

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE : 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 14 septembre 2018 à Poitiers
par Thomas GASNIER

<u>Titre</u> L'impact d'un recontact téléphonique unique et précoce dans la prévention de la récurrence suicidaire

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE
Madame le Professeur Benedicte GOHIER
Monsieur le Professeur François BIRAULT
Madame le Docteur Marie José ROUSSEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Jacques CHAVAGNAT

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOJA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUT Thiery, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 12/2017)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Mon semestre au sein de l'unité de recherche clinique reste pour moi un précieux souvenir de partage d'expérience clinique et thérapeutique. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. J'ai pu apprécier votre rigueur et votre bienveillance lors de la soutenance de mon premier mini-mémoire. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

Vous avez eu l'extrême amabilité de siéger dans ce jury. Soyez assurée de ma reconnaissance et de ma considération respectueuse.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marie José ROUSSEAU

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. J'ai actuellement la chance de travailler au sein de votre service et d'apprécier vos qualités professionnelles. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean Jacques CHAVAGNAT

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité sans faille, votre rigueur et la pertinence de vos conseils et corrections. Vous vous êtes toujours montré juste et bienveillant envers moi. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Juliette

Pour m'avoir supporté au cours de ces années d'internat. Pour ton soutien inconditionnel et ton amour.

A mes parents, ma sœur et ma famille

Pour votre soutien sans faille au cours de ces longues études, pour toutes les valeurs que vous m'avez inculquées et qui font qui je suis.

A mes amis

Cyril, Arnaud, Maxime, Édouard, Maje, Johann, Poonam, Elsa, Clément, Olivier, Greg, Camille, pour tous les bons moments passés ensemble depuis toutes ces années.

A toutes les équipes qui m'ont accueilli

Merci pour votre accueil et votre gentillesse. Un grand merci aux services de l'UAOCC et de Primevères 2, les équipes soignantes, cadres de santé, psychologues, Dr Cadet, Dr Lavarec, Dr Hoppe, Dr Jamot pour m'avoir fait grandir en tant que psychiatre.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADP : Anti-dépresseur

ANAES : Agence Nationales d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AP : Antipsychotique

ARS : Agence Régionale de Santé

BZD : Benzodiazépine

CepiDC : Centre d'Épidémiologie sur les Causes Médicales de Décès

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10ème révision

CMP : Centre Médico Psychologique

HAS : Haute Autorité de Santé

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régionale de Santé

PNACS : Programme National d'Actions Contre le Suicide

RDV : Rendez-vous

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TR : Thymorégulateur

TS : Tentative de Suicide

UAOCC : Unité d'Accueil d'Orientation et Centre de Crise

UCMP : Unité de Consultation Médico-Psychologique

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	11
CONTEXTE DE L'ETUDE.....	12
I. Épidémiologie.....	12
1. En France.....	12
2. En Poitou-Charentes.....	14
II. Facteurs de risque suicidaires.....	15
III. Récidive suicidaire.....	17
1. En présence de facteurs de risque primaires.....	17
2. Répétition des tentatives de suicide.....	17
3. Récidives suicidaires précoces.....	18
IV. Prévention de la récurrence suicidaire.....	19
1. Les niveaux de prévention.....	19
2. Les cartes postales.....	20
3. Le contact téléphonique.....	21
4. Nécessité d'un recontact précoce.....	23
5. L'envoi de SMS.....	24
V. Mise en place d'une stratégie de prévention du suicide en France.....	25
1. L'importance des données.....	25
2. Évolution des mentalités.....	26
3. Programme national d'actions contre le suicide.....	27

4. Coût des interventions.....	28
5. Acceptation de l'intervention.....	29
MATERIEL ET METHODE.....	30
I. Description de l'étude.....	30
1. Type d'étude.....	30
2. Objectifs.....	30
II. Matériel de l'étude.....	31
1. Critères d'inclusion.....	31
2. Critères d'exclusion.....	31
III. Mise en œuvre.....	32
1. Organisation du rendez-vous.....	32
2. Le contact téléphonique.....	33
3. L'UAOCC.....	35
IV. Méthode.....	36
1. Schéma de l'étude.....	36
2. Base de données.....	38
3. Analyse statistique.....	40
RESULTATS.....	41
I. Les patients contactés par téléphone.....	41
1. Caractéristiques des patients.....	41
2. Contact téléphonique.....	47
3. Tentative de suicide.....	48
4. Suivi.....	50
II. Patients non contactés.....	51

III. Analyse des patients récidivants.....	54
IV. Analyse des patients non répondants.....	56
V. Analyse des groupes patients contactés par téléphone et patients non contactés	58
1. Récidive suicidaire dans l'année.....	58
2. Suicide abouti.....	59
3. Suivi.....	59
4. Moyen utilisé lors de la tentative de suicide.....	60
DISCUSSION.....	62
I. Biais.....	62
II. Résultats descriptifs.....	64
III. Résultats analytiques.....	66
1. Comparaison des groupes patients contactés et patients non contactés.....	66
2. Patients récidivants.....	68
3. Patients non réponders.....	69
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXES.....	77
RESUME.....	79
SERMENT.....	80

INTRODUCTION

La prévention du suicide, cause de décès évitable, est un enjeu majeur de santé publique. Chaque année, en France, près de 10000 personnes décèdent par suicide et un peu moins de 200000 tentatives de suicide donnent lieu chaque année à un contact avec le système de soin. Le suicide est la conséquence dramatique de la crise suicidaire, sa prévention a été identifiée comme l'une des dix priorités nationales de santé publique dès la première conférence nationale de santé en 1996. Des programmes de prévention ont ainsi été mis en place depuis plus d'une dizaine d'années. La lutte contre le suicide relève en premier lieu d'une politique de prévention active.

Les personnes vues pour une tentative de suicide présentent un haut risque de récurrence et un risque de décès par suicide bien plus important que celui de la population générale. Plusieurs outils ont été mis en place dans la prévention du suicide et en particulier dans la prévention de la récurrence suicidaire. Un des moyens utilisés est le recontact téléphonique des suicidants. Il est appliqué de différentes manières selon les endroits : il s'agit la plupart du temps de plusieurs appels au cours de l'année suivant la tentative de suicide avec des délais variables de recontact.

Au sein de l'unité d'accueil d'orientation et du centre de crise du centre hospitalier psychiatrique d'Angoulême, un dispositif de recontact téléphonique innovant a été mis en place dans le but de prévenir la récurrence suicidaire. Il s'agit d'un contact téléphonique unique et précoce 8 jours après la sortie de l'hôpital d'un patient ayant fait un passage à l'acte suicidaire.

L'objectif était donc d'évaluer l'impact de ce recontact unique à 8 jours de la sortie de l'hôpital dans la prévention de la récurrence suicidaire.

CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Épidémiologie

1. EN FRANCE

Plus de 800 000 personnes par an meurent en se suicidant dans le monde et le nombre des tentatives est encore beaucoup plus élevé. La France est un pays très concerné par le phénomène suicidaire, dans la mesure où son taux se situe plutôt dans la moyenne mondiale. Dans l'espace européen, à situation économique et sociale équivalente, la France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est, malgré une baisse du taux de suicide de 26% observée entre 2003 et 2014 (Rapport n°3, février 2018). Les comparaisons entre les pays doivent cependant être interprétées avec prudence, la définition du suicide et l'exhaustivité des déclarations pouvant être différentes selon les états. En 2014, 9033 décès par suicide ont été enregistrés en France entière et 8879 en France métropolitaine (Rapport n°3, février 2018). Les statistiques de décès par suicide sont issues des certificats de décès dont la base de données est gérée par le CépiDc-Inserm (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). Toutefois, une sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée au CépiDc-Inserm. Le suicide reste une des premières causes de mortalité entre 15 et 44 ans : dans la tranche 15-24 ans, bien que le taux de suicide soit relativement faible comparativement aux autres tranches d'âge, il constitue la deuxième cause de mortalité (Rapport n°3, février 2018)

Au niveau des tentatives de suicide, le constat est tout aussi inquiétant. En 2004, l'OMS étudiant la morbidité suicidaire a montré qu'il est recensé environ 300 tentatives de suicide pour 100 000 chez les hommes, dans la tranche d'âge 25-44

ans qui serait particulièrement touchée, tandis qu'il est comptabilisé près de 600 tentatives pour 100 000 chez les femmes, avec une majorité dans la tranche d'âge des 15-24 ans (Batt et Al. 2007). Au total, en France, il existait en 2002, 195000 tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins (Mouquet et Al. 2006).

Le suicide et la tentative de suicide constituent des problèmes de santé publique majeurs, augmentant les coûts des soins de santé, les années de vie perdues, les arrêts de travail et les charges émotionnelles sur les familles. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide était de 10 milliards en France en 2009 (Vinet et Al. 2014), chiffres qui soulignent la nécessité de mettre en place des techniques de prévention de la récurrence. De plus, nous pouvons également dire que le suicide et les TS constituent un fardeau important pour les personnes, les familles, les communautés et les systèmes de santé dans le monde entier, difficile à chiffrer puisque les conséquences indirectes du phénomène suicidaire sont très nombreuses, peuvent aussi bien être immédiates que latentes, et peuvent durer des années. L'impact social et familial du suicide est incommensurable. Les personnes qui se tuent laissent généralement derrière elles famille et amis dont la vie est profondément affectée par la suite, sur le plan émotionnel, social et économique. L'OMS estime qu'en moyenne, la survenue d'un seul suicide affecte intimement six autres personnes (OMS, 2012). Si le suicide survient en milieu scolaire ou sur le lieu de travail, l'impact touchera des centaines d'autres personnes. Selon Christian Baudelot et Roger Establet (2006) : « le deuil après suicide n'est pas un deuil comme les autres. C'est toujours "un deuil aggravé" ». Par ailleurs, soulignons aussi le fait que les personnes qui tentent de se suicider survivent certes mais ces actes entraînent bien souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux.

2. EN POITOU-CHARENTES

En Poitou-Charentes, l'Observatoire Régional de la Santé réalise un état des lieux annuel et un suivi des tentatives de suicide et des suicides dans la région. La fréquence des suicides a diminué entre 1990 et 2012, mais le niveau de mortalité reste bien supérieur à celui de la métropole notamment chez les hommes (ORS. 2016). De plus, toujours selon l'Observatoire Régional de la Santé, le taux comparatif de recours à l'hospitalisation suite à une tentative de suicide se montrait significativement supérieur à celui de la France métropolitaine.

Dans le rapport n°3 de 2018 de l'observatoire national du suicide, les données concernant les nouvelles régions ont été publiées : le taux pour 100000 habitants standardisés selon la structure par sexe et âge était de 22,8 entre 2000 et 2002, puis de 18,5 entre 2012 et 2014, soit une diminution de 18,8% sur la période 2000-2014. Cependant, à l'échelle nationale, le taux de la région Nouvelle Aquitaine dépasse de 8,9% le taux moyen de la France métropolitaine (Rapport n°3 de février 2018).

Les derniers chiffres en Poitou-Charentes sur l'année 2017 (de janvier à novembre, communiqué par l'ARS), 258 décès par suicide ont été comptabilisés dont 52 en Charente (pour 353853 habitants).

II. Facteurs de risque suicidaires

Selon la conférence de consensus de l'ANAES sur la crise suicidaire, les facteurs de risque suicidaires sont classés en facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires (ANAES. 2000) :

- Les facteurs de risque primaires sont les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité.
- Les facteurs de risque secondaires concernent les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage ou l'existence de difficultés financières et des événements de vie négatifs sévères.
- Enfin, les facteurs de risque tertiaires sont représentés par l'appartenance au sexe masculin, l'âge, notamment l'adolescence et la sénescence, et certaines périodes de vulnérabilité. Mais ces éléments n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires.

Plusieurs recherches ont suggéré que les facteurs de risque les plus importants de suicide sont les troubles psychiatriques (OMS, 2014), : le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur (Bostwick JM et Pankratz, 2000), 7 % chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool (Schneider et Al. 2009), 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire (Nordentoft et Al. 2011) et 5 % chez les personnes souffrant de schizophrénie (Palmer et Al. 2005). Dans les pays à revenu élevé, près de 90 % des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux (Cavanagh et Al. 2003).

Mais, les antécédents de tentative de suicide constituent, de loin, le meilleur indicateur de risque futur de suicide. Même un an après une tentative de suicide, le risque de suicide et de décès prématuré imputable à d'autres causes reste élevé (Beautrais et Al. 2003). Les tentatives de suicide et les actes d'automutilation sont donc très fortement liés au risque suicidaire (Yoshimasu et Al. 2008) et il a été retrouvé que la survenue d'une tentative de suicide multiplie par 40 le risque de suicide ultérieur (Harris et Barraclough. 1997).

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent

le risque de suicide. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50% de tous les cas de suicide (Schneider et Al. 2009).

Mais les nombreux facteurs de risque identifiés ne suffisent pas à prédire avec certitude le risque de suicide, car les facteurs de protection doivent également être pris en compte. Le soutien social, familial, amical et en général est ainsi un important facteur de protection qui peut venir contrecarrer certains facteurs de risque, rôle protecteur qu'ont aussi la spiritualité et les stratégies d'adaptation positive au stress (OMS, 2014).

III. Récidive suicidaire

1. EN PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUE PRIMAIRES

Comme on l'a vu précédemment, les antécédents de passage à l'acte suicidaire constituent un bon indicateur de risque de suicide dans l'avenir. En effet, les patients en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide ont un risque majeur de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte : le taux de suicide est à 1 % à un an et le risque de décès toutes causes confondues est accru. Ce risque est majoré pour les suicidants présentant des facteurs de risque primaires (Conférence de consensus HAS. 2000).

