EVAREST 1 : Etude quantitative du dispositif de veille nancéien "RESTER EN CONTACT" dans la prévention de la récidive suicidaire

Léna Bouvet, Monika Saison

▶ **To cite this version:**

Léna Bouvet, Monika Saison. EVAREST 1 : Etude quantitative du dispositif de veille nancéien "RESTER EN CONTACT" dans la prévention de la récidive suicidaire. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297481

HAL Id: hal-03297481
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297481

Submitted on 23 Jul 2021

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE 2018 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du 3e cycle de Médecine Spécialisée

par

BOUVET Léna

et

SAISON Monika

le 5 novembre 2018

EVAREST 1 :

ÉTUDE QUANTITATIVE DU DISPOSITIF DE VEILLE NANCÉIEN "RESTER EN CONTACT" DANS LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN	Président
Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT	Juge
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH	Juge
Madame le Dr Catherine PICHENE	Juge et Directrice
Madame le Dr Fabienne LIGIER	Juge et Directrice

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ de MÉDECINE NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : /

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET
Pierre MATHIEU - Michel MERLE – Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2e sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY
Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
3e sous-section ***(Biologie cellulaire)***
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3e sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4e sous-section : ***(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)***
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT
2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3e sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN
4e sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5e sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2e sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3e sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2e sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3e sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4e sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2e sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1re sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2e sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4e sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)***
Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2e sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)***
Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)
5e sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Psychiatrie Adute,
Président du jury et Juge,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et d'accompagner notre travail.

Dès nos premiers pas dans notre formation d'interne, vous avez su nous inspirer et nous guider sur ce chemin à la fois complexe et vertueux qu'est la pratique de la psychiatrie.

Votre attitude douce et attentionnée envers les patients a marqué notre façon de travailler et nous vous en serons pour toujours reconnaissantes.

A Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Réanimation,
Chevalier dans l'ordre des palmes académiques,
Juge,

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Pouvoir entendre votre avis sur notre travail est pour nous un véritable honneur, et nous apprécierons infiniment votre jugement issu de l'expérience dont vous disposez après avoir pris soin en première ligne des patients suicidants.

A Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Pédopsychiatrie et addictologue,
Juge,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger notre travail.

Votre expérience et vos qualités pour la transmettre nous a toujours passionnées.

Pouvoir suivre vos cours était un véritable privilège, et c'est de nouveau avec plaisir et humilité que nous recevrons votre jugement de ce travail de thèse.

À Madame le Docteur Catherine PICHENÉ,
Psychiatre hospitalier,
Jury et Directrice,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de nous guider dans notre travail pendant presque trois ans.

Vous nous avez introduites au monde qui était pour nous à l'époque peu connu de la recherche sur les outils de veille sanitaire, et nous avez laissées puiser dans votre savoir sur ce sujet.
Vos remarques tout au long de notre travail nous ont permis d'y voir plus clair et chaque échange était pour nous une occassion d'approfondir nos connaissances.

Veuillez recevoir le signe de la profonde gratitude dont nous vous temoignons.

À Madame le Docteur Fabienne LIGIER,
Pédopsychiatre et Epidémiologiste,
Jury et Directrice,

Nous ne pourrons jamais assez vous remercier pour votre accompagnement tout au long de notre travail.

Votre aide précieuse nous a permis d'avancer dans ce travail hardu qu'est l'écriture d'une thèse et surtout d'un article scientifique, et ce malgré la distance qui nous séparait durant son achèvement.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissantes.

Remerciements de Monika

À Léna, pour son soutien, sa compréhension et patience, ainsi que son humour, sans lequel le travail commun n'aurait sûrement pas été aussi agréable !

Rodzicom, za wsparcie i słowa otuchy w chwilach zwątpienia.

À mon mari, pour son amour inconditionnel.

À mon fils, Victor, d'avoir illuminé chacune de mes journées depuis sa venue au monde.

Remerciements de Léna

A Monika, pour ces années de travail passées ensemble, illuminées par ta bienveillance, tes remarques toujours très pertinentes, et bien sûr nos échanges humoristiques du soir lors de l'écriture de la thèse :) . Je n'aurais jamais pu espérer de meilleure co-thésarde que toi. Je te souhaite un maximum de bonheur avec ton chéri et Victor !

A mes parents, pour les valeurs qu'il m'ont inculquées, notamment le respect et la persévérance, même dans les moments les plus difficiles.

A Jérôme, mon amour, l'étoile de ma vie. Vivre à tes côtés est une chance que je ne peux décrire rien qu'avec des mots. Tu as su me donner la force pour changer la qualité de ma vie et je t'en remercie profondément.

A Charlie, mon enfant, toujours dynamique et curieuse. Je suis chaque jour très fière de tes progrès et j'espère pouvoir t'apporter tout le soutien qu'une mère peut apporter à sa fille, en toutes circonstances.

A ma chère équipe de co-internes, Arthur (je suis très contente de fêter ma thèse avec toi !), Ophélie et Armand : merci pour votre présence et votre gentillesse depuis mon arrivée à Nancy.

A toutes les équipes avec lesquelles j'ai travaillé et qui m'ont vu grandir comme interne, je vous remercie pour l'expérience que vous m'avez transmise, et que j'utiliserai, j'espère, à bon escient. Je remercie tout particulièrement les équipes de pédopsychiatrie de l'hôpital de Ravenel, mes consoeurs médecins Nathalie, Anouk, Maïté, Lydia, Aurélie et Emmanuelle, les équipes du Tremplin et CMP enfants et ados, pour votre accueil très chaleureux et votre écoute, qui sont autant de qualités qui ont tendance à disparaître de nos jours mais que vous avez su préserver, ce qui me touche énormément.

A tous mes amis de longue date, que je n'oublie pas.

A Laura ... A jamais ma chérie. Nineteen Forever. "Un oiseau chante, je ne sais où, c'est je crois ton âme qui veille, les mois comme toujours ont passé, les saisons, mais moi, je suis resté le même" (Feu! Chatterton, *souvenir*).

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et

je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 17

Première partie de la thèse : présentée par Léna Bouvet

I. INTRODUCTION 18

II. EPIDEMIOLOGIE 20

III. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE ET PSYCHOPATHOLOGIE 25

III. a) Facteurs de risque suicidaire 25

III. b) Psychopathologie des conduites suicidaires 27

III. c) Aspect physiopathologique des conduites suicidaires 34

Deuxième partie de la thèse : présentée par Monika Saison

IV. HISTOIRE DE LA PREVENTION DU SUICIDE 38

V. HISTORIQUE DES OVS 41

VI. LES OVS : MODE D'ACTION 43

VI. a) OVS – par quel biais les suicidants sont-ils contactés? 43

VI. b) OVS – mécanismes d'action 44

VII. PROTOCOLE RESTER EN CONTACT 46

Troisième partie de la thèse : présentée par Léna Bouvet

VIII. ARTICLE 50

Quatrième partie de la thèse : présentée par Monika Saison

IX. DISCUSSION ET PERSPECTIVES 67

IX. a) Difficultés méthodologiques 67

IX. b) Ressenti des patients en ce qui concerne les OVS 69

IX. c) Evaluation médico économique 71

IX. d) Intérêt d'une articulation des OVS et des différents acteurs du système de santé 73

IX. e) Place des nouvelles technologies dans les conduites suicidaires 75

X. CONCLUSION 78

XI. ANNEXES 79

XII. BIBLIOGRAPHIE 82

LISTE DES ABREVIATIONS

5-HIAA : acide 5-hydroxyindolacétique
APA : American Psychiatric Association
BCI : Brief Contact Intervention
CépiDc : Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès
CHRU : Centre Hospitalier Regional Universitaire
CRP : C-Reactive Protein
DIM : Département d'Information Médicale
DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EAAD : European Alliance Against Depression
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
ESPAD : European School Project on Alcohol and other Drugs
ESPT : Etat de Stress Post Traumatique
GEPS : Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide
IL : InterLeukines
IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
INVS : Institut de Veille Sanitaire
MSA : sécurité sociale agricole
NAAD : Nuremberg Alliance Against Depression
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONS : Observatoire National du Suicide
OVS : Outils de Veille Sanitaire
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RUD : Risque Urgence Dangerosité
SAS : Statistical Analysis System
SEYLE : Saving and Empowering Young Lives in Europe
SIAM : Suicide Intervention Assisted by Messages
SUPRE-MISS : SUicide PREvention - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours
TAU : Treatment As Usual
TNF : Tumor Necrosis Factor
TS : Tentative de Suicide
TSI : Tentative de Suicide Index
UAUP : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques
URC ECO : Unité de Recherche en Economie de la santé
YAM : Youth Aware of Mental health

I. INTRODUCTION

Même s'il a connu une décroissance ces dernières années, le suicide demeure l'une des causes majeures de décès en France. Il touche toutes les catégories d'âge. Selon le 1er rapport de L'Observatoire National du Suicide (ONS), en France métropolitaine, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés, soit près de 24 décès par jour. D'un point de vue mondial, les suicides comptent pour la moitié des morts masculines violentes. (1)

La tentative de suicide (TS) fait partie des nombreux facteurs de risque de suicide et les mesures visant à réduire le taux de récidive suicidaire s'intègrent ainsi dans la prévention du suicide. Le nombre de TS est très élevé : 200 000 tentatives par an en France en 2015 selon le ministère des solidarités et de la santé. La récidive suicidaire est estimée entre 20 et 30% durant la première année suivant la tentative, les premiers mois étant les plus à risque. (2)

La compréhension des facteurs amenant une personne à réaliser un acte suicidaire est essentielle pour le prévenir, ce qui reste complexe car de multiples facteurs sont intriqués (facteurs de risque, évènements de vie négatifs…) et il existe plusieurs significations à cet acte qui sont extrêmement variables d'un sujet à l'autre. L'importance de la prévention du risque suicidaire a été largement évoquée et repose avant tout sur l'identification d'une situation de crise faisant basculer le sujet ayant des idées suicidaires au passage à l'acte (TS, suicide).

Parmi les dispositifs qui ont prouvé leur efficacité pour lutter contre la récidive suicidaire, nous retrouvons la mise en place de lignes téléphoniques pour des personnes en détresse, de protocoles de recontact auprès des suicidants, et le renforcement du contrôle des moyens létaux (contrôle de la détention d'armes à domicile, réduction du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville, etc). A titre d'exemple, on peut citer l'organisation "European Alliance Against Depression (EAAD)(3)", fondée en 2004, réseau d'experts européen qui répertorie différents types de stratégies de prévention du suicide, avec une intervention basée sur 4 niveaux d'action : augmenter le niveau de connaissances sur le suicide en population générale par le biais de médias locaux, former des sentinelles tels que des enseignants ou des officiers de police, cibler les personnes les plus à risque de suicide, et former les professionnels de santé de première ligne. Cette corporation fut fondée après le succès d'une intervention de prévention qui avait utilisé les mêmes méthodes, et qui avait été menée en Allemagne : "Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)". Cette intervention avait permis une réduction de 24% du nombre d'actes suicidaires (TS et décès par suicide confondus).

Les outils de veille sanitaire (OVS) ont été déployés depuis plus de 50 ans. C'est dans ce contexte que le dispositif de "Rester en contact" nancéen a vu le jour. Il s'agit d'un OVS qui se propose de recontacter à intervalles réguliers chaque patient dont le motif de passage aux urgences de Nancy est une TS.

Notre travail vise à évaluer l'impact de ce dispositif sur la diminution de la récidive suicidaire.

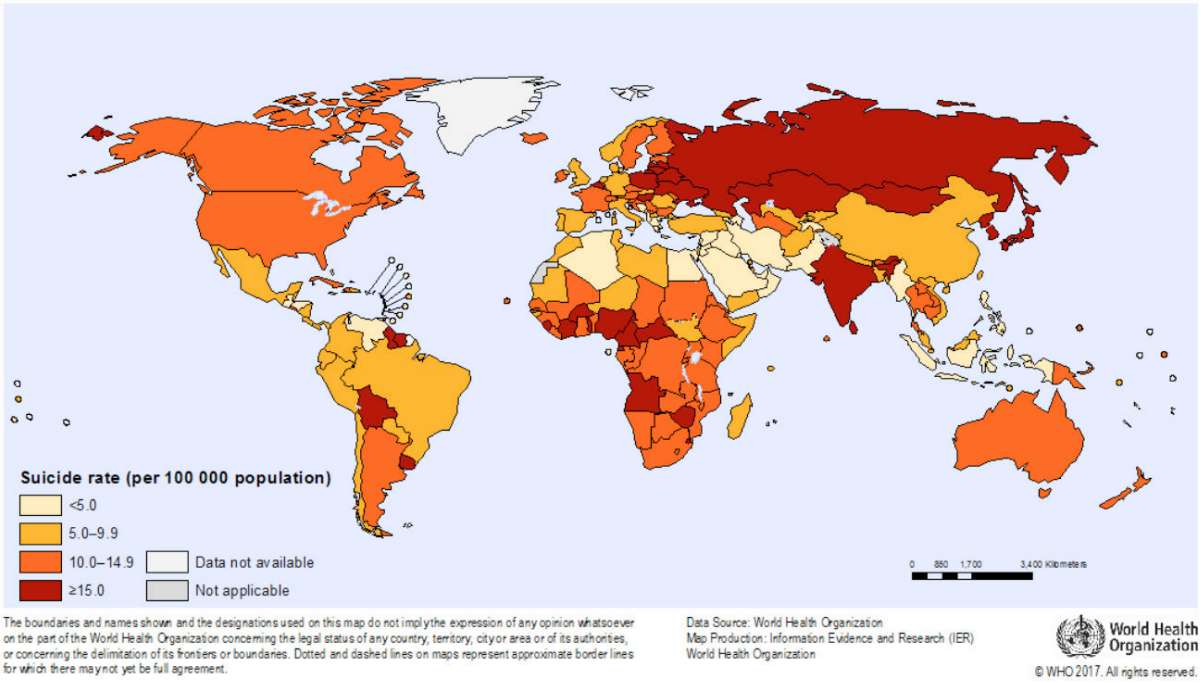
Dans une première partie, nous décrivons l'épidémiologie des TS, leurs facteurs de risque, ainsi que la psychopathologie des conduites suicidaires. Dans une deuxième partie, nous rapportons l'historique des OVS, et nous décrivons le dispositif "Rester en Contact", objet de notre étude. Enfin, nous présentons l'étude "EVAREST 1", évaluation quantitative, avant-après, du dispositif "Rester en Contact". Le but ultime est de pouvoir extraire des caractéristiques propres aux patients suicidants, afin de proposer des pistes de réflexion autour de la prévention de la récidive suicidaire.

II. EPIDEMIOLOGIE

Le mot "suicide" aurait été utilisé pour la première fois en France par l'abbé Desjardins au 17e siècle. Il vient du latin "Sui" (Soi) et de "Caedere" (Tuer).

Selon l'OMS, dans le monde, toutes les 40 secondes, une personne décède par suicide (1), et bien davantage tenteraient d'attenter à leurs jours. Aucune région ni tranche d'âge n'est épargnée. Le suicide est la quinzième cause de mortalité dans le monde (4).

La répartition des conduites suicidaires dans le monde est assez disparate. Dans le rapport de l'OMS 2014 (1), il est précisé que dans les 60 pays dotés de systèmes d'état-civil performants, les taux de suicide nationaux ajustés selon l'âge vont de 0,89 à 28,85 pour 100 000 habitants, soit une variation allant jusqu'à un facteur 32 (carte 1).



Carte 1 : Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) (1)

En 2014, le Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) (5) avait enregistré 8 885 décès par suicide en France entière et 8948 en France métropolitaine (soit trois fois plus que les accidents de la route : 3055 décès en 2014 selon la même source), avec la notion que ces décès seraient sous-évalués à hauteur de 10%. En effet, certains décès violents dont la cause resterait indéterminée ou dont le rapport médico-légal final n'a pas été divulgué à l'INSERM seraient des suicides. Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, constatée dans toutes les régions françaises, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique (4). Les sociologues français Christian Baudelot et Roger Establet se sont demandés d'où venait cette baisse non négligeable, dans leur livre "Suicide - L'envers de notre monde"(6). Ils expliquent cela par un changement de perception des maladies mentales dans le monde moderne.

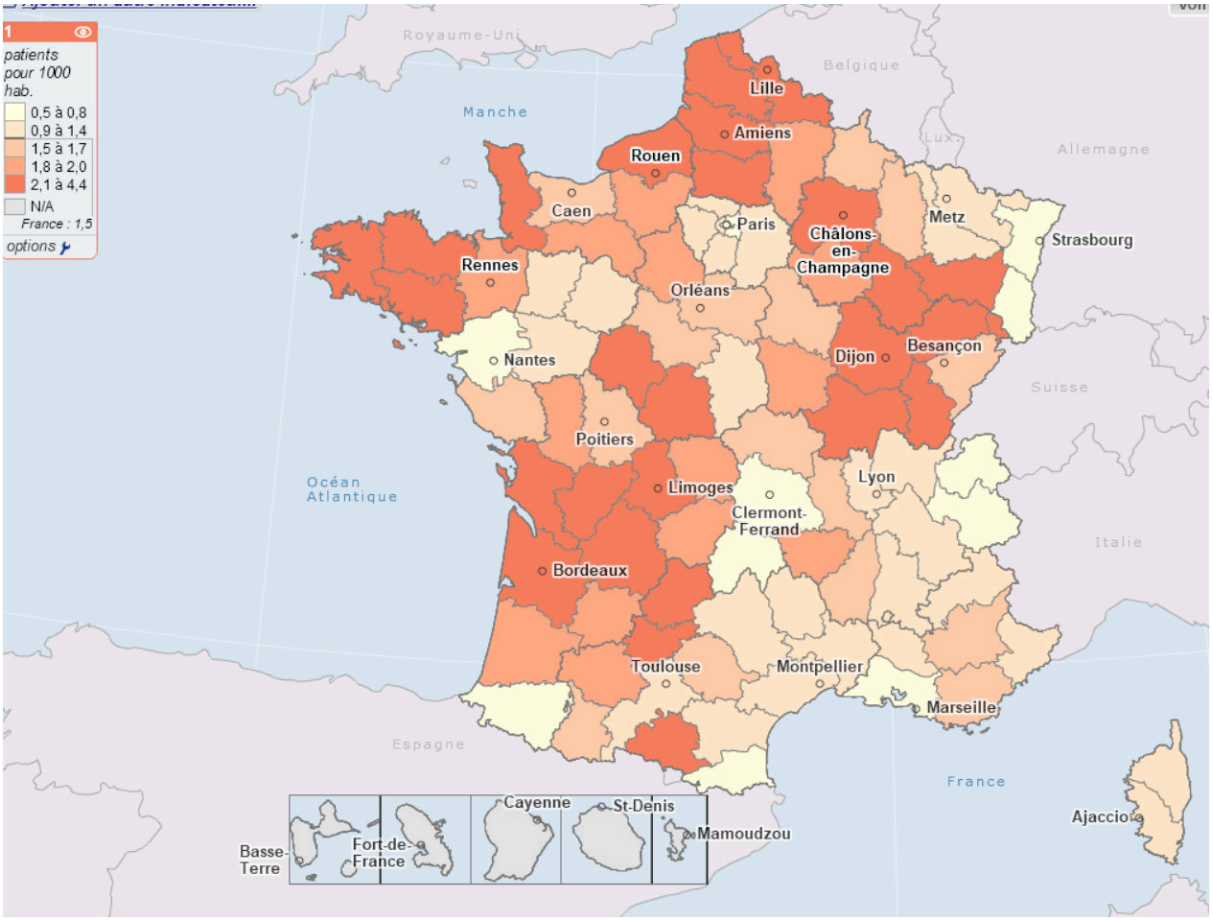
Les taux de suicide sont trois fois supérieurs chez les hommes (surtout vrai dans les pays à revenus élevés, comme la France), tandis que les femmes feraient deux fois plus de TS que ces derniers. Ce résultat classique dans la littérature consacrée au suicide est qualifié par les anglophones de "Gender Paradox". L'un des facteurs les plus explicatifs de ce phénomène serait l'utilisation de moyens plus létaux chez l'homme (arme à feu, pendaison), ainsi que des différences d'intentionnalité vis-à-vis de l'acte suicidaire selon le genre.

Les classes d'âge les plus touchées seraient les 45-54 ans avec 22% des suicides (CépiDc). Cependant, ces résultats sont à nuancer en fonction du genre, car chez les hommes, le taux de suicide augmente avec l'âge et est le plus élevé après 74 ans. Enfin, chez les jeunes, le suicide est la première cause de décès des 25-34 ans (20% du total des décès dans cette tranche d'âge) et la deuxième cause (après les accidents de la circulation) chez les 15-24 ans (16,3 % du total des décès).

Les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (57 %), l'utilisation d'armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modalités diffèrent sensiblement selon le genre. Pour les hommes, la pendaison est employée dans 61 % des suicides et l'utilisation d'armes à feu dans 16 %. Les femmes, elles, ont majoritairement recours à la pendaison (42 %), à la prise de médicaments et autres substances (24 %) et aux sauts d'un lieu élevé (13 %) (4).

Tous ces éléments font du suicide un problème de santé publique majeur. L'impact économique annuel du suicide a également été évalué par l'unité de recherche en économie de la santé (URC ECO) et a été estimé à 5 milliards d'euro par an. Le taux de suicide est considéré comme un indice de la santé mentale d'une population.

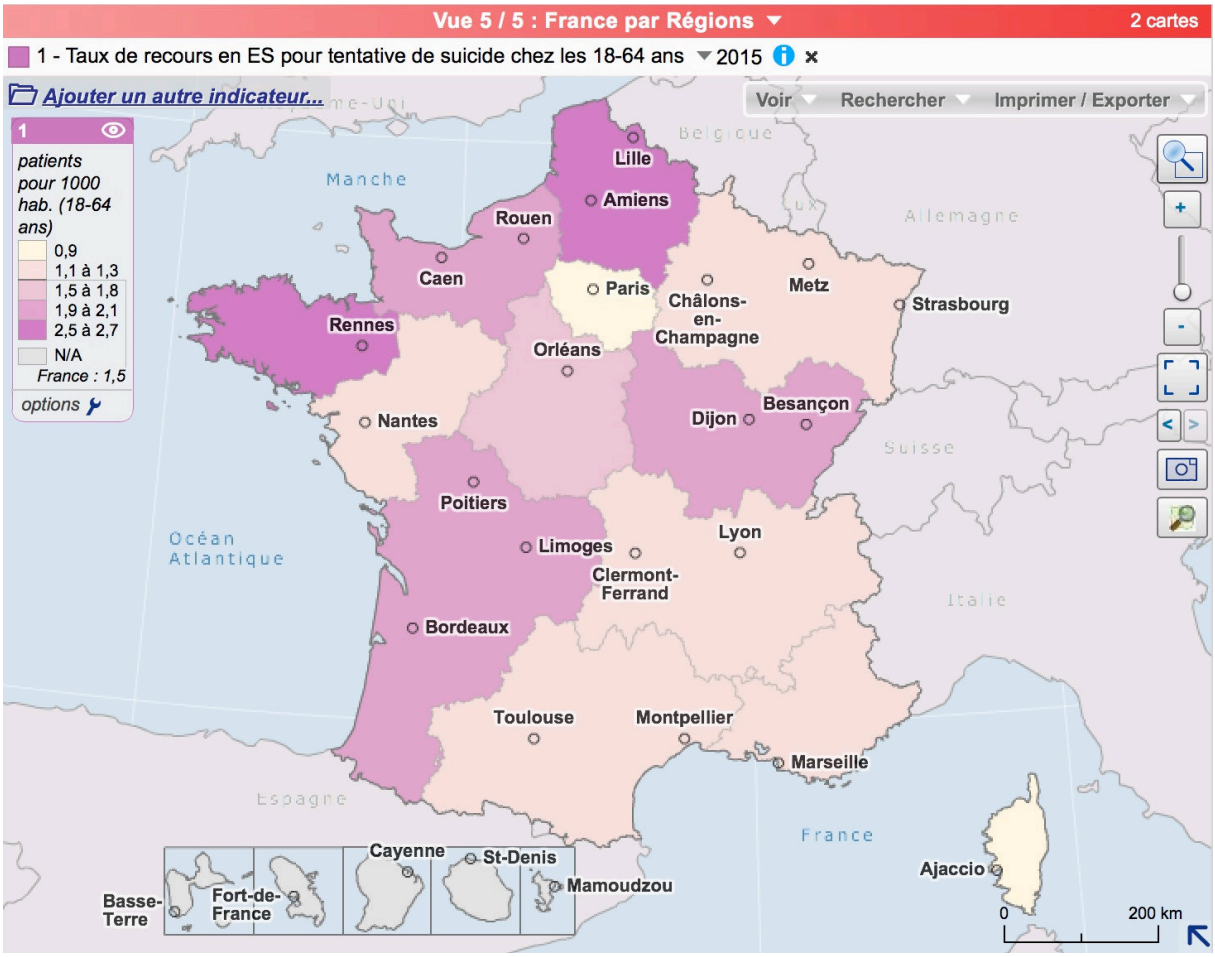
A ces chiffres s'ajoutent ceux des TS. En 2015, 78 128 patients ont été hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide, avec là encore des inégalités selon les régions (taux plus élevés dans la région Hauts-de-France : 30,7 pour 10 000 chez les femmes et 23,7 chez les hommes) : voir carte 2. Le mode de tentative de suicide le plus utilisé est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV).



