéressait aux résultats des dispositifs de veille regroupés selon 4 modalités de recontacte : les « cartes de crise » ou « carte verte », les appels téléphoniques, les cartes postales et les lettres. Les résultats qui en ressortent font état de moins de sujets récidivants, de moins de récurrences suicidaires totales et d'une baisse de la mortalité suicidaire chez les patients recontactés après une tentative de suicide par rapport aux sujets témoins. Néanmoins seul le nombre de récurrence baisse significativement : IRR = 0,66 et IC 95% (0,54-0,80) portant sur 3 études et 3549 patients (59).

Quant à celle d'Inagaki elle s'intéressait plus largement aux « interventions visant à prévenir la répétition de comportements suicidaires chez les patients admis dans un service d'urgence pour une tentative de suicide ». Quatre groupes d'interventions sont ressortis des analyses dont celui des « suivi intensif et dispositif de veille ». Dans ce dernier l'étude retrouvait également une diminution significative du nombre de récurrences : RR = 0,83 et IC 95% ( 0,71 – 0,97) portant sur 9 études et 5319 patients (60).

Les résultats de ces 2 méta-analyses confirment que les dispositifs de veille peuvent être efficaces. Cependant, parmi les études ayant servi de support à ces méta-analyses, seulement une testait différentes modalités de recontacte : celle de Kapur et al (appels téléphonique + envois de lettres) (61).

Le projet ALGOS est né des conclusions tirées des différentes études citées précédemment. ALGOS a repris les deux interventions qui ont montré une réduction significative sur le nombre de récurrence de tentative de suicide : les appels téléphoniques (efficaces sur les patients ayant plusieurs ATCD de TS) et les « crisis card » (efficaces seulement sur les primo-suicidant). Quant aux patients n'étant pas joignable lors des appels téléphoniques et ceux refusant les soins, des cartes postales ou de « courtes lettres » leur été envoyées.

Le but de l'étude était de tester l'efficacité d'un algorithme de veille de patients suicidants qui ciblerait les sous-groupes de patients suicidaires afin de leur proposer une intervention

spécifique. ALGOS était une étude randomisée, contrôlée, multicentrique en France portant sur plus de 1000 patients passés aux urgences pour une tentative de suicide. Pour les primo-suicidants une carte ressource leur était délivré ; pour les récidivistes un appel téléphonique était programmé entre le 10<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour ; si non joignable à l'appel ou refusant des soins nécessaires : envoi de carte postale.

A 6 mois les auteurs observaient une réduction du nombre d'événements suicidaires (suicide ou TS) entre le groupe ALGOS et le groupe témoin recevant le traitement habituel : 12,8% vs 17,2%. Cette réduction de 4,4% ; IC 95% = -0,7 - 9,0 %, p= 0,059 n'était pas significative. La réduction des effets indésirables globaux (répétition de geste suicidaire et les perdus de vue) de façon significatif à 6 et 13 mois respectivement de 5,6% (IC 95% = 0,4-10,8%, p = 0,034) et 7,2% (IC 95% = 1,3 - 13,1%, p = 0,017) rendent cependant les résultats de l'étude intéressants et encourageants (62).

Par ailleurs cette étude montre qu'il est plus efficace de proposer plusieurs modalités de contact (63).

Les données du programme ALGOS ont permis de concevoir une déclinaison innovante de l'offre de soin, baptisée Vigilans créée par l'équipe de Pr Vaiva au CHU de Lille en 2014 (64).

## B) Présentation du dispositif Vigilans LR

Le dispositif s'est étendu en 2016 à trois autres régions fortement touchées par le suicide : la Normandie, la Bretagne et l'ancienne région Languedoc Roussillon.

Il s'est déployé progressivement dans le Languedoc- Roussillon à partir de mai 2016. La coordination du dispositif en région est assurée par le CHRU de Montpellier, sous la responsabilité du Pr Courtet, chef du service du département d'Urgences et post-Urgences psychiatriques. Il bénéficie d'un financement spécifique de l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant :

- 1 Assistante médicale
- 1 Attaché de recherche médicale
- 1 médecin psychiatre coordonnateur

- 1 cadre de santé
- 4 « Vigilanseuses » : 3 infirmières et une psychologue spécifiquement formées à l'intervention de crise suicidaire par téléphone

Cette équipe est basée au sein du CHRU de Montpellier (site Lapeyronie et sur le site de la plateforme SAMU à Vailhauquès). Elle est en lien direct avec les patients, mais aussi avec les services hospitaliers, les médecins généralistes et les psychiatres des patients.

### **Patients concernés :**

Tous les patients mineurs ou majeurs passant dans un Service d'Accueil des Urgences pour la prise en charge d'une tentative de suicide, ayant un téléphone ou une adresse postale et étant domicilié dans la région Languedoc Roussillon sont susceptibles d'être intégrés dans le dispositif. C'est au clinicien qui reçoit le patient de qualifier le geste de tentative de suicide ou non.

### **L'entrée dans la veille :**

A sa sortie du système hospitalier le patient suicidant se voit remettre :

- Une « carte ressource » qui comporte le numéro vert du dispositif Vigilans
- Une lettre d'information sur les modalités du dispositif Vigilans

En parallèle, le centre partenaire prévient le secrétariat de Vigilans de la sortie du patient et de son entrée dans la veille par l'envoi d'un fax. Ce formulaire d'entrée est complété par le clinicien ayant examiné le patient. Il contient le minimum d'informations nécessaires au suivi du patient.

Le secrétariat Vigilans ouvre un dossier informatique de suivi et envoie un courrier d'information aux partenaires de soin préalablement identifiés que sont le médecin généraliste (MG), le psychiatre traitant ou tout autre correspondant de santé signalé. Dans ce courrier est précisé le numéro ainsi que l'adresse mail permettant de contacter directement le dispositif.

## **Les appels téléphoniques :**

### **→ Les appels entre J10 et J21**

Les sujets non primo-suicidants sont appelés entre le 10<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour après leur sortie d'hospitalisation par l'équipe de recontacte. Ils sont prévenus de cet appel par l'envoi d'un SMS.

A la suite de cet appel des interventions adaptées se déclencheront si besoin : un rendez-vous en urgence, un nouvel appel téléphonique, des cartes postales personnalisées...

### **→ Les appels à 6 mois**

Pour tous les suicidants, un recontacte téléphonique à la fin du 6<sup>ème</sup> mois suivant la sortie d'hospitalisation est programmé. Cet appel a pour but de réaliser un bilan clinique ainsi qu'une évaluation psychopathologique par le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI DSM V) et un relevé des conduites suicidaires par la Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS). Un questionnaire de satisfaction du dispositif est également évalué. A la suite de cet entretien, le recontacteur décide ou non de la poursuite de la veille.

En cas de récurrence dans les 6 mois la veille est prolongée. Si la personne est injoignable après au moins 3 tentatives d'appel, sur au moins 3 créneaux horaires différents et après relances par SMS, le dispositif enverra 4 cartes postales dans les 5 mois suivants.

### **→ Appels entrants**

Le dispositif traite les appels entrants du patient mais également de son entourage ou de professionnels de santé. Tout comme un appel sortant, l'appel entrant d'un patient est traité selon les modalités d'un appel à J10-J21.

Enfin il est important de préciser que pour chaque appel téléphonique un compte rendu de l'appel est adressé aux correspondants médicaux.

## Les cartes postales personnalisées :

### → Les primo-suicidants

A l'entrée du dispositif une carte postale personnalisée est adressée au patient primo-suicidant afin de l'informer de son entrée dans le dispositif de veille. Il s'agit là d'un ajout par rapport au dispositif déployé dans la région Haut de France.