Le risque d'une nouvelle tentative de suicide à court et à long terme est également augmenté pour les personnes récidivantes par rapport à celles qui présentent un premier épisode ce qui confirme que la recherche des antécédents de tentative de suicide est très importante dans l'évaluation du risque (Zahl et Al. 2004).

2. RÉPÉTITION DES TENTATIVES DE SUICIDE

Les résultats de multiples études confirment que la répétition des tentatives de suicide est associée à un risque accru de nouvelle tentative et de suicide ; en effet, les antécédents de tentatives de suicide d'un individu peuvent être considérés comme prédictifs de tentatives ultérieures : entre 15 et 25% l'année suivant la tentative de suicide (Owens et Al. 2002) (Cedereke et Al. 2004) et jusqu'à 30% dans certaines études (Heyerdahl et Al. 2009).

3. RÉCIDIVES SUICIDAIRES PRÉCOCES

Ainsi, il est donc reconnu que le risque de récurrence suicidaire est très élevé dans l'année qui suit la tentative de suicide et notamment dans les 12 premières semaines suivant le passage à l'acte (Kapur et Al. 2002). Le délai médian de récurrence est de 12 semaines, et environ 10% ont récidivé dans la semaine suivant le passage à l'acte suicidaire avec un résultat comparable chez les hommes et chez les femmes (Gilbody et Al. 1997). Les auteurs préconisent d'ailleurs que les interventions visant à réduire les récurrences de tentative de suicide et d'automutilation doivent être livrées en quelques jours et non en quelques semaines.

IV. Prévention de la récurrence suicidaire

1. LES NIVEAUX DE PRÉVENTION

L'identification de plus en plus précise des facteurs de risque suicidaires ne permet pas de prédire un suicide ou une TS mais permet d'envisager des actions concrètes de prévention. L'OMS définit 3 niveaux de prévention :

- La prévention primaire désigne l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. Dans le cas du suicide, la prévention primaire vise à prévenir la violence faite contre soi avant qu'elle ne se produise. Cela passe donc par l'identification des groupes de sujets plus à risque et par des campagnes d'informations ciblées.
- La prévention secondaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Si l'on s'intéresse à la définition de l'OMS concernant la prévention secondaire du suicide, l'accent est mis sur les réponses les plus immédiates au passage à l'acte suicidaire ou à l'élaboration d'idées suicidaires. Cela concerne l'hospitalisation ou l'accès aux soins.
- La prévention tertiaire désigne l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Dans le cas du suicide et des tentatives de suicide, la prévention tertiaire concerne les actions mises en place après les actes de violence envers soi. Son objectif sera alors d'éviter la récurrence. Elle intervient dans la prise en charge des suicidants et de son entourage proche.

La prévention globale du suicide est donc positionnée en amont de la crise suicidaire, par la promotion de la santé et en aval de la tentative de suicide pour éviter la récurrence. Nous allons nous intéresser ici en particulier à la prévention de la récurrence suicidaire, donc à la prévention tertiaire. Ainsi, plusieurs dispositifs de prévention de la récurrence suicidaire se sont développés en France comme à l'étranger.

2. LES CARTES POSTALES

Ces dernières années, différentes équipes se sont intéressées à la prévention du suicide et plus particulièrement à la prévention de la récurrence suicidaire. Plusieurs outils ont été utilisés et cela a débuté avec l'envoi de cartes postales qui étaient destinées à maintenir le contact avec les patients.

Des dispositifs plus ou moins semblables ont été mis en place aux États-Unis et en Australie et ont révélé l'efficacité du maintien de contact avec les suicidants en termes de réduction des récurrences ou du taux de suicide.

Aux États Unis, Motto et Bostrom (2001), ont étudié le devenir de 843 sujets à risque refusant les soins et le suivi. Ils ont proposé de contacter les suicidants par des lettres chaleureuses et personnalisées grâce à des détails du dernier entretien ou des éléments de leur dossier afin qu'ils aient le sentiment que quelqu'un est disponible pour eux et se préoccupe d'eux. L'intervention de prévention a donc consisté à l'envoi de quatre lettres par an pendant 5 ans après l'hospitalisation. Les auteurs ont mis en évidence un taux de suicide significativement plus bas dans le groupe recevant les lettres que dans celui n'ayant aucun suivi, notamment durant les deux premières années. Mais 15 ans plus tard, le nombre de tentatives de suicide est resté identique pour tous.

En Australie, un dispositif d'envoi de cartes postales aux suicidants a également été testé par l'envoi systématique et programmé de cartes postales pendant l'année suivant le geste suicidaire. Le message était identique à chaque envoi: «Nous nous sommes rencontrés il y a quelque temps ... N'hésitez pas à nous donner de vos nouvelles à l'occasion ...». Ce travail mettait en évidence un plus faible nombre de récurrences dans le groupe des suicidants recontactés mais ce résultat n'était pas significatif (Carter et Al. 2005). L'auteur a poursuivi ses recherches et a pu conclure 8 ans plus tard, que ces interventions par cartes postales permettent de réduire les récurrences suicidaires ainsi que les admissions psychiatriques (un tiers après 5 ans) (Carter et Al. 2013).

Cette stratégie a été récemment répliquée par une équipe néo-zélandaise (Beautrais et Al. 2008) : il s'agissait cette fois de l'envoi de 4 cartes postales, deux semaines

après la TS, puis 1, 3 et 6 mois plus tard, et le nombre de suicidants récidivistes était retrouvé significativement plus bas dans le groupe «carte postale» (20,3% versus 50,6%).

L'envoi de cartes postales suite à une tentative de suicide est également efficace dans la réduction des idées suicidaires (Hassanian-Moghaddam et Al. 2011).

3. LE CONTACT TÉLÉPHONIQUE

À Trieste en Italie, le taux de suicide était historiquement très élevé, environ 25 à 30 pour 100000 habitants (soit trois fois plus que le taux italien). En suivant les recommandations de l'OMS, le Département de santé mentale de Trieste a monté en 1996 le projet «telefono speciale» (Observatoire national du suicide, 2014) qui consistait en un centre d'écoute pour personnes en difficultés non suicidants pouvant relayer à des services d'intervention (ambulances, services psychiatriques, police...). Les données épidémiologiques ont montré une diminution du taux de suicide de 25,5 pour 100000 habitants en 1990 à 13,8 en 2011 dans cette ville.

En 2008, une étude a été menée dans huit établissements hospitaliers dans cinq pays culturellement différents (Brésil, Inde, Sri Lanka, Iran et Chine). L'évaluation a porté sur deux groupes : un groupe bénéficiant de l'intervention et un groupe contrôle. L'intervention incluait en plus de la prise en charge habituelle dans les structures, une information pour le personnel de l'hôpital permettant à l'équipe une meilleure gestion du suivi du contact avec les suicidants quittant la structure de soin, une information au suicidant et enfin, 9 contacts, que ce soit par téléphone ou par des visites à domicile, réalisés à 1, 2, 4, 7, et 11 semaines puis à 4, 6, 12, et 18 mois après sa sortie de l'hôpital. L'évaluation a suggéré un taux plus faible de décès par suicide dans le groupe bénéficiant de l'intervention (0,2% contre 2,2% dans le groupe contrôle) pendant toute la période de suivi (18 mois) mais aussi, un nombre plus faible de décès, toute cause confondues (AVC, cancers, infection urinaire, HIV/sida, cirrhose du foie, insuffisance respiratoire aiguë, vieillesse) (Fleischmann et Al. 2008).

En France, un dispositif de prévention de la récurrence suicidaire appelée « ALGOS » a été initié, mené dans 23 services d'urgences psychiatriques du nord pas de calais. Le dispositif mis en place est un algorithme de veille qui permet de contacter à différents moments les suicidants pris en charge à l'hôpital (Vaiva et al. 2011). L'étude concerne les personnes âgées de 18 ans et plus, survivants à une TS quittant directement les Urgences ou hospitalisés moins de 7 jours après leur TS. Les individus sont regroupés en trois groupes : un groupe « ALGOS » qui distingue le groupe des primosuicidants et les sujets non primosuicidants et un groupe contrôle. Pour le 1er groupe, une carte « crise » ou « carte-ressource » contenant logo, adresses Web d'associations de prévention du suicide, ainsi qu'un numéro de téléphone accessible 24/24h, est donné au sujet à sa sortie de l'hôpital. Pour le groupe des récidivistes (non-primosuicidants) les suicidants sont recontactés entre 10 à 21 jours après leur TS. Lors de ce contact téléphonique, la personne entraînée identifie si l'individu est en crise suicidaire ; si c'est le cas, il lui est proposé une consultation en urgence. Il lui est aussi envoyé des cartes postales personnalisées à 2, 3, 4 et 5 mois après le geste. Une évaluation a été réalisée ensuite dans les 6 mois suivant la tentative de suicide et a montré l'efficacité de dispositif de veille.

De nombreuses autres études se sont intéressées au recontact par téléphone pour prévenir les récurrences suicidaires. Une méta-analyse a d'ailleurs étudié les essais contrôlés randomisés utilisant des interventions de courte durée (contacts téléphoniques, cartes d'urgence ou de crise, et cartes postales ou lettres). Elle incluait 12 études et retrouvait un effet positif non significatif des différentes interventions de courte durée sur l'automutilation répétée, la tentative de suicide et le suicide et un effet bénéfique significatif sur le nombre d'épisodes d'automutilation ou de tentatives de suicide répétées par personne (Milner et Al. 2015).

Plus récemment en France, le dispositif Vigilans permet aux patients de rester en contact avec un dispositif qui les accompagne, qui les écoute et qui les soutient (VIGILANS Rester en contact). Vigilans a été un dispositif pilote exclusivement dédié à la région Nord – Pas de Calais dans un premier temps, puis développé dans d'autres régions françaises ensuite. Il s'agit d'un outil de suivi qui procède en trois étapes :

- A sa sortie de l'hôpital, le patient reçoit une carte avec le numéro de téléphone de Vigilans, qu'il peut contacter à tout instant afin de maintenir le dialogue. Par la suite, Vigilans informe son médecin traitant et son psychiatre référent de la mise en place du dispositif de suivi.
- Entre dix et vingt jours après sa sortie, un(e) écoutant(e) du dispositif appelle le patient pour s'informer de son état de santé. S'il ne répond pas, le médecin traitant et le psychiatre sont contactés. Quant au patient, il reçoit une carte postale personnalisée et/ou un SMS tous les mois.
- Après 6 mois de suivi, un dernier contact est entrepris. Si aucune récurrence suicidaire n'est constatée, le patient sort du dispositif. Dans le cas contraire, le suivi est prolongé.

Les auteurs ont retrouvé une diminution de 7,8% des tentatives de suicide (-17,2% dans le Pas de Calais contre -3,3% dans le Nord).

4. NÉCESSITÉ D'UN RECONTACT PRÉCOCE

Le recontact téléphonique est donc efficace sur la prévention de la récurrence. En revanche, le résultat est plus contrasté lorsque les patients sont recontactés à distance de leur tentative de suicide : dans l'étude de Cedereke et Al. (2002), aucune différence du taux de récurrence suicidaire n'a pu être démontrée entre le groupe bénéficiant du rappel téléphonique au groupe contrôle. L'étude concernait 216 suicidants et proposait de prendre contact téléphonique avec ces derniers à 4 et 8 mois après le dernier entretien habituel dans la structure (1 mois après la sortie de l'hôpital). Ces appels avaient pour but d'encourager les suicidants à entreprendre ou à poursuivre leur traitement et donc réduire la récurrence suicidaire.

Dans l'étude Syscall mise en place par Vaiva et Al. (2006), les patients étaient appelés soit un mois, soit trois mois après leur tentative de suicide. Il a été constaté que 12 % des patients ont récidivé lorsqu'ils ont été appelés dès le premier mois tandis que 21,6% ont récidivé lorsqu'ils ont été contactés trois mois plus tard, ce qui souligne l'importance d'une démarche de recontact précoce. En effet, parmi les 150 récurrences repérées dans l'étude, 48 sont survenues avant la fin du premier mois et

donc avant la période de recontact théorique.

En outre, plus la récurrence suicidaire est précoce, plus le risque de récurrence augmente dans les 10 ans (OR = 2,3, IC 95% = 1,1-4,9) (Ligier et Al. 2015), et peut intervenir dans l'année suivant la tentative de suicide initiale lorsque le contact a été perdu avec les aidants (HR = 2,8; IC = 1,4-5,5). Cela confirme la nécessité d'une reprise de contact précoce après une tentative de suicide.

5. L'ENVOI DE SMS

À Brest, un dispositif de veille par SMS a été étudié pour évaluer sa faisabilité technique et son acceptabilité par les patients (Berrouiguet et Al. 2014). Ceux-ci ont été « recrutés » parmi les patients ayant fréquenté le CHRU de Brest sur une période d'un mois. Les envois de SMS ont été gérés automatiquement selon un échéancier (à 48 heures, à 7 jours, à 15 jours et à 28 jours) puis une évaluation a eu lieu par entretien téléphonique. Les messages comportaient une validation de la souffrance, un rappel du compromis de sortie et une présentation du système de veille. Sur un échantillon de 20 patients, l'étude a montré une bonne acceptabilité du dispositif.

Les adolescents utilisent également préférentiellement le SMS pour « rester en contact » avec leurs proches. Dans une étude française récente, les adolescents suicidants acceptaient de recevoir des messages SMS des soignants et soulignaient l'intérêt d'inclure un message de soutien suite à un passage à l'acte suicidaire (Ligier et Al. 2017). Un dispositif de surveillance basé sur l'envoi de SMS afin de prévenir la récurrence suicidaire a donc été mis en place et sera évalué par un essai clinique contrôlé randomisé.