Carte 2 : Taux d'hospitalisation pour TS chez les 18-64 ans, par département, en France, 2015 (7)

Si l'on considère les départements, le taux d'hospitalisation le plus important est celui de la somme (80) avec un taux moyen de 4,4 patients hospitalisés suite à une TS pour 1000 habitants. Le taux le plus bas est celui du Haut-Rhin (68) avec 0,5 patients hospitalisés suite à une TS pour 1000 habitants.

La région Lorraine apparaît comme une région très contrastée : en Meurthe-et-Moselle, le taux d'hospitalisation moyen pour TS est de 1,1 patients pour 1000 habitants, ce qui fait partie de la moyenne basse ; alors que dans les Vosges, ce taux est de 2,5 patients pour 1000 habitants, ce qui le place dans la moyenne la plus haute. Les taux d'hospitalisation pour les autres départements de la région se situent dans la moyenne : 1,0 pour la Moselle ; 1,7 patients pour 1000 habitants en ce qui concerne la Meuse. Le taux global d'hospitalisation pour TS dans la région Grand-Est est de 1,2 patients pour 1000 habitants, ce qui situe la région dans une moyenne basse, comme décrit sur la carte 3.



Carte 3 : Taux d'hospitalisation pour TS chez les 18-64 ans, en France selon les régions, 2015 (7)

D'après l'étude du Baromètre santé, en 2014, 7,1 % (n=985) des personnes interrogées (15-75 ans) déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Cela serait plus souvent le cas chez les femmes (9,3 %) que chez les hommes (4,9 %; p<0,001). A nuancer cependant car pour M. SEGUIN, il existerait un biais : les femmes iraient plus souvent consulter après une TS. Cet auteur émet l'hypothèse qu'en réalité, les taux de TS pourraient être plus ou moins similaires entre les hommes et les femmes, ou du moins plus important chez les hommes que ce que les statistiques laissent penser.

Toujours d'après la même étude, parmi les personnes déclarant au moins une tentative de suicide au cours de la vie, 36,8 % déclarent plus d'une récidive. Sur une période de 1 an, 0,8% des personnes interrogées déclaraient avoir tenté de se suicider.

Toutes les classes professionnelles ne sont pas touchées également par les tentatives de suicide. La profession des agriculteurs est l'une des professions les plus concernées : d'après la sécurité sociale agricole (MSA), en 2015, 1106 situations concernant des tentatives de suicide ont été répertoriées, 462 situations ont été orientées vers des professionnels de santé et 22 % des situations détectées en 2015 étaient urgentes avec un risque suicidaire avéré. Il existe également d'autres professions à risque de suicide élevé comme le personnel pénitenciaire.

Il existe aussi des différences en fonction de l'âge. Chez les personnes âgées, où les suicides sont fréquents, le ratio tentative de suicide/suicide abouti est extrêmement bas (8,9). Il est de l'ordre de 4/1 chez les personnes âgées versus 200/1 chez les personnes de moins de 25 ans (8,10,11). Les personnes âgées utiliseraient des moyens plus violents que les personnes plus jeunes (52,5% de pendaisons selon le CépiDC). Les adolescents sont également très touchés par les tentatives de suicide. Selon le 3e rapport de l'ONS qui évoque les comportements suicidaires dans cette catégorie de population, deux enquêtes, l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) et le volet français de l'enquête European school project on alcohol and other drugs (ESPAD), pilotées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), ont évalué le risque suicidaire chez les 15-19 ans. Elles montrent que 3 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide ayant débouché sur une hospitalisation. À cela s'ajoute le fait qu'un jeune sur dix a déclaré avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois. Les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles, de même que les pensées suicidaires. L'âge moyen à la première tentative est de 13,6 ans pour les filles comme pour les garçons. Les jeunes des Hauts-de-France déclarent plus souvent des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. À l'inverse, l'Île-de-France et la Corse comptent le plus faible taux d'adolescents ayant fait une tentative de suicide ou ayant des pensées suicidaires.

Au final, d'après l'étude du Baromètre Santé (12), seulement la moitié des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en ont parlé à quelqu'un et plus de 40 % des hommes ayant fait une TS dans l'année n'ont pas été en contact avec le système de soin (hôpital, médecin ou autre professionnel de santé). D'où la nécessité d'établir un contact privilégié avec une personne ayant des conduites suicidaires afin de la prendre en charge le plus précocement possible. Les TS sont en effet l'un des prédicteurs majeurs de la récidive et du décès par suicide (40 % des suicides ont été précédés d'une TS, tandis que 1 à 6 % des suicidants se suicident au cours de l'année qui suit leur acte) (13).

III. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE ET PSYCHOPATHOLOGIE

La psychopathologie des TS apparaît complexe et a fait l'objet de plusieurs travaux, dont émergent diverses hypothèses que nous allons évoquer.

III. a) Facteurs de risque suicidaire

L'Observatoire National du Suicide (ONS), dans son 2e rapport (2016)(14), établit une revue de la littérature sur les facteurs de risque médicaux et socio-économiques des conduites suicidaires, par ordre hiérarchique de significativité dans les études recensées. Nous présentons ici la hiérarchisation des risques de TS, parfois différente de celle du suicide.

• Les facteurs de risque psychiatriques représentent le premier facteur de risque pour les tentatives de suicide (15) :

- Troubles de l'humeur

- Existence d'une TS antérieure (16–18) ; avoir fait une TS multiplie par 30 le risque suicidaire

- Troubles anxieux

- Abus de substances (19)

- Troubles de la personnalité

- Notion d'idées suicidaires préalables

- Etat de désespoir (20) ou de détresse psychologique (21)

- Troubles liés à l'impulsivité (15,22,23)

- Troubles associés au stress post traumatique (23)

• Les facteurs de risque somatiques :

- Maladies chroniques : Epilepsie (15), cancer (24), sclérose en plaque (25), la névralgie du trijumeau aussi appelée maladie du suicide ou céphalée suicidaire (jusqu'à 25% des personnes souffrant de cette maladie se suicident). La présence d'une douleur chronique est aussi associée elle-même à la mortalité par suicide (26).

- Abus de substances (drogue, alcool) : particulièrement abus aigu favorisant l'émergence de troubles de l'humeur, de processus cognitifs et d'impulsivité (notamment chez les jeunes, "binge drinking"). Ce facteur reste cependant très variable

car les travaux recensant les liens entre abus d'alcool et comportement suicidaire sont très disparates en termes de méthodologie.

• Facteurs socio démographiques et socio économiques : moins déterminants que les troubles psychiatriques

- Femme
- Jeune
- Faible niveau d'éducation
- Chômage.

A partir de ces facteurs de risque, deux acronymes ont été créés afin d'aider les cliniciens à repérer au mieux les personnes les plus susceptibles de passer à l'acte :

SAD PERSONS (27)	NO HOPE (28)
Sexe **A**ge **D**épression **P**récédent tentative **E**thylisme **R**ationalité perdue **S**ans soutien social **O**rganisation d'un plan de suicide **N**on marié **S**anté défaillante	**N**ul cadre de référence **O**bservation d'un changement brusque de l'état clinique **H**ors hôpital depuis peu **O**ppression de l'environnement interpersonnel **P**rédisposition personnelle **E**xcuses au suicide et croyance ferme en ces excuses

Au total, il existe donc de multiples facteurs de risque et ils seraient tous intriqués à des niveaux différents, expliquant la variabilité inter-individuelle retrouvée dans les conduites suicidaires. Il est particulièrement intéressant de noter que la précarité économique contribue à détériorer la santé mentale des individus et que les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou somatiques sont souvent écartées du milieu professionnel ; ces facteurs ont tendance à s'auto-aggraver entre eux. Z. Li et al. (29) mentionnent le fait que les politiques de prévention devraient cibler les facteurs socio-économiques pour faire évoluer le taux de suicide et de tentatives de suicide à long terme.

Les motivations de l'acte suicidaire ont également fait l'objet de recueil. Parmi les personnes déclarant une tentative de suicide dans l'année, 67,8 % évoquent une raison familiale, 54,6 % une raison sentimentale, 22,3 % une raison de santé et 12,1 % une raison professionnelle. Parmi ces mêmes individus, 43,1 % présentent leur tentative de suicide comme un appel à l'aide, 35,9 % déclarent avoir été vraiment décidés à mourir et

18,6 % déclarent avoir souhaité mourir tout en sachant que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace (2,4 % ne s'étant pas prononcés)(30).

L'identification des facteurs de risque précités prend tout son sens dans le modèle décrit par M. SEGUIN des trajectoires de vie, où elle identifie 4 groupes de patients suicidants type bien distincts. En réalisant une autopsie psychologique de personnes décédées par suicide dans l'état du New Brunswick (Canada), l'auteure et son équipe ont identifié :

• un premier groupe de sujets qui ont des trajectoires associées à des difficultés de développements familiaux et des « fardeaux d'adversité » lourds (45%) : trajectoire de vie marquée par une enfance difficile, avec notion d'abus ou de violence dès le plus jeune âge ; chez ces personnes deux sous-groupes ont été identifiés :

- un groupe avec une histoire de vie qui continuait à être douloureuse, sans que la personne puisse retrouver la paix et les ressources nécessaires pour se rétablir ;

- un deuxième groupe où la personne a pu connaître un moment stable et paisible dans sa vie, et retomber par la suite dans la souffrance menant à la crise suicidaire.

• Un troisième groupe a été identifié, constituant les trajectoires associées à des difficultés d'adaptations individuelles et des « fardeaux d'adversité » plus légers (55%) : groupe qui n'a pas été particulièrement marqué dans l'enfance par des événements douloureux, et qui développe pendant la vie adulte des comportements inadéquats, avec une adversité plus tardive liée à la consommation de drogues ou d'alcool, notion d'un "parcours de consommation", souvent lié à des difficultés lors de l'adolescence.

• Enfin, il existe un groupe de personnes chez qui la cause du suicide n'a pas pu être clairement identifié, constituant le groupe "suicides inexplicables" (10% de la population étudiée).

Pour M. SEGUIN, la prévention du suicide varie en fonction de la trajectoire de vie du sujet.

Le deuxième Rapport de l'ONS met l'accent sur le fait que des facteurs biologiques doivent être étudiés en interaction avec les précédents, en émettant l'hypothèse de mécanismes neurobiologiques en jeu dans les conduites suicidaires, faisant le lien avec la notion de psychopathologie propre à celles-ci.

III. b) Psychopathologie des conduites suicidaires

Pour commencer, il existe des modèles classiques pour tenter d'expliquer les conduites suicidaires. Parmi les théories psychologiques contemporaines, nous nous proposons d'en présenter trois : "Cry of Pain" de Mark Williams (31,32), la théorie interpersonnelle de Joiner et la théorie motivation-volition de O'Connor.

- Dans le modèle du "cry of pain", Williams explique qu'un suicide n'est pas toujours un « cry for help » - « cri à l'aide » - mais le couronnement d'une souffrance profonde et inévitable, pour laquelle le suicidant ne voit plus aucune solution ; cela va de pair avec des biais attentionnels qui consistent en une diminution d'accès aux souvenirs positifs. Il en résulte l'accès restreint aux ressources du patient. C'est ce sentiment d'être pris au piège sans échappatoire qui conduirait les patients au suicide.
- Dans la théorie interpersonnelle : Joiner décrit une articulation entre plusieurs éléments : **1)** un sentiment de solitude et un manque d'appartenance ; **2)** Le sentiment d'être un fardeau pour les autres ; **3)** accroissement des facultés : meilleure tolérance à la douleur (qui serait expliquée par une habituation suite à l'enchaînement des événements douloureux) et diminution de la peur liée à l'idéation suicidaire et au suicide éventuel. C'est la combinaison entre ces trois facteurs qui pousse la personne en souffrance à l'acte, comme indiqué sur le schéma suivant.

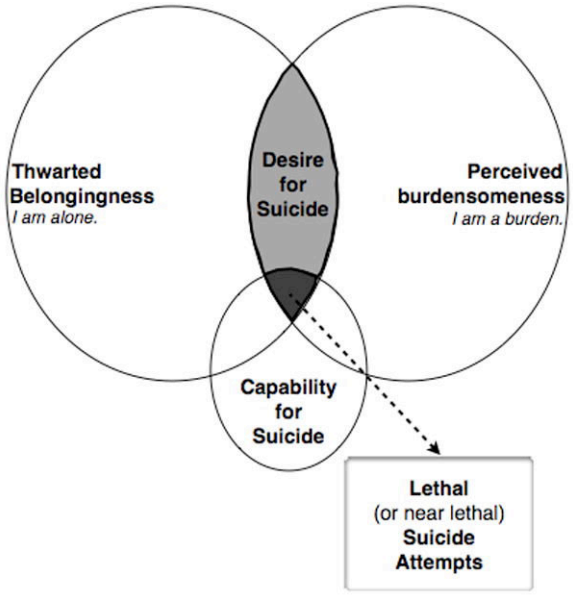


Figure 1 : Théorie interpersonnelle du suicide. (33)

- Enfin, la théorie motivation-volition est un modèle selon lequel le passage à l'acte est la dernière phase d'un enchaînement : d'abord, la phase de pré-motivation, qui décrit l' environnement du patient et les événements de sa vie ; ensuite, la phase de motivation, pendant laquelle la personne a des idées suicidaires et l'intention de passer à l'acte émerge, et la phase de volition qui décrit les facteurs déterminants l'acte suicidaire. (Voir Figure 2)

Figure 1. The integrated motivational–volitional (IMV) model of suicidal behaviour

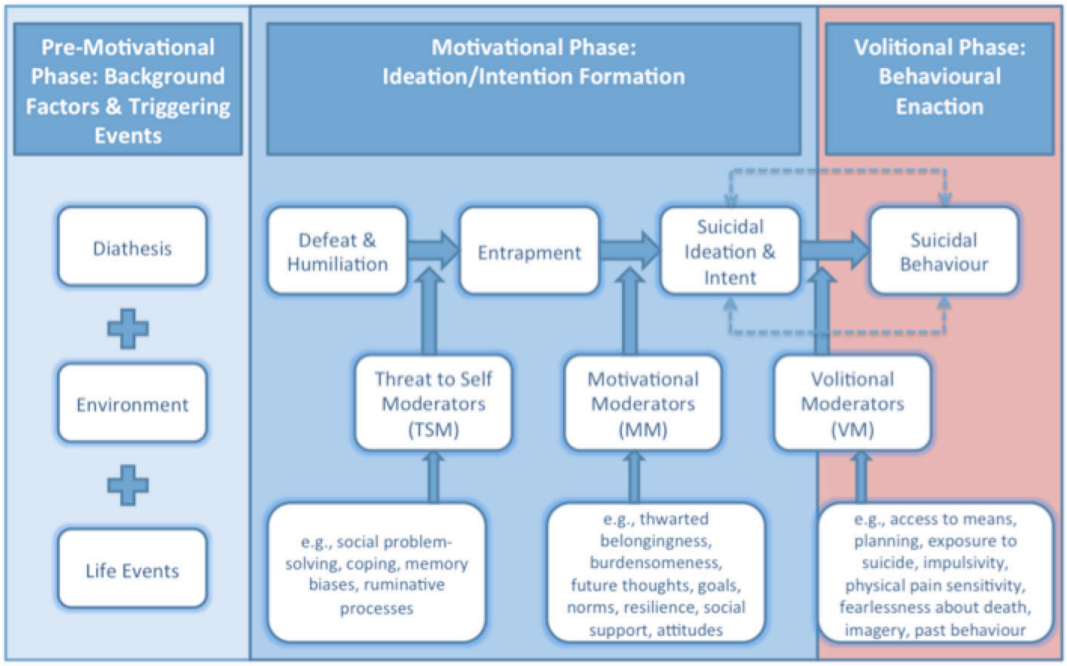


Figure 2 : Modèle explicatif théorie motivation volition (34)

Ce que nous pouvons repérer est que ces modèles rapportent un sentiment de solitude, de manque d'appartenance et d'incapacité à avoir accès à ses ressources. L'intérêt de rester en lien, du "connectedness" (rester en contact) prend alors tout son sens en réponse à ces éléments.

En dehors de ces modèles classiques et communément admis, plusieurs auteurs ont cherché à décrire les conduites suicidaires sur le plan psychopathologique.

Selon J. VEDRINNE (35), la réduction d'une conduite suicidaire à une étape particulière, à une phase d'une pathologie mentale, est dangereuse car elle conduit à penser que l'acte suicidaire s'inscrirait dans un processus pathologique d'évolution continue, linéaire, comme point d'orgue à une maladie considérée comme fatale. Or, cela n'est pas toujours le cas. A noter que cet auteur distingue une crise suicidaire évoluant par étapes, d'un raptus anxieux dans lequel la prévention est hélas quasiment impossible.

Il perçoit la question du suicide sous un aspect "psycho-dynamique" et met l'accent sur la notion de crise. Il s'agit d'un moment de rupture dans l'existence d'un individu, résultant d'une perturbation du système de régulation qui assure la continuité et l'intégrité de l'être, au niveau corporel, psychique ou social. D'où l'aspect souvent protéiforme et insaisissable de la crise, du fait des possibilités illimitées des conflits qu'elle peut présenter.

Dans ce contexte, l'acte suicidaire prend sens comme tentative de réduction des tensions internes qui assaillent le sujet. L'angoisse apparaît comme envahissante et déstructurante, et les mécanismes de défense habituels qui permettent de la contenir ne le peuvent plus ; c'est là que s'impose au sujet l'idée du suicide. C'est en ayant conscience que l'auto agressivité n'est pas le seul moyen de réduire ces tensions (agitation ou hétéro agressivité le peuvent également), que le sujet se trouve pris dans une dynamique entre une identification à une position de victime ou bien d'agresseur ; et l'acte suicidaire lui permettrait d'être à la fois les deux, tel Narcisse incapable de s'aimer lui-même (Thomas Moore,1992) (36) et désirant sa mort plus que tout autre chose : "je brûle pour moi-même, j'excite le feu qui me dévore. Que dois-je faire ? Faut-il prier ou attendre qu'on m'implore ? Ne suis-je pas le bien que je demande ? Ainsi pour trop posséder, je ne possède rien. Que ne puis-je cesser d'être moi-même ! Je voudrais être séparé de ce que j'aime. (...) Mais le trépas n'a rien d'affreux pour moi ; il finira ma vie et ma douleur. Seulement je voudrais que l'objet de ma passion pût me survivre ; mais, uni avec moi, il subira ma destinée ; et, mourant tous deux, nous ne perdrons qu'une vie." (Ovide, les métamorphoses (37)). D'aillleurs, au siècle dernier, Freud évoquait déjà l'idée que le suicide était l'expression d'une colère contre un objet aimé que l'individu retournait contre lui.

Mais même si c'est une conduite qui peut survenir chez tout sujet confronté à un passage existentiel difficile, il n'en est pas moins vrai que l'expérience de cette confrontation avec la mort procède d'une phase psychopathologique de désorganisation de la personne toute entière.

Pour J. VEDRINNE toujours, il existe, hors du contexte de la TS survenant dans un moment de raptus anxieux, un déroulement du temps de crise avec des étapes déterminées (quoique pouvant varier d'un sujet à l'autre), permettant alors une action préventive dans la plupart des cas. L'élaboration d'une TS passerait tout d'abord par des idées suicidaires, puis par une intention suicidaire, dans laquelle des idées concrètes sur la manière de réaliser la tentative émergent, et enfin l'acte suicidaire lui-même. Le passage du premier stade peut être extrêmement rapide chez des sujets souffrant d'impulsivité, de schizophrénie ou d'une psychopathie ; alors que dans le cadre d'une dépression il peut être prolongé, avec la possibilité d'un repérage et d'un désamorçage de la crise.

" De quelque moment qu'il s'agisse, la question du sens doit être abordée avec le sujet, dans un échange de paroles : le plus grand danger que puisse rencontrer un suicidant, c'est de se retrouver seul, sans autre, à ressasser ses idées ou intentions" (J. VEDRINNE).

Là encore transparaît la notion de solitude chez le patient suicidant, qui est essentielle à prévenir.

L'acte suicidaire à son paroxysme traduirait surtout le désir de rupture, une volonté de se mettre à l'abri. C'est ainsi que, selon Shneidman (38), l'incapacité du suicidant à surmonter ses difficultés et sa volonté de ne plus y penser constituent le primum movens d'une recherche d'abaissement des tensions. Le sommeil peut alors devenir un refuge, un apaisement, "qui peut évoquer le nirvana, le retour à un état antérieur marqué par la sérénité, l'absence de tout conflit ou de toute menace" (38). Dans la plupart des cas, et surtout chez les patients souffrant de névrose, il s'agirait du véritable but recherché, et ce qui est imaginé s'arrête là : les patients ne sont alors pas en mesure de discuter les conséquences de leur acte, faute de les avoir pensées. Le danger de cet effet de "catharsis" lié à l'aspect abréactif de la TS est de considérer qu'une fois l'acte réalisé, la source des tensions qui en sont à l'origine serait tarie. C'est pour cela qu'il convient tout particulièrement à cette période de prendre en charge de façon très rapprochée les patients venant de réaliser une TS afin de déceler les signes cliniques précurseurs qui seraient prédictifs d'une nouvelle crise.

A un niveau plus psychanalytique, les transformations psychiques se mettant en place dans la genèse de la crise, ont été décrits. D'après M. de BOUCAUD (39), il existerait trois dimensions psychopathologiques entrant en jeu au moment de l'intention suicidaire :

1) La dialectique entre le mouvement d'intégration et le mouvement de désintrication psychosomatique : il s'agit de la perte de l'intégration de la personnalité chez un sujet. L'intégration est définie comme "un dynamisme permanent de la personnalité qui concerne le développement somatique et psychique à tous les âges de la vie" (concept décrit par nombreux auteurs tels que Winnicot, Wallon, Piaget, Bowlby, ...). Le terme de désintrication psychosomatique signifie une lutte intérieure pour le sujet suicidant ("c'est plus fort que moi", syntagme allégorique proposé par Minkowski (40)), pouvant s'exprimer par des signes cliniques tels que l'anxiété, le doute, ou bien encore la dépressivité de l'humeur.