### → Les non primo-suicidants

Lors de l'appel entre J10 et J21, si le patient n'est pas joignable ou mal observant il reçoit un jeu de 4 cartes postales personnalisées, envoyées au rythme d'une par mois.

## C) Le rôle du médecin généraliste dans la prévention du suicide

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire.

Une étude a retrouvé que 75% les patients décédés par suicide ont consulté un médecin généraliste dans l'année précédant leur suicide et 45% dans le mois précédant le geste. Seulement un tiers d'entre eux avait consulté un psychiatre dans l'année précédant leur décès (65).

En parallèle, une étude menée dans un département de l'ouest de la France retrouvait que 92% des médecins généralistes ont été confronté à un suicide et 94% à une tentative de suicide. Le médecin généraliste est le premier intervenant sollicité dans une tentative de suicide sur deux (66).

Pourtant les difficultés des médecins généralistes sur le repérage et l'évaluation du risque suicidaire sont connues. Dans un travail de thèse réalisé auprès de médecins généralistes du Nord Pas de Calais les deux tiers se disaient en difficultés avec un patient suicidaire.

VigilanS permet au médecin généraliste de disposer d'un numéro de téléphone spécialement dédié pour lequel il peut joindre un psychiatre en cas de besoin. Il s'agissait d'ailleurs d'une attente des médecins généralistes interrogés dans le travail de thèse du Dr Crespe puisque parmi les médecins « les plus âgés » 65% se déclarent en attente d'une telle ligne téléphonique, contre 73% des généralistes « plus jeunes » et 87% des internes en médecine générale ».

De plus nous rappelons qu'après chaque entretien, un compte rendu détaillé est envoyé au médecin traitant déclaré. La liaison « ville-hôpital » est ainsi systématiquement assuré.

## **II MATERIEL ET METHODE**

### **1) Justification et objectifs de l'étude**

Dans la première partie nous avons rappelé l'importance du suicide comme problème de santé publique et les différents moyens de prévention mis en place.

Nous avons notamment détaillé les moyens de prévention ciblée et plus particulièrement les dispositifs de veille. Parmi ceux existant nous nous sommes focalisés sur le dispositif Vigilans en détaillant le processus qui a conduit à son développement.

Dans le Languedoc Roussillon son implantation est récente (mai 2016) et nous ne disposons pas encore d'études à son sujet. Pourtant l'analyse des caractéristiques individuelles des patients suicidants inclus dans Vigilans pourrait nous permettre d'améliorer le suivi de ces patients.

L'objectif de notre étude est de déterminer si, parmi les patients ayant bénéficié de la veille, il existait une différence en terme du nombre de contacts avec l'équipe Vigilans entre les patients ayant récidivé et les patients n'ayant pas récidivé à 6 mois.

De plus, nous savons que l'adhésion des patients suicidants aux soins est mauvaise dans un contexte où les liens sociaux sont souvent en souffrance et les perdus de vue dans les études étudiant les dispositifs de veille sont nombreux. Dans un second temps nous comparerons donc les patients suivis à 6 mois avec les patients perdus de vue afin d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs de perte de vue.

### **2) Population étudiée**

Notre étude s'est intéressée aux patients inclus dans le dispositif Vigilans dans l'ancienne région Languedoc Roussillon.

Les critères d'inclusion dans ce dispositif imposaient d'être domicilié dans la région, d'avoir été pris en charge dans un Service d'Accueil des Urgences de notre région pour

une tentative de suicide quel que soit le mode opératoire pour la TS, d'avoir un téléphone ainsi qu'une adresse postale. Des patients mineurs et majeurs pouvaient être inclus.

Pour répondre aux objectifs de ce travail nous nous sommes intéressés à 2 sous-groupes de patients inclus dans le dispositif : les patients ayant eu un suivi à 6 mois et les patients perdus de vue.

### 3) Recueil des données

Le recueil des données a concerné l'ensemble des patients inclus dans le dispositif entre le début du mois de mai 2016 et la fin du mois de mai 2017.

Les informations ont été recueillies à différents moments clefs du suivi et regroupées par les Vigilanseuses dans un dossier informatique :

Lors de l'entrée dans le dispositif : le centre partenaire prévient le secrétariat de Vigilans de la sortie du patient et de son entrée dans la veille par l'envoi d'un fax regroupant comme informations :

- L'identité du patient (nom/prénom/sexe/date de naissance)
- Coordonnées téléphoniques et adresse postale
- Personne de confiance ainsi que son numéro de téléphone
- Mairie de naissance
- Médecin et psychiatre traitant
- Des éléments de contexte de la TS
- ➔ Primo suicidant ?
- ➔ Association à l'alcool ?
- Compromis de sortie
- Service d'urgence ou le patient a été pris en charge

Tout au long de la veille : comme nous l'avons détaillé dans l'introduction, les Vigilanseuses sont directement en contact avec le patient, soit lors d'appels sortants programmés soit lors d'appels entrants à l'initiative du patient ou de son entourage.

Chaque appel a fait l'objet d'une synthèse retranscrite dans un fichier de traitement de texte Word 2016 (Microsoft) comprenant :



- Appel entrant/sortant
- Interlocuteur (patient, entourage du patient, professionnel de santé)
- Date et durée de l'appel
- Résumé de l'entretien
- Intervention programmée pour la suite

Lors de l'évaluation du 6<sup>ème</sup> mois : pour tous les suicidants bénéficiant du dispositif, un recontact téléphonique à la fin du 6<sup>ème</sup> mois suivant la sortie de l'hôpital est programmé, il donne lieu à :

- Un bilan clinique et une évaluation avec proposition de clôture du dispositif
- Une évaluation psychopathologique par le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI DSM V)
- Un relevé des conduites suicidaires par la Columbia Suicide Severity Rating Scale C-SSRS
- Un questionnaire de satisfaction globale du dispositif

L'ensemble de ces informations ont été regroupées, triées puis analysées à l'aide du logiciel Excel 2016 (Microsoft).

## **4) Critères de jugement de l'objectif principal**

### **A) Critère de jugement principal**

Nous avons choisi comme critère de jugement principal le nombre de contact établi entre le patient et le dispositif Vigilans. Nous souhaitons vérifier s'il existait un lien entre la « consommation » du dispositif et la récurrence d'événement suicidaire (fatal ou non). Un contact est défini comme un appel abouti entre le dispositif Vigilans et le patient, c'est à dire allant jusqu'à son terme. Les appels sur messagerie, les appels interrompus, les demandes de rappels, les appels de « faux » numéros n'ont pas été comptabilisés. Nous n'avons pas fait la distinction entre un appel « entrant » (appel reçu par Vigilans) et un appel « sortant » (appel émis par Vigilans).

Les « contacts directs » sont des contacts entre le dispositif et le patient alors que les « contacts indirects » concernent tous les autres appels (avec son entourage, avec des professionnels de santé).

Lorsqu'il y avait au cours du suivi sur 6 mois une récurrence d'événement suicidaire (suicide ou TS), le compte des contacts a été arrêté au moment de la survenue de l'événement.

Pour les patients n'ayant pas récidivé le compte s'est arrêté au moment de l'évaluation des 6 mois. Il est à noter que cet appel des 6 mois n'a pas été considéré comme un contact puisqu'il s'agissait d'une évaluation programmée de fin de vieillesse.

## B) Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires lors de la comparaison des patients suivis à 6 mois sont l'âge, le sexe, le fait d'être primo-suicidaire, le centre d'inclusion et l'association du geste à une consommation d'alcool. Tous ces critères ont été collectés à partir du fax d'entrée dans le dispositif.