On constate un intérêt croissant pour l'envoi de SMS depuis 2006. Les SMS ont été proposés comme outil de soins de santé dans un large éventail de troubles psychiatriques ainsi qu'en addictologie et notamment dans la prévention du suicide. Dans l'ensemble, une attitude positive à l'égard des messages textuels a été signalée. Parmi les points positifs, on note une augmentation de la participation aux rendez-vous, de la satisfaction envers les services de santé et une meilleure observance du traitement (Berrouiguet et Al. 2016).

V. Mise en place d'une stratégie de prévention du suicide en France

1. L'IMPORTANCE DES DONNÉES

Pour mettre en œuvre une stratégie nationale, il convient en premier lieu de bien comprendre le problème à résoudre : atténuer, changer ou prévenir. La surveillance fait référence à la collecte systématique de données spécifiques aux résultats (et surtout aux suicides et tentatives de suicide) « à des fins de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des pratiques en matière de santé publique » (Thacker et Berkelman, 1988).

Dans la plupart des pays, les systèmes de surveillance qui collectent systématiquement des données de routine sur le suicide devant aider à déterminer les cibles des interventions et orienter l'élaboration d'initiatives politiques sont inexistantes ou, au mieux, très basiques (OMS, 2014). Concrètement, la majorité des pays ne savent pas quelles sont les principales méthodes de suicide utilisées ni le pourcentage des suicides précédés d'une ou plusieurs tentatives. Des données valides et fiables sont nécessaires afin d'évaluer la réussite ou l'échec des efforts de réduction des suicides, des tentatives de suicide ou de l'impact du suicide sur la société.

2. ÉVOLUTION DES MENTALITÉS

Dans bon nombre de cas, pour mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide, les personnes et leurs organisations doivent modifier leur façon de fonctionner. Ce faisant, elles vont se heurter à certaines difficultés qui dépendent du contexte mais peuvent inclure :

- les connaissances limitées des parties prenantes sur la façon de modifier leur fonctionnement pour s'adapter aux données factuelles.
- les croyances, attitudes et appréciations personnelles concernant le changement ainsi que les risques et les bénéfices perçus.
- les compétences et les capacités individuelles pour mener à bien le changement.
- une collaboration et un leadership défaillants.
- des obstacles matériels, notamment le manque de ressources, d'équipements ou de personnel.
- l'environnement politique ou social.

En revanche, quand les mentalités changent et que des actions sont menées dans le sens de la prévention, les résultats peuvent devenir intéressants : dans les années 70, le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède étaient en tête des records d'incidence du suicide, avec des chiffres aux alentours de 35 pour 100 000 habitants. Dans le milieu des années 80, deux d'entre eux (la Suède et la Norvège) ont profondément modifié leur politique de prévention ; une innovation marquante, bien que non exclusive, fut le recontact systématique des suicidants par les Centres d'Accueil Urgent dans les 6 mois suivant le geste. Dans ces pays, des centres de suicidologie se sont créés, situés à proximité des services d'urgences, assurant tant la prise en charge immédiate des suicidants que le recontact à distance. Dans les dix années qui suivirent, l'incidence des décès par suicide tombait à moins de 20 pour 100 000. Cette incidence est en 2011 proche de 15 (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

3. PROGRAMME NATIONAL D'ACTIONS CONTRE LE SUICIDE

Sujet longtemps tabou dont le secret restait limité à la sphère familiale, le suicide a été reconnu en France comme priorité de Santé Publique à partir de la fin des années 1990. Des études, françaises ou internationales ont permis de mieux identifier les facteurs de risque, les facteurs précipitants et les facteurs de protection pour un passage à l'acte suicidaire. Après un plan prospectif initié en 1998, le ministère de la santé avait lancé en 2000 une première stratégie nationale d'actions face au suicide qui a permis de mettre en place les premiers jalons de la prévention : la formation et la mise en réseau des professionnels, la limitation de l'accès à certains moyens létaux, le développement de la prise en charge médicale et du suivi des personnes, notamment en pédopsychiatrie (PNACS, 2011). La loi relative à la politique de santé publique de 2004 avait fixé des objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé. L'un de ces objectifs visait une réduction de 20 % du nombre de suicides à l'horizon 2008. A cet effet, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 avait acté dans un axe spécifique la continuation des actions de la stratégie nationale 2000-2005.

Ces actions ont permis de dégager des pistes d'amélioration pour la politique nationale de prévention du suicide qui ont été ensuite déclinées en actions concrètes dans le contenu de ce programme national 2011-2014 d'actions face au suicide qui a permis de traiter le problème du suicide en termes de prévention mais aussi de prise en charge des personnes ou de postvention (Rapport n°3, février 2018). Enfin, ce programme visait également à améliorer la qualité des données sur les suicides et les tentatives de suicide grâce notamment aux différents programmes de recherche.

Le Haut Conseil de la santé publique a évalué le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS, 2011-2014). Les conclusions sont mitigées quant à l'impact du programme. Il a été constaté des avancées insuffisantes sur la recherche et l'observation. Le ciblage des populations semble encore peu adapté : les populations à risque élevé, comme celles ayant déjà fait une tentative de suicide, n'étant pas les plus ciblées pour les actions.

4. COÛT DES INTERVENTIONS

Il est important d'intégrer à l'évaluation une estimation des coûts liés à la mise en œuvre des interventions dans différents milieux, cultures et contextes, ainsi que des ressources nécessaires (Zechmeister et Al. 2008). Les évaluations économiques qui tiennent compte des questions de contexte et de mise en œuvre peuvent aider à déterminer si les interventions efficaces présentent un bon rapport coût-efficacité.

Une analyse des stratégies de prévention du suicide récemment publiée par l'OMS, qui incluait le coût comme paramètre d'intérêt, a montré que deux tiers des stratégies jugées efficaces ou prometteuses entraient dans la catégorie peu onéreuse à laquelle étaient par ailleurs étroitement associées les approches de prévention universelles ou sélectives (OMS, 2010).

En ce qui concerne le recontact téléphonique des suicidants, plusieurs études se sont intéressées au coût de la mise en place d'une telle intervention. Une étude a d'ailleurs retrouvé que le rapport coût-efficacité était très favorable pour les trois interventions différentes qu'elle comparait : l'envoi de cartes postales, le suivi par téléphone et les consultations régulières de TCC centrées sur le risque suicidaire (Denchev et Al. 2018). Gruat et Al. (2010) retrouvaient également les mêmes intérêts d'un appel téléphonique dans la prévention de la récurrence suicidaire concernant le coût très faible de cette intervention.

5. ACCEPTATION DE L'INTERVENTION

Parmi les équipes qui ont étudié un système d'intervention au décours du geste suicidaire, quelques unes se sont intéressées à la satisfaction des patients. Guthrie et al. en 2001 ont évalué la satisfaction globale des patients et ont rapporté que les patients ayant bénéficié de 4 séances de psychothérapie à domicile avaient un score plus élevé sur l'échelle de satisfaction que les patients ayant bénéficié du traitement usuel. Cette même année, selon Aoun et al. (2001) 76% des patients ayant bénéficié d'une prise en charge psycho-sociale avec un spécialiste du suicide en Australie étaient satisfaits.

Le vécu des patients face à un recontact téléphonique dans le cadre de la prévention de la récurrence suicidaire a également été évalué : la majorité des patients recontactés étaient satisfaits du moment choisi. En effet 79% des patients ont considéré que le recontact leur avait été bénéfique et près de 30% ont estimé qu'il leur avait évité une récurrence suicidaire (Gruat et Al. 2010). Le recontact téléphonique, est finalement bien accepté par les patients.

Il existe également une faible compliance des suicidants au suivi proposé et une augmentation de l'adhésion au soin quand il y a relance systématique. En effet, habituellement, les patients quittant l'hôpital suite à une tentative de suicide sont confiés aux réseaux de soin ambulatoires, sans que la mise en place et le suivi de la stratégie de soin proposée précédemment ne soit vérifiés. Dans les faits, un contact de soin en santé mentale est très souvent été proposé : 10% des suicidants se rendront à ce rendez-vous et 25% de ceux qui se sont présentés au premier-rendez-vous reviendront à un second rendez-vous (Pommereau, 1989).

MATERIEL ET METHODE

I. Description de l'étude

1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, réalisée au sein de l'UAOCC (Unité d'Accueil et d'Orientation et Centre de Crise) du Centre Hospitalier Camille Claudel à Angoulême sur une période de 5 ans de 2012 à 2016.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer à 1 an, l'impact d'un contact téléphonique unique et précoce dans la prévention de la récurrence suicidaire chez les patients accueillis à l'UAOCC d'Angoulême suite à une tentative de suicide. L'hypothèse de départ est que ce recontact unique et précoce protège un suicidant d'une récurrence dans l'année.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier :

- les caractéristiques des patients se présentant à l'UAOCC pour une tentative de suicide
- l'adhésion des patients au recontact
- le suivi des patients
- l'influence de différents facteurs sur la récurrence suicidaire
- la population n'ayant pas répondu à un des deux appels téléphoniques

Le critère principal de jugement était le nombre de récurrences suicidaires dans l'année suivant le passage à l'acte initial.

II. Matériel de l'étude

1. CRITÈRES D'INCLUSION

- Les patients ayant fait un passage à l'acte suicidaire, reçus en consultation à l'Unité d'Accueil et d'Orientation ou hospitalisé au Centre de Crise avec un retour à domicile suite à la consultation ou à l'hospitalisation.
- Les patients pouvant être joints par téléphone.

2. CRITÈRES D'EXCLUSION

- Les patients ayant fait une tentative de suicide et qui ne sont pas passés par l'UAOCC c'est à dire les patients reçus aux urgences ayant bénéficié d'un retour à domicile ou les tentatives de suicides non médicalisées.
- Les patients hospitalisés en admission suite au passage à l'UAOCC. Ce sont les patients pour lesquels il a été estimé que l'hospitalisation au centre de crise de 5 jours n'était pas suffisante et que la poursuite des soins devait se prolonger en service d'admission. De plus, cela concerne également les patients déjà connus des services d'admission.
- Les patients ayant bénéficié d'une consultation physique suite à leur contact avec l'UAOCC.

III. Mise en œuvre

1. ORGANISATION DU RENDEZ-VOUS

Le contact téléphonique est un principe de veille qui s'appuie sur l'éthique de l'inquiétude et sur la clinique du souci, sans envahir l'existence du patient et sans se substituer aux soins qui lui sont proposés à sa sortie.

Durant sa prise en charge, le patient est informé qu'un membre de l'équipe le rappellera 8 jours après sa sortie de l'hôpital : il s'agit d'un accord oral tracé sur la feuille de recontact qui sera présente dans le dossier patient.

- Le patient refuse : le protocole s'arrête.
- Le patient donne son accord : une date et un créneau horaire sont déterminés d'un commun accord et un carton de rendez-vous d'entretien téléphonique est remis au patient.

Le membre de l'équipe soignante organisant le rendez-vous téléphonique remplit alors la première partie de la fiche de recontact (annexe 1).

La fiche de recontact renseigne donc l'identité du patient concerné ainsi que celle du soignant organisant le rendez-vous téléphonique. Il sera précisé si le patient a été hospitalisé au centre de crise ou non, la nature du passage à l'acte, le projet de sortie proposé et l'accord du patient pour participer au recontact. Enfin, la date et l'heure du rendez-vous sont convenues avec le patient.

Il peut être décidé, selon l'évaluation médicale, une consultation physique sur l'UAOCC plutôt qu'un rendez-vous téléphonique. Le rendez-vous physique s'adresse aux patients qui ne nécessitent pas une poursuite de l'hospitalisation mais pour qui l'entretien téléphonique ne paraît pas suffisant. L'échéance de la consultation reste alors la même que celle de l'appel téléphonique, c'est à dire théoriquement 8 jours après la sortie de l'UAOCC.

2. LE CONTACT TÉLÉPHONIQUE

L'entretien téléphonique est donc réalisé théoriquement 8 jours après la sortie du patient, de préférence par le soignant ayant pris en charge le patient (infirmiers, psychologues, médecins) pour installer une relation de confiance et une écoute.

- Si le patient répond, l'identité du patient est vérifiée en demandant son nom et prénom
 - le patient va bien et s'est engagé dans un suivi : le protocole s'arrête. La demande se fait à l'oral.
 - l'entretien met en évidence des signes jugés préoccupants : il s'agira de trouver un professionnel ressource et prévenir le médecin du service ou à défaut le médecin de permanence, se mettre en lien avec l'équipe de secteur pour effectuer une visite à domicile ou proposer au patient un rendez-vous en urgence à l'UAOCC ou au CMP.
- Si le patient ne répond pas
 - une tentative de rappel se fait dans les heures qui suivent.
 - si le patient ne répond toujours pas : c'est l'arrêt du processus sauf dans le cas d'une non réponse jugée inquiétante, il y a alors une concertation en équipe pour une prise de décision ; le patient peut être rappelé une nouvelle fois à distance ou il peut être décidé d'avertir le médecin traitant ou l'infirmière de secteur du CMP. Aucun message téléphonique n'est laissé pour une question de confidentialité.

L'objectif de l'appel est d'évaluer l'état du patient et son évolution par rapport à la sortie, il s'agit également d'identifier les éléments nouveaux (familiaux, professionnels...) et d'investiguer la présence de symptômes dépressifs et d'idéation suicidaire. Si besoin, les soignant peuvent se référer à la grille d'évaluation du risque suicidaire dans le cadre de l'estimation du RUD (risque, urgence, dangerosité). L'entretien téléphonique n'est pas un entretien complet d'évaluation et de manière générale, est limité dans le temps à 20 minutes.