2) L'expérience de dépersonnalisation aigüe : symbolise la perturbation de la conscience de soi. Les sujets suicidants éprouveraient d'une part un sentiment de doute et d'étrangeté, et d'autre part un sentiment de transformation de l'affectivité jusqu'au sentiment du néant de soi. Ces sentiments viennent remettre en cause la question de la réalité personnelle du sujet et de son destin. La dépersonnalisation est considérée comme une expérience immédiate de la vie du sujet car, l'altération du corps est vécue comme une altération du sujet lui-même. Apparaît alors un imaginaire au sein de cette métamorphose, laissant entrevoir un ailleurs possible, loin du cataclysme provoqué par le débordement d'angoisse. Ici, il est encore question de la problématique de dualité de l'individu, comme évoquée plus tôt, avec tout ce que le regard que l'on peut porter sur soi-même peut avoir de déstabilisant.

3) La mise en cause du sens de la vie : face à ce sentiment de néantisation, le sujet suicidant éprouve un sentiment de fragmentation de son temps personnel, et donc de

son identité, et se pose la question du sens de son existence. Il est pris dans une sorte de "fascination", un espoir toujours possible au delà de la vie, et dans ce contexte il ne distingue plus le réel de l'imaginé. Il bascule malgré lui dans un monde où les forces de la vie disparaissent avec l'effacement du sens de celle-ci. Abraham Maslow (41) décrivait ce phénomène qu'il nommait "expériences paroxystiques", car perçues à ce moment là par le sujet comme étant auto-validantes, auto-justifiantes, et ayant leur valeur propre en elles-mêmes, en étant une fin elles-mêmes.

Cependant, d'autres auteurs, comme le psychiatre J. LOUŸS, amènent une réflexion psychopathologique plus pratique du suicide, en ce sens où le professionnel de santé confronté aux conduites suicidaires d'un patient a besoin d'un outil sur lequel il peut se baser pour en repérer les signes cliniques les plus précoces (42). En faisant remarquer que le suicide a souvent été vu comme étant uniquement un symptôme et pas une possible entité pathologique à part entière, il explique qu'il existerait plusieurs tableaux cliniques de suicide. Il rappelle qu'Esquirol dès 1830, séparait déjà deux types cliniques de suicide : d'un côté le suicide dit "névrotique", "suicide symptôme", "impulsif" ou "aigu" ; de l'autre le suicide dit "mélancolique", "suicide-trait", "affectif" ou "chronique". J. LOUŸS fait également la distinction entre sujet "suicidant" : personnalité plutôt de type névrotique, l'acte suicidaire arrivant après écroulement de son image du soi, survenant le plus souvent de manière impulsive, le suicide est alors un symptôme incontrôlé, involontaire ; et sujet "suicidaire" : qui serait plutôt de type mélancolique, psychotique, et quand, au comble de sa dépression existentielle, l'idée du suicide prend une valeur de défense contre la vie en elle-même, dans un contexte de vision très péjorative de l'existence où il n'y aurait plus lieu de la prolonger. Cette distinction lui semble importante surtout pour la prise en charge de ces sujets qui diffère selon le cas considéré.

Toutefois, si l'existence des facteurs de risque cités précédemment est un élément nécessaire à la survenue d'une TS, cela ne semble pas suffisant, la plupart des personnes présentant ces facteurs ne réalisant pas toujours d'acte suicidaire. Pourquoi cette hétérogénéité entre un patient ou un autre présentant pourtant les mêmes facteurs de risque ?

Le modèle heuristique de "stress-vulnérabilité" des conduites suicidaires tente d'apporter un éclairage à cette question. Il s'agit d'un modèle qui a été démontré à de nombreuses reprises comme explicatif de la variabilité interindividuelle aux facteurs de stress. Il suggère que tous les sujets qui réalisent des gestes suicidaires sont en proie à des difficultés existentielles et la quasi-totalité de ces individus souffrent de troubles psychiatriques. D'après Mann et al. (1999)(31), les individus qui réalisent des gestes suicidaires lorsqu'ils sont soumis à des facteurs de stress psychiatriques et/ou environnementaux sont ceux qui possèdent une vulnérabilité spécifique. Un des témoins les plus éloquents de l'existence d'une telle vulnérabilité est le risque élevé de récidive

des suicidants. Dans une revue systématique de la littérature, Owens et al. (43) estiment les taux médians des récidives non létales à 16% à 1 an, et à 23% pour les études de plus de 4 ans, pour atteindre 40% dans certaines études portant sur des périodes de 3-8 ans. La récidive suicidaire s'accompagne souvent du changement de moyen létal, pour un moyen plus violent, avec augmentation de la probabilité d'apparition d'un suicide (44).

Le concept de vulnérabilité est sous tendu par plusieurs des facteurs de risque précités et parmi eux plus particulièrement : 1) les antécédents personnels de TS ; 2) les antécédents familiaux de conduite suicidaire ; 3) des dimensions de personnalité liées à l'impulsivité agressive qui faciliterait le passage à l'acte en lien avec un pessimisme conduisant au sentiment de désespoir ; et 4) l'existence d'abus dans l'enfance. Lorsque des sujets ayant cette vulnérabilité rencontrent des facteurs de stress, ils sont plus à même de pouvoir développer des conduites suicidaires. Cette notion est résumée dans le schéma suivant : voir figure 3.

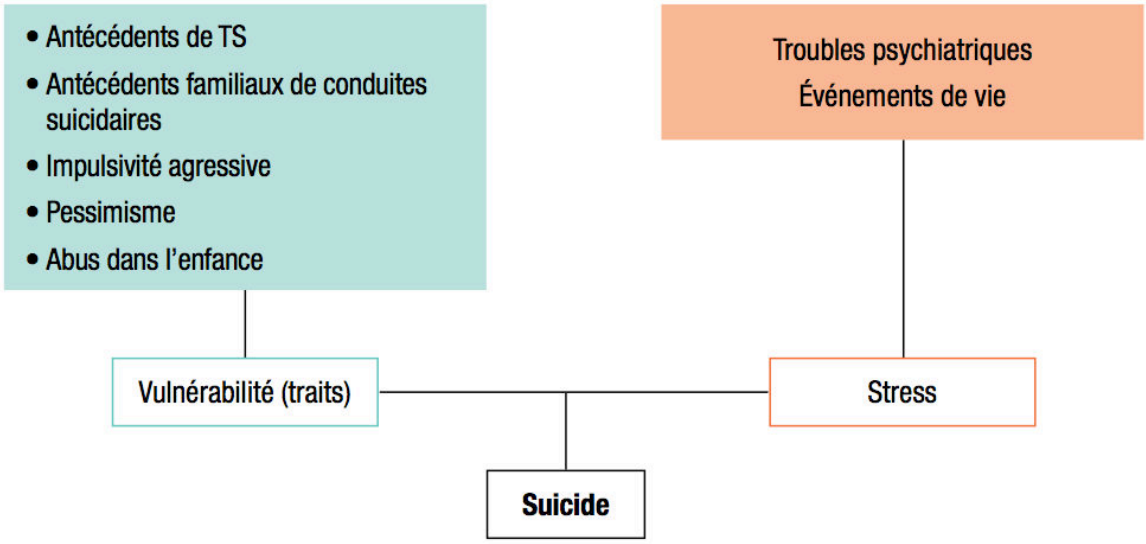


Figure 3 : Schéma explicatif du modèle "Stress-Vulnérabilité" (31,32)

Ce modèle permet une explication pratique des conduites suicidaires et permet de mettre l'accent sur une vulnérabilité spécifique à de telles conduites, faisant ainsi le lit d'une ouverture au fait de considérer le suicide non plus comme seulement un symptôme d'une pathologie, mais comme une entité à part entière au sein de la nosologie psychiatrique. À noter que le trouble conduite suicidaire est apparu dans le DSM V, comme catégorie à l'étude. Il est défini par l'existence d'une TS dans les deux ans (très haut risque de récidiver et de se suicider). 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. Une place à part entière - en tant que pathologie différente des idées suicidaires ou des automutilations - a été accordée à ce trouble pour plusieurs raisons : en premier lieu car il remplit les critères de validité syndromique de

Robins et Guze (45), qui sont : 1) on peut décrire les conduites suicidaires sur le plan clinique ; 2) il existe des marqueurs *post mortem* et *in vivo* ; 3) on peut établir un diagnostic différentiel ; 4) les antécédents de conduites suicidaires sont le meilleur critère prédictif de survenue d'un geste suicidaire ; 5) il existe une histoire familiale de conduites suicidaires (46). On pourrait alors identifier des sujets à haut risque de suicide. Des décennies de travaux de recherche ont montré que les conduites suicidaires possédaient la même validité syndromique que les autres entités cliniques reconnues dans les classifications psychiatriques. De plus, son apparition en tant que catégorie pourra faciliter la recherche systématique du risque suicidaire. En effet, dans le DSM-IV, le terme de suicide était un critère diagnostique de troubles tels que la dépression ou trouble de la personnalité état-limite, avec le risque de passer à côté de cette évaluation dans d'autres troubles (à titre d'exemple, ESPT ou dépendance à l'alcool...)(47).

Cependant, la prédiction de la survenue d'un acte suicidaire chez une personne reste un exercice des plus difficiles, car actuellement basé sur la clinique, qui, nous l'avons vu, peut être trompeuse et surtout hétéroclite. D'où l'intérêt du développement d'autres marqueurs sur lesquels s'appuyer, que les recherches biologiques et neuroscientifiques actuelles pourraient apporter.

III. c) Aspect physiopathologique des conduites suicidaires

Plusieurs recherches ont été conduites sur des hypothèses neurobiologiques liées aux conduites suicidaires, dont ressortent les aspects suivants. Deux grands modèles biologiques ont été décrits pour expliquer ces conduites.

D'un côté le dysfonctionnement du système sérotoninergique. Asberg et al. (48), ont été les premiers à démontrer dans une étude réalisée sur 68 patients hospitalisés pour dépression qu'un taux bas de 5-HIAA, produit de la dégradation de la sérotonine dans le liquide céphalo-rachidien, était associé à un risque accru de décès par suicide. Ils faisaient l'hypothèse d'un sous groupe de patients souffrant de dépression ayant un bas niveau de sérotonine lié à une dysrégulation du système sérotoninergique. Ces résultats ont ensuite été démontrés sur d'autres populations de patients souffrant de troubles psychiatriques divers.

Ces travaux ont été largement repris dans les années suivantes. Parmi les équipes impliquées, on citera Courtet et al. (49)., qui ont étudié l'implication des gènes du système sérotoninergique dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires. Ils ont démontré que le gène codant pour l'enzyme limitante de la synthèse de la sérotonine, la tryptophane hydroxylase, et le gène du transporteur de la sérotonine, interviennent dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires.

D'un autre côté, la vulnérabilité aux conduites suicidaires implique également l'hyperactivité de « l'axe du stress » ou axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Coryell et Schlesser (50) ont réalisé une étude durant 15 années sur 78 patients hospitalisés

pour syndrome dépressif majeur et ils ont montré que les patients ne réagissant pas correctement au test de freination des corticoïdes ont un risque accru de décès par suicide. Cela s'expliquerait par une trop grande sensibilité au stress d'une part et le fait que le cortisol soit produit en excès lors d'un évènement de vie stressant d'autre part ; il aurait donc des difficultés à être régulé de manière normale.

En parallèle, les recherches en neuroanatomie apparaissent assez concluantes dans ce domaine. Oquendo et al. (51), ont confirmé dans leur étude le rôle majeur de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien dans les conduites suicidaires, ainsi que le rôle prépondérant d'autres structures comme le locus ceruleus ou de la décroissance rapide de norépinéphrine lors d'une réponse excessive à un stress. Le rôle des cytokines pro inflammatoires y est également décrit comme étant en lien très étroit avec le système de régulation du cortisol, ainsi qu'avec le système glutamaergique. Encore plus important, tous ces systèmes joueraient un rôle dans la plasticité et la toxicité cérébrale expliquant ainsi que de tels dysfonctionnements puissent altérer le fonctionnement psychique d'un individu. L'intrication entre les différents systèmes est résumée sous forme de schéma : voir figure 4.

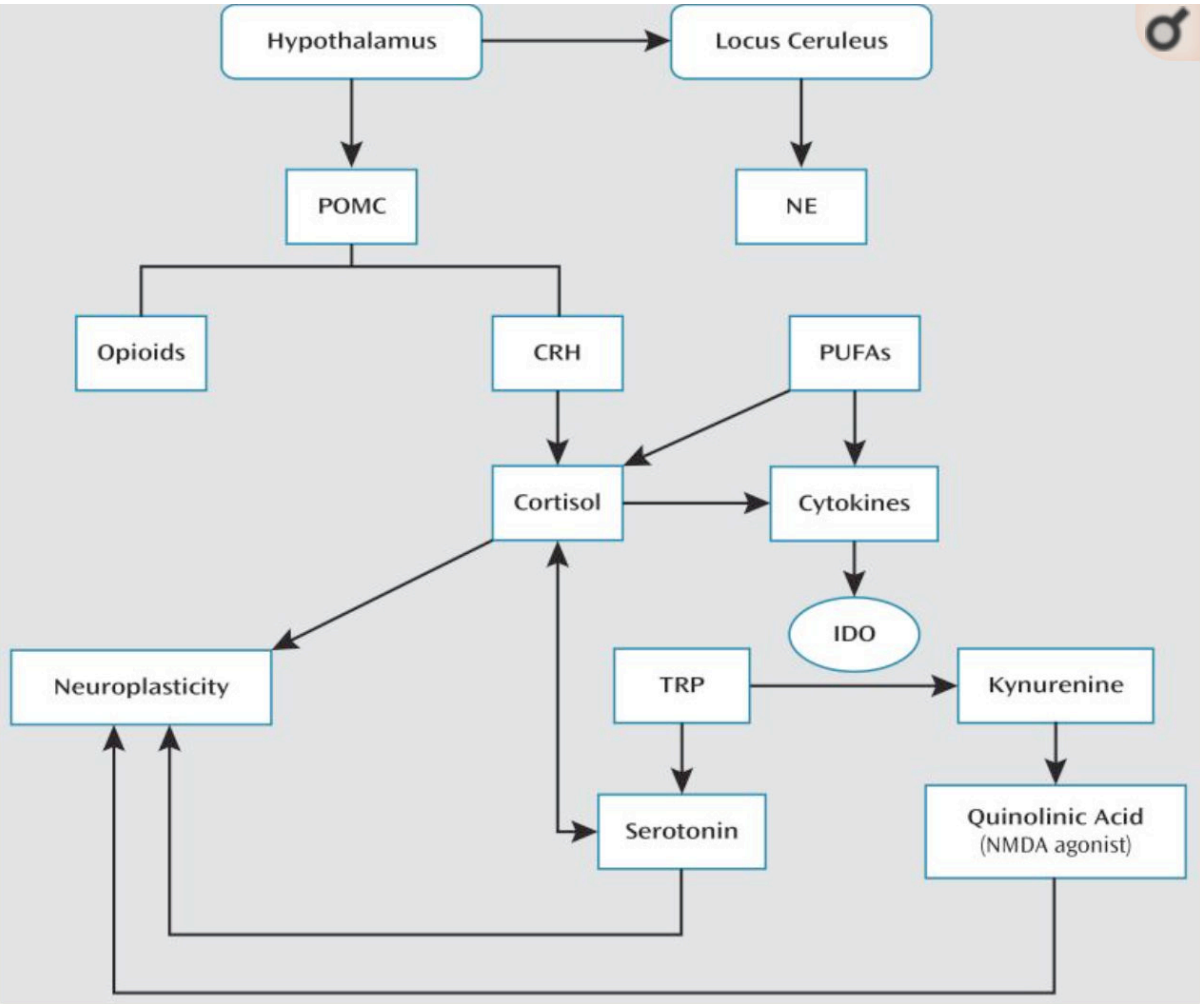


Figure 4 : Relations entre les différents biomarqueurs impliqués dans les conduites suicidaires (traduction non officielle) (22) (23)

CRH=corticotropin releasing hormone; IDO=2,3-iododeoxygenase; NE=norepinephrine; NMDA=*N*-methyl d-aspartate receptor; POMC=proopiomelonocortin; PUFAs=polyunsaturated fatty acids; TRP=tryptophan.

De ces découvertes découlent des hypothèses neurocognitives concernant le suicide. L'hypothèse d'une anomalie de la prise de décision fonctionnelle dans les conduites suicidaires a été formulée. Jollant et al. (52), ont comparé deux populations de patients concernant la prise de décision : ceux qui avaient des antécédents de TS et ceux n'en ayant pas, sans distinction d'antécédents dépressifs. Ils ont montré des anomalies dans cette prise de décision chez les premiers. Ils ont par la suite émis l'hypothèse que ce dysfonctionnement de la prise de décision pouvait provenir d'une anomalie du cortex orbitofrontal. Une étude d'imagerie fonctionnelle IRM a été menée (53) : elle a montré une diminution de l'activation du cortex orbitofrontal en situation de choix risqué chez les sujets ayant des antécédents suicidaires.

La même équipe a démontré qu'il existait des spécificités cérébrales chez les sujets ayant réalisé des tentatives de suicide, en comparaison à des sujets sains (54). Il s'agit d'une étude de reconnaissance faciale des émotions. L'étude montre une hyperactivation du cortex orbitofrontal en réponse à des visages de colère, ce qui indiquerait une hypersensibilité au rejet social. Il y a également une hyperactivation du cortex cingulaire en réponse à des visages exprimant la joie de façon ambiguë, et cela pourrait indiquer la plus grande difficulté qu'ont les sujets suicidants à identifier un signal de soutien, un signal positif dans leur environnement social. Le lien est fait avec le rôle de l'exclusion sociale dans la vulnérabilité suicidaire, sachant que les raisons évoquées par les sujets qui réalisent des gestes suicidaires sont, dans la majorité des cas, en rapport avec des séparations, des conflits conjugaux ou d'autres problèmes relationnels (55).

L'importance du lien social évoqué ici trouve sa place dans d'autres modèles ayant pour objectif d'expliquer la vulnérabilité suicidaire. En effet, cela semble être un des éléments clé du chemin menant une personne vulnérable vers un état de crise suicidaire. Plusieurs études ont été conduites afin de trouver et d'expliquer le lien entre le rejet social et le suicide, par exemple en exposant le sujet au sentiment d'exclusion sociale et en examinant l'impact de la situation sur le plan de la neuro imagerie ou du système inflammatoire.

Nous pouvons citer notamment une étude utilisant le "Cyberball Game", un test faisant participer le sujet examiné au jeu de balle avec deux autres participants, qui, au bout d'un moment, arrêtent de lui envoyer la balle sans qu'il y ait une explication quelconque. Le sentiment d'exclusion sociale éprouvée à ce moment était corrélé à une activation de l'insula antérieure bilatérale, du cortex cingulaire antérieur gauche et du cortex orbitofrontal gauche (56). Les mêmes régions seraient impliquées dans la vulnérabilité suicidaire (57).

Un autre test, le "Trier Social Stress Test", ayant pour but d'obtenir un sentiment de rejet social chez le sujet y participant, mettait en évidence le lien entre ce sentiment et une

dysrégulation de la réponse inflammatoire. Les taux de plusieurs cytokines pro-inflammatoires ont été mesurés, en trouvant des niveaux anormaux (IL-6 lié au niveau élevé de la colère et de l'anxiété (58), IL-1b lié au stress perçu lors du test (59)).

Ces éléments intéressants sur le plan inflammatoire ont également été retrouvés lors du test "Cyberball Game", tel que le taux élevé de la TNF-alfa, corrélé avec le sentiment de déconnexion sociale et avec l'activation du cortex cingulaire et de l'insula lors du jeu (60).

D'autres études montrent une élévation du taux de la CRP chez les sujets possédant des antécédents suicidaires (61), ou encore une diminution du taux d'IL-2 (62). L'inflammation favorise l'hyperactivation de l'amygdale dans des situations où le sujet est confronté aux événements sociaux négatifs, et ainsi l'émergence d'une douleur sociale. Cela crée un véritable cercle vicieux entre le sentiment de rejet social et l'inflammation.

Enfin, et pour terminer, l'hypothèse de l'intrication de facteurs génétiques avec des facteurs environnementaux laisse une ouverture possible à de nombreuses autres recherches concernant l'épigénétique. Ainsi, deux études récentes, menées par Guintivano et al. (63), et Le-Niculescu et al. (64), ont suggéré l'existence de biomarqueurs du risque suicidaire. Ces études suggèrent que pour les gènes SKA2 et SAT1, des polymorphismes ou des modifications épigénétiques pourraient prédire la survenue de conduites suicidaires. Les études à ce sujet sont encore peu nombreuses.

IV. HISTOIRE DE LA PREVENTION DU SUICIDE

Pendant des siècles, le suicide était perçu comme un acte abominable, interdit par la loi et ne méritant que la punition. Baignée dans l'héritage chrétien qui soulignait le caractère sacré de la vie, la société a longtemps ignoré ce fléau, ce "pêché impardonnable" qu'est le passage à l'acte auto-agressif.

Ce n'est qu'en 1810, en France, que Napoléon dépénalise le suicide dans le Code Pénal. Allant de pair avec l'affaiblissement de la religion chrétienne, la discussion autour du suicide commence à émerger et prendre une autre forme. Notamment grâce aux travaux du sociologue Emile Durkheim (65), le suicide a pu être pensé autrement qu'à travers la dialectique moral/immoral, et commencé à être évoqué dans un autre contexte : sociologique et psychologique. Le fait de pouvoir d'un côté sortir d'un schéma rigide (pêché, tabou) dans lequel le suicide a été jusqu'alors considéré, et la diminution des interdits de la société de l'autre, a permis l'apparition du mot « suicide » dans la discussion publique. En découle la suite logique des évènements : une compréhension de la complexité de la notion se met en place, ainsi que les premières tentatives d'en diminuer la fréquence.

Parmi les premiers acteurs de la prévention du suicide, on doit évoquer le révérend Chad Varah, fondateur des "Samaritans" : le premier centre d'assistance téléphonique de crise, mis en place en Grande Bretagne en 1953. Cette nouvelle voie de protection des personnes à risque trouve rapidement des successeurs en France, avec la création des centres d'accueil comme "Recherche et Rencontre" (1958) ou centres d'écoute comme "SOS amitié" (1961), qui a été reconnu comme d'utilité publique peu de temps après (1967). En 1969, l'OMS a publié un document consacré à la prévention du suicide, ce qui signifiait une reconnaissance publique du problème. Cette même année, en France, le GEPS (Groupement d'Etudes et de prévention du suicide) voit le jour : premier organe national représentatif de la problématique suicidaire.

L'enjeu fut posé sur la table. On se rend compte de l'impact du suicide sur le plan sociétal et psychologique, mais également économique. Dans un contexte d'augmentation du taux des suicides, notamment chez les jeunes, ainsi que des ingestions médicamenteuses volontaires surtout aux barbituriques, la rationalisation des choix budgétaires voit le jour en 1971 et fait état de la rentabilité de la prévention suicidaire sur le plan économique. Les pouvoirs publics se rendent alors ainsi compte de l'absence de proposition d'aide de la part du système de soins aux suicidants ou aux personnes présentant des idées suicidaires. Au même moment, le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale de l'époque, Robert Boulin, met en avant la politique de la prévention du suicide afin de « combler le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide ».