## 5) Méthode d'analyse des données

Nous avons conduit une analyse statistique simple épidémiologique pour décrire la population étudiée. Les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur pourcentage (nb. %). Les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et leur écart type (moy.  $\pm$  SD).

L'association entre les variables sociodémographiques et cliniques et le risque de récurrence a été évaluée par un modèle univarié de régression logistique binaire afin d'estimer l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95% (IC 95%) lorsque l'association était significative. Les variables associées avec le risque de récurrence avec une p-value  $< 0,10$  ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivarié par la méthode descendante de Wald (dite pas à pas) afin d'évaluer les facteurs prédictifs les plus robustes.

Le seuil de significativité a été fixé à p-value  $< 0,05$ . Les analyses ont été réalisées avec le logiciel statistique SPSS statistical software (Version 26.0.0 IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY : IBM Corp).

## III RESULTATS

### 1) Patients inclus dans le dispositif Vigilans

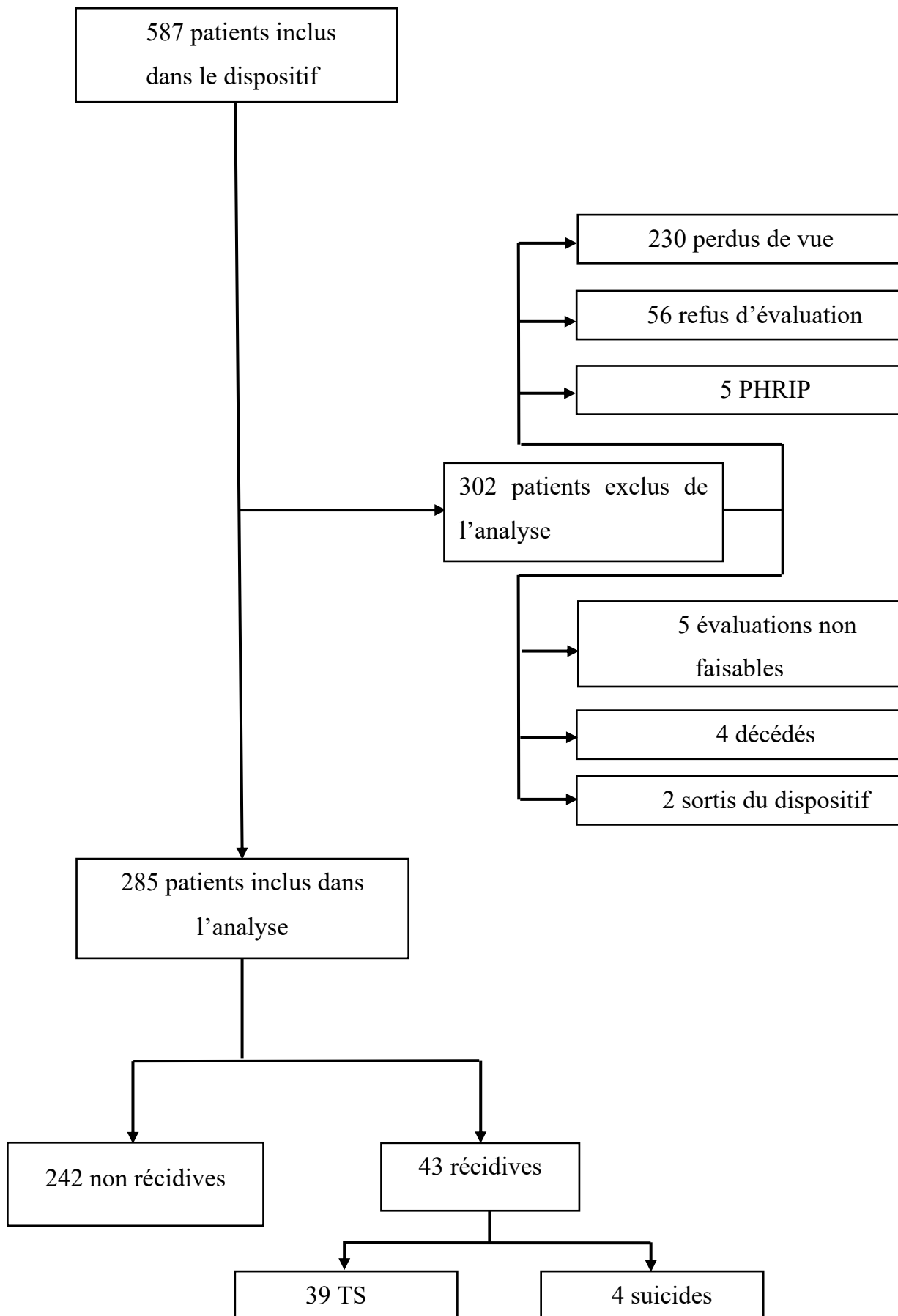
587 patients ont été inclus dans le dispositif Vigilans entre le début du mois de mai 2016 et la fin du mois de mai 2017.

Ils ont été inclus à partir de 4 villes de l'ancienne région Languedoc- Roussillon : Montpellier, Nîmes, Carcassonne et Perpignan.

Sur les 587 patients, 302 patients (51,4%) ont été inclus dans l'analyse (*figure 1 : diagramme de flux*) :

- 230 patients ont été perdus de vue
- 56 patients ont refusé l'évaluation du 6<sup>ème</sup> mois.
- 5 patients ont été inclus dans un Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale PHRIP.
- 5 patients n'ont pas pu être évalués (4 à cause de la barrière de la langue, 1 pour surdité).
- 4 patients sont décédés au cours de la veille (hors suicide).
- 2 patients sont sortis du dispositif (1 pour hospitalisation de plusieurs mois, 1 patient pour overdose de produits stupéfiants et non pour une IMV dans le cadre d'une TS).

Figure 1 : Diagramme de flux



## 2) Description de la population

285 patients inclus dans le dispositif Vigilans LR entre mai 2016 et fin mai 2017 ont été analysés à 6 mois ce qui représente 48,5% des patients inclus dans cette période. Ils constituaient notre population d'étude pour répondre à l'objectif principal de notre travail. Les données épidémiologiques descriptives de ces patients sont présentées dans le tableau 1.

La majorité des suicidants analysés au 6<sup>ème</sup> mois était des femmes avec un sexe ratio (Femme/Homme) de 2,6.

La moyenne d'âge était de 43,6 ans +/- 15,6 avec un âge minimum de 16 ans et un âge maximum de 81 ans. La médiane se situait à 45,8 ans.

58,3% des patients ont été inclus dans la ville de Montpellier qui est la préfecture et la ville la plus peuplée de la région.

La répartition entre primosuicidants et non primosuicidants était équilibrée avec un ratio (primosuicidant/ non primosuicidant) de 0,93.

Dans 36,8 % des cas le geste suicidaire était associé à la prise d'alcool.

Sur les 285 patients suivis à 6 mois, 242 (84.9%) n'ont pas récidivé et 43 (15.1%) ont récidivé. Parmi ces derniers, 39 ont refait une TS (13,7%) et 4 se sont suicidés (1,4%).

Tableau 1 : Données démographiques des patients évalués au 6<sup>ème</sup> mois.