A l'issue de l'entretien, la deuxième partie de la fiche de recontact renseignée par le soignant chargé de l'appel est intégrée au dossier patient et une copie est transmise à l'équipe qui poursuit la prise en charge (annexe 2).

Initialement, le recontact téléphonique a été mis en place à l'UAOCC mais aussi dans certains CMP (notamment Barbezieux) et à l'UCMP du centre hospitalier d'Angoulême. En revanche, les fiches de recontact n'étaient pas utilisées par l'UCMP, l'organisation étant différente. Le recontact téléphonique est organisé par l'UCMP lorsque le patient a pu bénéficier d'une consultation médicale avec un psychiatre de l'unité. Lorsque le psychiatre n'est pas disponible, le patient est alors adressé vers l'UAOCC pour une évaluation médicale et la mise en place du dispositif de recontact si cela est nécessaire.

3. L'UAOCC

L'unité d'accueil d'orientation et le centre de crise ont été ouverts en 2004. Cette unité est constituée de deux parties :

- l'UAO (Unité d'Accueil Orientation) qui propose un accueil 24h/24 avec une prise en charge immédiate par un psychiatre (rotation de tous les psychiatres de l'établissement Camille Claudel).
- le Centre de Crise qui propose une hospitalisation courte de un à cinq jours avec un noyau de cinq psychiatres, une équipe infirmière, une assistante sociale et deux psychologues cliniciens.

Il existe un accueil téléphonique permanent, l'utilisateur peut appeler et sera en contact avec un professionnel de santé mental qui proposera, après évaluation, une orientation (psychiatre, psychologue, assistante sociale...).

D'autre part, l'accueil physique est possible également 24h/24 avec ou sans contact préalable, demandé par le patient lui-même ou par un tiers (médecin généraliste, travailleur social, hôpital général...). Le patient est reçu dans un premier temps par un infirmier qui va permettre d'investiguer et de faire l'anamnèse, puis évalué par un psychiatre qui pose un diagnostic médical et propose une orientation. Les consultations peuvent être individuelles, en couple ou avec l'entourage.

Au cours de l'entretien, afin de mesurer le potentiel suicidaire du patient, un outil d'évaluation peut être utilisé (évaluation du risque suicidaire) et va permettre d'objectiver le risque suicidaire de manière systématique.

IV. Méthode

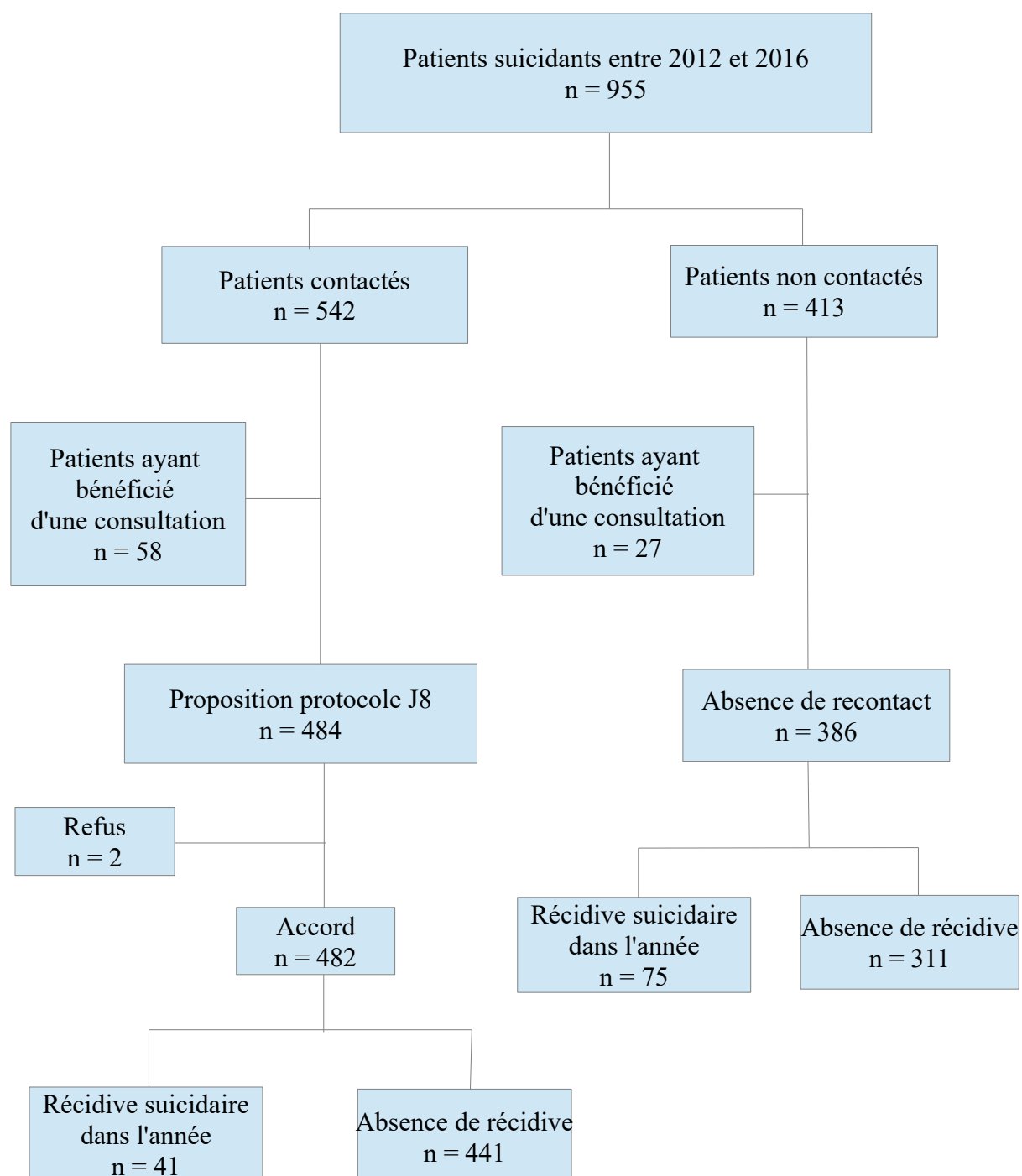
1. SCHÉMA DE L'ÉTUDE

Pour le recrutement, la base de données utilisée est celle de l'UAOCC : le dossier informatisé des patients ayant fait une tentative de suicide passant par l'accueil ou par le centre de crise a été étudié.

Deux groupes de patients ont été formés : le groupe des patients contactés et le groupe des patients contrôles (non contactés).

- Dans le groupe des patients contactés, on distingue les patients ayant bénéficié du contact téléphonique et les patients ayant bénéficié d'un contact physique qui ont été exclus de ce groupe ($n = 58$). Seulement deux patients ont refusé le contact téléphonique. Au total, ce sont 482 patients qui ont été contactés par téléphone entre 2014 et 2016, période pendant laquelle le contact téléphonique a été effectif.
- Le groupe des patients qui n'ont pas été contactés concernent les patients ayant fait une tentative de suicide avant la mise en place du dispositif de recontact téléphonique sur la période 2012 à 2013. Les patients ayant bénéficié d'un contact physique ont également été exclus de ce groupe ($n = 27$). Au total, on a retrouvé 386 patients.

Flow Chart :



2. BASE DE DONNÉES

Concernant le groupe de patients qui ont été recontactés (« groupe recontact »), la base de donnée s'articule autour de quatre grandes parties.

La partie « caractéristiques du patient » avant la tentative de suicide dans laquelle sont renseignés :

- l'âge et le sexe
- le diagnostic posé (basé sur la CIM10) ; les diagnostics ont été regroupés par catégories :
 - trouble anxio-dépressif qui regroupe les épisodes dépressifs et les syndromes anxio-dépressifs
 - troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'alcool
 - trouble de la personnalité qui réunit les personnalités émotionnellement labiles, dépendantes, histrioniques, obsessionnelles, autres troubles spécifiques de la personnalité),
 - trouble de l'adaptation qui rassemble les difficultés liées à l'emploi, à de faibles revenus, à une mauvaise adaptation au travail, à la dislocation de la famille par séparation ou divorce, à la disparition d'un proche ou d'un membre de la famille, à la solitude, les difficultés dans les rapports avec le conjoint, les parents ou les beaux parents, et la réaction aiguë à un facteur de stress),
 - autres diagnostics dans lesquelles on a des diagnostics peu fréquents dans la population étudiée comme le retard mental, la démence, le jeu pathologique, le trouble schizo-affectif, le trouble mental sans autre indication, le trouble bipolaire, les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : intoxication aiguë)
- le traitement psychiatrique en fonction de la classe du médicament (antidépresseur, antipsychotique, benzodiazépine, thymorégulateur)
- le suivi en cours
- les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

- le lieu de vie : une commune de plus de 2000 habitants est considérée comme urbaine, en dessous de 2000 habitants, on parle de commune rurale.
- la situation familiale : on distingue les personnes célibataires, mariés, en concubinage et en cours de séparation (séparation datant de moins de 3 mois).

La partie « recontact téléphonique » s'appuie sur les fiches de recontact et étudie :

- la fonction du soignant ayant vu le patient pour établir la date du recontact
- la fonction du soignant ayant réalisé le recontact afin de voir s'il y a correspondance entre l'intervenant qui a organisé le contact et celui qui l'a réalisé
- le nombre d'appels réalisés
- le délai réel entre la sortie de l'hôpital et l'appel téléphonique
- les suites données à cet appel qui regroupent l'organisation d'un nouvel appel ou d'une consultation physique si l'intervenant le juge nécessaire, le lien avec le médecin traitant ou le centre médico-psychologique, la proposition d'une hospitalisation.

La troisième partie concerne la tentative de suicide qui a amené le patient à l'UAOCC :

- le service qui a orienté le patient vers l'UAOCC
- le type de TS (intoxication médicamenteuse volontaire, phlébotomie, ou pendaison, précipitation ou autres types de TS moins fréquents parmi lesquelles on retrouve les armes blanche ou à feu, asphyxie, noyade) et la date du passage à l'acte
- le contexte d'alcoolisation au moment de la tentative de suicide
- l'hospitalisation au centre de crise ou non
- les antécédents de tentative de suicide
- la récurrence suicidaire dans l'année qui suit la tentative de suicide ayant amené le patient à l'UAOCC avec le type de passage à l'acte et la caractéristique multi-récidivant.
- le suicide abouti dans l'année suivant le passage à l'acte

La dernière partie s'intéresse à l'orientation et au suivi du patient :

- le projet de sortie avec le type de suivi proposé à la sortie du patient (en centre médico-psychologique, libéral, médecin traitant)
- le suivi envisagé par le patient au moment du recontact
- le suivi réel c'est à dire si le patient a réellement consulté au CMP dans les 3 mois dans le cas où il lui avait été proposé un suivi au CMP

Toutes les informations sont récupérées sur les dossiers informatisés des patients ainsi que sur les fiches de recontact stockées sur l'UAOCC. Les suicides aboutis en Charente sont transmis au CH Camille Claudel quand il s'agit de patients connus de l'hôpital, l'événement est noté dans le dossier informatisé, ce qui a permis de les inclure à la base de donnée de l'étude.

Concernant le groupe contrôle, nous nous sommes intéressés au moyen utilisé pour faire la tentative de suicide selon le même principe que pour le « groupe recontact », l'hospitalisation au centre de crise ou non, la récurrence suicidaire dans l'année et le type de moyen utilisé pour la récurrence, le suicide abouti, et enfin le projet de sortie et le suivi réel.

3. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique de l'étude comporte deux parties : l'analyse descriptive et la recherche de corrélations.

L'analyse descriptive du groupe « patients recontactés » a été réalisée selon les 4 grandes parties retrouvées dans la base de données : les caractéristiques du patients, le recontact téléphonique, la tentative de suicide, l'orientation et le suivi.

Ensuite, nous avons étudié de manière descriptive la population du « groupe contrôle ».

Concernant la recherche de corrélations entre les différentes données, le test du Chi2 a été utilisé.

RESULTATS

I. Les patients contactés par téléphone

Durant la période 2014 à 2016, 542 patients passés par l'UAOCC ont été recontactés suite à une tentative de suicide. Comme nous l'avons décrit précédemment, 58 patients ont bénéficié d'une consultation physique dans les suites de l'hospitalisation ou de la première consultation et ont été exclus de l'étude, 2 patients ont refusé le recontact téléphonique et 482 patients ont accepté le protocole de rappel téléphonique qui leur a été proposé.

1. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

- Sexe des patients

Sexe	Nombre	%
Hommes	190	39
Femmes	292	61
Total	482	100

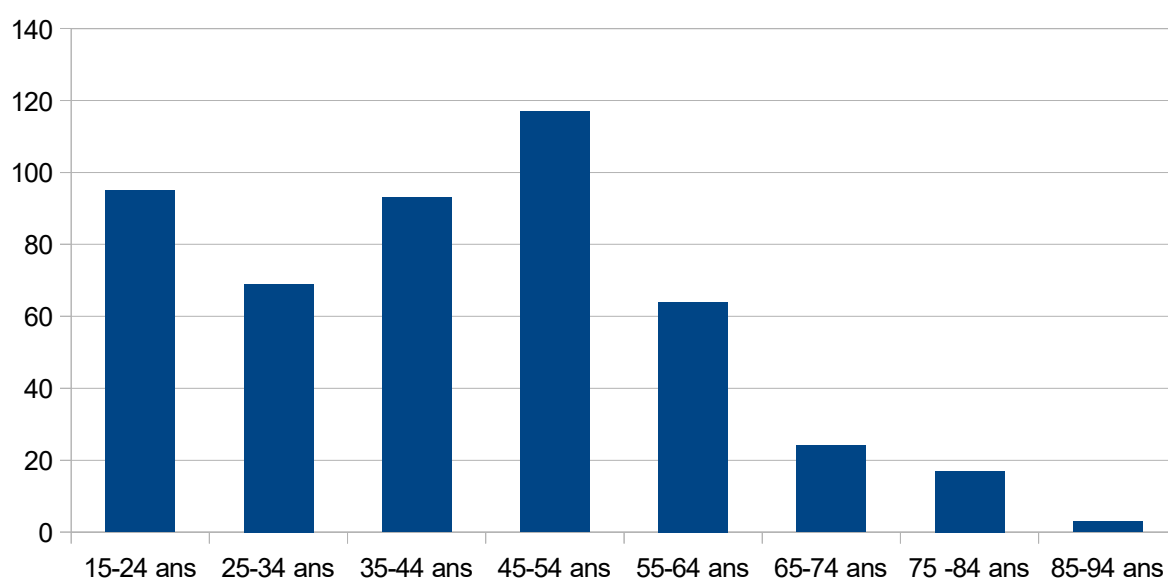
Tableau 1 : Répartition Hommes / Femmes

Le sex-ratio (H/F) est de 0,65, il y a une prédominance féminine.

● Age des patients

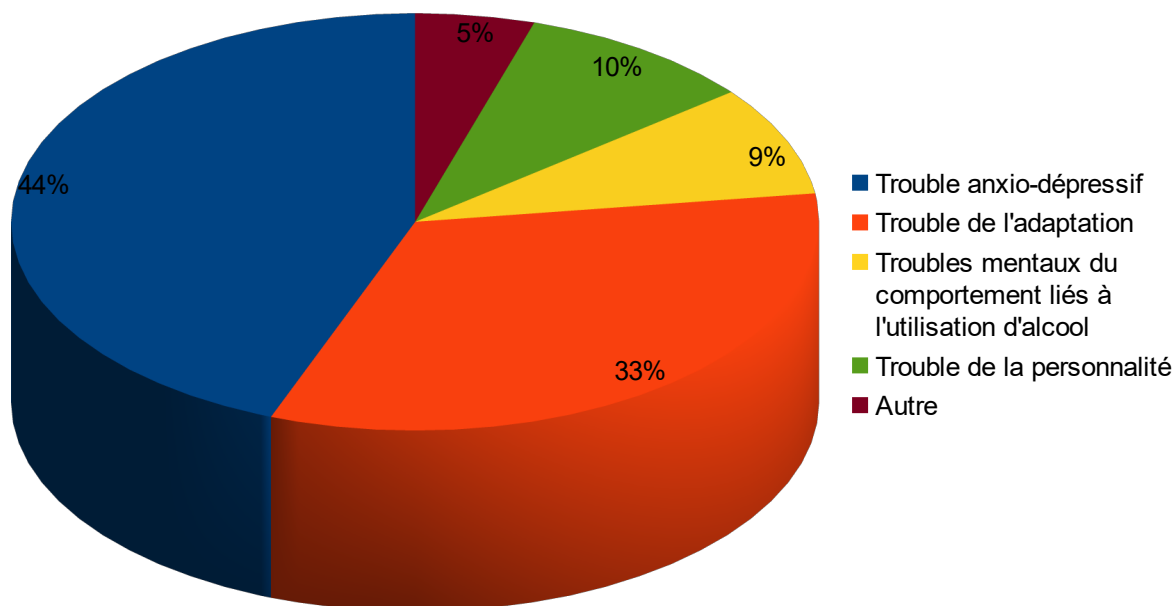
L'âge moyen est de 42,7 ans, les extrêmes sont 16 ans pour le patient plus jeune et 87 ans pour le plus âgé.

Chez les femmes, l'âge moyen est de 44,5 ans, chez les hommes, il est de 40 ans. Concernant les différentes tranches d'ages, les 45 – 54 ans sont les plus représentés. Cela peut être représenté par le diagramme suivant :



Graphique 1 : répartition des patients par tranche d'âge

● Diagnostic



Graphique 2 : Diagnostic posé au moment de la TS

● Situation familiale

	Nombre	Pourcentage
Célibataire	177	37%
Marié	110	23%
Concubinage	95	20%
Séparation	93	20%

Tableau 2 : Situation familiale

Les célibataires sont les plus représentés avec 37% des patients, les 3 autres catégories, marié, en concubinage ou en cours de séparation sont proches.

- Lieu d'habitation

Les résultats montrent 293 patients vivant dans une commune urbaine, soit 61% de la population totale et 185 patients en zone rurale, soit 38%. Il y avait une personne sans domicile fixe et 3 cas non renseignés.

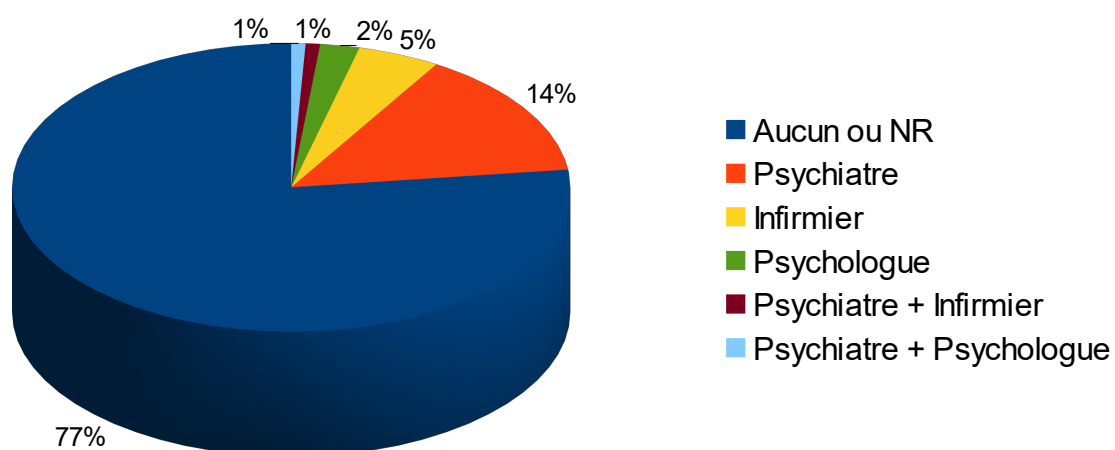
- Antécédents d'hospitalisation

Antécédents d'hospitalisation	Nombre	%
OUI	145	30
NON	335	69,5
Non renseigné	2	0,05

Tableau 3 : antécédents d'hospitalisation

● Suivi en cours

La majorité des patients reçus à l'UAOCC pour une tentative de suicide n'avait pas de suivi en cours (ou cet élément n'était pas renseigné dans leur dossier). Ceux qui étaient suivis l'étaient majoritairement par un psychiatre. Une minorité de patients avaient un double suivi psychiatre – infirmier ou psychiatre – psychologue dans 1% des cas.



Graphique 3 : suivi en cours

- Traitement en cours

Traitement	Nombre	Pourcentage
Médicaments	245	51%
Anti-dépresseur (ADP)	124	26%
Benzodiazépine (BZD)	208	43%
Antipsychotique (AP)	21	4%
Thymorégulateur (TR)	11	2%
Aucun	230	48%
Non renseigné	7	1%

Tableau 4 : traitement médicamenteux en cours

51% des patients bénéficiaient d'un traitement médicamenteux contre 48% qui n'en possédaient aucun. Les benzodiazépines sont les médicaments les plus utilisés.

Parmi les patients possédant un traitement médicamenteux, il existe de nombreuses associations de médicaments. Les patients ayant uniquement des benzodiazépines sont les plus représentés et l'association médicamenteuse la plus utilisée est un antidépresseur avec une benzodiazépine.

Traitement	Nombre	Pourcentage
ADP seul	31	6%
ADP - BZD	76	16%
AP seul	2	0,4%
AP – ADP - BZD	11	2%
AP - ADP	2	0,4%
AP - BZD	5	1%
BZD seul	107	22%
TR - BZD	6	1%
TR - ADP	5	1%

Tableau 5 : association médicamenteuse

2. CONTACT TÉLÉPHONIQUE

Une moyenne de 1,28 appels téléphoniques ont été passés à chaque patient au cours de l'étude. Le délai du contact téléphonique a eu lieu en moyenne 7,54 jours après la sortie la consultation initiale ou la sortie hospitalisation.

	Catégorie	Nombre	Pourcentage
Contact organisé par	Infirmier	434	90%
	Psychologue	35	7%
	Médecin	13	3%
Contact réalisé par	Infirmier	423	88%
	Psychologue	42	9%
	Médecin	17	3%
Réponse au 1er appel	Oui	356	74%
	Non	126	26%
Réponse au 2ème appel chez les non répondants	Oui	38	30%
	Non	88	70%
Correspondance entre les intervenants	Oui	274	57%
	Non	206	43%
Suites données au contact téléphonique	Aucune	426	88%
	Lien avec le CMP ou MT	16	3%
	Consultation physique	8	2%
	Hospitalisation	1	0,2%
	Nouvel appel programmé	19	4%
	Patient a rappelé	10	2%
	Message laissé	1	0,2%
	Non renseigné	1	0,2%

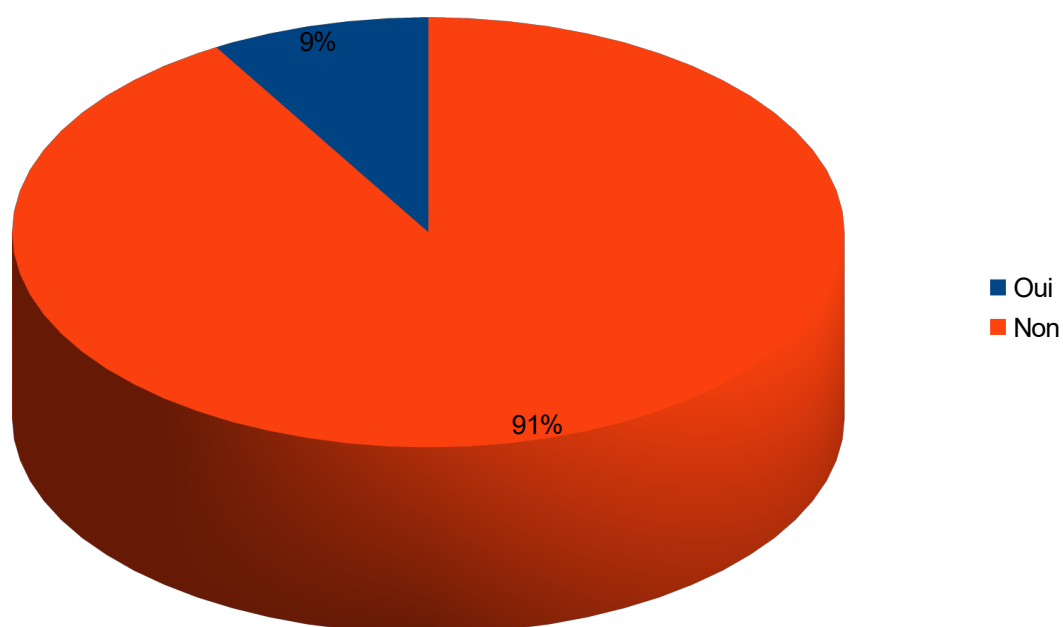
Tableau 6 : contact téléphonique

88 patients, soit 18% de la population des patients contactés, n'ont répondu à aucun des deux appels téléphoniques. La majorité des contacts téléphoniques ont été organisés et réalisés par les infirmières.

3. TENTATIVE DE SUICIDE

	Catégorie	Nombre	Pourcentage
Orientation	UCMP	267	55%
	Urgences	159	33%
	CMP ou MT	20	4%
	Consultation spontanée	24	5%
	Autres	12	3%
Moyen utilisé	IMV	404	84%
	Phlébotomie	32	7%
	Pendaison	20	4%
	Précipitation	10	2%
	Autre	16	3%
Alcoolisation lors de la TS	Oui	158	33%
	Non	324	67%
Hospitalisation suite à la TS	Oui	203	42%
	Non	279	58%
Antécédents de TS	Oui	125	26%
	Non	357	74%

Tableau 7 : tentative de suicide initiale



Graphique 4 : récidive suicidaire dans l'année chez les patients contactés

9% des patients suicidants ont récidivé dans l'année, soit 41 personnes. Parmi ces 41 récidivants, 18 avaient des antécédents de tentative de suicide et 23 sont considérés comme primo-récidivants. Les moyens utilisés pour la récurrence suicidaire sont décrits dans la tableau suivant

Moyen utilisé	Nombre	Pourcentage
IMV	33	80%
Phlébotomie	2	5,5%
Pendaison	1	2%
Précipitation	3	7%
Autre	2	5,5%

Tableau 8 : moyen utilisé pour la récurrence suicidaire

Suicide abouti	Nombre
Oui	2
Non	480

Tableau 9 : suicide abouti chez patients contactés

2 suicides aboutis ont été recensés dans l'année qui a suivi la tentative de suicide initiale. Ces 2 suicides concernaient 2 femmes de 78 et 40 ans avec un diagnostic de trouble de l'adaptation, elles avaient répondu au 1er appel lors du recontact et avaient fait une TS par IMV alors qu'elles étaient alcoolisées. Les 2 personnes s'étaient rendues au CMP comme il avait été convenu lors de l'hospitalisation.