Comme le remarque le sociologue Arnaud Compéon (66), le débat public ne peut être qu'intensifié au moment de la publication du livre intitulé « Suicide, mode d'emploi :

histoire, technique, actualité», de Claude Guillon et Yves Le Bonniec en 1982 (67). En effet, ce livre a eu « une fonction de révélateur des blocages idéologiques et caractériels de la société française ». Il a été retiré du marché en 1987, ce qui prouve la portée de l'ouvrage. Cette position provocatrice a contribué à ouvrir le débat et attirer l'attention de l'opinion publique vers le suicide. Suite à sa publication, une nouvelle loi apparaît dans le Code Pénal: interdiction à la provocation au suicide (articles 223-13 et 223-15).

L'enchainement des évènements qui ont posé des pierres sur ces fondements de la prévention suicidaire ne s'est pas fait attendre et a introduit le suicide dans le débat publique : en 1992, le "Conseil Economique et Social" sous la responsabilité du Pr Michel Debout a publié son rapport (premier rapport officiel de la République sur ce thème à avoir vu le jour) ; sans oublier que les suicides de personnalités célèbres au cours du XXe siècle (Freud, Romy Schneider, Hemingway, Gary, Zavatta, Kurt Cobain, Maria Callas, Pierre Beregovoy, ...) ont contribué à la médiatisation et à souligner l'importance de prévenir le suicide. En 1994, la thématique du suicide fut reconnue comme une priorité nationale de santé, et en 1995 la Journée Nationale de la Prévention du Suicide fut constituée : il s'agit du 05 février en France. La Journée Mondiale de la Prévention du Suicide voit le jour un peu plus tard, en 2003, et a lieu le 10 septembre.

En parallèle de l'évolution de la problématique en France, des initiatives ayant pour but de prévenir le suicide voient le jour dans le monde entier. A titre d'exemple, à Gotland en Suède, une formation des médecins généralistes dans les années soixante-dix a permis, entre autres, de diminuer le taux de suicide sur l'Ile de 25/100 000 en 1982 à 7/100 000 en 1985. En même temps et plus au Sud en Europe, à Trieste, Diégo de Léo a pris comme objectif d'évaluer l'efficacité du dispositif Télé Help/Télé Check, consistant en la mise en place d'une assistance téléphonique pour des personnes âgées isolées (Télé Help) associée à des visites deux fois par semaines dans la même population (Télé Check)(68). Le dispositif a permis de diviser le taux de suicide par 7.

Le concept d'établir un lien avec des personnes à risque a évolué avec la dynamique insufflée par Jérôme Motto, psychiatre et ancien Président de l'Association Américaine de Prévention du suicide, vers un dispositif de recontact (appelé également « outil de veille sanitaire », OVS). Motto, le pionnier dans ce domaine, a mis en place un envoi de courriers aux patients hospitalisés pour dépression ou crise suicidaire de 1969 à 1974, sur 9 unités de soins à San Francisco (les envois à M1, M2, M3, M4, M6, M8, M10, M12, puis tous les 3 mois, après le geste suicidaire). Il a retrouvé une diminution significative de morts par suicide dans le groupe des sujets contactés (69). Le dispositif, adressé aux patients refusant la prise en charge et réticents à l'aide que l'on pouvait leur apporter, avait pour but de maintenir un lien, sans que la personne contactée se sente obligée d'interagir : libre de ses choix, elle était tout simplement censée savoir que quelqu'un pouvait lui tendre la main en cas de besoin. Cette notion fut appelée par Motto « connectedness », ce que l'on peut traduire comme un sentiment de rester en contact.

L'idée de Jérôme Motto fut reprise par de nombreux chercheurs, et des modalités différentes du recontact ont ainsi vu le jour (les courriers, les appels, les visites à domicile, les messages…).

Une autre étude s'est attachée à délivrer uniquement des « crisis card » (« carte ressource ») sans recontacter de patients. Il s'agit de l'étude d'Evans (70,71) qui a mis en évidence une efficience du dispositif uniquement pour les primo-suicidants, à 6 mois.

V. HISTORIQUE DES OVS

En ce qui concerne les protocoles de recontact, ils ont pour but de maintenir le lien entre une personne ayant tenté de se suicider, et les professionnels qui l'ont prise en charge après le geste. Cette mesure part du principe qu'une présence bienveillante d'un soignant qui se soucie du devenir du patient peut contribuer à une prévention du risque suicidaire, considérant qu'un grand nombre de patients se retrouvent assez isolés sur le plan social et n'ont pas l'impression d'avoir un entourage soutenant. C'est Jérôme Motto, comme évoqué précédemment, qui a émis l'idée de maintenir le lien avec un suicidant. Affecté profondément par le suicide d'une de ses patients, il met en place l'envoi de lettres personnalisées. Son étude évaluant ce dispositif paraît en 2001.

Hassanian (72), dans l'étude « Post card in Persia », une étude randomisée contrôlée dont l'intervention a consisté à envoyer 9 cartes postales pendant 12 mois chez des patients ayant été hospitalisés pour tentative de suicide, a démontré une réduction significative à 12 mois des idées suicidaires et du nombre de tentatives de suicides par intoxication médicamenteuse chez les patients ayant bénéficié du dispositif. Il est aussi démontré dans cette étude que le dispositif est plus efficace chez des patients ayant des antécédents de tentatives de suicide.

Les dispositifs proposés par Evans et par Hassanian n'ont donc pas le même impact selon la présence ou l'absence d'antécédents de tentative de suicide.

Or, Carter (73,74), dans l'étude « Postcards from the Edge », une étude sur l'envoi de 8 cartes postales en 12 mois, avec une évaluation à 24 mois et à 5 ans, chez des patients ayant fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse, a lui aussi démontré des différences d'efficacité du dispositif en fonction de la population étudiée : avec ce dispositif, il existe une différence très significative des récidives à 1 an, et la population féminine serait selon cette étude plus impactée par l'envoi de cartes postales (surtout les femmes ayant déjà des antécédents d'au moins 3 tentatives de suicide). Cependant, il ne semble pas exister de différence significative sur le nombre de décès par suicide, ni sur le nombre de patients récidivant.

G. Vaiva dans son étude SYSCALL (75), en s'appuyant sur les résultats des études de Carter et Evans, a étudié l'efficacité d'appels téléphoniques aux patients suicidants à 1 mois ou 3 mois en fonction de leurs antécédents. Il a ainsi pu démontrer, en per protocole, que pour les patients recontactés à 1 mois, il existait une réduction significative des récidives à 6 mois. D'autre part, Cebria (76) a émis l'hypothèse que des appels téléphoniques réguliers, à 1 semaine, puis à 1, 3, 6, 9 et 12 mois pour des patients ayant fait une tentative de suicide, pouvaient réduire significativement le nombre de récidives suicidaires, ou allonger le délai entre 2 tentatives de suicide. Cette étude a été réalisée en Espagne, dans 2 hôpitaux différents, et portait sur un total de 991 patients, ayant été admis aux urgences pour tentatives de suicide. Il existait un groupe bénéficiant du dispositif et un groupe témoin n'en bénéficiant pas. Cette hypothèse fut confirmée

puisque les résultats montraient une baisse de la récidive de 8% : 14% de récidives ont été observées chez les patients ne bénéficiant pas du dispositif (39/285) et 6% chez les patients qui en bénéficiaient (16/296). Une autre étude a été réalisée en 2015 pour évaluer les effets du dispositif à 5 ans. Elle a demontré que l'effet se maintenait au bout d'un an et disparaissait au-delà de cette période.

D'autres dispositifs de recontact ont aussi vu le jour, utilisant le recontact associé à une intervention unique d'inspiration psychothérapique.

C'est le cas de l'étude de Fleischmann (77)**,** qui s'intéressait au recontact dans les pays en voie de développement (Chine, Iran, Inde, Sri Lanka, Bresil), dans laquelle une intervention brève d'une heure pour chaque suicidant est associée à un recontact comprenant 9 appels ou visites selon les cas, sur une durée de 18 mois. Le nombre de décès par suicide fut ensuite comparé entre les 2 groupes, avec un résultat significativement plus faible dans le groupe ayant bénéficié de la thérapie et du recontact (0,2%) par rapport au groupe témoin (2,2%).

Outre leur fonction de prévention des récidives suicidaires, ces dispositifs de veille ont également montré un intérêt économique car ils sont peu coûteux et entraînent une diminution de certains coûts. En effet, la baisse de la récidive suicidaire permet une diminution significative des séjours hospitaliers, comme le démontre CARTER(78) dans « Postcards from the Edge » où l'évaluation à 5 ans permet de mettre en évidence une diminution du nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie (6008 jours pour le groupe témoin contre 3443 pour le groupe « cas ») pour des patients ayant fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse.

Une autre qualité de ce dispositif est qu'il est non invasif, et que le seul impact négatif éventuel lié au rappel de l'événement traumatique est très limité**.**

La mise en place de cet outil s'avère intéressant surtout dans la première année qui fait suite à une TS. Il ne s'agit pas d'une mesure thérapeutique qui serait proposée pour remplacer d'autres prises en charge, mais d'un dispositif de veille qui se construit autour de la notion de "l'éthique de l'inquiétude", terme proposé par un philosophe Suisse, Michel Cornu. Cet outil, qui se propose d'accompagner discrètement le patient au décours d'une crise qui vient de chambouler son quotidien, se montre très efficace et pourrait sans doute faciliter le recours aux soins ultérieur en cas de besoin. Déjà en 2010, Gruat, qui a interrogé de nombreux patients au téléphone au sujet de leurs avis sur le dispositif, a montré que 80% des personnes le trouvaient bénéfique et 30% ont indiqué qu'il avait empêché un passage à l'acte auto-agressif (79).

En parallèle, des tentatives de compréhension du mécanisme d'action et des fonctions de ces dispositifs ont été proposées.

VI. LES OVS : MODE D'ACTION

VI. a) OVS – par quel biais les suicidants sont-ils contactés?

1) Courriers : la méthode la plus simple consiste à envoyer des courriers personnalisés faisant rappel au patient de son passage aux urgences suite à la tentative de suicide ; courriers signés de préférence par le binôme médecin/infirmier qui a reçu le patient à l'hôpital. Ils informent le patient que quelqu'un se soucie de lui et reste présent pour lui à tout moment en cas de besoin.

2) Appels : il s'agit de contacter le patient à plusieurs reprises après le passage à l'acte suicidaire pour maintenir le lien et combattre son sentiment d'isolement. Les appels, même s'ils demandent plus d'investissement, ont pour l'avantage de remplir plusieurs fonctions en même temps ; ces fonctions ont été décrites par Luxton et al. (80):

   - Fonction d'évaluation : la conversation permet au soignant d'évaluer l'état du patient, de connaître son cheminement depuis la tentative de suicide (est-ce que le patient a adhéré au projet thérapeutique? Ce projet est-il adapté pour lui ?) et ses ressources actuelles, et d'évaluer le risque suicidaire.

   - Fonction psychothérapeutique : le rappel étant fourni par un professionnel de santé mentale, il permet d'apporter directement les soins à la personne concernée, notamment en maintenant le lien social mais aussi en effectuant un travail motivationnel vers un changement.

   - Fonction interventionnelle : si le besoin se présente (le patient est en crise suicidaire par exemple) le soignant peut intervenir directement en proposant une consultation rapide aux urgences ou une visite à domicile. Il peut aussi aider le patient à modifier son projet thérapeutique si celui-ci ne semble pas adapté.

   - Fonction d'articulation du réseau de soins : le soignant peut appeler les différents acteurs de la prise en charge du patient suicidant qu'il contacte, ainsi que ses proches, s'il le juge nécessaire.

3) Visites à domicile : cette piste semble être très efficace (comme le montre l'étude de Guthrie et al. (81) ou de Vijayakumar et al. (82)), mais aussi la plus coûteuse (nécessité d'investissement élevé de la part des soignants).

4) SMS, courriels : permettent un contact rapide dans la population qui devient de plus en plus connectée.

Tous ces modes de communication ont en commun le fait d'être régulièrement répété et d'être initié par le soignant. Le même dispositif peut utiliser plusieurs modes de communication en fonction du profil du patient, comme présenté dans l'algorithme de l'étude ALGOS de G. Vaiva et al. (83), où les patients primosuicidants reçoivent un courrier et les patients non primosuicidants bénéficient de rappels téléphoniques.

Non seulement les modes de communication peuvent s'articuler entre eux, mais le dispositif de recontact peut (et devrait) s'articuler aussi avec d'autres éléments de la prise en charge, afin de créer un filet de sécurité autour du patient. Tout cela dans le but de l'aider à traverser la crise suicidaire et ne plus y succomber, en lui donnant des moyens et en l'aidant à prendre en charge sa propre maladie (« disease management », notion introduite par Castaigne). Ce point de vue est notamment proposé dans le programme de l'OMS SUPRE-MISS (SUicide PREvention - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours) (84). C'est dans ce contexte que, comme présenté dans l'étude de Fleischmann et al. de 2008 (77), il avait été proposé une heure d'intervention aux patients suicidants, afin de leur fournir des informations utiles.

VI. b) OVS – mécanismes d'action

Nous retrouvons dans la littérature trois mécanismes d'action principaux qui expliquent l'efficacité du recontact (85) :

1) Connectedness : le sentiment d'être en lien avec quelqu'un, et qu'une autre personne se soucie de nous, contribue à l'amélioration de l'état des suicidants.
2) Source d'information : dans le cadre du recontact, les informations diverses sont fournies aux patients, sur la nature de la crise suicidaire, les facteurs de risque/protection, comment trouver de l'aide…
3) Apprentissage des comportements alternatifs : les suicidants apprennent à trouver d'autres solutions pour leurs problèmes que le passage à l'acte auto-agressif.

G. Falcone et al. (86) dans leur étude récente mentionnent également (après Cutcliffe et al. (87), qui s'est interrogé sur le fait que la majorité des récidives arrivent rapidement après le primogeste) que les patients suicidants manquent de projet pour « après leur sortie » , qu'ils se sentent perdus et désorientés, et que le recontact peut les aider à établir ce projet et à le suivre.

Nonobstant l'existence d'études qui montrent l'efficacité du dispositif de recontact, il reste différents aspects qui méritent d'être réévalués. Il s'agit notamment de la méthodologie utilisée : entre autres, dans quel délai faut-il contacter les patients, à quelle fréquence, par quels moyens (lettres ou appels).

VII. PROTOCOLE RESTER EN CONTACT

C'est dans cette optique que nous avons désiré réaliser une évaluation quantitative (EVAREST1) du dispositif de veille « RESTER EN CONTACT» tel qu'il a été développé depuis le 3 mars 2015 au sein de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP), Hôpital Central du CHRU de Nancy, unité qui dépend du Centre Psychothérapique de Nancy et qui est dirigée par Madame le Docteur PICHENE. L'objectif principal de ce dispositif est de réduire le nombre de récidives suicidaires et de décès par suicide.

Il concerne tous les patients ayant réalisé une tentative de suicide (appelée "TS index", ou TSI) qui sont pris en charge aux urgences de Nancy à l'hôpital Central, et qui correspondent aux critères d'inclusion c'est-à-dire : être un homme ou une femme majeur, parler et comprendre le français, sujet pouvant et acceptant d'être joint par téléphone, par courrier et/ou courriel, qui ne s'est pas opposé à l'utilisation de ses données pour une étude. Les critères de non inclusion sont : existence d'une déficience mentale grave et/ou démence, patients sous tutelle, patients détenus, patient sans domicile fixe ou n'ayant pas de téléphone.

Dans tous ces cas, les patients bénéficient à l'issue de la prise en charge suite à leur tentative de suicide d'une remise d'un carton contenant les coordonnées des urgences et les noms des soignants rencontrés. Il leur est demandé s'ils acceptent d'être inclus dans le protocole. Il est également prévu que les médecins traitants de ces patients (généraliste et/ou psychiatre) soient prévenus du passage aux urgences de leur patient ainsi que de son inclusion dans le dispositif de veille, de son évolution au sein de ce dispositif (ils reçoivent les comptes-rendus des entretiens téléphoniques), et de la fin du dispositif.

Ce dispositif de veille prévoit 3 cas de figure différents qui correspondent à 3 procédures différentes :

- patients primo-suicidants ;
- patients non primosuicidants avec deux sous populations : soit TS dans les 4 ans précédant la TSI ; soit TS > 4 ans par rapport à la TSI ; ces derniers sont recontactés comme les patients primosuicidants ;
- échec du recontact téléphonique.

1) **Primo suicidants et non primosuicidants ayant un antécédent de TS > 4 ans par rapport à la TSI** :

3 courriers (ou mails, alternative proposée au patient à l'inclusion) sont envoyés à J10, à J45 et à 3 mois (Figure 5).

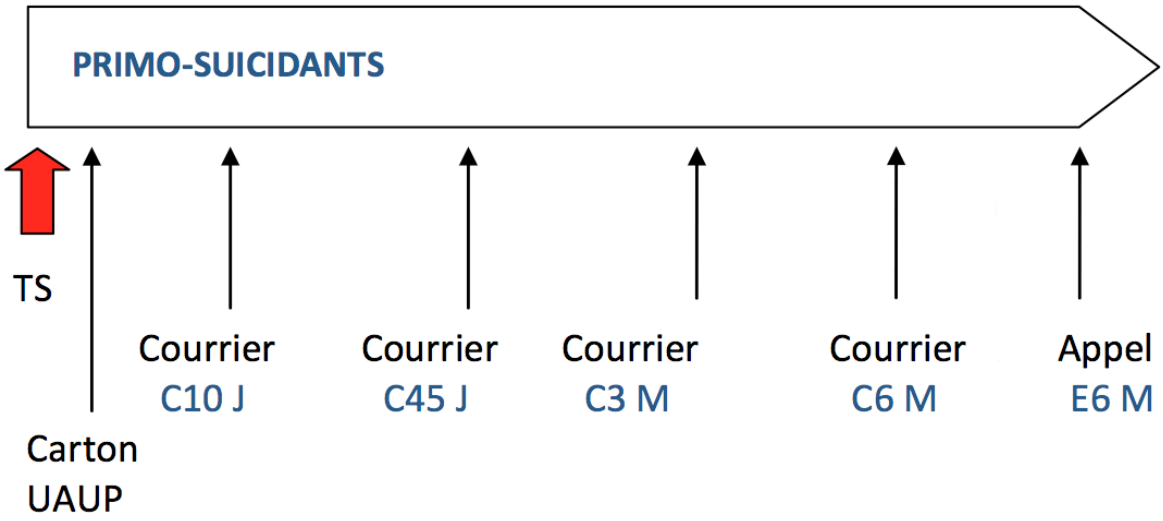


Figure 5 : Déroulement des contacts proposés aux primosuicidants et aux non primosuicidants dont la dernière TS date de plus de 4 ans.

- Notons que si un patient récidive durant ce suivi, il intègre alors la procédure « non primosuicidants» décrite ci-dessous.

2) **Non primosuicidants dont la dernière TS date de moins de 4 ans avant la TSI** :

* Comme pour les primo suicidants, ils bénéficient d'un appel téléphonique à J10 (voir figures 6 et 7).

* Se présentent alors 2 cas de figure :

- soit le patient adhère au compromis de soins prévu par le protocole, ce qui génère l'envoi d'un courrier (ou mail) à J45 et à 3 mois

- soit le patient n'adhère pas au compromis de soins, ce qui génère un appel téléphonique à J45 puis à 3 mois.

En fonction de la situation, les appelants réalisent (et le notifient dans le dossier) 3 types d'appels téléphoniques différents : appel standard (évaluation clinique + évaluation du risque suicidaire, urgence et dangerostié - RUD-, adhésion au compromis des soins), appel complexe (si non adhésion: analyse des raisons et propositions d'alternatives, résolution de problèmes, coordonnées du réseau...), et appel de crise suicidaire.

* Dans le dernier cas, l'appel téléphonique peut évoluer en fonction de la situation :

- soit vers une gestion de la crise par téléphone ;

- soit vers une consultation en urgence à l'UAUP ;

- soit entraîner l'intervention du SAMU pour amener le patient à l'hôpital ;

- soit nécessiter un rappel téléphonique à 48h.

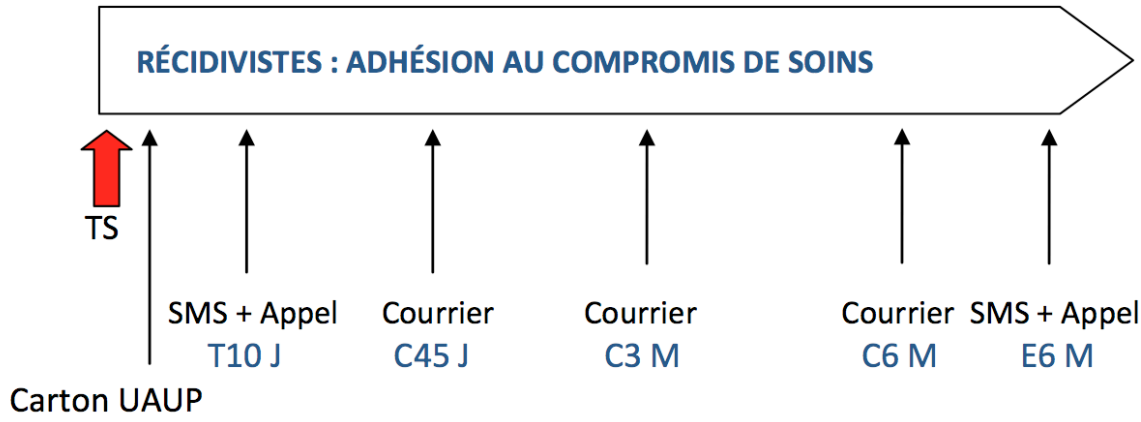


Figure 6 : Déroulement des contacts pour les non primosuicidants avec antécédents de TS datant de moins de 4 ans avant la TSI avec adhésion au compromis de soins.

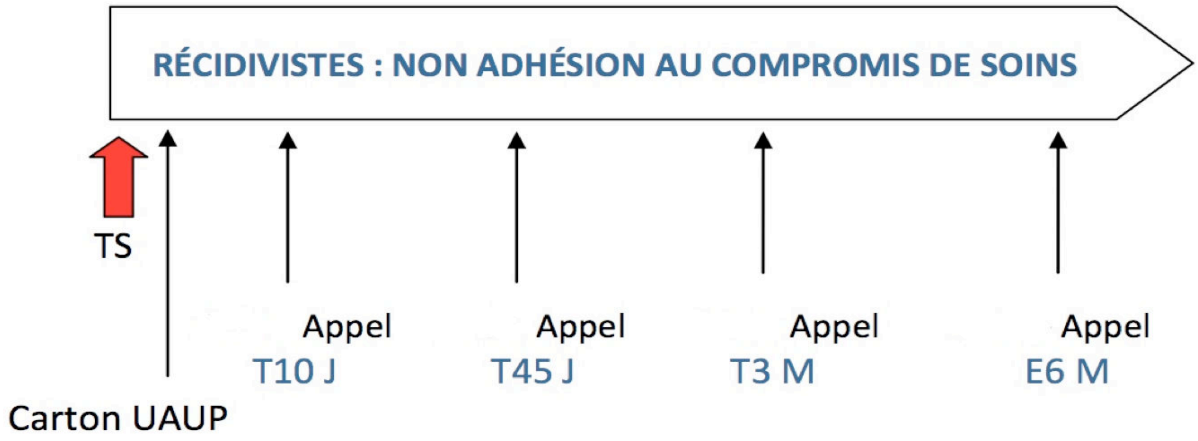


Figure 7 : Déroulement des contacts pour les non primosuicidants avec antécédents de TS datant de moins de 4 ans avant la TSI sans adhésion au compromis de soins.