<b>Total :</b>		<b>Effectif</b>	<b>%</b>
		<b>285</b>	
<b>Sexe</b>	Homme	79	27,7
	Femme	206	72,3
<b>Age (années)</b>	43,6 +/- 15,6		
<b>Primosuicidant</b>	Oui	137	48,1
	Non	148	51,9
<b>Ville</b>	Montpellier	166	58,3
	Nîmes	88	30,9
	Carcassonne	9	3,2
	Perpignan	22	7,7
<b>Nombre de contacts</b>	0	140	49,1
	1	83	29,1
	> 1	62	21,8
<b>Alcool</b>	Oui	105	36,8
	Non	162	56,8
	DM*	18	6,3

\*DM = donnée manquante

### 3) Étude comparative entre patients récidivants/non récidivants

#### A) Analyse univariée

Dans l'analyse univariée, le fait d'avoir eu au moins un contact avec le centre était significativement associé avec le risque de récurrence (OR = 3,83 IC95% [1,81 ; 8,12] ; p-value < 0,001). En faisant l'analyse sur le nombre de contact (0, 1 ou >1) nous pouvions suspecter un « effet dose » des contacts sur le risque de récurrence : 39,5% des sujets récidivants avaient eu plus d'un contact contre 18,6% chez les non récidivants (OR = 1,58 IC95% [0.73 ; 3.45]).

Chez ceux ayant eu des contacts nous avons analysé les contacts directs et indirects. Il n'a pas été possible de réaliser l'analyse concernant les contacts directs. Néanmoins, il n'y avait pas d'association significative entre le risque de récurrence et le fait d'avoir eu un contact indirect.

Chez les non-primosuicidants il n'y avait pas de différence significative sur le contact entre les patients ayant récidivés et ceux n'ayant pas récidivés (voir tableau 2b).

De plus le fait de ne pas être un primo-suicidant lors du recrutement était significativement associé avec le risque de récurrence (OR = 5,97 IC95% [2.56 ; 13.94] ; p-value < 0,001). De même, la consommation d'alcool lors de la TS à l'inclusion était significativement associée avec un risque de récurrence (OR = 2,12 IC95% [1.08 ; 4.18] ; p-value = 0,03).

En revanche il n'y avait pas de différences significatives au niveau du sexe (p-value = 0.98) avec environ 72% de femmes dans chaque groupe. Il n'y avait pas non plus de différences significatives au niveau de l'âge (moyenne environ égale à 43 ans et p-value = 0.63) ainsi qu'au niveau du lieu de recrutement (p-value = 0.75).

Les analyses sont détaillées dans les tableaux 2a et 2b.

Tableau 2a : Comparaison en fonction de récurrence pendant les 6 mois de suivis ou non

Variables	Récurrence				P-value	OR [IC 95%]
	Non		Oui			
	n	%	n	%		
	N= 242		N= 43			
<b>Sexe</b>					0.98	
Homme	67	27.7	12	27.9		
Femme	175	72.3	31	72.1		
<b>Age (années)</b>	43.84 (16.08)		42.59 (12.55)		0.63	
<b>Centre</b>					0.75	
Montpellier	140	57.9	26	60.5		
Autres	102	42.1	17	39.5		
<b>Primo suicidant</b>					<0.001	
Oui	130	53.7	7	16.3		1
Non	112	46.3	36	83.7		5.97 [2.56 ; 13.94]
<b>Alcool</b>					0.03	
Oui	83	36.6	22	55		2.12 [1.08 ; 4.18]
Non	144	63.4	18	45		1
<b>Contact</b>					<0,001	
Oui	112	46.3	33	76.7		3.83 [1.81 ; 8.12]
Non	130	53.7	10	23.3		1
<b>Nombre contact</b>					0.001	
0	130	53.7	10	23.3		4.91 [2.10 ; 11.51]
1	67	27.7	16	37.2		1
> 1	45	18.6	17	39.5		1.58 [0.73 ; 3.45]
<b>Chez ceux qui ont eu un contact</b>						
<b>Contact direct</b>					NA*	
Oui	110	98.2	33	100		
Non	2	1.8	0	0		
<b>Contact indirect</b>					0.62	
Oui	20	17.9	7	21.2		
Non	92	82.1	26	78.8		



Tableau 2b : Comparaison des contacts chez les non primosuicidants

<b>Récidive</b>						
<i>Variables</i>	<i>Non</i>		<i>Oui</i>		<i>P-value</i>	OR [IC 95%]
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
	<i>N= 112</i>		<i>N= 36</i>			
<b>Contact</b>					0.22 (Test exact de Fischer)	
Oui	102	91.1	30	83.3		
Non	10	8.9	6	16.7		
<b>Nombre contact</b>					NA*	
0	10	8.9	6	16.7		
1	63	56.3	16	44.4		
> 1	39	34.8	14	38.9		

\*NA = Non applicable

## B) Analyse multivariée

Les 3 variables « contact », « primosuicidant », « alcool » associées avec le risque de récurrence avec une  $p$ -value  $< 0,10$  en analyse univariée ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivarié. Le fait d'être non primo-suicidant lors de l'inclusion était la seule variable à rester significativement associée à un plus haut risque de récurrence : OR = 4,40 IC95% [1,22 ; 15,90] ;  $p$ -value = 0,02.

En revanche le fait d'avoir au moins un contact ( $p$ -value = 0,80) et la consommation d'alcool lors du geste ( $p$ -value = 0,10) n'étaient pas significativement associés au risque de récurrence (voir tableau 3).

Tableau 3 : Modèle multivarié des facteurs prédictifs de récurrences

<i>Variable</i>	<i>OR [IC 95%]</i>	<i>p-value</i>
<b>Primosuicidant</b>		<b>0.02</b>
Oui	1	
Non	4.40 [1.22; 15.90]	
<b>Alcool</b>		0.10
Oui	1.83 [0.90; 3.72]	
Non	1	
<b>Contact</b>		0.80
Oui	1.17 [0.35;3.91]	
Non	1	

#### 4) Description de la population « perdu de vue »

Le statut « perdu de vue » a été attribué par les vigilanseauses lorsque le patient ou son entourage restaient injoignables après plusieurs tentatives d'appels sur 3 jours et 3 horaires différents. Au cours de notre période d'étude, 230 patients ont été perdus de vue ce qui représente 39,2% des patients inclus. Les données épidémiologiques descriptives de ces patients sont présentées dans le tableau 4.

La majorité des perdus de vue était des femmes avec un sexe ratio (Femme/Homme) de 1,95.

La moyenne d'âge était de 39,0 ans +/- 14,6 avec un âge minimum de 16 ans et un âge maximum de 80 ans. La médiane se situait à 37,2 ans.

56,5 % des patients ont été inclus dans la ville de Montpellier.

La répartition entre primosuicidants et non primosuicidants était équilibrée avec un ratio (primo-suicidant/ non primo-suicidant) de 0,91.

Enfin chez 37,0 % des perdus de vue, le geste suicidaire était associé à la prise d'alcool.

Tableau 4 : Données démographiques des patients « perdu de vue ».

<b>Total :</b>		<b>Effectif</b>	<b>%</b>
		<b>230</b>	
<b>Sexe</b>	Homme	78	33,9
	Femme	152	66,1
<b>Age (années)</b>	39,0 +/- 14,6		
<b>Primosuicidant</b>	Oui	109	47,4
	Non	120	52,2
	DM*	1	0,4
<b>Ville</b>	Montpellier	130	56,5
	Nîmes	55	23,9
	Carcassonne	13	5,7
	Perpignan	32	13,9
<b>Alcool</b>	Oui	85	37,0
	Non	132	57,4
	DM*	13	5,6

\*DM = donnée manquante

## 5) Étude comparative entre perdus de vue et suivis à 6 mois

L'analyse comparative de la population « perdu de vue » avec celle suivie à 6 mois (tableau 5) nous a permis de mettre en évidence que les perdus de vue sont significativement plus jeunes : la moyenne d'âge est à 38,99 +/- 14,58 contre 43,65 +/- 17,18, OR = 1,02 IC95% = [1.01 ;1.03] ; p-value < 0,001.