En revanche, le profil différait sur les autres caractéristiques :

- la première personne était mariée, sans antécédent de TS ni d'hospitalisation en psychiatrie, sans suivi en cours mais avec un traitement par benzodiazépine, et a utilisé la pendaison comme moyen de suicide.
- la deuxième personne était en cours de séparation, avec un antécédent de TS et d'hospitalisation en psychiatrie, avec un suivi en cours par un psychiatre et avec un traitement par antidépresseur et benzodiazépine. La précipitation dans le vide a été utilisée comme moyen de suicide.

4. SUIVI

	Catégorie	Nombre	Pourcentage
Suivi proposé à la sortie	CMP	322	67%
	Libéral	97	20%
	Médecin traitant	13	3%
	Aucun	50	10%
Suivi envisagé au moment du contact téléphonique (totalité des patients)	CMP	151	31%
	Libéral	78	16%
	Médecin traitant	9	2%
	Aucun ou rdv non pris	156	33%
Suivi envisagé au moment du contact téléphonique (patients bénéficiant d'un suivi au CMP)	Absence réponse	88	18%
	CMP	151	47%
	Aucun ou rdv non pris	109	34%
	Absence de réponse	62	19%
Suivi réel (patients bénéficiant d'un suivi au CMP)	CMP	141	44%
	Aucun	181	56%

Tableau 10 : Suivi chez les patients ayant bénéficié du contact téléphonique

II. Patients non contactés

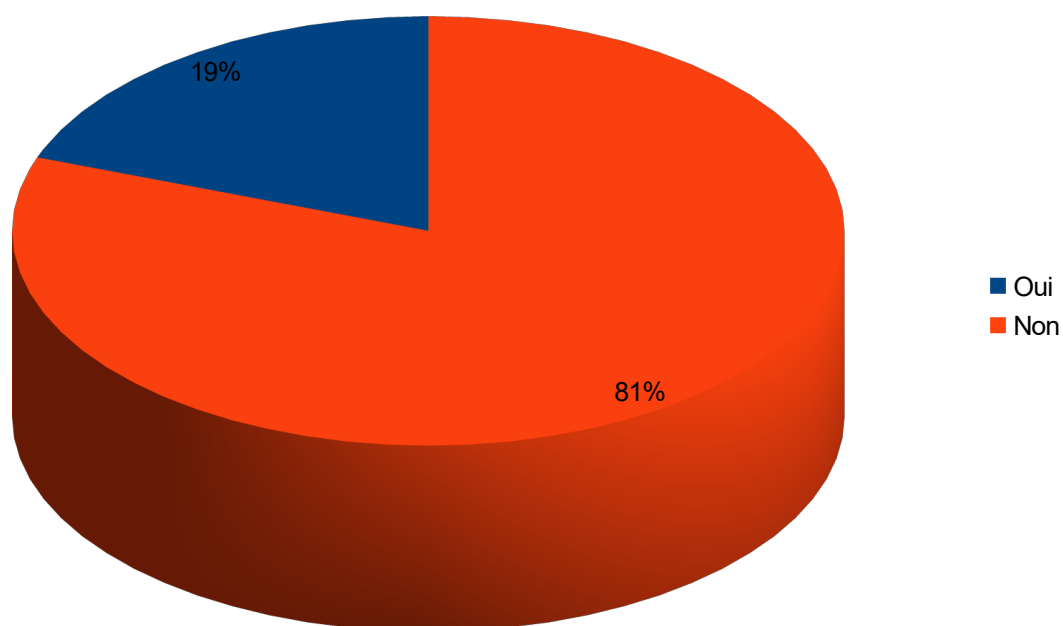
Durant la période 2012 à 2013, 413 patients ont été vus à l'UAOCC en consultation ou en hospitalisation suite à une tentative de suicide. 27 patients ont bénéficié d'une consultation physique suite à leur contact avec l'UAOCC et ont été exclus de l'étude. Au final, ce sont 386 patients qui ont réalisé une tentative de suicide et qui n'ont pas bénéficié d'un recontact téléphonique avec l'UAOCC dans les suites de leur prise en charge.

	Catégorie	Nombre	Pourcentage
Moyen utilisé	IMV	330	85%
	Phlébotomie	28	7%
	Pendaison	9	2%
	Précipitation	2	1%
	Autre	17	5%
Hospitalisation	Oui	152	39%
	Non	234	61%

Tableau 11 : tentative de suicide chez les patients non contactés

Suivi	Catégorie	Nombre	Pourcentage
Suivi proposé à la sortie	CMP	288	75%
	Libéral	47	12%
	Médecin traitant	7	2%
	Aucun	44	11%
Suivi réel (patients bénéficiant d'un suivi CMP)	CMP	142	49%
	Aucun	146	51%

Tableau 12 : Suivi des patients non contactés



Graphique 5 : récidive suicidaire dans l'année chez les patients non contactés

Chez les patients qui n'ont pas bénéficié du contact téléphonique, 75 ont fait un nouveau passage à l'acte suicidaire au cours de l'année suivant le geste initial, soit 19%. Parmi ces 75 personnes, les moyens utilisés au cours de la récidive suicidaire sont décrits dans le tableau suivant.

Moyen utilisé	Nombre	Pourcentage
IMV	60	80%
Phlébotomie	9	12%
Pendaison	3	4%
Précipitation	1	1%
Autre	2	3%

Tableau 13 : moyen utilisé pour la récidive suicidaire

Suicide abouti	Nombre
Oui	5
Non	381

Tableau 14 : suicide abouti chez les patients non contactés

Chez les patients qui n'ont bénéficié d'aucun contact suite à leur passage à l'UAOCC, 5 suicides ont été observés, soit 1,3% des patients de ce groupe.

III. Analyse des patients récidivants

Si nous nous intéressons uniquement aux patients contactés par téléphone qui ont fait une récurrence suicidaire, un groupe de 41 personnes d'une moyenne d'âge de 46,6 ans est obtenu. Dans le tableau suivant, l'influence de différents facteurs dans la récurrence suicidaire a été étudiée.

	Catégorie	Récurrence suicidaire	p
Sexe	Hommes Femmes	8% 9%	> 0,05
Diagnostic	Syndrome anxio-dépressif Trouble de l'adaptation Trouble de la personnalité Trouble liés à l'alcool Autres	8,5% 8,8% 10,8% 7,3% 4,3%	> 0,05
Lieu d'habitation	Urbain Rural	9,5% 7%	> 0,05
Antécédent d'hospitalisation	Oui Non	14,5% 6%	< 0,01
Réponse aux appels	Un des 2 appels Pas de réponse	9% 6%	> 0,05
Suite donnée aux appels	Aucune suite Suite donnée	9% 8,4%	> 0,05
Intervenant effectuant l'appel	Même personne qui a organisé l'appel Personne différente	8% 9%	> 0,05
Alcoolisation lors de la TS	Oui Non	8,2% 8,6%	> 0,05
Hospitalisation au moment du geste suicidaire	Oui Non	8,4% 8,6%	> 0,05
Antécédent de TS	Oui Non	14% 7%	< 0,02
Suivi	CMP Aucun	10% 7%	> 0,05

Tableau 15 : Influence des différents facteurs dans la récurrence suicidaire

Seuls deux facteurs sont significatifs, ce qui permet de dire que les antécédents d'hospitalisation et de tentative de suicide ont une influence dans la récurrence suicidaire dans l'année ($p < 0,05$).

IV. Analyse des patients non répondants

Les patients non répondants sont donc les patients qui ont bénéficié d'un contact téléphonique mais n'ont répondu à aucun des 2 appels qui sont au nombre de 88 (18% des patients contactés). Le tableau suivant recherche les corrélations entre les différents facteurs étudiés et l'absence de réponse au téléphone.

	Catégorie	Absence de réponse au téléphone	p
Sexe	Hommes Femmes	20% 17%	> 0,05
Diagnostic	Syndrome anxio-dépressif Trouble de l'adaptation Trouble de la personnalité Trouble liés à l'alcool Autres	15% 18% 15% 37% 26%	< 0,02
Lieu d'habitation	Urbain Rural	16% 20%	> 0,05
Antécédent d'hospitalisation	Oui Non	22% 17%	> 0,05
Moyen utilisé lors de la TS	IMV Pendaison Phlébotomie Précipitation Autre	19% 10% 23% 10% 13%	>0,05
Alcoolisation lors de la TS	Oui Non	22% 16%	> 0,05
Hospitalisation au moment du geste suicidaire	Oui Non	15% 20%	> 0,05
Antécédent de TS	Oui Non	24% 16%	> 0,05

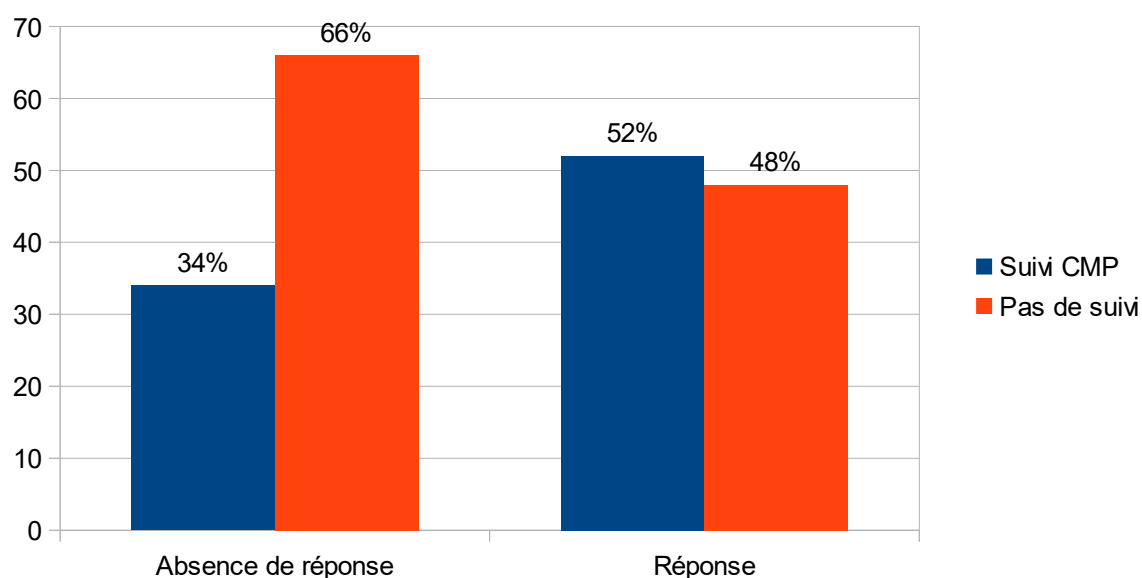
Tableau 16 : lien entre différents facteurs et absence de réponse téléphonique

Un seul résultat est significatif : celui du diagnostic posé. Le trouble du comportement lié à l'alcool est retrouvé comme celui ayant le risque de non réponse le plus important ; 37% de non réponse chez les patients ayant ce diagnostic.

Nous avons ensuite regardé les conséquences d'une absence de réponse au téléphone dans la prise en charge proposée par la personne réalisant le recontact.

	Absence de réponse au téléphone	Réponse au téléphone	p
Suite donnée aux appels	22%	8%	< 0,001
Récidive suicidaire	6%	9%	> 0,05

Tableau 17 : conséquence de l'absence de réponse téléphonique sur différents facteurs



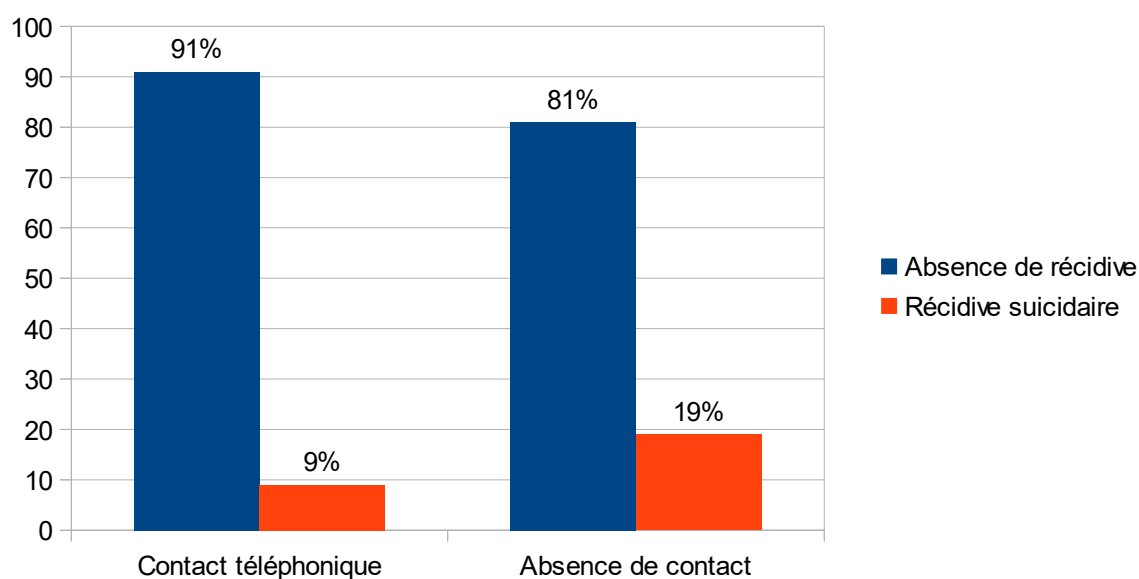
Graphique 6 : Comparaison des suivis entre les patients répondeurs et les non répondeurs

Nous pouvons constater que le fait de répondre à l'appel proposé favorise la poursuite d'un suivi après le contact initial : 52% des patients ayant répondu à un des deux appels ont consulté au CMP contre 34% des patients qui n'ont pas répondu. Ce résultat est significatif ($p < 0,05$).