3) **Echec du recontact téléphonique** : après 3 appels non aboutis (3 jours différents à 3 heures différentes), le relais est pris par l'envoi de courriers au patient : le premier immédiatement, le deuxième à J45, le troisième à 3 mois (figure 8).

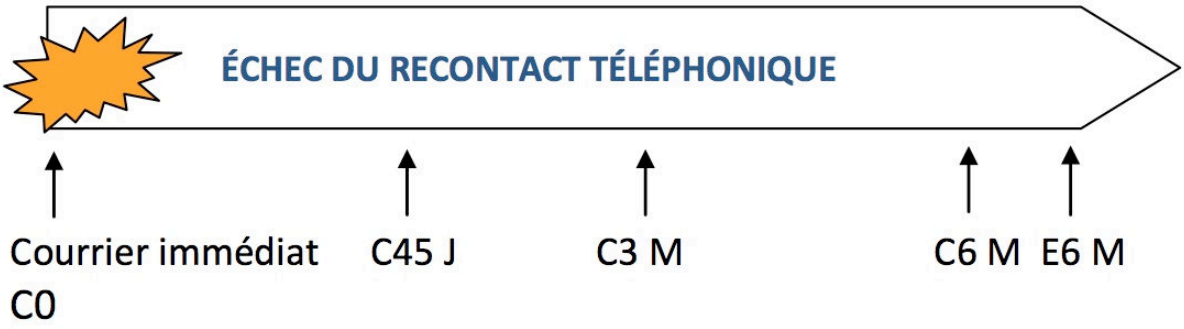


Figure 8 : Déroulement des contacts pour les non primosuicidants avec antécédents de TS datant de moins de 4 ans avant la TSI et échec du recontact téléphonique.

L'étude EVAREST 1 que nous allons maintenant présenter se propose d'évaluer de façon quantitative ce dispositif.

VIII. ARTICLE

EVAREST 1 : ETUDE QUANTITATIVE DU DISPOSITIF "RESTER EN CONTACT"

Monika Kosinska (1), Léna Bouvet (2), Xavier Sipp (3), Romain Waldeck (3), Catherine Pichené (3), MD, Fabienne Ligier (4), MD, PhD

(1) Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Legouest, Metz, France

(2) Unité d'hospitalisation le Tremplin, Pôle de psychiatrie de l'Enfant et Adolescent, Centre Hospitalier de Ravenel, Mirecourt, France

(3) Unite d'Accueil des Urgences Psychiatriques, Centre Psychothérapique de Nancy, Laxou, France

(4) Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre Psychothérapique de Nancy, Laxou, France - APEMAC, EA4360, Université de Lorraine, Nancy, france

Résumé

Contexte: Le suicide est un problème majeur de santé publique en France. La présence d'une tentative de suicide par le passé est le plus grand prédicteur de suicide. La prévention de la récidive suicidaire s'intègre donc dans la prévention du suicide. Les outils de veille sanitaire font partie des modalités permettant de limiter la récidive suicidaire. Certains ont déjà montré leur efficacité, sur un certain profil de patients.

Objectif: Évaluer l'efficacité du dispositif nancéen "Rester en contact", en terme de récidive suicidaire et de décès par suicide, sur une durée de 1 an.

Méthode: Il s'agit d'une étude monocentrique, quantitative, rétrospective, comparative avant-après mise en place en mars 2015 du dispositif de recontact, « RESTER EN CONTACT ». La récidive suicidaire et le profil de patients plus susceptibles de bénéficier du dispositif ont été évalués à partir de l'étude de 200 dossiers médicaux, tirés au sort, (100 dans chaque groupe).

Résultats: L'étude EVAREST 1 a permis de démontrer une tendance à la diminution des récidives suicidaires chez les primosuicidants ayant bénéficié du dispositif de Recontact (13% versus 5%), particulièrement chez ceux qui présentaient des antécédents psychiatriques (17% versus 8%). Le dispositif montre une tendance à du délai de récidive chez les patients non primosuicidants qui avaient des antécédents psychiatriques, une pathologie comorbide de l'axe I, ainsi qu'une comorbidité de dépendance à des toxiques.

Conclusion: Les résultats suggèrent que le dispositif peut être efficient chez un certain type de suicidants, résultats qui nécessitent d'être confirmés sur un échantillon plus important.

Mots clé : tentative de suicide, prévention, veille sanitaire.

Summary

Background: Suicide is one of the major problems of public health. Worldwide, more than 800000 individuals die by suicide each year. France is equally confronted with this issue (14,9 per 100 000 in 2014, approximately 1 suicide per hour). Among most important risk factors we can find the presence of a prior suicide attempt (10-15% of suicide attempters die by suicide, and near 70% patients encounter a psychiatric service for the first time after a suicide attempt or self-harm). In this context, multiple interventions are developed in order to maintain contact with patients after their discharge from emergency department, the so-called Brief Contact Interventions or BCI. Some of them showed a significant effectiveness, simultaneously being low-cost and accessible, hence the growing interest in this type of suicide prevention. The BCI use different forms of contact with patients, commonly postcards and telephone calls. The French BCI evaluated in our study, connects both, according to patient profile (letters send to the patients without prior suicide attempts and phone calls to the others, during 6months).

Aims: To evaluate efficacy of a French BCI, "Stay in Contact", applied in Nancy since march 2015, in reducing the number of episodes of repeated suicide attempts and deaths by suicide, over the following year.

Methods: This is a quantitative non-interventional, retrospective, single-center study, consisting on comparison of study group (one hundred patients who were contacted after their discharge from the hospital, during 6 months, in 2015) with treatment as usual group (one hundred patients who were admitted after a suicide attempt before creation of the BCI, in 2014).

200 medical observations were drew randomly and evaluated for the number of repeated episodes of suicide attempts, the number of deaths by suicide, the interval between the index episode and the first repeated episode, as well as between subsequent gestures, the number of gesture per person, and hospital stay' duration (during 1 year). The last parameter was evaluated in order to estimate the financial cost of patients treatment after a BCI (in comparison to the TAU group). Beyond this quantitative evaluation, a "profile" of a suicide attempter susceptible to respond to the BCI was examined (is he well supported socially? Does he benefit from a psychiatric follow-up? Does he suffer from any addiction? Is he diagnosed with any mental trouble?)

Results: The study EVAREST showed a trend for a reduction of repeated episodes of suicide attempts within the population without prior suicide attempts who benefited from the BIC (13% versus 5%), especially with patient with diagnosed mental disorder (17% versus 8%). This tendency hasn't been found within the population of patients with history of previous suicide attempts.

The most frequent type of suicide attempt was a drug overdose (83%). The most represented age group was 45-54 years (25% of suicide attempts) (p=0.37).
62,5% patients were hospitalized after their passage through the emergency department. To 23% of them, a psychiatric follow-up was proposed; 12% were oriented towards their general practitioner, and 16% returned home without any proposition (p=0.42). 84% of patients adhered to the proposition made to them by the consultant in the emergency department (85,4% for women and 81,8% for men, which could indicate that women adhere more to the agreement), and only 15% refused the proposition. 1% have shown an ambivalent attitude.
It was impossible to evaluate the number of deaths by suicide, due to a weak number of study subjects. 7 deaths were found in the examined population, much too little to analyse it. Among 7 deaths, 2 were caused by suicide, both in the population which didn't benefit of the BCI.
Concerning the interval between the index episode and the first repeated episode, the study shows a trend for its extension within the population of patients with a prior suicide attempt, with a psychiatric history, with a diagnosed axis I mental disorder and simultaneous substance abuse.

Conclusion: The study was underpowered, therefore it is impossible to conclude about the BCI effectiveness. A larger number of study subject would be needed. The subsequent studies are desired in order to respond to patients needs, knowing that they don't react to the intervention similarly according to their profile (presence of a prior suicide attempts for example). Based on a retrospective evaluation, the suicide attempters and persons who commit suicide are two different populations, which questions the adequacy of the BCI according to patients' needs which can be very various.

Key Words : Suicide attempt, prevention, connectedness.

Introduction

En France, un décès sur 50 est un suicide. Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe(1)

Plusieurs études démontrent que le suicide reste une cause de mort évitable (2). Un des signaux d'alarme les plus probants est l'existence d'une tentative de suicide (TS) dans la vie du sujet. Le lien entre tentative de suicide et suicide abouti est bien décrit dans la littérature puisqu'il est considéré qu'avoir réalisé une TS multiplie par 30 le risque de suicide (3,4). C'est ainsi que la prévention des tentatives de suicide et des récidives suicidaires trouve son importance. Depuis une vingtaine d'années, plusieurs outils de veille sanitaire (OVS) ont vu le jour, inspirés par les travaux de J. Motto(5) et guidés par le principe de "connectedness", i.e. le lien entre un patient et un soignant maintenu dans le temps après le passage à l'acte, et qui permet au suicidant de se sentir moins isolé et

moins démuni.

Les études évaluant ces dispositifs sont nombreuses et attestent, pour certaines, de leur efficacité. Cette efficacité varie cependant selon le profil des patients, en termes d'antécédent suicidaire, de genre, de comorbidité psychiatrique…

Un dispositif de veille a été mis en place aux urgences psychiatriques de Nancy à partir du 3 mars 2015, le dispositif "Rester en contact". Il s'agit d'un OVS proposé aux patients qui ont été admis aux urgences suite à une tentative de suicide.

Afin d'évaluer l'impact de ce dispositif en terme de prévention de la récidive suicidaire et du nombre de décès par suicide, une étude pilote, quantitative, nommée "EVAREST 1" a été réalisée. Elle cible plus particulièrement la réponse au dispositif selon le profil des patients suicidants, et ce afin de tenter de définir des profils des personnes qui seraient davantage susceptibles d'être impactées positivement par le dispositif.

METHODE

EVAREST 1 est une étude monocentrique, quantitative, rétrospective, comparative avant-après mise en place du dispositif de recontact, « Rester en contact ».

Il s'agit d'un dispositif déployé à partir du 03 mars 2015 à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de Nancy (UAUP), qui a pour finalité de prévenir la récidive suicidaire, voire le décès par suicide.

Ce dispositif propose de recontacter à intervalles réguliers les patients ayant réalisé une tentative de suicide et qui sont passés aux urgences de Nancy pour ce motif, par le biais d'envois de carte ou d'e-mail, ou d'appels téléphoniques. Le moyen utilisé dépend de la présence d'antécédents de tentative de suicide.

Les appels réalisés le sont par des infirmiers de l'UAUP, spécialisés dans la prise en charge des patients suicidants. Les heures des appels sont bien standardisées : entre midi et 14h ou entre 16h et 18h.

Pour déterminer le type de recontact proposé, les groupes de patients sont ainsi constitués :

- Un groupe de patients primosuicidants
- Un groupe de patients non primosuicidants ayant des antécédents de TS datant d'il y a plus de 4 ans par rapport à la TS index (TSI) : ces patients sont recontactés de la même manière que les primosuicidants.
- Un groupe de patients non primosuicidants ayant des antécédents de TS datant d'il y a moins de 4 ans par rapport à la TSI.

Ces groupes sont recontactés selon le schéma suivant (Figure 1) :

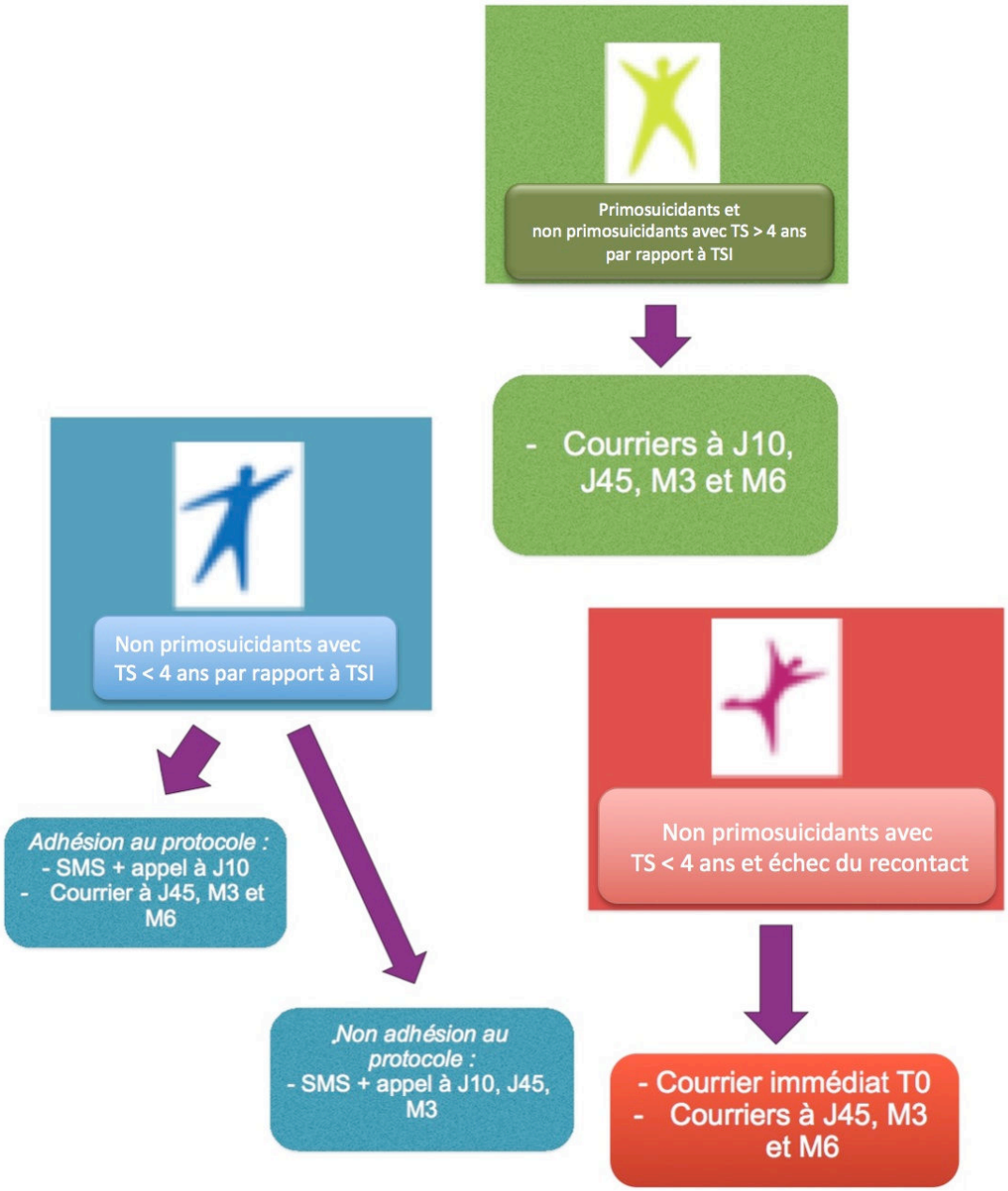


Figure 1 : Modes de recontact selon les antécédents de TS et l'adhésion au protocole.

TSI = Tentative de Suicide Index

Les appels ont pour objectif d'identifier si une situation de crise et toujours en cours, et le cas échéant, de proposer une solution de désamorçage au patient. Ainsi sont différenciés les appels simples, complexes et de crise. Lors d'un appel de crise, il est toujours proposé au patient un rendez-vous immédiat aux urgences psychiatriques.

Les critères d'inclusion dans le dispositif sont décrits dans la figure du flowchart (figure 2) :

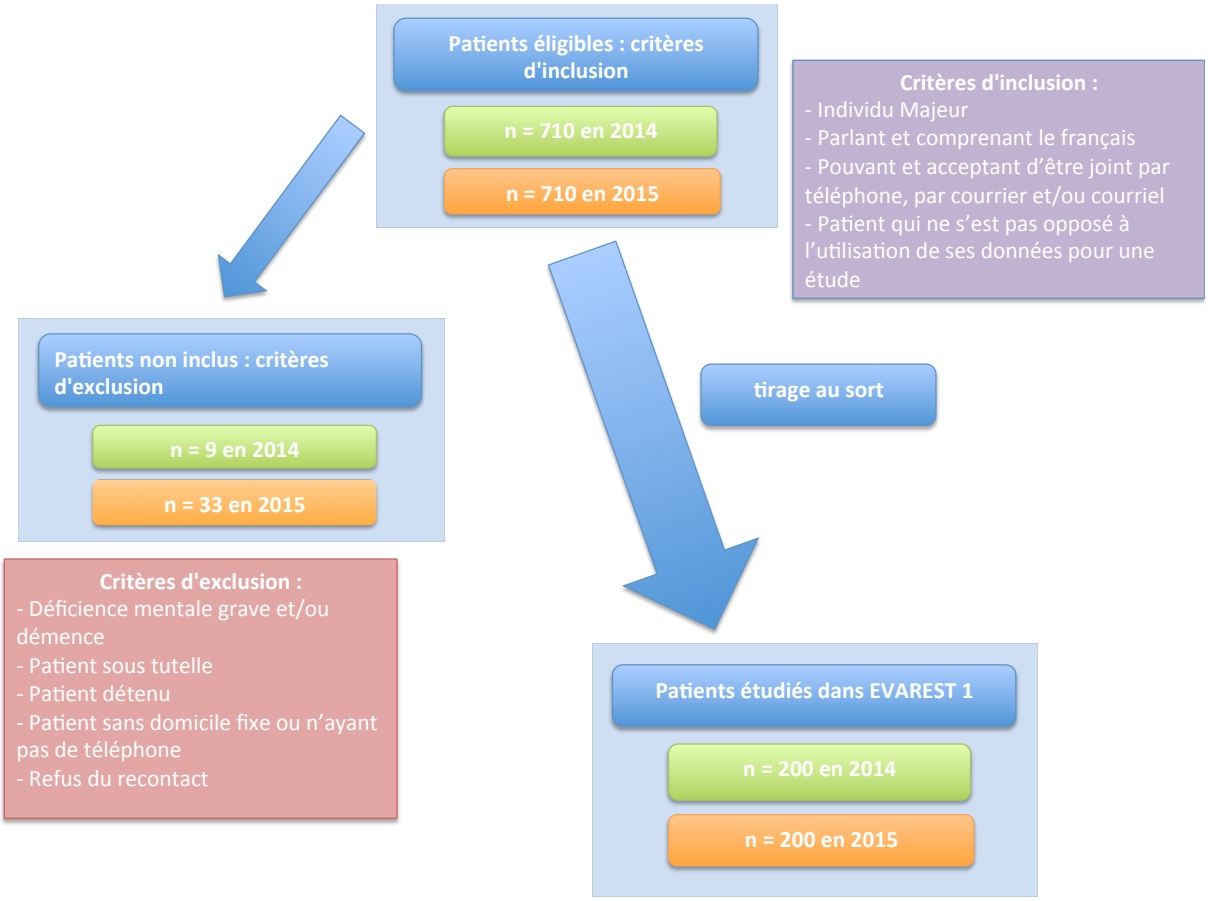


Figure 2 : FLowchart des patients de l'étude.

L'objectif principal de l'étude EVAREST1 était de comparer avant-après mise en place du dispositif « Rester en contact » à Nancy, la fréquence de la récidive suicidaire sur une durée de 1 an.

Les objectifs secondaires étaient de comparer avant-après mise en place du dispositif « Rester en contact » à Nancy,:

- le délai de récidive suicidaire sur une durée de 1 an à Nancy
- le nombre de décès par suicide dans chaque groupe, sur une période de 1 an.

Le critère de jugement principal était le nombre de sujets récidivistes dans l'année suivant la TSI.

Les critères d'évaluation secondaires étaient le moment de la récidive suicidaire et la notion de décès.

D'autres données ont été recueillies afin de pouvoir ajuster nos analyses sur de potentiels facteurs de confusion et décrire des populations qui répondraient mieux au dispositif: la notion de prise de toxique, la notion d'antécédents psychiatriques, la notion de pathologie psychiatrique de l'axe I ou II comorbide, la notion d'entourage ressource et l'adhésion ou non aux soins proposés suite au passage à l'UAUP.

Population étudiée

Groupe ayant bénéficié du dispositif :

Patients ayant fait une tentative de suicide et ayant bénéficié du dispositif "Rester en contact" mis en place à partir de mars 2015 aux urgences psychiatriques de Nancy, proposé après chaque passage aux urgences pour tentative de suicide. Les sujets qui ont refusé d'intégrer le dispositif "Rester en contact" à partir de mars 2015 n'ont pas été inclus dans notre étude.

Groupe témoin :

Les patients éligibles étaient ceux qui avaient fait une tentative de suicide entre janvier et décembre 2014.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion, qui correspondent aux critères d'entrée dans le dispositif "Rester en contact" ont été appliqués aux 2 groupes (cf. Flowchart).

Cette étude est une étude pilote de faisabilité. Le nombre de 200 patients a été retenu, avec 100 patients par bras étudié : 100 patients pour le groupe ayant bénéficié du dispositif et 100 patients pour celui n'en ayant pas bénéficié.

Recueil de données

Le recueil de données a été effectué à partir des dossiers informatisés des patients qui sont passés aux urgences de Nancy pour une tentative de suicide, sur une durée de 1 an après la tentative de suicide index, à partir d'une liste éditée par le Département d'Information Médicale de l'établissement (DIM).

Nous qualifions de TSI la tentative de suicide d'inclusion dans l'étude, et non pas la première tentative de suicide du sujet sur sa vie entière.

Le recueil de données a été effectué sur une plateforme dédiée, à partir d'une grille de recueil regroupant les variables d'intérêt. Les données ont été anonymisées: les noms et prénoms n'ont pas été recueillis et un numéro de dossier a été attribué aléatoirement à chaque sujet. Le tout était consigné dans un fichier Excel, sous forme de présence/absence ou de manière quantitative selon le type de données.

Les caractéristiques recueillies des patients suicidants étaient :

. socio démographiques et sociales

. sur les antécédents et la comorbidité psychiatrique

. sur l'adhésion aux soins proposés

. administratives (nombre de jours d'hospitalisation), donnée qui sera présentée dans un autre document.

Pour les dossiers qui pouvaient être sujets à controverse, l'équipe participant à la réalisation de l'étude se réunissait afin de définir la proposition la plus adéquate.

Au niveau légal, EVAREST 1 s'intègre dans le cadre d'une étude non interventionnelle, selon la Loi Jardé de novembre 2016. Une affiche située à l'entrée du service informait tous les patients que leurs données pouvaient être utilisées à des fins de recherche, de manière anonymisée, et qu'ils pouvaient s'y opposer si tel était leur désir.

Analyses statistiques

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel Statistical Analysis System (SAS).

Pour les analyses descriptives :

- les données quantitatives sont présentées sous forme de moyenne et d'écart-type ;
- les données qualitatives sous forme d'effectif et de pourcentage.

Pour les analyses comparatives, les comparaisons ont été effectuées entre les 2 bras d'étude (dispositif/hors dispositif), pour l'effectif global ou en sous-population (primosuicidants, non primosuicidants, sujets avec une comorbidité…) :

- les données quantitatives ont été comparées avec un test t de Student quand les conditions d'application du test étaient respectées
- les données qualitatives ont été comparées avec un test du Khi 2 quand les conditions d'application du test étaient respectées.

Pour les sous groupes d'effectif trop faible, seules les descriptions sont présentées.