Les perdus de vue ne diffèrent pas des patients analysés à 6 mois sur le sexe (p-value = 0,13), le fait d'être primosuicidant ou non (p-value = 0,91), d'avoir associé le geste à la prise d'alcool (p-value = 0,97) ou sur le centre de recrutement (p-value = 0,69).

Tableau 5 : Comparaison entre perdus de vue et suivis à 6 mois

<b>Perdus de vue</b>						
<i>Variables</i>	<i>Non</i>		<i>Oui</i>		<i>P-value</i>	<b>OR</b> [IC 95%]
	<i>N= 285</i>		<i>N= 230</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
<b>Sexe</b>					0.13	
Homme	79	27,7	78	33.9		
Femme	206	72,3	152	66.1		
<b>Age (années)</b>	43.65 (17.18)		38.99 (14.58)		<b>&lt;0,001</b>	1,02 [1.01 ;1.03]
<b>Centre</b>					0.69	
Montpellier	166	58,2	130	56.5		
Autres	119	41,8	100	43.5		
<b>Primosuicidant</b>					0.91	
Oui	137	48,1	109	47.6		
Non	148	51,9	120	52.4		
<b>Alcool</b>					0.97	
Oui	105	36,8	85	39.2		
Non	162	56,8	132	60.8		

## IV DISCUSSION

Avec un taux de décès par suicide de 14,1 pour 100 000 habitants l'Occitanie se situe à un taux proche de la moyenne nationale (14,9 pour 100 000 habitants en 2015) (26). Dans cette même région, environ 24 300 TS ont été déclarées chez les 18 – 75ans en 2017 (26). Les politiques de santé publique actives sur la problématique du suicide ont permis une réduction de 26% du taux de décès par suicide en France entre 2003 et 2014 (23). Malgré cela le suicide reste un problème de santé majeur et la première cause de décès chez les 20-24 ans dans notre région, devant les accidents de la voie publique.

Les patients ayant déjà effectué une tentative de suicide présentent un risque de passage à l'acte suicidaire bien plus élevé que la population générale (67). Les mois suivants une tentative de suicide représentent une période critique pour le patient. En effet cette période est décrite comme à fort risque de nouveau passage à l'acte (13% réitèrent dans les 12 mois) (26). Or chez ceux qui ont fait une tentative de suicide, l'adhésion à un traitement intensif au fil du temps est souvent médiocre (68). Les dispositifs de veille se distinguent des dispositifs d'intervention car ils n'envahissent pas le quotidien du patient et permettent ainsi une meilleure adhésion du patient. Le dispositif de veille Vigilans fait parti des dispositifs de prévention ciblée nouvellement déployés en France. Il associe plusieurs modalités de recontact (téléphonique/ carte postale/ « crisis card ») selon un algorithme développé grâce aux résultats de l'étude ALGOS.

Des études ont récemment été publiées sur les premiers résultats de l'implantation de Vigilans dans les Hauts de France. Le professeur Vaiva et son équipe ont tenté de mesurer l'évolution du nombre de tentatives de suicide avant et après son implantation dans la région Nord-Pas de Calais (69). Duhem et ses collègues se sont intéressés à l'évolution du nombre de levées de corps pour suicide par le département de médecine légale dans le Nord- Pas de Calais sur une période de 3 ans avant et après Vigilans ainsi que la mortalité par suicide dans la cohorte des patients inclus dans Vigilans en 2016 (70). Quant à l'étude conduite par le docteur Demesmaeker, elle avait pour objectif d'évaluer si l'action de Vigilans passe par la stimulation des consommations de soins des patients suicidants (71). Dans notre étude nous n'avons pas cherché à montrer l'efficacité du dispositif sur les

récidives suicidaires mais à mener une étude rétrospective comprehensive avec un focus sur les contacts.

Pour cela nous avons étudié l'ensemble des dossiers des patients inclus dans Vigilans entre mai 2016 et mai 2017, soit 587 dossiers. Lors de sa première année de déploiement dans l'ancienne région Languedoc Roussillon, les patients ont été inclus à partir de quatre villes : Montpellier, Nîmes, Carcassonne et Perpignan. Il s'agit des 4 préfectures des départements de l'Hérault, du Gard, de l'Aude et des Pyrénées orientales. Leurs SAU sont les principaux de leur département en terme de passages au SAU.

## **1) Concernant la population évaluée à 6 mois**

Après 6 mois de suivi, nous avons recensé 43 récurrences de gestes suicidaires (fatal ou non) sur 285 patients, ce qui représente 15% de l'effectif. 39 patients ont refait une tentative de suicide (13,7%) et 4 se sont suicidés (1,4 %). Dans la littérature nous avons comparé ces résultats à l'étude ALGOS qui proposait également plusieurs modalités de recontact selon le même algorithme et qui avait suivi les patients sur la même période (6 mois). Elle se rapprochait le plus de Vigilans et rendait la comparaison pertinente. Algos retrouvait que « 58 patients dans le groupe d'intervention (12,8%) ont eu une récurrence de tentative de suicide (fatal et non fatal) comparé au 77 (17,2%) dans le groupe contrôle » (72). Dans notre étude nous retrouvons un taux de récurrence cohérent avec celui retrouvé dans ALGOS. Pour cette population il aurait été intéressant d'obtenir une courbe de survie mais la qualité du recueil des données ne permettait pas d'avoir la date exacte de la récurrence du geste suicidaire.

Concernant le critère de jugement principal, nous avons simplifié les contacts en oui/non sans faire la distinction entre les appels émis/appels reçus. Ces données auraient été pertinentes mais la qualité du recueil de données ne nous aurait pas permis de le faire de façon fiable.

33 patients ayant récidivé dans les 6 mois avaient eu au moins 1 contact (77,6%) contre 112 (46,3%) chez les non réitérants. Le fait d'avoir eu un contact est associé à un risque de récurrence plus important : OR = 3,83 IC95% = [1.81 ; 8.12] ;  $p < 0,001$ , en analyse univariée.



Cependant, lors de l'analyse multivariée des variables associées avec le risque de récurrence avec une p-value < 0,10 en analyse univariée, seul le fait d'être non primosuicidant est associé à un risque plus élevé de récurrence. Les non primosuicidants représentaient 83,7% des patients récidivants contre 46,3% chez ceux n'ayant pas récidivé. Or les modalités de recontact entre les primo-suicidants et non primosuicidants diffèrent : un contact est prévu entre J10 et J21 dans le premier groupe.

Afin de limiter ce biais de confusion nous avons fait une analyse de sous-groupe chez les non primosuicidants pour comparer les récidivants des non récidivants sur les contacts. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes sur le facteur contact. Au vu des résultats de l'analyse du nombre de contacts nous suspicions un « effet dose » : plus le patient a de contacts, plus il est à risque de récidiver ? Cet effet n'a pas été retrouvé lors de l'analyse du sous-groupe des non primosuicidants même si le faible effectif ne nous permet pas de conclure sur ce point. D'autres facteurs de confusion non analysés dans notre étude ont pu intervenir. Les patients ayant eu des contacts avec le dispositif étaient-ils plus en détresse ? Avaient-ils plus de comorbidité psychiatrique ? L'analyse des données issues du MINI pourrait nous éclairer sur ce point.

Notre travail ne nous a pas permis de conclure sur l'effet protecteur ou non des contacts téléphoniques auprès des patients inclus dans le dispositif Vigilans. Cependant nous rappelons que le dispositif est en lien avec le patient également par le biais de l'envoi de cartes postales. L'effet de l'envoi des cartes postales n'a pas pu être mesuré dans notre étude.