V. Analyse des groupes patients contactés par téléphone et patients non contactés

1. RÉCIDIVE SUICIDAIRE DANS L'ANNÉE

Voici le diagramme obtenu si nous observons le critère de jugement principal qui était la présence d'une récurrence suicidaire.



Graphique 7 : récurrence suicidaire dans l'année chez les patients contactés et non contactés

Un plus faible pourcentage de récurrence suicidaire dans le groupe des patients contactés par téléphone (9% de récurrences) est retrouvé en comparaison avec le groupe des patients qui n'ont pas été contactés (19% de récurrences). Cette différence est significative ($p < 0,001$).

2. SUICIDE ABOUTI

Suicide abouti	Patients contactés	Patients non contactés	p
Oui	2 (soit 0,4%)	5 (soit 1,3%)	> 0,05
Non	480 (soit 99,6%)	381 (soit 98,7%)	

Tableau 18 : comparaison du nombre de suicide abouti

Le nombre de patients qui se sont suicidés suite à leur tentative de suicide initiale est plus faible dans le groupe des patients qui ont été contactés : 0,4% de suicide abouti contre 1,3% dans le groupe des patients qui n'a pas été contactés ; mais cette différence n'est pas significative ($p>0,05$).

3. SUIVI

Il a également été comparé le nombre de patients qui ont honoré leur rendez-vous au CMP quand ce type de projet de sortie leur était proposé.

Consultation au CMP	Patients contactés	Patients non contactés	p
Oui	181 (soit 56%)	142 (soit 49%)	> 0,05
Non	141 (soit 44%)	146 (soit 51%)	

Tableau 19 : comparaison du suivi au CMP chez les suicidants

Les patients qui ont consulté au CMP suite à leur tentative de suicide sont plus nombreux quand ils ont été contactés par téléphone (56% de rendez-vous honorés) que les patients qui n'ont pas été contactés (44%). Cette différence n'est en revanche pas significative ($p>0,05$).

Concernant les patients qui ont récidivé, une fois de plus, un plus grand pourcentage de patient ont honoré leur rendez-vous au CMP quand ils ont été contactés (64%) contre 46% quand ils ne l'ont pas été. La différence n'est pas significative ($p>0,05$).

Consultation au CMP chez les récidivants	Patients contactés	Patients non contactés	p
Oui	18 (soit 64%)	28 (soit 46%)	> 0,05
Non	10 (soit 36%)	33 (soit 54%)	

Tableau 20 : comparaison du suivi au CMP chez les patients récidivants

4. MOYEN UTILISÉ LORS DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

- Moyen utilisé lors de la tentative de suicide initiale

Moyen utilisé	Patients contactés	Patients non contactés	p
IMV	404	330	> 0,05
Phlébotomie	32	28	
Pendaison	20	9	
Précipitation	10	2	
Autre	16	17	

Tableau 21 : Comparaison du moyen utilisé lors de la tentative de suicide initiale

Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes dans le moyen utilisé pour le geste suicidaire ayant conduit les patients à consulter à l'UAOCC ($p>0,05$). Dans les 2 groupes, l'intoxication médicamenteuse volontaire arrive en tête des moyens suicidaires utilisés, suivie par la phlébotomie.

- Moyen utilisé lors de la récurrence suicidaire

Moyen utilisé	Patients contactés	Patients non contactés	p
IMV	33	60	> 0,05
Phlébotomie	2	9	
Pendaison	1	3	
Précipitation	3	1	
Autre	2	2	

Tableau 22 : Comparaison du moyen utilisé lors de la récurrence suicidaire

Concernant la récurrence suicidaire, on constate également que les moyens utilisés ne diffèrent pas de manière significative entre les 2 groupes ($p > 0,05$). L'intoxication médicamenteuse volontaire est une fois de plus le moyen le plus répandu.

DISCUSSION

I. Biais

Il s'agit d'une étude rétrospective qui vise à observer l'impact d'un contact téléphonique unique et précoce dans la prévention de la récurrence suicidaire. Ce protocole a été pensé et finalisé au cours de l'année 2013 et a été totalement effectif en 2014. Plusieurs biais peuvent être mis en évidence :

- Biais concernant les récurrences suicidaires ainsi que les suicides aboutis qui n'ont pas pu être répertoriés dans l'étude. Si le centre hospitalier Camille Claudel n'a pas été informé d'un passage à l'acte suicidaire d'un patient déjà connu de l'hôpital ou si le suicide abouti n'a pas été communiqué au service, il n'était pas possible de retrouver ces informations dans le dossier informatisé du patient. Cela contribue à une sous-estimation du nombre de récurrences suicidaires et de suicides aboutis.
- Biais de sélection concernant les patients passant par l'UAOCC, nécessitant une consultation ou une hospitalisation maximale de 5 jours au centre de crise, éliminant les patients nécessitant une période d'hospitalisation plus longue en admission et dont le risque de récurrence serait plus important. En effet, les patients sortant des unités d'admission ne bénéficient pas du protocole de rappel à J8 et n'ont donc pas pu être comptabilisés dans l'étude. Enfin, les TS graves nécessitant un passage en réanimation ne sont pas nécessairement vues à l'UAOCC mais par les membres de l'UCMP.
- Biais concernant la définition même de la tentative de suicide et donc de la récurrence suicidaire selon laquelle la tentative de suicide est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort. Ce degré d'intentionnalité est remis en question par certains chercheurs qui prétendent que la gravité de la tentative n'est pas un indicateur fiable du degré d'intentionnalité de l'individu qui a posé le geste. Ainsi l'étude OMS/EURO définit la tentative de suicide comme « un acte sans

résultat fatal, dans lequel un individu initie délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention des autres, causerait une blessure » ou bien « un individu qui ingère délibérément une substance en excès de la prescription ou du dosage généralement reconnu comme thérapeutique, et qui a le but de réaliser des changements que le sujet désire via les conséquences physiques actuelles ou espérées » (Platt et Al. 1992).

- La décision de l'organisation d'un contact téléphonique ou d'une consultation physique peut également être discutée : il peut être décidé d'une consultation physique si l'état psychique du patient paraît plus inquiétant (notamment en fonction du risque, de l'urgence et de la dangerosité), mais il n'existe pas de critères objectifs prévus dans le protocole. La décision reste à l'appréciation du médecin.
- Biais de confusion : de nombreux autres facteurs que l'appel téléphonique interviennent dans la prévention de la récurrence suicidaire notamment les actions sur l'environnement du patient (prévenir un isolement socio-professionnel, un isolement affectif, anticiper les périodes de vulnérabilité). Mais, un appel téléphonique précoce reste valide, ces actions prenant davantage de temps à mettre en place.

II. Résultats descriptifs

Dans la population « patients contactés » (n=482), une prédominance féminine était retrouvée avec 61% de tentative de suicide chez les femmes. Ces résultats correspondent à ce qui est décrit habituellement (Beck et Al. 2011). L'âge moyen était de 42,7 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle des 45-54 ans.

Une majorité de personnes vivant seules était retrouvée, qu'elles soient célibataires ou en cours de séparation (57%), et dans la plupart des cas, vivant en zone urbaine (61%).

Sur le plan médical, 30% des patients contactés par téléphone avaient un antécédent d'hospitalisation et 26% un antécédent de tentative de suicide.

Les deux diagnostics prédominants posés au moment de la tentative de suicide étaient le trouble anxio-dépressif (44%) et le trouble de l'adaptation (33%) ; 51% des suicidants n'avaient aucun traitement à leur arrivée ; parmi les personnes traitées, les benzodiazépines étaient relatées le plus souvent.

Le contact téléphonique était organisé et réalisé majoritairement par les infirmières. De plus, il s'agissait le plus souvent de la même personne (57%). 74% des patients ont répondu dès le premier appel téléphonique et 18% n'ont pas pu être joints malgré les deux appels : ces patients n'ont pas décroché lors des deux appels et aucun message n'a été laissé comme le protocole le prévoyait.

De plus, seulement 2 refus du protocole de recontact téléphonique ont été recensés, preuve que le dispositif a été bien accueilli par les patients.

Les patients étaient orientés à l'UAOCC suite à une tentative de suicide dans 88% des cas par les différents centres hospitaliers de Charente : directement par les urgences ou suite à une consultation avec l'équipe de l'Unité de Consultation Médico-Psychologique. Plus d'un tiers des patients étaient alcoolisés au moment de leur passage à l'acte suicidaire.

Concernant les patients contactés par téléphone, 2 suicides aboutis ont été retrouvés dans l'année suivant leur passage à l'UAOCC : 2 femmes vivant en milieu urbain ayant eu un diagnostic de trouble de l'adaptation au moment du passage à l'acte.

Toutes deux ont répondu dès le premier appel et avait adhéré au suivi au CMP qui leur avait été proposé. Elles ont fait une TS par IMV, motif de leur passage initial et se sont suicidées par des moyens différents : la première par pendaison et la deuxième par précipitation dans le vide.

III. Résultats analytiques

1. COMPARAISON DES GROUPES PATIENTS CONTACTÉS ET PATIENTS NON CONTACTÉS

➤ Récidive suicidaire

Nous avons pu mettre en évidence que la récidive suicidaire dans l'année suivant le passage à l'acte initial est moins importante chez les patients qui ont reçu un appel téléphonique (9%) que chez les patients qui n'ont pas eu de contact (19%), ce résultat est significatif ($p < 0,001$). Cela confirme donc l'hypothèse de départ : un unique appel téléphonique 8 jours après la sortie de l'hôpital permet de réduire significativement la récidive suicidaire dans l'année suivant la tentative de suicide.

Ce résultat va dans le sens de plusieurs études qui avaient constaté que le taux de récidive était influencé par la précocité du recontact (Vaiva et Al. 2006). Les patients présentaient un taux de récidive moins élevé quand ils étaient contactés à 1 mois plutôt qu'à 3 mois. De plus, un certain nombre de récdives avaient lieu durant le premier mois et étaient donc trop précoces pour être prévenues par l'appel téléphonique à 1 mois.

Ces résultats sont tout de même à nuancer. Il s'agit, dans cette étude, d'une population bien particulière : l'état psychique des patients inclus permettait un retour à domicile après une simple consultation à l'unité d'accueil ou une hospitalisation de cinq jours maximum au centre de crise. Cela ne concerne donc pas les patients transférés en admission. Ces résultats ne sont pas généralisables à tous les patients hospitalisés.

Il serait donc intéressant d'étendre le dispositif aux différents secteurs d'admission et d'étudier les résultats obtenus. Cependant, cela reste difficile à mettre en place du fait d'une certaine résistance des différentes équipes soignantes qui peuvent considérer ce genre de projet comme intrusif pour les patients. L'évolution des mentalités n'est pas évidente, ce genre de dispositif pouvant remettre en cause une façon de fonctionner ou pouvant heurter certaines croyances.

➤ Suicide abouti

Les suicides aboutis sont également moins élevés lorsque le contact téléphonique a été mis en place : 2 suicides ont pu être recensés contre 5 en absence de contact. Ces résultats ne sont pas significatifs du fait du nombre trop peu élevé de suicides. Une durée d'observation plus longue paraît nécessaire pour avoir un nombre de patients plus important et donc une plus grande puissance. Une étude de cohorte sur plusieurs années, comparant le nombre de suicides aboutis entre 2 groupes de patients contactés et non contactés, serait intéressante à mettre en place.

➤ Suivi

L'hypothèse que le contact téléphonique favorise la mise en place d'un suivi avait été avancée. L'adhésion au suivi proposé est meilleure chez les patients contactés ; 56% ont poursuivi les soins au centre médico-psychologique contre 49% des patients non contactés. En revanche, il n'est pas possible de conclure que le contact téléphonique améliore l'adhésion aux soins, les résultats n'étant pas significatifs. C'est ici que l'intérêt de mettre en place plusieurs recontacts peut se discuter et paraît souhaitable. Le professionnel de santé pourrait amener les patients à adhérer au suivi par l'amélioration de l'alliance thérapeutique favorisée par un nombre de contacts téléphoniques plus importants. Cette intervention pourrait être assurée par l'UAOCC, par l'équipe du CMP ou bien par l'UCMP.

Les mêmes résultats sont observés chez les récidivants mais ne sont pas exploitables non plus car non significatifs dans l'étude.

➤ Tentative de suicide

L'étude fait apparaître une majorité d'intoxications médicamenteuses volontaires avec environ 85% de passage à l'acte de ce type dans les 2 groupes « patients contactés » et « patients non contactés », chiffre cohérent avec les données de la littérature (Mouquet et Al. 2006). Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le moyen utilisé, ce qui signifie que les moyens utilisés pour la tentative de suicide sont équivalents dans les 2 groupes

2. PATIENTS RÉCIDIVANTS

Nous pouvons constater que les résultats obtenus sont ceux qui étaient attendus et sont en accord avec les données de la littérature : les patients récidivants qui ont des antécédents de tentative de suicide sont deux fois plus nombreux (soit 14%) que les primo-suicidants ($p < 0,02$). Owens et Al. (2002) retrouvaient 15 à 25% de récurrence suicidaire dans l'année.

De même pour les antécédents d'hospitalisation avec 14,5% de récurrence chez les patients qui ont déjà été hospitalisés contre 6% de récurrence pour une première hospitalisation ($p < 0,01$).

Nous n'avons pas retrouvé de résultat significatif dans les autres facteurs étudiés. Mais il est intéressant d'observer que la réponse à un des deux appels téléphoniques n'améliore pas de manière significative la prévention de la récurrence suicidaire chez ces patients. De même, les suites données à un appel inquiétant n'ont pas d'incidence sur la récurrence de manière significative, que ce soit un nouvel appel téléphonique ou un entretien physique. Enfin, le fait qu'une même personne organise et réalise le contact téléphonique n'a pas de lien avec une éventuelle prévention de la récurrence suicidaire.