Les tests sont considérés significatifs pour un $p<0,05$

RESULTATS

Les caractéristiques de base de la population sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (n=200)

		Dispositif		Sans dispositif		Comparaison *p* (Khi-2)
		n	%	n	%	p
Genre	Hommes	40	(40%)	37	(37%)	0,66
	Femmes	60	(60%)	63	(63%)	0,66
Antécédents de TS	1	39	(39%)	31	(31%)	0,57
	2	38	(38%)	40	(40%)	0,57
	4	17	(17%)	12	(12%)	0,57
	NSP	6	(6%)	17	(17%)	0,57
Antécédents psychiatriques		66	(66%)	70	(70%)	0,54
Axe I		47	(47%)	35	(35%)	0,09
Axe II		20	(20%)	13	(13%)	0,18
Dépendance		28	(28%)	28	(28%)	1,00
Entourage	Oui	73	(73%)	72	(72%)	0,83
	NSP	13	(13%)	7	(7%)	0,83

Légende : a) pour les antécédents de TS : 1 = primosuicidants ; 2 = existence de TS antérieure < 4 ans par rapport à la TS index ; 4 = existence de TS antérieure > 4 ans par rapport à la TS index ; NSP = non renseigné. b) pour l'entourage : Oui = présent ; NSP = non renseigné.

Age des suicidants

La moyenne d'âge des suicidants du dispositif était de 44 ans [écart-type 16,3], et la moyenne d'âge des patients suicidants n'ayant pas bénéficié du dispositif était de 41 ans [écart-type 15,34] (p<0,0001).

Le groupe le plus représenté était celui des 45-54 ans, soit 25% des TS (p=0,37), toutes populations confondues. La proportion des autres classes d'âge est résumée dans la

figure 3. Les proportions étaient équivalentes entre les deux populations étudiées, différentes selon le genre, mais de manière non significative.

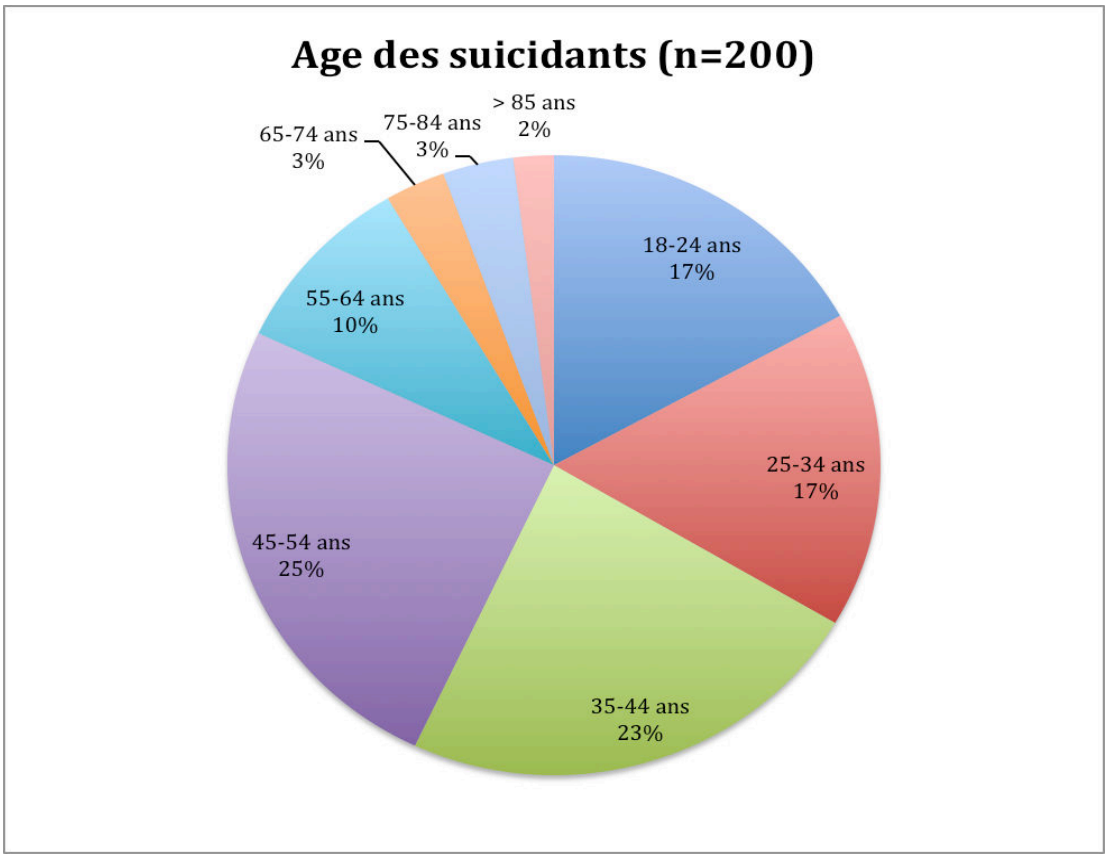


Figure 3 : Répartition des suicidants par tranches d'âges de 10 ans (n=200)

Chez les femmes, la plus grande proportion de suicidantes était comprise dans la catégorie des 45-54 ans (26,2%) ; chez les hommes, il s'agissait de la catégorie 35-44 ans (24,68%), p = 0,24.

Comparaison de l'existence d'une récidive

Les effectifs très petits de notre population ne permettant pas d'obtenir des résultats significatifs, nous avons choisi de décrire une tendance. Si l'on considère la population de patients dans sa globalité, 17 patients (8,5%) ont récidivé avant 180 jours (6 mois) chez ceux qui ont bénéficié du dispositif, contre 14 patients (7%) chez ceux qui n'en n'ont pas bénéficié (p = 0,56). Quatre patients (2%) ont récidivé entre 180 et 365 jours (entre 6 mois et 1 an), qu'ils bénéficiaient du dispositif ou non (p = 1,0). On ne remarque donc pas de tendance à la baisse des récidives en faveur du dispositif dans la population étudiée.

Il semble cependant exister une tendance à l'efficacité du dispositif en terme de diminution de la récidive chez les patients primosuicidants. Treize pourcents des patients primosuicidants (n=4) ont récidivé chez ceux qui ne faisaient pas partie du dispositif, contre seulement 5% (n=2) chez ceux qui en ont bénéficié (p=0,25). En ce qui concerne les patients non primosuicidants, cette tendance n'est pas retrouvée.

Lorsque l'on prend en compte les caractéristiques de population précédemment décrites dans le tableau 1, on retrouve cette tendance en ce qui concerne les patients primosuicidants ayant des antécédents psychiatriques. Ces résultats sont rapportés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Récidive chez les patients primosuicidants, selon leur antécédents/comorbidités (n = 70).

Présence de la variable	**Dispositif**			**Sans dispositif**		
	nombre	récidive	%	nombre	récidive	%
ATCD psy	n=13	1	8 %	n=12	2	17 %
Axe I	n=15	1	17 %	n = 8	0	0 %
Axe II	n=1	0	0 %	n = 8	1	12,5 %
Dépendance	n=8	0	0 %	n = 6	1	17 %
Isolement	n=5	1	20 %	n = 6	0	0 %

Comparaison du délai de récidive suicidaire

Les 21 patients faisant partie du dispositif qui ont récidivé l'ont fait avec une moyenne de délai de récidive de 101,9 jours [121,2] ; contre une moyenne de délai de récidive de 100,5 jours [94] chez les 18 patients hors dispositif. Il ne semble donc pas exister de différence entre les deux groupes concernant le délai de récidive.

Si l'on souhaite affiner selon les caractéristiques d'antécédents ou non de TS, la petite taille des sous groupes nous amène là encore à parler de tendance. Si l'on sépare les patients primosuicidants des non primosuicidants qui ont récidivé, le dispositif ne semble pas en faveur d'une réduction du délai de récidive chez les primosuicidants, mais plutôt chez les non primosuicidants : 2 patients (5%) primosuicidants faisant partie du dispositif ont récidivé avec une moyenne de 36,5 jours [34,7], contre 4 patients (13%) qui n'avaient pas eu le dispositif avec une moyenne de délai de récidive de 109 jours [150,9]. Concernant les patients non primosuicidants, 16 patients (42%) du bras "dispositif" ont récidivé avec une moyenne de délai de 90,4 jours [99,5], contre 11 patients (28%) dans le bras "sans dispositif" qui ont récidivé avec une moyenne de 79,1 jours [58,2].

Nous avons souhaité subdiviser ces deux populations selon les caractéristiques évoquées dans le tableau 2, les résultats sont présentés dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3 : Durée moyenne de récidive chez les patients primosuicidants en fonction de leurs antécédents/comorbidités (n = 70)

Présence de la variable	Dispositif			Sans dispositif		
	n	moy	[ET]	n	moy	[ET]
ATCD psy	1	61	-	2	2	[2,8]
Axe I	1	61	-	1	0	-
Axe II	0	-	-	1	0	-
Dépendance	0	-	-	1	4	-
Isolement	1	12	-	0	-	-

Tableau 4 : Durée moyenne de récidive chez les patients non primosuicidants en fonction de leurs antécédents/comorbidités (n = 78)

Présence de la variable	Dispositif			Sans dispositif		
	n	moy	[ET]	n	moy	[ET]
ATCD psy	16	90,4	[99,5]	11	79,1	[58,2]
Axe I	10	102,6	[116,2]	5	80	[79]
Axe II	4	57	[88,9]	6	89,7	[72,1]
Dépendance	6	159	[127,1]	4	72	[60,4]
Isolement	3	198,7	[165,2]	5	81,4	[36,1]

Parmi les patients non primosuicidants, on remarque une tendance à l'allongement du délai de récidive suicidaire chez ceux qui ont bénéficié du dispositive, en dehors de ceux ayant une pathologie comorbide de l'axe II.

Comparaison des décès

En ce qui concerne le nombre de décès, il y a eu en tout 7 décès, soit 3,5% de la cohorte étudiée, avec 3 hommes et 4 femmes : 3 décès pour le bras "dispositif" et 4 pour le bras "sans dispositif", sans différence significative. Les patients dont le décès par suicide a été

confirmé faisaient partie du bras "sans dispositif". Il s'agissait d'un homme de 56 ans non primosuicidant (TS < 4 ans par rapport à la TSI), ayant des antécédents psychiatriques et une pathologie comorbide de l'axe I, sans notion de dépendance à une substance ; le décès par suicide est survenu 9 mois après la TSI, sans notion de récidive de TS entre les deux gestes. Il y avait également une femme de 74 ans, non primosuicidante (TS > 4 ans par rapport à la TSI), avec le même profil, le décès par suicide étant survenu 5 mois après la TSI.

DISCUSSION

L'étude EVAREST 1 a montré une tendance à la diminution de la récidive suicidaire chez les primosuicidants ayant bénéficié du dispositif de Recontact (13% versus 5%), particulièrement ceux qui présentaient des antécédents psychiatriques (17% versus 8%), résultats cependant non significatifs en raison du faible effectif.

Les points forts de ce dispositif résident dans le fait qu'il s'agit d'un outil de veille articulant plusieurs attitudes interventionnelles en fonction du profil du patient (courrier/appel...). En effet, plusieurs études évaluant l'impact d'autres OVS, notamment rappels téléphoniques, ont montré une efficacité de ce type de dispositif chez les patients primosuicidants (6), d'où l'intérêt choisi de bien différencier ce profil en premier lieu.

L'étude EVAREST 1 se donnait également pour objectif de restituer le profil type de patient sur lequel les OVS pouvaient avoir une efficacité, avec pour volonté initiale de recueillir une multitude de critères pouvant définir un patient.

Malheureusement, comme nous allons le voir, plusieurs biais rencontrés lors de l'étude ont constitué une limitation de ces deux derniers points. Il existe plusieurs explications au fait que les résultats de l'étude EVAREST 1 ne mettent pas en évidence de réduction significative du nombre de récidives suicidaires, des décès par suicide, d'allongement du délai entre deux tentatives de suicide.

Tout d'abord, ceci n'est pas en contradiction avec la littérature sur le sujet de l'évaluation des OVS : concernant les services d'accueil téléphonique, pas exemple, même si des résultats prometteurs étaient retrouvés chez les primosuicidants dans l'étude de Morgan et al. (7), ils sont demeurés non significatifs dans deux études menées par Evans et al. (6,8). Une méta analyse menée par Castaigne et al. (9) portant sur 5 études évaluant l'effet des adressages de courriers, montre que 3 de ces études n'ont pas confirmé de résultats positifs et significatifs (10–12). Toujours selon la même méta analyse, les protocoles de rappels téléphoniques ont aussi fait l'objet d'évaluations : 3 études randomisées ont évalué l'utilisation isolée des rappels (13–15): la conclusion de ces études est que l'efficacité de ces rappels ne peut être établie scientifiquement, même lorsque les rappels ont été précoces. Lorsque les appels téléphoniques sont utilisés dans le cadre d'une prise en charge globale, comme c'est le cas par exemple pour le

programme SUPRE-MISS de l'OMS (16,17) ou dans le cas de programmes de "gestion de cas" (18–20), les résultats sont décrits comme contrastés et peu décisifs. Enfin, sur 5 études portant sur les récidives suicidaires qui ont fait l'objet d'analyses, seulement deux d'entre elles rapportent des résultats significatifs à 1 an (18,20). A noter que les résultats de l'étude d'Hvid et al.(18) n'ont pas été confirmés sur une population plus étendue. Enfin, l'étude d'Evans (8) a montré un effet préventif significatif sur la récidive suicidaire, mais seulement à 18 mois.

Plusieurs études analysant l'effet des OVS rapportent des difficultés méthodologiques expliquant ces résultats disparates. Dans leur méta analyse, Castaigne et al. (9) émettent l'hypothèse que l'effet thérapeutique des appels téléphoniques est probablement très dépendant des qualités de l'appelant et du contexte de leur emploi (culture, offre de soins). Les auteurs suggèrent également l'idée que certaines prises en charge, hospitalières ou ambulatoires, peuvent ainsi avoir un effet suffisamment marqué pour masquer les effets de la veille sanitaire elle-même.

Concernant l'étude EVAREST 1, les limitations rencontrées pendant le recueil de données ont contribué aux résultats énoncés ci-dessus. La première limite semble être directement en lien avec la qualité de l'observation médicale (ou paramédicale) transcrite au moment où le patient est accueilli aux urgences suite à la TSI ; cette observation est effectuée après un entretien subjectif avec le patient. Il s'agit en effet d'un biais de recueil classiquement décrit, lié au fait que l'étude est rétrospective. En effet, ces observations de soignants n'étaient pas standardisées, ce qui a considérablement impacté la qualité du recueil de données réalisé ultérieurement. Ce biais de recueil est apparu évident lorsque nous avions choisi d'étudier un panel de 1400 patients initialement, avec des critères qui ont été finalement jugés trop précis par rapport aux renseignements fournis dans les observations. Ceci nous a poussées à requalifier les critères recueillis et à mener tout d'abord une étude pilote en choisissant un échantillon de patients plus petit. En effet, l'échantillon choisi initialement était trop important à réévaluer selon les nouveaux critères (temps nécessaire pour analyser les dossiers médicaux, pour obtenir un consensus en cas de doute ou pour retrouver des données manquants). Les éléments les plus difficiles à recueillir étaient en premier lieu le fait que le patient soit réellement primosuicidant, la présence d'un entourage soutenant, la non-cotation de symptômes pouvant évoquer un trouble psychiatrique particulier ou la notion de dépendance à une substance. Le fait que ces informations étaient souvent manquantes a lourdement impacté l'analyse que nous avons pu effectuer.

Au-delà du problème « question posée ou non lors de l'entretien », nous avons été également confrontées à l'interprétation des faits concernant le patient (son entourage est-il soutenant ? Derrière son geste y-a-t-il eu une véritable intentionnalité suicidaire ?), élément qui impacte forcément la suite de la prise en charge, qui variait en fonction de l'interlocuteur (à titre d'exemple, les conclusions initiales étant différentes de celles émises par un autre thérapeute le lendemain, ce qui vient également soulever le fait que lorsque plusieurs thérapeutes prennent en charge le patient, cela engendre un biais

supplémentaire). Cela nous amène à réfléchir à la place et à l'utilité d'une observation plus standardisée aux urgences, avec des « questions incontournables » à poser, sans pour autant priver les intervenants d'une façon de communiquer qui leur est propre (capacité naturelle d'empathie de chacun, notion chère à M.SEGUIN).

D'autre part, la taille de l'échantillon choisi étant limitée, la réalisation d'autres études évaluant l'impact de ce dispositif avec un nombre de patients inclus plus élevé est souhaitable.

CONCLUSION

L'étude EVAREST 1 montre une tendance à la diminution des récidives chez les patients primosuicidants ayant bénéficié du dispositif, surtout en cas de présence d'antécédents psychiatriques. Ces données se rapprochent de celles décrites dans la littérature sur le sujet. Le manque de puissance statistique ne permet pas de tirer davantage de conclusions mais cette étude a permis de souligner l'intérêt de poser des questions systématisées aux suicidants. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de ce dispositif en terme quantitatif et de définir le mode de contact à privilégier en fonction du profil des suicidants.

BIBLIOGRAPHIE article

1. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-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

2. OMS | Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide [Internet]. WHO. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/

3. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. J Clin Psychiatry. oct 2006;67(10):1599-609.

4. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. avr 2005;62(4):427-32.

5. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatr Serv Wash DC. juin 2001;52(6):828-33.

6. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 1999;175:23-7.

7. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 1993;163:111-2.

8. 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 J Ment Sci. août 2005;187:186-7.

9. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. [Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. L'Encephale. févr 2017;43(1):75-80.

10. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT. Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 2010;197(1):55-60.

11. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ. 8 oct 2005;331(7520):805.

12. Robinson J, Yuen HP, Gook S, Hughes A, Cosgrave E, Killackey E, et al. Can receipt of a regular postcard reduce suicide-related behaviour in young help seekers? A randomized controlled trial. Early Interv Psychiatry. mai 2012;6(2):145-52.

13. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. avr 2002;17(2):82-91.

14. 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. 27 mai 2006;332(7552):1241-5.

15. Mouaffak F, Marchand A, Castaigne E, Arnoux A, Hardy P. OSTA program: A French follow up intervention program for suicide prevention. Psychiatry Res. 30 déc 2015;230(3):913-8.

16. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. Crisis. 2010;31(4):194-201.

17. Marasinghe RB, Edirippulige S, Kavanagh D, Smith A, Jiffry MTM. Effect of mobile phone-based psychotherapy in suicide prevention: a randomized controlled trial in Sri Lanka. J Telemed Telecare. avr 2012;18(3):151-5.

18. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, Nielsen IK, Stenborg JM, Wang AG. Preventing repetition of attempted suicide--II. The Amager project, a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry. oct 2011;65(5):292-8.

19. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. BMJ. 22 août 2012;345:e4972.

20. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. J Affect Disord. mai 2013;147(1-3):269-76.

IX. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Nous avons retrouvé une tendance à l'efficacité du dispositif de Recontact Nancéen en terme de diminution de la récidive suicidaire chez les primosuicidants de l'étude, particulièrement chez ceux qui avaient des antécédents psychiatriques. En ce qui concerne l'allongement du délai entre deux TS, il a été retrouvé une tendance chez les patients non primosuicidants qui présentaient des antécédents psychiatriques, une pathologie comorbide de l'axe I, une notion de dépendance à des toxiques, et un sentiment d'isolement social.
Les résultats non significatifs retrouvés soulèvent plusieurs questions que nous allons tenter d'aborder.

IX. a) Difficultés méthodologiques

Certaines de ces difficultés ont été abordées au sein de l'article. Nous allons tenter d'en expliciter les autres aspects au sein de cette discussion.

Tout d'abord, il faut signaler que tous les protocoles de recontact ne sont pas tous comparables, car nous l'avons vu, ils utilisent des moyens de rappel différents et ne concernent pas toujours les mêmes populations. Dans notre étude par exemple, nous n'avons pas pris en compte les patients dont l'âge était inférieur à 18 ans, or cette population adolescente est également à risque élevé de comportements suicidaires. Il existe des programmes de prévention du suicide spécifiques en fonction de l'âge des suicidants. Le programme SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) qui propose une combinaison de plusieurs méthodes de prévention auprès de la population adolescente (interventions de sensibilisation auprès des enseignants, groupes de paroles entre adolescents sur la question du suicide (YAM - un programme de sensibilisation en santé mentale), ...) a été évalué par une étude publiée au Journal "The Lancet" en 2015 (88) et retrouvait à 12 mois une efficacité dans la réduction du nombre de tentatives de suicides et des idéations suicidaires chez cette population chez les adolescents ayant bénéficié du programme YAM. A noter que les patients non primosuicidants ont été exclus de l'étude.

De même, la profession des patients suicidants n'a pas été prise en compte dans notre étude, ceci étant surtout lié au fait qu'elle n'était pas renseignée dans les dossiers dans la majorité des cas, alors que certaines professions sont plus à risque de suicide, comme le travail en milieu agricole. On peut citer un dispositif de prévention mis en place par la MSA pour les agriculteurs (dispositif d'écoute par le biais d'un numéro accessible 24h/24 et 7j/7). Plus de 1700 appels ont été reçus au 1er semestre 2016 (285 appels par mois en moyenne), contre 300 appels en moyenne, par trimestre, en 2015. Parmi ces 1700 appels, 625 avaient une durée dépassant les 8 minutes ; une étude quantitative évaluant les effets de ce programme en terme de prévention est actuellement menée.

D’autres professions sont également très touchées, comme les agents pénitenciers qui ont connu une vague de suicide en 2009. En réaction, une série d’actions de prévention du suicide a été mise en place par l’administration pénitentiaire auprès de son personnel. Ces actions portent sur l’amélioration des procédures de recrutement, des conditions et des cycles de travail, mais aussi sur la mise en place d’un réseau de soutien institutionnel (4).

On comprend dès lors que dans ces populations à risque particulièrement élevé, l'efficacité du dispositif peut varier et donner des résultats très hétérogènes selon les études.

Parmi les éléments difficiles à qualifier lors de l’analyse rétrospective des dossiers, il y a la qualification du geste suicidaire lui-même avec la difficulté du thérapeute à trancher entre une TS et ce qu’on pourrait qualifier de parasuicide. En effet, la limite entre un surdosage médicamenteux et une TS avérée avec intentionnalité suicidaire n'était pas toujours précisée. Nous avons été confrontées à cet écueil à plusieurs reprises lors de cette étude avec, par exemple, les TS par IMV aux antalgiques. Le discours de la personne énonçant n'avoir pas d'intentionnalité suicidaire n'était pas toujours constant et prêtait donc à confusions, il variait selon les interlocuteurs… avec le risque d’aboutir à un biais d’échantillonage.

D'autre part, la question des antécédents psychiatriques n’apparaissait pas systématiquement : cette question était-elle omise ou sa réponse n’était-elle consignée qu’en cas d’antécédent avéré ? Quoi qu’il en soit, nous avons dû créer une catégorie de primosuicidants "non renseignés" qui s'élevait au total pour les deux populations à 11,5% de l’effectif, ce qui n'est pas négligeable, d’autant que le dispositif proposé variait selon cette qualification.

D'autres difficultés sont liées à l'analyse rétrospective des dossiers. L’existence du biais de remémoration, évoqué dans plusieurs études, vient également impacter les résultats. Christl et al. (89) montrent qu’un tiers des adolescents–jeunes adultes ayant effectué une TS ne rapportent pas cet événement lors d’une enquête effectuée 4 ans plus tard. Du fait de son ampleur potentielle et de sa variabilité, ce biais augmente le risque (« bêta ») de conclure à des différences non significatives entre les groupes interventionnels et les groupes contrôles. D’où l’importance de pouvoir, dès le premier entretien de prise en charge d’un patient ayant réalisé une TS, utiliser une structuration des entretiens permettant de minimiser au maximum ce biais. Ceci est souligné dans l’étude de Barber et al. (90); 44 % des sujets ayant rapporté une TS à la suite d’un entretien structuré ne l’avaient pas signalée en réponse à une simple question. Muehlenkamp et al. (91), estiment ainsi qu’un entretien structuré permettrait de doubler la prévalence estimée des automutilations et de tripler celle des tentatives de suicide en population adolescente.

Une des autres grandes difficultés pour évaluer et comparer les dispositifs de veille sanitaire, comme le soulignent Daigle et al. (92), est le flou dans la nomenclature

concernant le suicide. Bertolote et al. (93) soulignent que la multiplicité des définitions concernant les actes suicidaires est source d'une hétérogénéité qui perturbe l'interprétation des résultats. Des travaux de recherche ont d'ailleurs été menés par Silverman et al. (94) afin de standardiser l'utilisation des termes entre les soignants en suicidologie.

Ces difficultés n'ont fait que confirmer l'importance d'un examen systématisé des patients reçus dans le cadre d'une tentative de suicide, pour poser le contexte, le profil psychologique du patient, mettre en exergue certains facteurs de risque prédictifs d'une récidive, etc. Une étude canadienne récente menée par Reshetukha et al. (95), présentée lors du congrès 2015 de l'American Psychiatric Association (APA) avait déjà fait ce constat par le biais de l'analyse rétrospective de dossiers patients. A partir des éléments dont le recueil était souvent manquant, les auteurs ont proposé une check-list avec 3 catégories : histoire psychiatrique actuelle et passée, environnement du patient, et enfin, caractéristique de l'attitude suicidaire. Cette liste aurait pour vocation de rappeler les différents facteurs de risque à ne pas oublier dans une évaluation d'urgence, le praticien pouvant s'en servir comme support ; elle ne viserait pas à remplacer une évaluation clinique complète.

Nous avons tenté d'établir une liste similaire avec des critères précis et pertinents, pouvant être utilisée afin d'aider en pratique le soignant recevant un patient pour TS. Nous nous sommes appuyées sur celle proposée par Reshetukha tout en ajoutant des éléments qui nous ont paru importants lors de notre étude. Cette liste est présentée en annexe de cette thèse (Annexe 1).

A noter qu'il existe une multitude d'outils d'évaluation du risque de suicide - l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS®: Beck et al., 1979 (96)), l'échelle d'idéation suicidaire gériatrique (GSIS; Heisel et Flett, 2006 (97)), l'échelle interRAI de la gravité du comportement autodestructeur (interRAI SOS (98)), ...- et que certaines nécessitent une formation spécifique afin de pouvoir les utiliser de façon adaptée - par exemple l'échelle Columbia de la gravité du risque de suicide (C-SSRS; Posner et coll. (99)). Ces échelles ont fait l'objet d'une synthèse dans le document "Guide d'évaluation du risque de suicide" établi par l'Ontario Hospital Association (OHA) (100).

IX. b) Ressenti des patients en ce qui concerne les OVS

Au delà du constat des difficultés de réalisation de l'étude, il faut évoquer l'intérêt des OVS dans le cadre du contexte de soins actuel. On pourrait tout d'abord parler du fait que ces outils semblent être largement acceptés par les patients lorsqu'ils sont proposés. Il existe une multitude d'études qui se sont intéressées à évaluer l'efficacité des OVS, mais très peu se sont attachées à évaluer le ressenti des patients. Dans le cadre du dispositif proposé aux patients suicidants à Nancy, les deux aspects ont été évalués :

l'efficacité de l'outil dans le cadre de cette thèse (EVAREST 1), et le vécu des patients dans le cadre de la thèse de notre collègue, le Dr Abdalla Sondos (EVAREST 2) (101). Le ressenti des patients qui ont bénéficié du dispositif est en effet primordial car leur adhésion au compromis de soins semble être un évènement entrant en compte dans son efficacité.

D'après Cedereke, uniquement 40% des patients adhèrent au compromis de soins proposé à la sortie de l'hôpital après leur tentative de suicide et se rendent au rendez-vous de suivi. C'est pour cette raison qu'il était important de leur proposer une alternative et de prendre en compte leur avis pour pouvoir s'améliorer et mieux s'adapter à leurs besoins. Doit également être pris en compte le fait que 70% des patients rencontrent pour la première fois les services psychiatriques après leur première tentative de suicide (70,102). Cela devient d'autant plus crucial que, d'après Pirkis et al., les suicidants se reconnaissent plus de besoins que d'autres patients, et sont également plus nombreux à considérer que leurs attentes n'ont pas été remplies (103). D'après certaines études (comme celle de Richman et al. (104)), il existe aussi un lien entre le manque de satisfaction de la part des patients et le risque suicidaire (lien retrouvé aussi dans l'étude d'Aoun et Johnson, étude australienne qui s'est intéressée au ressenti des patients par rapport à la prise en charge psychosociale réalisée par un interlocuteur spécialisé dans le suicide et qui a montré un niveau élevé de satisfaction (105)). Cela nous indique que nous ne pouvons pas passer à côté des opinions des patients suicidants concernant notre prise en charge et qu'il est indispensable de mieux comprendre leurs attentes pour les aider. Le plus souvent, les patients sont prêts à accepter l'aide que nous voulons leur proposer, ce qu'évoquent Castaigne et al. (106) dans leur étude en soulignant que le refus des soins recensé ne concerne que 4% à 11% des patients. Nous retrouvons des résultats d'acceptation du compromis de soins similaires à ces derniers dans notre étude, où 84% des patients adhéraient au compromis de soins proposé à l'issue de la consultation aux urgences.

Une grande étude française qui s'est intéressée au sujet a été menée en 2009 par Gruat et al. (52). Leur évaluation concerne le dispositif créé dans le Nord Pas de Calais et décrit par le Pr G. Vaiva dans son étude SYSCALL de 2006. Dans ce dispositif, les patients suicidants ont été appelés à 13 mois du geste suicidaire (afin d'éviter la date anniversaire), pour leur demander leur avis sur le dispositif. Le taux de réponse était à 37,2% et dans ce groupe, 78,9% ont considéré le recontact bénéfique ; 40,4% ont considéré même qu'il avait eu de l'influence sur leur vie et 29,4% qu'il leur avait évité une nouvelle tentative de suicide. Uniquement 8,3% des patients étaient gênés par le changement d'interlocuteur ; fait intéressant, 20,2% des patients qui ont répondu à l'évaluation auraient voulu être recontactés par le médecin qui les avait reçus aux urgences. La majorité des patients a jugé le moment d'appel adapté et 54,1% ont considéré que l'appel était une bonne méthode pour contacter les gens. Parmi les personnes insatisfaites du dispositif, la grande majorité (89,5%) auraient voulu être reçu en consultation. Il ne faut pas oublier cependant, ce que non sans raison souligne Gruat, que nous proposons le dispositif aux patients justement parce que la voie

classique (consultations) est souvent lieu d'une mauvaise observance. Dans cette étude, seulement 10 personnes ont déclaré n'avoir ressenti aucun bénéfice grâce au dispositif. Par ailleurs, les plus sceptiques vis-à-vis du dispositif, plus nombreux parmi les patients primosuicidants, étaient tout aussi satisfaits que la population des patients non primosuicidants lors de l'évaluation finale.

Dans le cadre de l'évaluation EVAREST 2, des résultats similaires ont été retrouvés. 81,2% des patients ayant bénéficié du recontact ont trouvé le dispositif bénéfique (dont 20% ont répondu que le bénéfice résultait du fait qu'ils se sentaient moins isolés, et qu'ils sentaient que quelqu'un tenait à eux). Uniquement 12,6% des patients étaient mitigés dans leur opinion et ont considéré le recontact comme intrusif, ou comme évoquant trop de mauvais souvenirs ; 4,8% auraient aimé être recontactés plus tôt (ce qui reste difficile à concrétiser, comme nous montre l'étude de Gruat et al. où les patients contactés à 3 mois auraient aimé être contactés plus tôt, mais ceux contactés à 1 mois l'auraient souhaité aussi…).
46,7% des patients se considéraient comme incités à chercher de l'aide auprès des services psychiatriques suite au dispositif. Quant aux primosuicidants, considérés à part par Gruat (cf. le groupe le plus sceptique quant au dispositif), nous retrouvons un résultat différent. En effet, dans le cadre du dispositif nancéen, les primosuicidants étaient plus susceptibles de chercher de l'aide auprès des services de psychiatrie que les récidivistes (44% vs. 38%). En cas de crise similaire chez un proche, 83,6% auraient conseillé de demander de l'aide et d'appeler un service psychiatrique ; 65,4% auraient cherché de l'aide auprès des spécialistes pour eux aussi (31,5% aux urgences psychiatriques, 17% chez leur psychiatre/psychologue, et 14,8% chez leur médecin traitant). 62% des primosuicidants et 75% des récidivistes ont estimé que le recontact devrait se poursuivre au-delà de 6 mois.

Ces résultats encouragent à poursuive la recherche sur les outils de veille sanitaire et à écouter attentivement les personnes les plus concernées, c'est-à-dire les suicidants eux-mêmes, qui se montrent désireux de partager leur ressenti (faible niveau de refus de participation à l'évaluation), ainsi que très satisfaits du dispositif (peu importe le statut de primosuicidant ou non primosuicidant).

IX. c) Evaluation médico économique

Un autre des points forts de ce type de dispositif, comme évoqué précédemment, est qu'il permettrait une réduction du nombre de jours d'hospitalisation suite à une tentative de suicide. Dans notre étude, cet aspect a également été recherché. Nous avons comptabilisé le nombre de jours d'hospitalisation des patients suite à la TSI et également suite aux récidives, sur une période de 1 an après la TSI. Les moyennes en nombre de jours de ces hospitalisations ont été calculées, les résultats sont décrits sur le graphique suivant :

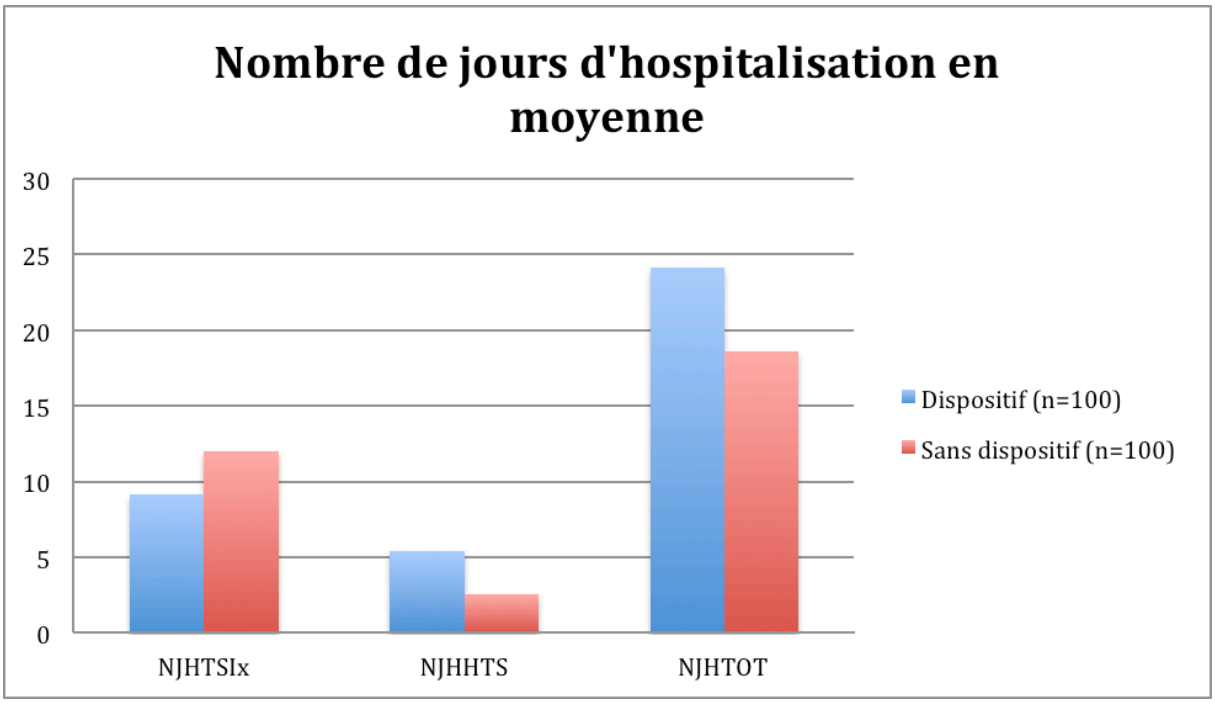


Figure 9 : Comparaison du nombre de jours d'hospitalisation en moyenne selon le dispositif pour les patients de l'étude EVAREST 1, sur une période de 1 an.

Légende pour les hospitalisations : NJHTSIx : nombre de jours d'hospitalisation suite à la TSI ; NJHHTS : hors TS ; NJHTOT : total des jours d'hospitalisation pour TSI et les récidives.

On remarque une baisse du nombre de jours d'hospitalisation en moyenne significative ($p< 0,0001$) suite à la TSI pour les patients ayant fait partie du dispositif, quel que soit leur profil (baisse de 12 jours en moyenne à 9,1). En revanche, pour les autres hospitalisations, cette baisse n'est pas constatée.

D'autres études ont pris en compte cet aspect médico-économique. On peut notamment citer l'étude de Carter de 2005, qui met en évidence une réduction des journées d'hospitalisation ("bed days") de 239 (chez le groupe témoin) à 129 chez les patients ayant bénéficié du dispositif (il s'agit d'un envoi de cartes postales). Cet effet se maintenait un an après le déploiement du dispositif (Carter 2007), avec une différence de 239 "bed days" entre deux groupes (422 journées d'hospitalisation chez le groupe contrôle vs. 183 journées chez la population recontactée), ainsi que 5 ans après (Carter 2013) : 306 "bed days".

IX. d) Intérêt d'une articulation des OVS et des différents acteurs du système de santé

D'autres mesures annexes peuvent être réfléchies dans le but de faciliter le contact de l'usager suicidant avec le système de soins.

Les différents dispositifs de veille devraient pouvoir être articulés entre eux, et c'est là l'idée développée par G. Vaiva avec la création du projet VigilanS qui a débuté au CHRU de Lille en 2014 (107). L'idée de VigilanS est de renforcer le réseau de soins autour du patient, tout en maintenant le lien avec lui (pendant 6 mois, renouvelable si besoin). Dans le cadre de ce dispositif, le recontact varie selon que le patient soit primosuicidant ou non. Hormis un contact régulier avec le patient, une communication s'établit également entre le professionnel de santé mentale qui avait reçu le patient suite à sa TS, et son médecin et/ou psychiatre traitant. Le dispositif, financé par l'ARS, a pour ambition de s'étendre de manière nationale, avec pour particularité de s'appuyer sur les structures de soins propres à chaque région ; il vient tout juste de dépasser 10000 patients suivis au Nord-Pas-de-Calais.

Cela est d'autant plus important que le contexte actuel est aussi et malheureusement celui d'une pénurie médicale, et dans un futur proche, il serait utile de pouvoir réaliser un partenariat avec le réseau de médecins généralistes, qui pourraient être rapidement contactés après une TS chez un patient connu, afin de mettre en place un réseau de veille et de soutien proche du patient, comme c'est le cas dans ViliganS. Il s'agirait aussi de pouvoir plus rapidement proposer une consultation médicale si des éléments annonçant une TS proche sont retrouvés. L'intérêt de l'implication des médecins traitants dans la prévention suicidaire a été largement démontrée, notamment à travers l'expérience à Götland en Suède dans les années soixante-dix, qui consistait en une formation des médecins généralistes afin qu'ils puissent mieux repérer et aider les patients dépressifs et ainsi prévenir le suicide. Une série des cours leur a été dispensée, ils pouvaient également participer aux discussions concernant des cas cliniques et ils ont obtenu des documents portant sur la thématique ; cette expérience s'est avérée très fructueuse.

Rappelons combien le médecin traitant est au cœur de la prévention car, comme le montre l'étude de Chiu et al. (108), 77% des patients avaient pris contact avec un médecin dans le mois qui précédait l'acte suicidaire. Les médecins généralistes et les différents services d'urgence sont en effet un des premiers contacts du patient avec le système de soins de la prise en charge an cas de TS, comme le montre la figure 10 ci-dessous tirée de l'étude de la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) menée en mai 2006 concernant ce sujet :

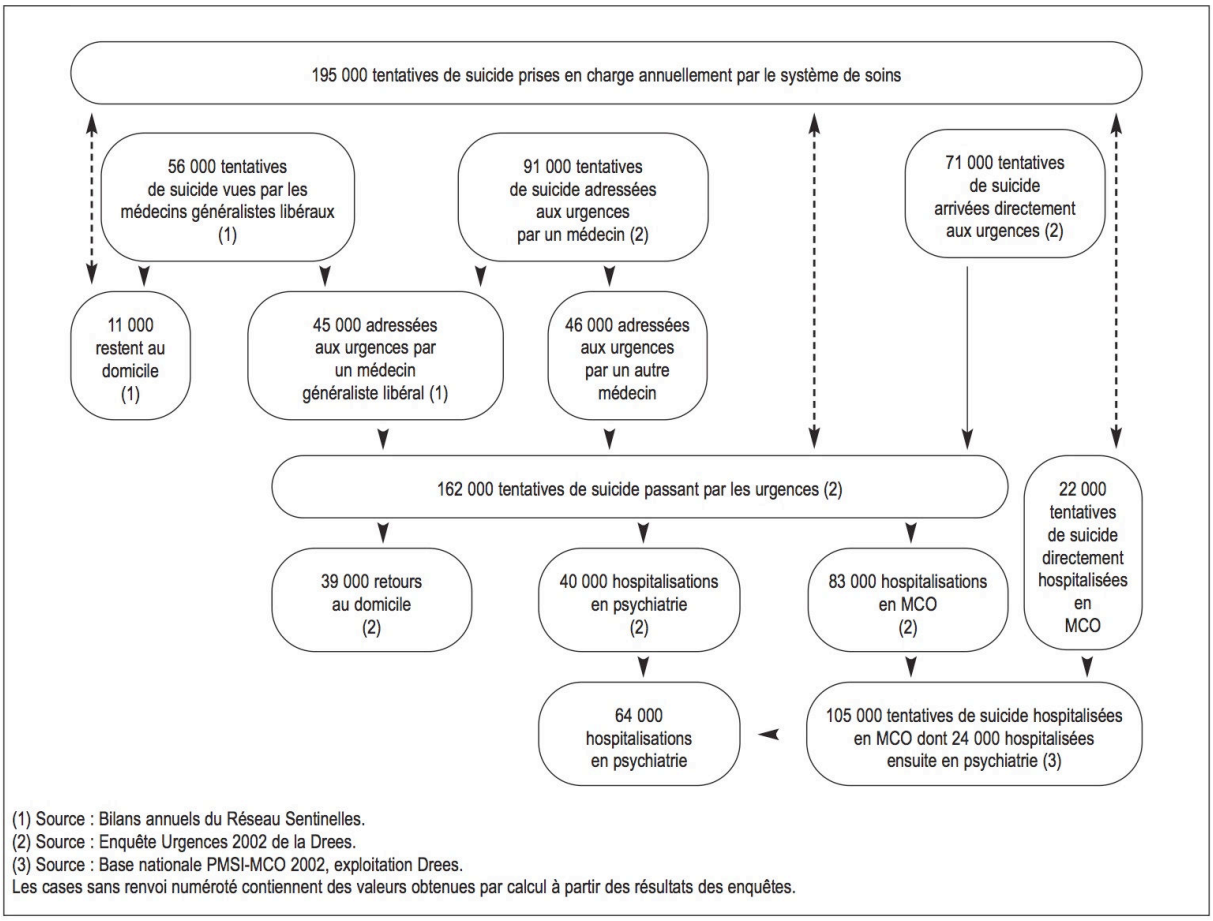


Figure 10 : Essai de dénombrement des TS ayant fait l'objet d'un recours aux soins en 2002 (109)

Selon les données du réseau sentinelles de la DREES (110), pour les TS ayant donné lieu à un recours aux soins, le médecin généraliste serait sollicité en premier lieu dans près de 3 tentatives sur dix. Concernant les services d'urgences, l'enquête réalisée par la DREES auprès de 150 services d'urgences répartis sur tout le territoire en janvier 2002 estimait à 1,3% la proportion de consultations aux urgences pour le motif de TS, et que 56% de ces tentatives de suicide ont été adressées par un médecin.

Une étude menée par des chercheurs de l'INVS en 2014 a utilisé les données PMSI et celles du système de surveillance non spécifique OSCOUR® combinées afin de déterminer le nombre de passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 (111). Sur l'ensemble du territoire français, le nombre total de recours aux urgences hospitalières pour TS, qu'il y ait eu ou non hospitalisation suite à ce recours, était estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années réparties entre 66 000 et 78 000 recours masculins et entre 108 000 et 120 000 recours féminins. A noter que la couverture du système de surveillance OSCOUR® dans la région Lorraine est une des plus élevées de France, proche de 100% (source INVS au 1er septembre 2014).

Le chiffrage de ces données amène au constat que les effets liées aux OVS sont bénéfiques non seulement aux patients suicidants, mais également à tout le système de

santé : l'évaluation du dispositif VigilanS à Nord-Pas-de-Calais, entre l'année 2014 et 2016 a montré une diminution dans le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (9330 passages en 2014 vs. 8604 passages en 2016, soit 726 TS médicalisées de moins en 2016, pour ce département (107)). L'existence des OVS permettrait ainsi de désengorger les urgences et de faciliter la prise en charge des patients venant pour d'autres problèmes de santé.

Ainsi donc prend tout son sens l'idée de cette coordination entre les différentes branches du système de santé concernées par la question des conduites suicidaires.

IX. e) Place des nouvelles technologies dans les conduites suicidaires

Outre le recontact dit “classique”, la psychiatrie tente d’avoir recours aux nouvelles technologies, afin de contacter le maximum de personnes par un moyen qui leur est familier. Le Dr Sofian Berrouiguet, de CHU de Brest, s’est interrogé sur cet hiatus qui existait depuis toujours dans les dispositif de recontact : absence de recontact par sms, alors que pour beaucoup de personnes c’est un moyen de base pour communiquer. Il y a environ 2 ans, il a obtenu le prix de la santé numérique lors de la 7ème cérémonie des Trophées de la Fondation de l’avenir. Il a réfléchi à un dispositif dans lequel des messages personnalisés sont envoyés sur le portable du patient (Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM) study (112)). Malgré les résultats prometteurs, quelques problèmes appairaissent, notamment l’impossibilité du patient de répondre à ce message, ainsi qu’un remplacement du contact humain par la technologie. Le même dispositif (contact par SMS), cette fois-ci adressé à la population des adolescents et intitulé MEDIACONNEX (113), est en cours d'évaluation à Nancy et plus largement en Grand Est.

En dépit de ce questionnement, une investigation de ce champ paraît nécessaire, et cela est encore plus vrai aujourd’hui, face à l’omniprésence des réseaux sociaux dans nos vies, ainsi qu’aux dangers qui se présentent aux personnes les plus vulnérables de façon croissante (comme ce fut le cas chez les adolescents avec le Blue Whale Challenge, ou plus récemment “Momo” ...). D'ailleurs, il n'y a pas que les réseaux sociaux qui sont susceptibles de créer des dangers en matière de suicide. Ces derniers temps nous avons beaucoup entendu parler de "l'effet Werther", faisant référence à la vague des suicides par arme à feu en Allemagne qui ont suivi la parution du livre « le jeune Werther » de Goethe, dans lequel le personnage principal se suicide. L’effet Werther décrit plus largement le phénomène « de contagion » du suicide dans la population générale suite à la médiatisation inadaptée du suicide d'un personnage célèbre. Dans ce contexte, nous pouvons évoquer par exemple le suicide en 2014 de Robin Williams, acteur américain, qui a été commenté par l'Académie des arts et des sciences du cinéma (AMPAS) à travers un dessin représentant un personnage de Disney qu’il avait doublé (Génie dans Aladdin) accompagné d'une phrase: "Genie, you're free". Cette illustration a provoqué une indignation dans le milieu des professionnels de la santé mentale qui ont redouté qu’elle

soit interprétée comme une glorification du suicide. Un autre exemple de cet effet fut décrit par Etzersdorfer en 2004 (114), montrant une augmentation du taux de suicide en Autriche suite à un suicide par arme à feu d'une célébrité ; cette information a été transmise par un magazine autrichien dont la distribution n'est pas homogène dans tout le pays ; les régions les plus affectées étaient celles où la distribution était la plus importante.

La même problématique est apparue lors de l'émission sur Netflix d'une série américaine "13 reasons why", qui décrit le suicide d'une jeune lycéenne de manière rétrospective, ce qui a incité les auteurs à ajouter au début de chaque épisode un message de soutien ainsi que des informations permettant de trouver de l'aide en cas de crise suicidaire. Un site internet en rapport avec cette série a également vu le jour au cours de sa diffusion et propose des solutions adaptées en cas d'idées suicidaires particulièrement en population adolescente (https://13reasonswhy.info).

Cette contagion médiatique est facilitée de nos jours par l'omniprésence des réseaux sociaux. Son éviction compte parmi les cinq axes de la prévention suicidaire déployées aujourd'hui en France, avec : une limitation d'accès aux moyens létaux dont nous parlons au début de notre travail ; le diagnostic et le traitement de la dépression dont l'importance a été démontrée par exemple à Gôtland ; la formation des professionnels afin de détecter au plus tôt les sujet à risque ; et, enfin, les outils de veille sanitaire.

Fort heureusement, les médias peuvent également avoir un effet positif, comme le montre l'étude de Thomas Niederkrotenthaler de 2007 (115). Elle s'est intéressée à l'impact éventuel d'un message transmis par les médias concernant les moyens de faire face à une crise suicidaire (une expérience mis en place en Autriche en 1987). L'étude a mis en évidence une diminution des taux de suicide là où la transmission du message était la plus importante. Cela est appelé "l'effet Papageno", faisant référence au célèbre opéra de Mozart "La flûte enchantée". Le personnage principal en détresse, Papageno, se voit sauvé du chemin qu'il avait choisi auparavant (se suicider) par trois jeunes garçons qui lui rappellent d'envisager d'autres solutions, auxquelles il n'avait pas pensé. Ce qui a été efficace dans l'étude de Niederkrotenthaler, c'est la formation des journalistes en matière de médiatisation des suicides afin d'éviter un " caractère sensationnaliste".

Ces différents exemples nous montrent que dans le cadre de la prévention du suicide chacun a un rôle à jouer, peu importe sa profession. Cela devient d'autant plus flagrant quand nous abordons la thématique suicidaire du point de vue de l'ambivalence, tellement présente chez les personnes suicidaires. Cela a été le cas de la patiente dont le suicide a donné à Jérôme Motto l'idée de créer le recontact; cela a été également le cas de Hannah Baker, l'héroine principale de "13 reasons why" qui, le jour de son suicide, a dit "je donne une dernière chance à la vie". D'où l'intérêt de ne jamais arrêter de s'inquiéter ("l'éthique de l'inquiétude", l'idée phare derrière les dispositifs de veille sanitaire) et d'avoir un pas d'avance par rapport à la maladie. C'est justement un autre défi lancé à Lille, dans le cadre du projet d'une étude, ORIAS (Online Referral and Intervention for Adolescent and young adult Suicide (116)), qui consisterait en une

implantation d’un réseau de soins via les réseaux sociaux, et en l'identification des personnes à risque suicidaire à travers leurs comportements et déclarations sur Internet.

X. CONCLUSION

Les suicides et les tentatives de suicide peuvent potentiellement toucher tous les individus à un moment de leur vie et nécessitent une évaluation et une prise en charge de qualité en psychiatrie. La question de leur prévention prend une place de plus en plus importante dans le monde de la santé en général, et tous les acteurs du système de santé peuvent être impliqués. Les OVS, développés dans ce contexte, sont un des éléments à actionner pour faire diminuer les conduites suicidaires en France. Certains points sont encore à perfectionner, et les évaluations de ces dispositifs sont nécessaires pour attester de leur efficacité et/ou réaliser une adaptation de leurs modalités, notamment en fonction du terrain et des profils des patients. L'avenir des ces dispositifs est dans la coordination et la formation des différents acteurs et sites de santé, comme en témoigne la mise en place du dispositif VigilanS au niveau national.

XI. ANNEXES

Fiche d'aide à l'évaluation du risque suicidaire

NOM du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Date de l'évaluation :

Evaluateur : Nom (fonction) :

I/ Histoire psychiatrique actuelle et passée

• **Antécédents psychiatriques** : OUI / NON

- si oui : préciser lesquels :

- existence d'un antécédent de dépression ? OUI / NON

• **Antécédents de tentative de suicide** : (également les TS non médicalisées s'il en existe)

* Personnel : OUI / NON

- Si oui : combien de TS antérieures ? :

- Années des TS :

- Date de la dernière TS :

* Familiaux : OUI / NON

- Si oui : quel membre de la famille :

• **Existence de décès par suicide au niveau familial** : OUI / NON

• **Pathologie psychiatrique en cours** : OUI / NON

- si oui :

- Axe I :

- Axe II :

• **ATCD de sévices physiques ou d'abus sexuels durant l'enfance** : OUI / NON

• **Consommation de toxiques actuelle** :

- Tabac : OUI / NON

- Alcool : OUI / NON

- Cannabis : OUI / NON

- Drogues dures : OUI / NON

- Benzodiazépines : OUI / NON

• **Existe-t-il une dépendance à ces produits ?** OUI / NON

• **Présence actuelle d'une pathologie somatique lourde**, entrainant un retentissement important sur la vie du sujet ? OUI / NON

• **Hospitalisation récente en milieu psychiatrique** ? OUI / NON

- Si oui date de sortie < 7 jours ? < 15 jours ? < 1 mois ?

• A**TCD d'hospitalisation pour TS** : OUI / NON

- Si oui : combien et à quelle date ? :

• **Existence d'une impulsivité** : OUI / NON

II/ Environnement du sujet

• **Sentiment d'isolement social du patient ?** OUI /NON

• **Présence d'un entourage soutenant** : le patient peut-il décrire une personne ressource dans son entourage actuellement ? OUI / NON

- Si oui : laquelle et pour quelles raisons ? :

• **Le patient a-t-il actuellement un emploi ?** OUI / NON

• **Le patient vit-il seul au domicile la plupart du temps ?** OUI / NON

III / Caractéristiques de l'attitude suicidaire

--> **En cas d'idées suicidaires** :

- Date d'apparition des idées suicidaires :

- Existence d'un facteur déclenchant ? OUI / NON

- Existence d'un scénario précis ? OUI / NON

- Persistance d'une intentionnalité immédiate même après prise en charge ? OUI / NON

- Le patient entrevoit-il d'autres solutions à ses problèmes ? OUI / NON

- Un changement d'attitude récent a-t-il été observé par les proches du patient ? OUI / NON / NSP

- Existence d'une justification de l'acte suicidaire pour le patient ? OUI / NON

- Si oui : a combien de % y croit-il ?

--> **En cas de TS réalisée** :

- Le patient pensait-il mourir ? OUI / NON

- Critique du geste actuelle : spontanée : OUI / NON

- TOTALE ou PARTIELLE (ambivalence)

- Déception d'être encore en vie : OUI / NON

- Si prise de médicaments : s'agissait-il d'un abus d'antalgiques sans but suicidaire ? OUI / NON

--> **Dans tous les cas** :

- Des dispositions particulières ont-elles été prises avant la mort ? OUI / NON

(rédaction de lettres, gestion des biens, adieux aux proches, ...)

XII. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide [Internet]. WHO. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/

2. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. avr 2002;17(2):82‑91.

3. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau J-H, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. The « European Alliance Against Depression (EAAD) »: a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry. 2008;9(1):51‑8.

4. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence

5. Accueil | CépiDc [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: https://cepidc.inserm.fr/

6. Baudelot C, Establet R. Suicide. L'envers de notre monde [Internet]. 2006. Disponible sur: http://journals.openedition.org/lectures/302

7. Atlas de la santé mentale en France [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://santementale.atlasante.fr/

8. Conwell Y. Suicidal behavior in elders. Psychiatr Clin North Am. 2008;(31):333‑56.

9. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. 1998;6(2):122‑6.

10. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Int J Geriatr Psychiatry. mars 2001;16(3):300‑10.

11. McIntosh JL. SUICIDE AMONG THE ELDERLY: Levels and Trends. Am J Orthopsychiatry. 1 avr 1985;55(2):288‑93.

12. Robert M, Leon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. 2014.

13. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet Lond Engl. 18 avr 2009;373(9672):1372‑81.

14. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport / février 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaitre-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives

15. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R. Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review [Internet]. Scottish Government; 2008 [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: https://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/risk-and-protective-factors-for-suicide-and-suicidal-behaviour(08411bbd-6817-4ae5-903f-2c922f8de093).html

16. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. J Clin Psychiatry. oct 2006;67(10):1599‑609.

17. P Qin, Agerbo E, Morgenstern PB. Suicide Risk in Relation to Socio Economic Democratic, Psychiatric and Familial Factors : A National Register- Based Study of all Suicides in Denmark (1981-1997). American Journal of Psychiatry. 2003;765‑72.

18. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. avr 2005;62(4):427‑32.

19. Taylor R, Page A, Morrell S, Harrison J, Carter G. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. Soc Sci Med 1982. oct 2005;61(7):1551‑9.

20. Bun Cheung Y, Law C, Chan B, Yuet Liu K, Yip P. Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: Risk attributable to hopelessness, depression, and social factors. J Affect Disord. 1 mars 2006;90:193‑9.

21. Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. J Affect Disord. déc 2013;151(3):1059‑65.

22. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30:133‑54.

23. Bolton JM, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. Am J Public Health. déc 2010;100(12):2473‑80.

24. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. Psychooncology. déc 2010;19(12):1250‑8.

25. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. J Psychosom Res. déc 2012;73(6):411‑7.

26. Ratcliffe GE, Enns MW, Belik S-L, Sareen J. Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. Clin J Pain. avr 2008;24(3):204‑10.

27. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. avr 1983;24(4):343‑5, 348‑9.

28. Shea SC. Psychiatric interviewing : the art of understanding : a practical guide for psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses, and other mental health professionals [Internet]. 2nd ed. Philadelphia, PA : Saunders; 1998 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: https://trove.nla.gov.au/version/45738733

29. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. Soc Sci Med 1982. févr 2011;72(4):608‑16.

30. Infosuicide.org – Portail d'informations, espace d'échanges et de débats [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: https://www.infosuicide.org/

31. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. févr 1999;156(2):181‑9.

32. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry. août 2004;161(8):1433‑41.

33. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. Psychol Rev. avr 2010;117(2):575‑600.

34. The IMV Model of Suicidal Behaviour | Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/373/1754/20170268

35. Étapes de la crise suicidaire [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/vedrinne.html

36. Moore T. Care of the Soul: A Guide for Cultivating Depth and Sacredness in Everyday Life. HarperCollins; 1992. 348 p.

37. Ovide, Métamorphoses, 3, 339-510 [Internet]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://bcs.fltr.ucl.ac.be/METAM/Met03/M03-339-510.html

38. SHNEIDMAN ES. Suicide. Steep and Death: Some Possible Interaction Among Cessation, Interruption and Continuation Phenomena. J ConsultPsychol. 1964;95–106.

39. de BOUCAUD M. LES DYNAMIQUES PROFONDES DANS LE SUICIDE. :10.

40. Minkowski E. Vers une cosmologie. 1936.

41. Maslow A. A Theory of Human Motivation. 1943.

42. Clinique et prise en charge du suicide - RECHERCHE CLINIQUE PSY [Internet]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://www.recherche-clinique-psy.com/spip.php?article48

43. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry J Ment Sci. sept 2002;181:193–9.

44. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. J Affect Disord. 8 juin 1995;34(3):173–85.

45. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry. janv 1970;126(7):983–7.

46. Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? Transl Psychiatry. mai 2011;1(5):e7.

47. OQUENDO MA, BACA-GARCÍA E, MANN JJ, 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.

48. Asberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? Arch Gen Psychiatry. oct 1976;33(10):1193–7.

49. Courtet P, Picot MC, Bellivier F, Torres S, Jollant F, Michelon C, et al. Serotonin Transporter Gene may be Involved in Short-Term Risk of Subsequent Suicide Attempts. Biological Psychiatry. 2004;46–51.

50. Coryell W, Schlesser M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. Am J Psychiatry. mai 2001;158(5):748–53.

51. Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Baca-Garcia E, Stanley BH, Sublette ME, et al. Toward a biosignature for suicide. Am J Psychiatry. 1 déc 2014;171(12):1259–77.

52. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. Impaired decision making in suicide attempters. Am J Psychiatry. févr 2005;162(2):304–10.

53. Jollant F, Lawrence NS, Olie E, O'Daly O, Malafosse A, Courtet P, et al. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. NeuroImage. 1 juill 2010;51(3):1275‑81.

54. Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V, Brammer MJ, Fullana MA, Drapier D, et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. Am J Psychiatry. juin 2008;165(6):740‑8.

55. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2011;15(1):1‑15.

56. Cacioppo S, Frum C, Asp E, Weiss RM, Lewis JW, Cacioppo JT. A quantitative meta-analysis of functional imaging studies of social rejection. Sci Rep. 2013;3:2027.

57. Desmyter S, van Heeringen C, Audenaert K. Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1 juin 2011;35(4):796‑808.

58. Carroll JE, Low CA, Prather AA, Cohen S, Fury JM, Ross DC, et al. Negative affective responses to a speech task predict changes in interleukin (IL)-6. Brain Behav Immun. févr 2011;25(2):232‑8.

59. Yamakawa K, Matsunaga M, Isowa T, Kimura K, Kasugai K, Yoneda M, et al. Transient responses of inflammatory cytokines in acute stress. Biol Psychol. sept 2009;82(1):25‑32.

60. Olie E, Courtet P. Pour une neurobiologie des conduites suicidaires. Bull. Acad. Natle Méd; 2017.

61. Courtet P, Jaussent I, Genty C, Dupuy AM, Guillaume S, Ducasse D, et al. Increased CRP levels may be a trait marker of suicidal attempt. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. oct 2015;25(10):1824‑31.

62. Ducasse D, Olié E, Guillaume S, Artero S, Courtet P. A meta-analysis of cytokines in suicidal behavior. Brain Behav Immun. 2015;203‑11.

63. Guintivano J, Brown T, Newcomer A, Jones M, Cox O, Maher BS, et al. Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 1 déc 2014;171(12):1287‑96.

64. Le-Niculescu H, Levey DF, Ayalew M, Palmer L, Gavrin LM, Jain N, et al. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality. Mol Psychiatry. déc 2013;18(12):1249‑64.

65. Durkheim É. Le suicide. Félix Alcan; 1987. 462 p.

66. Campéon A. De l'histoire de la prévention du suicide en France. Actual Doss En Santé Publique. décembre 2003;(45):35‑8.

67. Guillon C, Le Bonniec Y. Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité. 1982.

68. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. Am J Psychiatry. avr 1995;152(4):632‑4.

69. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatr Serv Wash DC. juin 2001;52(6):828‑33.

70. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 1999;175:23‑7.

71. 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 J Ment Sci. août 2005;187:186‑7.

72. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A-A, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. Br J Psychiatry J Ment Sci. avr 2011;198(4):309‑16.

73. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ. 8 oct 2005;331(7520):805.

74. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. Br J Psychiatry J Ment Sci. déc 2007;191:548‑53.

75. 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. 27 mai 2006;332(7552):1241‑5.

76. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. J Affect Disord. mai 2013;147(1‑3):269‑76.

77. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. sept 2008;86(9):703‑9.

78. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2013;202(5):372‑80.

79. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. [Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide]. L'Encephale. juin 2010;36 Suppl 2:D7‑13.

80. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. Crisis. 1 janv 2013;34(1):32‑41.

81. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. BMJ. 21 juill 2001;323(7305):135‑8.

82. Vijayakumar L, Umamaheswari C, Shujaath Ali ZS, Devaraj P, Kesavan K. Intervention for suicide attempters: A randomized controlled study. Indian J Psychiatry. juill 2011;53(3):244‑8.

83. 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.

84. WHO | Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (SUPRE-MISS) [Internet]. WHO. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supremiss/en/

85. Milner A, Spittal MJ, Kapur N, Witt K, Pirkis J, Carter G. Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: a systematic review. BMC Psychiatry. 08 2016;16:194.

86. Falcone G, Nardella A, Lamis DA, Erbuto D, Girardi P, Pompili M. Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. World J Psychiatry. 22 sept 2017;7(3):163‑76.

87. Cutcliffe JR, Links PS, Harder HG, Balderson K, Bergmans Y, Eynan R, et al. Understanding the risks of recent discharge: the phenomenological lived experiences--"existential angst at the prospect of discharge". Crisis. 1 janv 2012;33(1):21‑9.

88. 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. The Lancet. 18 avr 2015;385(9977):1536‑44.

89. Christl B, Wittchen H-U, Pfister H, Lieb R, Bronisch T. The accuracy of prevalence estimations for suicide attempts. how reliably do adolescents and young adults report their suicide attempts? Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2006;10(3):253‑63.

90. Barber ME, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. Gate questions in psychiatric interviewing: the case of suicide assessment. J Psychiatr Res. févr 2001;35(1):67–9.

91. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 30 mars 2012;6:10.

92. Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: prevention of repetition. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. oct 2011;56(10):621–9.

93. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. Crisis. 2010;31(4):194–201.

94. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. juin 2007;37(3):264–77.

95. Reshetukha T, Alavi N, Prost E. Several Suicide Risk Factors Commonly Missed in ER Assessments. American Psychiatric Association 2015 Annual Meeting; 2015.

96. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. avr 1979;47(2):343–52.

97. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. sept 2006;14(9):742–51.

98. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DHM, Finne Soveri H, Gray L, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Serv Res. 30 déc 2008;8:277.

99. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. déc 2011;168(12):1266–77.

100. Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011.

101. Abdalla S. EVAREST 2 : EVALUATION QUALITATIVE DU DISPOSITIF DE VEILLE NANCEIEN « RESTER EN CONTACT » DANS LA PREVENTION DE LA RECIDIVE SUICIDAIRE. [Nancy]: FACULTE DE MEDECINE DE NANCY; 2018.

102. Lonnqvist J, Ostama A. Suicide following the first suicide attempt: A five year follow-up using a survival analysis. Psychiatr Fenn. 1991;(22):171–9.

103. Self-Reported Needs for Care Among Persons Who Have Suicidal Ideation or Who Have Attempted Suicide | Psychiatric Services [Internet]. 2018 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.52.3.381

104. Richman J, Charles E. Patient dissatisfaction and attempted suicide. Community Ment Health J. 1976;12(3):301–5.

105. Aoun S, Johnson L. A consumer's perspective of a suicide intervention programme. Aust N Z J Ment Health Nurs. 1 juin 2001;10(2):97–104.

106. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer ? /data/revues/00137006/unassign/S0013700616301890/ [Internet]. 28 sept 2016 [cité 1 oct 2018]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/1083114

107. D'Etape B. Rapport Evaluation VigilanS. :14.

108. Chiu HFK, Yip PSF, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, et al. Elderly suicide in Hong Kong--a case-controlled psychological autopsy study. Acta Psychiatr Scand. avr 2004;109(4):299–305.

109. Études et statistiques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/

110. Réseau Sentinelles > France > Accueil [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/

111. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 / 2014 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. 2018 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-France-metropolitaine-a-partir-du-PMSI-MCO-2004-2011-et-d-Oscour-R-2007-2011

112. 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.

113. Ligier F, Kabuth B, Guillemin F. MEDIACONNEX: a multicenter randomised trial based on short message service to reduce suicide attempt recurrence in adolescents. BMC Psychiatry. 19 2016;16:251.

114. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2004;8(2):137–45.

115. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. Aust N Z J Psychiatry. mai 2007;41(5):419–28.

116. Online Referral and Intervention for Adolescent and young adult Suicide (ORIAS) [Internet]. ResearchGate. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/project/Online-Referral-and-Intervention-for-Adolescent-and-young-adult-Suicide-ORIAS

RESUMÉ DE LA THÈSE

Le suicide est un fléau qui touche toutes les tranches d'âge et toutes les catégories de population. Actuellement, la prévention du risque suicidaire constitue un enjeu majeur de santé publique, comme en témoignent les nombreux rapports de l'OMS et la création de l'observatoire National du suicide (ONS) en 2013.

Afin de limiter la récidive suicidaire, les dispositifs de veille sanitaire se sont progressivement développés depuis un peu plus d'une vingtaine d'années. Il s'agit de proposer de maintenir un lien avec la personne ayant tenté de mettre fin à ses jours, et ainsi de pouvoir rester en première ligne afin d'intervenir rapidement en cas de crise suicidaire. Certains dispositifs ont montré une efficacité, comme le prouvent plusieurs études sur ce sujet, mais les résultats restent encore inégaux.

EVAREST1, étude présentée dans ce document, est une étude pilote d'évaluation du dispositif de veille « Rester en contact ». Ce dispositif de veille a été mis en place aux urgences psychiatriques de Nancy depuis mars 2015. Les auteures ont évalué l'impact du dispositif de recontact sur la récidive suicidaire. EVAREST1 est une étude quantitative, rétrospective, comparative avant-après mise en place du dispositif. L'échantillon étudié est composé de 200 sujets, 100 dans chaque bras.

Les résultats de cette étude ont montré une tendance à la diminution de la récidive chez les patients primosuicidants ayant bénéficié du dispositif, notamment chez ceux qui avaient des antécédents psychiatriques (17% à 8% de récidive). Une tendance à l'allongement du délai entre deux tentatives de suicide est également retrouvée, uniquement chez les patients non primosuicidants qui ne présentaient pas une pathologie comorbide de l'axe II. Ces résultats ne sont pas significatifs, les effectifs étant trop réduits. L'analyse des dossiers médicaux a également montré que le recueil de données n'était pas uniformisé.

Les résultats de cette étude pilote qui ne sont que des tendances, nécessitent d'être confirmés par l'étude d'échantillons plus importants. Cependant, ils rejoignent les conclusions d'autres études qui montrent que les dispositifs de veille ont un impact différent selon le profil du sujet auquel il est proposé. Ceci amène à l'idée que les prochains dispositifs doivent avoir, à côté d'une uniformisation de la prise en charge au niveau national comme le propose le dispositif VigilanS en cours de déploiement, un volet suffisamment souple pour s'adapter au profil du patient.

TITRE DE L'ÉTUDE : EVAREST 1, étude pilote d'évaluation quantitative du dispositif Nancéien de prévention de la récidive suicidaire, "Rester en contact".

THÈSE DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE : ANNÉE 2018

MOTS CLÉS : Tentative de suicide, prévention, veille sanitaire.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE Faculté de Médecine de Nancy 9, avenue de la Forêt de Haye 54505 VANDŒUVRE-LES-NANCY Cedex