Lors de l'analyse des critères de jugement secondaires, seul le fait d'être non primosuicidant est prédictif de récurrence de suicide : OR = 4,40 IC95% [1.22; 15.90] ; p = 0,02. Cette donnée rend pertinente l'appel entre J10 et J21 chez les non primosuicidants. Dans notre étude tous les patients ont au moins un ATCD de TS et sont donc à très haut risque de récurrence (67). Néanmoins il existe une différence importante sur le nombre d'ATCD de TS entre les primosuicidants et les non primosuicidants. Une analyse sur le nombre d'ATCD de TS à la recherche d'un "effet dose" (Est ce qu'il y a une corrélation entre le nombre d'ATCD de TS et le risque de suicide?) serait intéressante.

## 2) Concernant les perdus de vue

Dans notre étude 230 patients ont été perdus de vue ce qui représente 39,2% des patients inclus dans Vigilans. Nous rappelons que ce statut a été attribué par les vigilanseuses, théoriquement après au moins 3 tentatives d'appel, sur au moins 3 créneaux horaires différents. Dans l'étude ALGOS, à la fin du suivi à 6 mois, 8,6% des patients étaient perdus de vue, ce pourcentage augmentant à 16% lors du suivi à 13 mois (72). Dans l'étude SYSCALL les patients inclus avaient été pris en charge aux urgences pour une TS par IMV. Ils étaient randomisés dans 3 groupes : un groupe contrôle, un recevant un appel téléphonique à 1 mois, un autre à 3 mois. A la fin de la période de suivi de 13 mois 9% des patients étaient perdus de vue (73).

Plusieurs biais peuvent expliquer le pourcentage élevé de nos perdus de vue par rapport aux études citées précédemment. Contrairement aux études ALGOS et SYSCALL, le recueil du consentement du patient n'était pas demandé au patient avant l'inclusion dans le dispositif Vigilans puisqu'il ne s'agit pas d'entrée dans une étude médicale mais bien d'une prise en charge proposée par le médecin des urgences. Lorsque le patient ne répondait pas après 3 appels sur 3 créneaux horaires et 3 jours différents le patient était classé dans les perdus de vue sans qu'une « enquête » ne soit faite auprès de l'entourage du patient ou de son médecin traitant afin de s'assurer que le patient était en vie. Bien que prévenu la veille par SMS des appels de Vigilans, le numéro affiché sur le portable des patients était un « numéro inconnu » ou « masqué » et nous pensons que cela a amené des patients à ne pas répondre aux appels.

Autre point à souligner, les vigilanseuses contactaient les patients uniquement les jours de semaine, du lundi au vendredi, aux heures ouvrées (de 10h à 18h) et la règle des 3 créneaux horaires différents n'était pas toujours respectée. Nous pensons que cela a aussi conduit à une surestimation des perdus de vue.

Avec une moyenne d'âge de 39 ans les perdus de vue sont significativement plus jeunes OR = 1,02 IC95% = [1.01 ; 1.03] ; p-value < 0,001. Cet effet de l'âge était également retrouvé dans l'étude ALGOS : l'âge moyen chez les perdus de vue à 6 mois était de 33,6 contre 38,7 chez les non perdus de vue, p-value < 0,001 (72).

Alors que dans l'étude ALGOS les hommes étaient plus souvent perdus de vue (50,6% contre 35,2% chez les non perdus de vue, p-value = 0,005 (72)) ainsi que dans l'étude SYSCALL (38% versus 27%; p-value = 0.07 (55)), nous n'avons pas trouvé de différence significative sur ce critère (33,9% contre 27,7%, p-value = 0,13).

L'association du geste suicidaire à la prise d'alcool était significativement plus présente chez les perdus de vue de l'étude SYSCALL (53% versus 40%; p= 0.05 (55)). Comme ALGOS, nous n'avons pas retrouvé de différence sur ce critère dans notre étude. Il en est de même pour les autres caractéristiques étudiées, à savoir le centre d'inclusion et le fait d'être primo-suicidaire.

Fort de ces résultats nous pouvons conclure qu'il y a peu de différences entre les deux groupes, y compris sur le facteur de risque principal de récurrence : le fait d'être non primosuicidaire. Cela nous laisse penser que nos résultats sur les patients évalués à 6 mois sont généralisables aux perdus de vue et donc que le taux de récurrence suicidaire chez les perdus de vue serait similaire.

En pratique, nos résultats ne nous ont pas permis d'identifier d'indicateur sur lequel focaliser l'attention des médecins traitants des patients inclus dans Vigilans.

De plus nous n'avons pu analyser que 5 critères, tous disponibles lors de l'inclusion du patient dans Vigilans. Il existe probablement d'autres facteurs prédictifs de perte de vue. Il serait notamment intéressant d'étudier les ATCD psychiatriques, la situation socio-économique ou encore l'offre de soins disponible pour le patient.

Les recontacts par SMS ont déjà démontré leur potentiel pour rétablir le lien entre les patients suicidaires et les services de gestion de crise lorsqu'ils présentaient des idées suicidaires (74). D'autres nouvelles technologies, comme les mails ou les applications mobiles pourraient être utilisées comme outils de recontact. Nous pensons qu'elles pourraient diminuer les pertes de vue notamment en offrant un soutien technologique simple et facilement réutilisable contrairement aux appels téléphoniques chronophages et demandant beaucoup de personnels. L'étude SIAM sur le recontact par SMS est en cours, il sera intéressant d'observer ces résultats sur les perdus de vue. En outre il est probable que les recontacts basés sur ces nouvelles technologies aient un effet spécifique chez les plus jeunes.

### 3) Lien avec le médecin généraliste

Les médecins généralistes sont particulièrement exposés aux suicides comme nous l'avons vu dans l'introduction. Vigilans doit être un outil d'information et d'aide à la prise en charge des patients ayant des idées suicidaires. Afin de faciliter l'articulation du dispositif avec la médecine de ville, une plaquette explicative est adressée aux médecins traitants lors de chaque envoi de courrier d'inclusion. Un numéro de téléphone leur est spécifiquement attribué afin de pouvoir joindre directement un psychiatre du dispositif. Au cours de notre étude, les vigilanseuses ont eu un contact indirect avec seulement 27 patients suivis à 6 mois (9,5% de l'effectif). Les contacts indirects regroupent aussi bien les contacts avec l'entourage familial que les professionnels de santé (médecin traitant mais également les psychiatres et les services d'urgences). Nous n'avons pas fait la distinction des appels émis et reçus. Ainsi nous ne connaissons pas le nombre d'appels émis par les médecins traitants avec le dispositif mais nous pouvons estimer qu'il est bien plus faible encore. Même si les données ont été recueillies lors de la première année de déploiement du dispositif dans le Languedoc Roussillon et que le dispositif était encore peu connu par les professionnels de santé, ces résultats suggèrent qu'en pratique la coordination entre le dispositif et le médecin traitant fait défaut.

Pour étayer ce point nous pouvons nous appuyer sur les résultats des travaux du Dr Julie Fontaine qui a présenté en 2017 une thèse portant sur le « Dispositif Vigilans : évaluation qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ». Pour son travail de thèse elle a mené des entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins traitants de patients ayant bénéficié de la totalité du dispositif. Les thèmes abordés lors des entretiens portaient sur la « connaissance du dispositif », « l'appropriation du dispositif », « relations entre professionnels, avis spécialisé ». Son travail met en avant le manque de connaissance du dispositif : « Concernant l'algorithme, il n'était généralement pas identifié, les médecins interrogés ne discernaient pas la prise en charge du primo suicidant de celle du patient récidivant sa tentative de suicide. », « La durée de veille était également inconnue par la plupart des personnes interviewées. » ou encore « En général, les médecins généralistes ont identifié le mode de fonctionnement pour les patients [...] mais le plus

souvent ils ne savaient pas comment l'utiliser eux, en tant que professionnel de santé » (75).

Plus dommageable encore, les médecins interviewés déclaraient se sentir démunis devant des patients suicidants, ciblant un manque de temps et de moyens ainsi que l'intérêt d'un numéro d'urgence. Pourtant il existe un numéro pour les professionnels qui pourrait répondre à cette contrainte de temps et d'urgence en organisant la coordination des soins. Ce numéro est indiqué dans la plaquette présentant le protocole de soins qui est normalement envoyée lors de toute entrée de patient dans Vigilans. Le Dr Fontaine met en évidence un problème logistique : plusieurs médecins ont déclaré ne pas avoir reçu la plaquette quand certains avouent ne pas avoir fait attention à la plaquette explicative. Au vu de l'organisation des différents cabinets de médecine générale, la question de l'élimination de la plaquette par la secrétaire lors de l'ouverture du courrier et avant transmission au médecin, peut se poser. C'est en tout cas le cas des nombreuses publicités reçues par les médecins. En outre 40% des médecins interrogés ont déclaré ne pas savoir comment utiliser le dispositif « je ne savais pas que je pouvais l'utiliser » (M11), « je ne l'ai pas utilisé et je ne sais pas comment l'utiliser surtout » (M12).

Un autre point souvent abordé par les médecins généralistes est le souhait d'une information plus rapide et directe lors de la tentative de suicide de leurs patients. La plupart des médecins était en demande d'un contact téléphonique (voir de SMS ou de mails) de la part du dispositif, pour les prévenir de la tentative de suicide de leur patient. Ce mode de communication permettrait selon eux une information plus rapide, plus personnelle et une amélioration de communication entre les différents secteurs. « Peut-être avoir un peu plus de contact avec les psys, celui qui a vu le patient, un coup de fil ça serait bien » (75).

A la lumière de ces différents résultats, il semble important d'améliorer les connaissances du dispositif Vigilans auprès des médecins traitants et de repenser le mode de transmission des informations pour qu'il soit plus efficace et plus rapidement porté à la connaissance des médecins généralistes.

## V CONCLUSION

Notre étude a montré que les non primosuicidants sont plus à risque de récurrence que les primosuicidants. Il n'a pas été possible de montrer l'effet protecteur du contact téléphonique sur la récurrence de geste suicidaire. En outre l'analyse des contacts indirects nous a permis de constater que les médecins généralistes appellent peu le dispositif. Pourtant ils jouent un rôle primordial dans la prise en charge de ces patients à haut risque de récurrence. Nous devons améliorer la coordination et l'efficacité de la mise en relation entre médecine de ville et Vigilans. Pour cela l'amélioration des connaissances du dispositif Vigilans et de son usage par les médecins généralistes est un préalable indispensable. La réflexion autour du partage des informations semble également essentielle et pourrait faire l'objet d'un travail de thèse.

En dehors du fait que les perdus de vue sont plus jeunes, nous n'avons pas identifié d'indicateur sur lequel focaliser l'attention des médecins traitants.

Le développement de nouveaux moyens de recontacts utilisant des nouvelles technologies comme les SMS ou les applications mobiles pourrait avoir un double effet bénéfique. Par son effet spécifique chez les plus jeunes il pourrait diminuer les perdus de vue. Par sa rapidité de diffusion des informations il pourrait permettre l'amélioration de la coordination des soins entre le dispositif et la médecine de ville.

## VI BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Prévention du suicide [Internet]. WHO. [cited 2017 Feb 9]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/fr/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/).
2. Vaiva G., Genest P., Chastang F., Brousse G., Jardon V., Garré J. et al., 2010, Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant : premiers résultats de l'étude Imtap, 42e journée du Groupement d'étude et de prévention du suicide, Versailles. :30.
3. Vinet M-A, Jeanic AL, Lefèvre T, Quelen C, Chevreul K. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. 28 févr 2014;
4. OMS | Suicide [Internet]. WHO. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
5. Durkheim É, Paugam S. Le suicide : étude de sociologie. 14e édition. Paris: PUF; 2013. [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: [https://www.puf.com/content/Le\\_suicide](https://www.puf.com/content/Le_suicide)
6. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
7. Courtet P, Sénèque M, Olié É. Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires.
8. Oquendo MA, Baca-García E, Mann J, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal Behavior as a Separate Diagnosis on a Separate Axis. *Am J Psychiatry*. nov 2008;165(11):1383-4.
9. CIM-10 FR à usage PMSI [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_0.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf)
10. Bernus D. Suicide : Plaidoyer pour une prévention active, *Journal officiel de la république Française*. (février 2013).
11. Décret no 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons-decret.pdf>
12. Observatoire national du suicide (ONS)- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Suicide : état des lieux des connaissances et perspective de recherche - 1er rapport/novembre 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide->

ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er

13. Inserm CépiDc [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/qui-sommes-nous/le-cepidc>

14. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jouglà E., 2011, « Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 », Bull Épidémiol Hebd, 47-48, p. 497-500. [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: [http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=bulletin\\_display&id=19863](http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=bulletin_display&id=19863)

15. Rapport des hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'OScour 2007-2011 [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_hospitalisations\\_tentative\\_suicide\\_france\\_pmsi-mco\\_oscour\\_2007-2011-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf)

16. Bulletin du réseau OSCOUR® n°730 du 2 avril 2019 - Santé publique [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/129542/1976057>

17. Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: </surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>

18. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 - Direction Générale de la santé bureau de la santé mentale SD6 C [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nat-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf)

19. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)

20. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>

21. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014-2.pdf). :96.



22. Plan d'action pour la santé mentale 2013 - 2020 [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506?sequence=1>
23. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
24. BEH février 2019 : suicide et tentative de suicide: données épidémiologiques récentes [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-fevrier-2019-n-3-4>
25. ons2016\_fiche1.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_fiche1.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_fiche1.pdf)
26. Santé publique France – Bulletin de santé publique – Février 2019 – Occitanie - [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/50303/1086305>
27. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064–74.
28. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 1 juill 2016;3(7):646-59.
29. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika W, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int J Epidemiol*. déc 2007;36(6):1235-42.
30. Pirkis J, Spittal MJ, Cox G, Robinson J, Cheung YTD, Studdert D. The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 1 avr 2013;42(2):541-8.
31. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Arensman E, Corcoran P, Cooper J, et al. Impact of different pack sizes of paracetamol in the United Kingdom and Ireland on intentional overdoses: a comparative study. *BMC Public Health*. 10 juin 2011;11:460.
32. Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis | *The BMJ* [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b2270>

33. Søndergård L, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Continued antidepressant treatment and suicide in patients with depressive disorder. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2007;11(2):163-75.
34. Søndergård L, Kvist K, Andersen PK, Kessing LV. Do antidepressants prevent suicide? *Int Clin Psychopharmacol.* juill 2006;21(4):211.
35. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 27 juin 2013;346:f3646.
36. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA.* 17 sept 2003;290(11):1467-73.
37. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 10 nov 2010;(11).
38. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. *Drugs RD.* mars 2015;15(1):37-43.
39. Robinson J, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* janv 2011;45(1):3-26.
40. Taylor LMW, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behav Cogn Psychother.* oct 2011;39(5):619-25.
41. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav.* juin 2007;37(3):284-90.
42. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* sept 2010;48(9):832-9.
43. Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health.* 18 juill 2007;7:161.
44. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised,

controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 18 avr 2015;385(9977):1536-44.

45. Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*. 1 juin 2008;95 Suppl 1:S60-73.

46. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva, Switzerland; International Association for Suicide Prevention (IASP): World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; 2008.

47. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The viennese experience 1980–1996. *Arch Suicide Res*. 1 janv 1998;4(1):67-74.

48. Programme Papageno France [Internet]. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/>

49. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu S-M, Gerhard T, et al. Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*. 1 nov 2016;73(11):1119-26.

50. Guthrie E, Patton GC, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoningCommentary: Another kind of talk that works? *BMJ*. 21 juill 2001;323(7305):135.

51. Vaiva G, Jardon V, Ducrocq F, Grandgenèvre P, Debien C, Berrouiguet S, et al. Surveillance Is a Powerful Tool to Prevent Suicidal Acts. In: Courtet P, éditeur. *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cité 9 août 2019]. p. 269-79. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-26282-6\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-319-26282-6_22)

52. Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr Serv*. 1 juin 2001;52(6):828-33.

53. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, Este CD. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 6 oct 2005;331(7520):805.

54. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. août 2005;187(2):186-7.

55. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, et al. Systematic telephone contacting of patients leaving the Emergency Department after a suicide attempt: does it affect the one-year outcome ? SYSCALL, a randomized controlled study. :21.
56. Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P, et al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*. 18 nov 2014;14:294.
57. Baromètre du numérique 2018 - 18ème édition [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <https://labo.societenumerique.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/12/barometredunumerique2018.pdf>
58. Morgan HG. Suicide and its Prevention - *Journal of the Royal Society of Medicine* Volume 82 November 1989. :1.
59. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. mars 2015;206(3):184-90.
60. 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. *J Affect Disord*. avr 2015;175:66-78.
61. Kapur et al. - 2013 - Messages from Manchester pilot randomised control.pdf [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/9F90D30BE3BC5A9D38874A40A827298D/S0007125000009387a.pdf/messages\\_from\\_manchester\\_pilot\\_randomised\\_controlled\\_trial\\_following\\_selfharm.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/9F90D30BE3BC5A9D38874A40A827298D/S0007125000009387a.pdf/messages_from_manchester_pilot_randomised_controlled_trial_following_selfharm.pdf)
62. Vaiva G, Berrouiguet S, Walter M, Courtet P, Ducrocq F, Jardon V, et al. Combining Postcards, Crisis Cards, and Telephone Contact Into a Decision-Making Algorithm to Reduce Suicide Reattempt: A Randomized Clinical Trial of a Personalized Brief Contact Intervention. *J Clin Psychiatry*. 25 sept 2018;79(6):0-0.
63. 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*. 2 janv 2011;11(1):1.

64. 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*. 1 janv 2019;45:S13-21.

65. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. juin 2002;159(6):909-16.

66. Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Sante Publique (Bucur)*. 2002;Vol. 14(3):263-73.

67. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, Sivilotti MLA, Hutson JR, Mamdani MM, et al. Risk of Suicide Following Deliberate Self-poisoning. *JAMA Psychiatry*. juin 2015;72(6):570-5.

68. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med*. sept 1995;25(5):963-70.

69. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-PasdeCalais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*. 1 janv 2019;45:S22-6.

70. 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*. 1 janv 2019;45:S38-41.

71. Demesmaeker A, Benard V, Leroy A, Vaiva G. Impacts d'un système de veille en prévention du suicide sur les consommations de soins. *L'Encéphale*. 1 janv 2019;45:S27-31.

72. Vaiva G, Berrouiguet S, Walter M, Courtet P, Ducrocq F, Jardon V, et al. Combining Postcards, Crisis Cards, and Telephone Contact Into a Decision-Making Algorithm to Reduce Suicide Reattempt: A Randomized Clinical Trial of a Personalized Brief Contact Intervention. *J Clin Psychiatry*. 25 sept 2018;79(6):0-0.

73. 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.

74. Berrouiguet S, Larsen ME, Mesmeur C, Gravey M, Billot R, Walter M, et al. Toward mHealth Brief Contact Interventions in Suicide Prevention: Case Series From the Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM) Randomized Controlled Trial. *JMIR MHealth UHealth*. 10 janv 2018;6(1):e8.

75. Thèse de Médecine Générale du Dr Fontaine J. « Dispositif Vigilans: évaluation qualitative des médecin généralistes dans la région Nord-Pas-de-Calais » [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b81c9941-7021-4f74-a107-80a1c2b5d8e3>

## VII INDEX DES ACRONYMES UTILISES

- ARS : Agence Régional de Santé
- ATCD : Antécédent
- CépiDc Centre épidémiologique des causes de décès
- CESE : Conseil économique, social et environnemental
- CIM : la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé
- CHRU : Centro Hospitalier Régional Universitaire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CSSRS : Columbia Suicide Severity Rating Scale
- DM : Donnée manquante
- DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire
- InVS : Institut de Veille Sanitaire
- LR : Languedoc-Roussillon
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MG : Médecin Généraliste
- MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
- NA : Not Applicable
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONS : Observatoire national du suicide
- OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
- PHRIP : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
- PMSI : Programme de médicalisation du système d'information
- RIMP : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie
- RPU : Résumé de Passage aux Urgences
- SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
- TS : Tentative de suicide

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*



## **Résumé :**

**Introduction :** En 2015, 747 personnes résidant en Occitanie se sont suicidées, soit un taux de décès par suicide de 14,1/100 000 habitants (moyenne nationale de 14,9 pour 100 000 habitants). Dans cette même région, environ 24 300 tentatives de suicide ont été déclarées chez les 18 – 75ans en 2017. Au sein des champs de la prévention demeure celui de la prévention ciblée auprès des individus à fort risque de décès par suicide comme les patients ayant un antécédent de tentative de suicide. Vigilans fait partie de ces dispositifs de prévention ciblée.

**Objectifs :** Déterminer si, parmi les patients ayant bénéficié de la veille, il existait une différence en terme du nombre de contacts avec l'équipe Vigilans entre les patients ayant récidivé et les patients n'ayant pas récidivé à 6 mois.

Dans un second temps nous comparerons les patients ayant eu l'évaluation du 6<sup>ème</sup> mois avec les patients perdus de vue afin d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs de perte de vue.

**Résultats :** 285 patients ont été suivis à 6 mois. Parmi eux 43 (15,1%) ont eu une récurrence de geste suicidaire (fatale ou non). Le fait d'avoir eu au moins un contact avec le centre était significativement associé avec le risque de récurrence (OR = 3,83 IC95% [1,81 ; 8,12] ; p-value < 0,001). En analyse multivariée, seul le fait d'être non primo-suicidaire lors de l'inclusion était associé à un plus haut risque de récurrence : OR = 4,40 IC95% [1,22 ; 15,90] ; p-value = 0,02.

Les perdus de vue sont significativement plus jeunes : la moyenne d'âge est à 38,99 +/- 14,58 contre 43,65 +/- 17,18 chez les patients suivis à 6 mois, OR = 1,02 IC95% = [1,01 ; 1,03] ; p-value < 0,001.

**Conclusion :** Les non-primosuicidaire sont plus à risque de récurrence suicidaire que les primo-suicidaire. Il n'a pas été possible de montrer l'effet protecteur du contact téléphonique.

L'utilisation des nouvelles technologies comme moyen de recontact pourrait diminuer les perdus en vue et favoriser la coordination entre les médecins traitants et Vigilans.

**Mots clés :** Suicide, tentative de suicide, Vigilans, dispositif de veille, perdu de vue