3. PATIENTS NON RÉPONDEURS

Les patients non répondeurs sont définis comme les patients qui n'ont pas répondu aux 2 appels téléphoniques : ils sont au nombre de 88. Ceci implique que 394 patients, soit 82% de la population, ont accepté de participer au protocole proposé. Ce résultat va dans le sens d'une adhésion relativement bonne des patients envers ce type de dispositif.

Des différences significatives étaient retrouvées selon le diagnostic qui était porté à l'arrivée. Ainsi, le diagnostic de troubles du comportement liés à l'alcool était le diagnostic le plus exposé à un risque de non réponse (37% qui n'ont pas répondu).

Les autres facteurs (sexe, lieu de résidence, antécédents d'hospitalisation ou de TS) n'avaient pas de lien significatif avec une absence de réponse au contact téléphonique. Il pourrait être intéressant dans le futur de faire une analyse des refus en fonction du profil psychopathologique des patients.

Sans surprise, les suites données aux appels étaient plus nombreuses chez les non répondants : 22% contre 8% chez les répondants. Le plus souvent, un lien était fait ou avec le médecin traitant du patient ou avec le CMP pour savoir si le patient avait pris rendez-vous. Il s'agissait également de tenir l'équipe soignante du CMP informée. On note qu'un contact téléphonique a conduit à une hospitalisation et a concerné un homme ayant fait une TS par IMV et n'ayant pas récidivé.

La mise en place d'un nouvel appel téléphonique ou d'une consultation physique a également pu être proposée suite au recontact initial quand l'intervenant l'a jugée nécessaire. Une information étonnante est à noter : 10 patients n'ayant pas répondu aux appels ont rappelé d'eux même. Ces patients ont tous fait une IMV, ont adhéré au suivi proposé et n'ont pas présenté de récurrence suicidaire. Nous pouvons supposer que les patients n'étaient pas disponibles au moment de l'appel plutôt qu'un refus de répondre.

Il existe une différence notable et significative dans le suivi des patients des 2 groupes, seulement 34% des patients non répondeurs ont pris un rendez-vous au CMP et l'ont honoré contre 52% des patients répondeurs. Ce résultat était attendu : effectivement, un patient adhérant au protocole de rappel est vraisemblablement plus impliqué dans ses soins qu'un patient ne répondant pas au rendez-vous téléphonique fixé la semaine précédente.

Nous pouvons donc imaginer une prise en charge particulière de ces patients, par exemple, par une poursuite du dispositif de veille afin de favoriser l'adhésion à un suivi ambulatoire. Ce système de veille pourrait être constitué par de nouveaux appels téléphoniques quelques semaines plus tard ou par l'envoi de cartes postales comme nous pouvons le retrouver dans d'autres protocoles. Par exemple, le dispositif Vigilans fonctionne de la manière suivante : si le patient a réalisé plusieurs tentatives de suicide, il est recontacté 10 à 20 jours après la sortie de l'hôpital. S'il est injoignable, le patient bénéficie alors d'un envoi de cartes postales au rythme d'une par mois pendant 4 mois.

CONCLUSION

Le suicide représente la première cause de mortalité chez les adultes jeunes et, pour l'ensemble de la population, la troisième cause d'années de vie perdues. La tentative de suicide est le plus important des facteurs de risque de suicide connus. L'ANAES a édicté en 1998 plusieurs recommandations pour la prise en charge des patients suicidants, soulignant l'importance d'assurer la continuité des soins après l'acte suicidaire (Motto et Al. 2002, Carter et Al. 2013). L'un des moyens d'assurer la continuité des soins et donc de prévenir la récurrence suicidaire est le rappel téléphonique

Cet outil est utilisé à l'UAOCC du centre hospitalier Camille Claudel d'Angoulême. A notre connaissance, le dispositif tel qu'il est utilisé sur Angoulême est unique en France. En effet, il s'agit d'un seul recontact téléphonique 8 jours après la sortie du patient de l'hôpital. Il était donc intéressant de mesurer l'impact de cet unique recontact dans la prévention de la récurrence suicidaire.

Ainsi, il a été possible de mettre en évidence une nette diminution de la récurrence suicidaire chez les patients ayant bénéficié du recontact téléphonique avec un pourcentage de récurrence 2 fois moins élevé chez ces patients.

Il est également important de constater que ce dispositif est peu contraignant pour l'équipe soignante, accepté par les patients et efficace dans la prévention de la récurrence suicidaire. De plus, le faible coût d'une telle intervention permet la généralisation de ce dispositif.

Bien que le dispositif soit favorablement accueilli par les patients, il persiste un certain nombre de personnes ne répondant pas aux différents appels téléphoniques. Nous pouvons donc envisager dans le futur, intégrer les patients qui n'ont pas répondu aux appels dans un dispositif de veille particulier qui aurait pour objectif de favoriser l'adhésion des patients à une prise en charge ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire national du suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. Rapport n°3. Février 2018.
2. Mouquet M-C, Bellamy V, Carasco V. Suicide et tentative de suicide en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2006 mai: 1-8. Report No : 488 études et résultats
3. Observatoire régional de la santé. Les suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes. Février 2016.
4. Vinet MA, Le Jeanic A, Lefèvre T, Quelen C, Chevreul K. The economic burden of suicide and attempted suicide in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62:S62–S63.
5. Baudelot, C., Establet, R. Suicide, l'envers de notre monde. (2006) Paris, France : éditions du Seuil, p.41
6. ANAES. La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge. Paris; 2000 oct p. 31.
7. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. Juin 2000;34(3):420-436
8. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med*. 2003;33(3):395–405
9. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk : a re-examination. *Am J Psychiatry*. 2000;157 (12):1925 – 32
10. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058 – 6
11. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247 – 53
12. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry*. 2003;37(5):595–9.
13. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. Sept 2008;13(5):243-256.
14. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A

- meta - analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 1997; 170: 2 05 - 228.
15. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303–16.
 16. OMS, Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial, 2014
 17. Conférence de consensus HAS. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19 et 20 octobre 2000
 18. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* Juill 2004;185:7075.
 19. Owens D, Horrocks, J. & House, A. (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193 -199
 20. Cedereke M, Ojehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *Eur Psychiatry.* 2005;20(2):101–109. doi : 10.1016 / j.eurpsy. 2004.09.008
 21. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, Jacobsen D. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry.* 2009;194(1):73–79. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048322
 22. Kapur N. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. *BMJ.* 19 oct 2002;325(7369):866-867.
 23. Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond.* 1997;31:171–21.
 24. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. sept, 2011.
 25. Motto, J.-A. & Bostrom, A.-G. (2002). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, 52: 828–833.
 26. Carter, G.L, Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H, D'Este C. (2005). Postcards from the EDge project : randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ* , 331: 805–807
 27. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. 2013. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br. J. Psychiatry* 202:372–80
 28. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Mulder RT. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt. *Annals of Emergency Medicine.*

2008;51(4):474.

29. Hossein Hassanian-Moghaddam, Saeedeh Sarjami, Ali-Asghar Kolahi, Gregory L. Carter. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry* Apr 2011, 198 (4) 309-316
30. Observatoire national du suicide. État des lieux des connaissances et perspective de recherche. 1er rapport. Novembre 2014.
31. Fleischmann A., Bertolote J.-M, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Boteg J, De Silva, D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Tran Thi Thanh H. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9): 703-709
32. Vaiva G, Walter M, Al Arab, A.S, Courtet P, Bellivier F, Demarty A.-L, Duhem S, Ducrocq F, Goldstein P, Libersa C. (2011). ALGOS : the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11(1) : 1-7
33. Milner A, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal Letters M. Green cards, telephone calls and postcards: systematic review and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*, 206 (2015), pp. 184-190.
34. VIGILANS. Rester en contact. <http://dispositifvigilans.org/>
35. Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt : does it affect treatment a tendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry*, 17 : 82-91.
36. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P 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 – 1245
37. Ligier F, Guillemin F, Angot C, Bourion S, Kabuth B. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians : The 10-year REPEATERS cohort of French adolescents, *Journal of Adolescence*, Volume 43, 2015, Pages 111-118
38. Berrouguet S, Gravey M, Le Galudec M, Alavi Z, Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention : a pilot study. *Psychiatry Res*. 2014;217(3):154-157

39. Ligier F, Guillemin F, Angot C, Bourion S, Kabuth B. Prévention de la récurrence suicidaire à l'adolescence par SMS ou autre media, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 175, Issue 5, 2017, Pages 446-450
40. Berrouiguet S, Baca-García E, Brandt S, Walter M, Courtet P. Fundamentals for future mobile-health (mhealth): a systematic review of mobile phone and web-based text messaging in mental health. *J Med Internet Res*. 2016 Jun 10;18(6):e135.
41. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev*. 1988;10:164–90.
42. How to change practice : understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007
43. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008;22(8):20
44. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manille, Organisation mondiale de la Santé Bureau régionale du Pacifique occidental, 2010
45. Denchev P, Pearson JL, Allen MH, Claassen CA, Currier GW, Zatzick DF, Schoenbaum M. Modeling the Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Suicide Risk Among Hospital Emergency Department Patients. *Psychiatr Serv* 2018 Jan 1;69(1):23-31
46. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide. *Encéphale*. 2010;36(Supp 2):D7–D13. doi: 10.1016/j.encep.2009.10.009
47. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 21 juill 2001;323(7305):135-138.
48. Aoun S, Johnson L. A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. juin 2001;10(2):97-104.
49. Pommereau X. Prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital général. *Synapse*, 1989, 59
50. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A et al. Parasuicide in Europe : the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary

analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand, 1992, 85 : 97-104

51. F. Beck R, Guignard E, Du Roscoät T, Saïas. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd, 47-48 (2011), pp. 488-492

ANNEXES

Annexe 1 : fiche de recontact, première partie

Organisé par: identité du soignant	Organisé pour: identité du patient
Nom: Prénom:	Nom: Prénom:
Fonction:	Sexe : F ☐ M ☐
UF:	Date naissance:
Pôle:	Adresse :
	Tél :
	Médecin traitant:
Au cours d'une hospitalisation :	Au cours d'une consultation
- Centre de Crise ☐	- CMP de:
- Service du CHCC (préciser) ☐	- UAO
	- UCMP
	- Autre (préciser)
Nature du passage à l'acte:	
Projet de sortie/orientation proposée:	
Le patient est-il d'accord : oui ☐ non ☐	
Si oui, date et créneau horaire prévu pour le rappel :	
Ou date et créneau horaire pour le rendez-vous physique :	

Annexe 2 : fiche de recontact, deuxième partie

Entretien téléphonique du jour ☐	Entretien physique du jour ☐
Date :	Heure :
Entretien réalisé par :	
Patient absent au rendez-vous physique, Suite donnée :	
Patient absent au rendez-vous téléphonique: Ne pas laisser de message sur le répondeur, ne pas appeler la famille 2 ^{ème} appel : heure : Pas de réponse lors du 2 ^{ème} appel ☐ Si situation inquiétante, lien avec l'équipe de secteur concernée (préciser le nom de l'équipe)	
Patient présent: Evaluation de son état psychique et compliance aux soins : Le patient a-t-il donné suite au projet de sortie ? Oui ☐ Non ☐ Suite données à l'appel téléphonique ou au RDV physique : Prochain appel téléphonique éventuel prévu le : / / à h Prochain rendez-vous physique éventuel le : / / à h	

RESUME

Mots clés : recontact téléphonique, tentative de suicide, prévention du suicide, récurrence

Contexte : la prévention du suicide, cause de décès évitable, est un enjeu majeur de santé publique. Les personnes vues pour une tentative de suicide présentent un haut risque de récurrence et un risque de décès par suicide bien plus important que celui de la population générale. Un des moyens utilisés à l'unité d'accueil, d'orientation et au centre de crise du centre hospitalier psychiatrique d'Angoulême dans la prévention de la récurrence suicidaire est le recontact téléphonique des suicidants. Nous avons émis l'hypothèse qu'un recontact téléphonique unique et précoce prévient la récurrence suicidaire.

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, réalisée au sein de l'UAOCC. Les patients inclus concernaient les suicidants reçus en consultation à l'unité d'accueil et ceux hospitalisés au centre de crise. Durant la période 2012 à 2016, 955 suicidants ont été directement reçus à l'UAOCC ou adressés par les urgences. Les patients ayant bénéficié d'un recontact physique ont été exclus. Deux groupes ont été constitués : les patients qui n'ont pas eu de recontact entre 2012 et 2013 et les patients ayant bénéficié d'un recontact téléphonique de 2014 à 2016. Cet unique recontact était réalisé 8 jours après la sortie du patient de l'hôpital. Le critère de jugement principal était le nombre de récurrences suicidaires à 1 an.

Résultats : une nette diminution des récurrences suicidaires a pu être mise en évidence entre les deux groupes avec 9% de récurrence chez les patients ayant bénéficié du recontact téléphonique contre 19% chez les patients qui ont eu une prise en charge classique ($p < 0,001$). Le nombre de suicides aboutis était également plus faible dans le groupe patients contactés (2) que dans le groupe patients non contactés (5) sans que cette différence soit significative. Il n'a pas été possible de démontrer une meilleure adhésion au suivi en CMP de façon significative. L'acceptation du dispositif a été relativement bonne puisque seulement 2 refus du protocole ont été recensés et 82% des patients ont pu être joints au téléphone.

Conclusion : le risque de récurrence est important durant l'année suivant une tentative de suicide. Le dispositif de recontact téléphonique à J8 de la sortie de l'hôpital apporte une contribution intéressante à la prévention de la récurrence.



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !