



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Intérêt d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du
Centre Antipoison de Lille et vécu des patients

Présentée et soutenue publiquement le 27 janvier 2014 à 18h
au Pôle Recherche de la Faculté
Par Lucile DEFFENSE

Jury

Président : Monsieur le Professeur THOMAS
Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA
Monsieur le Professeur WIEL
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DUCROCQ

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CONTEXTE DE L'ETUDE	3
I. Suicide et tentatives de suicide	4
a. Epidémiologie.....	4
b. Les facteurs de risque.....	4
c. La prévention.....	5
d. La satisfaction et le vécu des patients suicidaires.....	7
II. Le Centre Antipoison de Lille.....	8
III. Le Service d'Aide Médicale Urgente (Samu) du Nord	10
MATERIEL ET METHODE.....	12
I. Description de l'étude	13
a. Type d'étude.....	13
b. Objectifs.....	13
II. Matériel de l'étude.....	14
a. Critères d'inclusion.....	14
b. Critères d'exclusion	14
III. Méthode.....	15
a. Recueil de données	15
b. Analyse statistique	21
RESULTATS.....	23
I. Les patients suicidants (n=455)	24
II. Les patients hospitalisés en psychiatrie suite au geste suicidaire (n=123)	36
III. Le recontact téléphonique	40
A. Schéma récapitulatif des étapes de recontact téléphonique et évolution des groupes de patients.....	40
B. Description de la population recontactée par téléphone (n=116).....	41
C. Résultats à 3 mois.....	49

D. Résultats à 6 mois.....	50
a. Impact à 6 mois des rappels téléphoniques à 1 et 3 mois (n=49).....	50
b. Impact à 6 mois du rappel téléphonique à 3 mois (n=52).....	51
IV. Analyse des patients récidivants (n=16).....	52
V. Vécu subjectif des patients recontactés par téléphone.....	54
A. Description de la population ayant répondu au questionnaire de vécu subjectif (n=37).....	54
B. Analyse du vécu des patients.....	56
a. Ressenti des patients sur les entretiens téléphoniques.....	56
b. Ressenti des patients autour du « protocole de rappel ».....	58
c. Commentaires des patients	62
DISCUSSION	65
I. Discussion méthodologique	66
II. Résultats descriptifs	67
III. Résultats analytiques.....	68
CONCLUSION	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	79

INTRODUCTION

En France, on estime entre 150 000 et 250 000 le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins (1) et presque 1 décès sur 50 est un suicide (2).

Pour lutter contre ce fléau, le ministère de la santé a annoncé le 10 septembre 2011 un nouveau plan dont l'un des principaux axes est le développement de la prévention et de la postvention, ainsi qu'à l'été 2013 la mise en place d'un observatoire national du suicide.

Ces dernières années, différentes équipes se sont intéressées à la prévention du suicide et plus particulièrement à la prévention de la récurrence suicidaire. L'un des outils étudiés est le recontact téléphonique des suicidants.

Au sein du pôle d'urgence du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, deux services sont munis d'une plate-forme téléphonique : le Service d'Aide Médicale Urgente (Samu) et le Centre Antipoison (CAP). Ces deux services ont enregistré en 2012 environ 5500 appels concernant la prise en charge de patients majeurs suicidants. Dans la région Nord-Pas-de-Calais en 2009, une enquête d'un jour, menée par la fédération de recherche en santé mentale (F2RSM) sur la prise en charge des suicidants, a révélé que 87% des tentatives de suicide admises dans un service d'urgence avaient été préalablement régulées par le SAMU-Centre 15 (3).

L'une des missions du Centre Antipoison est le suivi médical des patients pour lesquels il a été contacté. A l'heure actuelle, le suivi des patients suicidants est principalement toxicologique ; il est réalisé par téléphone auprès du service hospitalier qui a pris en charge le patient.

Nous avons donc décidé d'évaluer l'impact qu'aurait un recontact téléphonique spécifique du patient suicidant pour lequel l'hospitalisation en psychiatrie n'a pas été jugée nécessaire et pour lequel le Samu du Nord ou le CAP de Lille ont été sollicités.

CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Suicide et tentatives de suicide

a. Epidémiologie

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le suicide représente la 10^{ème} cause de mortalité dans le monde (4).

En France, le décès par suicide est la première cause de mortalité chez les 35-44 ans (5) et la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans après les accidents de la voie publique selon les données de l'Inserm-CépiDc. (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

En 2006, les données de l'Inserm-CépiDc établissent que la région Nord-Pas-de-Calais fait partie des 4 régions avec la Bretagne, la Basse-Normandie et la Picardie qui présentent une surmortalité par suicide de 20% quel que soit le sexe.

Le nombre de tentatives de suicide est quant à lui plus difficile à estimer, car toutes ne sont pas prises en charge par le système de soins. En France en 2002, le nombre de tentatives de suicide ayant eu contact avec le système de santé était estimé à 195 000 (6).

b. Les facteurs de risque

En 2000, la conférence de consensus de l'ANAES sur la crise suicidaire (7) établit une classification des facteurs de risque suicidaire en facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires.

Parmi les facteurs de risque primaires, sont mentionnés : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide, l'impulsivité, la faible activité sérotoninergique et la communication à autrui d'une intention suicidaire.

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 ils n'ont pas de valeurs prédictives en l'absence de facteurs primaires et secondaires.

Les troubles psychiatriques représentent un facteur de risque majeur. En effet, dans une étude de 1996 menée par Conwell, on notait que 90,1% des patients suicidés présentaient au moment de leur décès un diagnostic sur l'axe I du DSM-III-R (8) et plusieurs autres études retrouvaient une prévalence de 90 % de troubles psychiatriques chez les suicidés (9),(10),(11).

On note également un risque de suicide plus élevé chez les patients présentant une addiction (12),(13).

Néanmoins, même si les troubles psychiatriques et les troubles liés aux substances psycho-actives sont des facteurs de risque suicidaires importants, les tentatives de suicide et les actes d'automutilation sont, dans une plus grande mesure, très fortement liés à un risque suicidaire (14). Les personnes qui tentent de se suicider sont à haut risque de répétition ultérieure au cours de l'année suivante mais surtout au cours des 12 premières semaines (15).

Après une tentative de suicide, le taux de récurrence sur 1 an est de 15 à 25% dont 50% les six premiers mois (16) et la survenue d'un geste suicidaire multiplie par 40 le risque de suicide (17).

c. La prévention

En 2002, dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'OMS préconise d'associer des mesures de santé publique aux actions de soins afin de limiter les gestes suicidaires (18).

- La prévention du suicide s'effectue donc à trois niveaux :
 - 1) La prévention primaire qui s'adresse à la population générale et dont l'objectif est de réduire la survenue du risque suicidaire.
 - 2) La prévention secondaire qui s'adresse à une population identifiée « à risque », c'est-à-dire aux patients présentant des facteurs de risque de suicide.
 - 3) La prévention tertiaire destinée aux proches du suicidé.

- la prévention des récurrences par le recontact téléphonique

Bénéficiaire d'un suivi actif après l'acte auto-agressif est associé à une réduction des risques de répétition (19). Différentes études ont été menées ces dernières années dans l'optique d'amoinrir le nombre de nouvelles tentatives de suicide après un geste suicidaire. L'un des outils étudiés a été le recontact téléphonique des suicidants après la prise en charge du patient dans un service d'urgence et à ce jour, les quelques études menées sur les interventions téléphoniques ont montré des résultats satisfaisants :

En 2002, une étude qui portait sur l'utilité de contacts téléphoniques à 4 et 8 mois après une tentative de suicide, en plus du traitement habituel, n'obtenait pas de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe témoin en termes de récurrence à 1 an. Néanmoins les chercheurs estimaient qu'il pourrait y avoir un effet bénéfique sur les patients n'ayant jamais reçu de soins psychiatriques en leur offrant un premier contact avec des professionnels (20).

En 2006, l'étude SYSCALL menée dans le département du Nord rapportait que les patients contactés par téléphone à 1 mois de leur tentative de suicide présentaient de façon significative moins de récurrences à 1 an que le groupe témoin. Cette différence n'était pas significative dans le groupe recontacté à 3 mois par rapport au groupe témoin (21).

En 2008, une étude internationale évaluait l'impact d'une intervention immédiate aux urgences associée à un recontact téléphonique à 1,2,4,7 et 11 semaines puis à 4,6,12 et 18 mois du geste suicidaire. Les auteurs retrouvaient de façon significative un plus faible nombre de décès par suicide à 18 mois dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin (22).

En 2012, des chercheurs espagnols ont évalué l'intérêt d'un rappel téléphonique à 1 semaine, 1, 3, 6, 9 et 12 mois après le passage aux urgences du patient pour un geste suicidaire. Les résultats obtenus montraient que les récurrences suicidaires étaient moins nombreuses et retardées dans le temps (23).

d. La satisfaction et le vécu des patients suicidaires

En 2001, Pirkis et al. démontraient que les patients suicidaires étaient en capacité d'identifier leurs besoins en matière de soins et d'accompagnement (24). Or une revue de la littérature menée par Lebow rapportait que ces patients étaient moins satisfaits des soins que la moyenne des patients (25). L'une des raisons avancée est qu'il existe un lien entre la présence d'idées suicidaires et l'insatisfaction envers le traitement (26). Les patients suicidaires ont donc des besoins supplémentaires par rapport aux autres patients notamment en matière de support social ou d'aide à la résolution de problèmes.

Parmi les équipes qui ont étudié un système d'intervention au décours du geste suicidaire, peu 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 (27). Cette même année, selon Aoun et al. 76% des patients ayant bénéficié d'une prise en charge psycho-sociale avec un spécialiste du suicide en Australie étaient satisfaits (28). En 2009, Gruat et al. évaluaient le vécu des patients face à l'intervention téléphonique de l'étude SYSCALL au moyen d'un questionnaire. 78,9% des patients considéraient que le recontact téléphonique leur avait été bénéfique et 40,4% qu'il avait eu une influence sur leur vie. 29,4% des patients estimaient avoir évité une récurrence suicidaire grâce au recontact téléphonique (29).

II. Le Centre Antipoison de Lille

Le Centre Antipoison est un service médical du CHRU de Lille. Son aire géographique est composée de 3 régions : le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et depuis le 1^{er} juin 1988 de la Haute-Normandie. Il dessert une population d'environ 7,5 millions d'habitants. Conformément au décret n° 96-832 du 17 septembre 1996 (30) qui définit les missions du CAP, son fonctionnement est organisé autour de deux unités fonctionnelles de Réponse Téléphonique (24H/24) et de Toxicovigilance.

- **La réponse téléphonique**

Le CAP de Lille est chargé de répondre à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines qu'elles soient accidentelles ou volontaires, individuelles ou collectives, aiguës ou non, provoquées par tout produit d'origine naturelle ou de synthèse, disponibles sur le marché ou présent dans l'environnement.

- **L'activité documentaire spécialisée**

Le CAP de Lille possède une base de données informatisée « C.I.G.U.E », permettant la consultation en temps réel des protocoles thérapeutiques nécessaires à la prise en charge des intoxiqués. Ces protocoles sont mis à jour quotidiennement par l'équipe médicale grâce à l'exploitation des cas cliniques et la mise à disposition d'un fond documentaire (revues, livres, bases de données).

- **Le suivi médical**

L'équipe du CAP de Lille recueille les informations médicales nécessaires afin d'assurer le suivi, lors d'une demande de nouvelle téléphonique, de tous les cas d'intoxication humaine avérés ou présumés.

- **La Toxicovigilance**

Le CAP de Lille procède à la collecte d'informations sur les autres cas d'intoxications survenus dans sa zone géographique, en particulier en partenariat avec les correspondants de Toxicovigilance (SAMU-CENTRE15) et les hôpitaux sentinelles. Il assure une correspondance avec le Centre Régional de Pharmacovigilance pour les cas d'intoxications médicamenteuses ayant provoqué des effets indésirables graves.

- **L'activité d'alerte**

A partir des appels téléphoniques pour intoxication et des informations collectées auprès des correspondants de Toxicovigilance, le CAP de Lille assure une mission d'alerte auprès du ministère de la santé et des autres services compétents, notamment ceux chargés de la consommation et de la répression des fraudes. Il alerte également les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en cas de danger pour la santé publique.

- **L'activité d'information**

Le CAP de Lille informe sur les risques toxiques pendant la grossesse et l'allaitement. Il assure également l'information médicale « Air santé » au sein de son dispositif de surveillance de la qualité de l'air, en cas de dépassement des seuils de pollution atmosphériques dans la région Nord-Pas-de-Calais.

- **L'activité d'expertise et d'évaluation de risque**

Le CAP de Lille exerce une mission d'expertise auprès des autorités administratives et des instances consultatives. Il participe également à l'astreinte mise en place par le ministre de la santé au plan national en cas de risque chimique et toxicologique majeur.

- **L'enseignement - la recherche - la formation - l'éducation**

Le CAP de Lille participe à l'enseignement et à la recherche en Toxicologie Clinique et assure la formation des correspondants départementaux de Toxicovigilance

(SAMU – CENTRE 15) dans le domaine de la Toxicologie. Il participe également à l'éducation de la population par son site Internet et dans les écoles.

III. Le Service d'Aide Médicale Urgente (Samu) du Nord

Toute l'organisation française de l'Aide Médicale Urgente s'articule autour des Samu dont la mission est d'assurer la coordination de la médecine pré-hospitalière.

Il y a un Samu par département français, à titre de comparaison, 350 Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (Smur) sont répartis sur l'ensemble du territoire.

Ce maillage permet une bonne couverture nationale des urgences pré-hospitalières. Les missions du SAMU ont été définies par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative : « à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires », et mise en place par le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif : « aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'Aide Médicale Urgente appelées Samu » (31).

- **L'écoute médicale permanente**

Les Samu sont des services hospitaliers qui assurent une écoute médicale permanente, ils déterminent et déclenchent dans les délais les plus brefs la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel:

- dispenser un conseil médical,
- envoyer une ambulance privée,
- orienter les patients vers un médecin généraliste,
- envoyer une ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière), un véhicule d'intervention rapide ou un hélicoptère sanitaire pour les cas les plus graves.

- **Organiser les moyens d'hospitalisation**

Les Samu doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés en respectant le libre choix du patient.

Par ailleurs, ils organisent l'accueil hospitalier des patients en les orientant vers la structure de soins la mieux adaptée.

- **Organiser le transport des patients**

Ils organisent le transport des patients en milieu hospitalier par les moyens les plus adaptés. A ce titre, le concept français de régulation médicale permet d'optimiser les moyens des Samu et de déclencher seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales une ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière) qui intervient avec à son bord un médecin anesthésiste ou un médecin formé à la médecine d'urgence.

- **Elaborer et participer aux plans de secours**

Ils participent à l'élaboration et au déroulement des plans de secours lors :

- des grands rassemblements de foule
- des accidents impliquant un grand nombre de victimes (lors de la mise en place du plan blanc notamment).

- **Enseigner la médecine d'urgence**

Ils assurent l'enseignement de la médecine d'urgence et la formation des personnels de santé aux gestes et techniques d'urgence.

MATERIEL ET METHODE

I. Description de l'étude

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, contrôlée et randomisée. Elle a été réalisée au sein du pôle Urgence du CHRU de Lille dans les services du Samu et du Centre Antipoison sur une période de 3 mois.

b. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer à 6 mois l'impact d'un recontact téléphonique spécifique, par un médecin du Centre Antipoison, à 20 jours et 3 mois de la demande de nouvelle initiale, chez des patients n'ayant pas été hospitalisés en psychiatrie à la suite de leur tentative de suicide et pour qui le Samu ou le CAP de Lille ont été sollicités.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier de manière descriptive :

- La population faisant appel aux services du Samu et du CAP dans un contexte de tentative de suicide
- La population hospitalisée en psychiatrie suite au geste suicidaire
- La population ayant accepté le suivi téléphonique
- Le vécu subjectif des patients ayant bénéficié du suivi téléphonique

Le critère d'évaluation principal était le nombre de passages à l'acte suicidaire entre le jour de recrutement et le bilan à 3 mois et 6 mois.

II. Matériel de l'étude

a. Critères d'inclusion

- Patient majeur
- Pour lequel un appel téléphonique a été passé au SAMU du Nord ou au Centre Antipoison de Lille dans la période du 25 Février 2013 au 7 Avril 2013
- Appel concernant une tentative de suicide
- Patient domicilié dans le département du Nord
- Patient maîtrisant la langue française
- Patient acceptant le recontact téléphonique à distance du geste
- Patient pouvant être joint par téléphone

b. Critères d'exclusion

⇒ Lors de la réception de l'appel par le SAMU ou le CAP

- Patient âgé de moins de 18 ans
- Patient présentant une démence
- Patient hospitalisé au moment du geste
- Appel concernant une menace suicidaire ou l'inquiétude d'un proche d'un éventuel risque suicidaire
- Manque de données sur l'identité du patient (téléphone, adresse, identité)
- Patient incarcéré, vivant en foyer ou en maison de retraite
- Patient ou proche ayant refusé l'intervention des secours au moment de l'appel

⇒ Lors de la première prise de nouvelle téléphonique

- Patient alcoolisé avec un discours incohérent
- Patient refusant le suivi téléphonique
- Patient hospitalisé en psychiatrie suite au geste
- Patient non joignable
- Patient expliquant lors de l'appel qu'il s'agissait d'un accident domestique

III. Méthode

a. Recueil de données

1^{ère} étape :

- Pendant la période de recrutement, quotidiennement, une extraction dans la base des appels au Samu du Nord et du Centre Antipoison de Lille a été réalisée à partir du « motif d'appel » à savoir ceux qui évoquaient une tentative de suicide (dans la « cause » ou dans « le texte libre »).

L'effectif initial portait donc sur 1427 appels.

- Chaque jour, une analyse des dossiers d'appels a été réalisée et les dossiers retenus ont été codés informatiquement.
- Une demande de nouvelles était effectuée auprès du service d'urgence à 24 ou 48h de l'appel par un membre de l'équipe du Centre Antipoison de Lille afin d'obtenir les résultats toxicologiques ainsi que le devenir des patients à la sortie du service d'urgence.

2^{ème} étape :

Un premier contact téléphonique avec le suicidant a été réalisé dans la semaine suivant le geste par une interne de psychiatrie exerçant également au poste de Répondeur à l'urgence au CAP de Lille. Cet appel avait pour objectif de prendre des nouvelles du patient depuis son passage aux urgences et de lui proposer le suivi téléphonique. Il s'agissait d'un entretien semi-dirigé, réalisé avec empathie et permettant de récolter les informations suivantes :

- « comment allez-vous ? »
- Hospitalisation ou retour à domicile suite au geste ?
- Antécédents de tentative de suicide, si oui : combien, à quelle date et par quel moyen ?
- Antécédents somatiques de douleurs chroniques ou d'affection longue durée (ALD) ?
- Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, si oui : combien et à quelle date ?
- Antécédents d'addiction à l'alcool, si oui : actuelle ou sevrée ?
- Suivi psychologique au moment du geste par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier ; si oui : actuel ou ancien ?
- Traitement habituel : contenait-il des psychotropes au moment du geste ?
- Circonstances du geste : crise familiale, conjugale, au travail, trouble psychiatrique ou autre (deuil, douleur, problèmes financiers) ?
- Situation familiale : célibataire, marié, en concubinage, divorcé ou veuvage ?
- Catégorie socioprofessionnelle
- Mode de vie, patient entouré ou isolé ?
- Présence d'idées suicidaires au moment de l'appel ?

- Evaluation de la dangerosité suicidaire
- Vérification de l'adresse et du numéro de téléphone
- Accord d'un suivi téléphonique
- Rappel des numéros de téléphone d'urgence en cas de besoin

Si la dangerosité suicidaire était présente, le patient était redirigé vers le Samu du Nord pour envoi d'une ambulance et prise en charge dans un service d'urgence.

Au final, 116 patients ont été recrutés.

1427
Recrutement initial
Appels Samu et CAP du 25 février au 07 avril 2013

Exclus
sur
dossier

- **697** = Erreurs (département 62, mineurs, pas de tentative de suicide).
- **99** = Menaces suicidaires.
- **87** = Problèmes identité / téléphone.
Patients incarcérés ou vivant en collectivité.
- **27** = Même patients entre le CAP et le Samu.
- **18** = Refus initial de prise en charge par le Samu.
- **17** = Patients hospitalisés au moment du geste.
- **3** = Inquiétude d'un proche.
- **2** = Patients décédés.

475
Contactés par téléphone entre J2 et J7

Exclus
suite au
1^{er} appel

- **125** = "Ne répond pas" 3 fois sur 3 jours différents.
- **123** = Patients hospitalisés en psychiatrie suite au geste.
- **66** = Problèmes identité : mauvais numéro.
- **25** = Refus → **20**: Sortie contre avis médical aux urgences ou fugue.
→ **5** : Refus de suivi téléphonique par le patient ou la famille.
- **20** = accidents domestiques.

116
Accords Téléphoniques

Groupe 1 : 40 patients

Groupe 2 : 40 patients

Groupe 3 : 36 patients

3^{ème} étape :

Les patients ont été appariés en fonction :

- De l'âge en 4 tranches : 18 – 25 ans, 26 – 54 ans, 55 – 74 ans et 75 ans et plus.
- Du sexe

Ils ont été intégrés dans trois groupes au fil du recrutement :

- Groupe 1 : suivi téléphonique à 20 jours, 3 mois et 6 mois
- Groupe 2 : suivi téléphonique à 3 mois et 6 mois
- Groupe 3 : suivi téléphonique à 6 mois

Une semaine avant la date de rappel, le patient recevait un courrier l'informant du recontact téléphonique la semaine suivante et lui rappelant les numéros de téléphone du Centre Antipoison de Lille et du Samu en cas de besoin (*Annexe1*).

4^{ème} étape : Rappel du groupe 1

Les patients du groupe 1 ont été recontactés par le même interlocuteur, se présentant comme « médecin du Centre Antipoison », 20 jours après le premier contact. L'entretien semi-dirigé visait à prendre des nouvelles du patient et à l'interroger sur les éventuels nouveaux passages à l'acte auto-agressif et leur prise en charge. Les principales questions étaient :

- « comment allez-vous depuis la dernière fois ? »
- Modification de traitement par le médecin ?
- Poursuite ou entame d'un suivi psychologique ?
- Récidive d'un geste suicidaire et si oui quelle prise en charge ?
- Présence d'idéations suicidaires
- Evaluation de la dangerosité suicidaire
- Accord pour rappel téléphonique à 3 mois

- Vérification de l'adresse et du numéro de téléphone
- Rappel des numéros de téléphone d'urgences en cas de besoin

De nouveau, si la dangerosité suicidaire était présente, le patient était redirigé vers le Samu pour l'envoi d'une ambulance et la prise en charge dans un service d'urgence.

5^{ème} étape : Rappel à 3 mois des groupes 1 et 2 selon les modalités décrites à l'étape 4.

6^{ème} étape : Rappel à 6 mois des groupes 1, 2 et 3 selon les modalités décrites à l'étape 4. Lors de cet appel, le patient était informé de l'envoi d'un questionnaire anonyme évoquant son point de vue sur le suivi téléphonique.

7^{ème} étape : Envoi du questionnaire (*Annexe 2*).

Chaque patient a reçu à domicile une enveloppe comprenant :

- Le questionnaire
- Une enveloppe pré-timbrée adressée au Centre Antipoison de Lille
- Des autocollants indiquant le numéro du CAP en cas de besoin

Le questionnaire comprenait les questions suivantes :

- Vous êtes : *un homme / une femme*
- Votre âge :
- Votre code postal :
- Quand vous avez reçu le courrier annonçant le recontact téléphonique étiez-vous : *satisfait / ennuyé / vous n'avez pas reçu le courrier*
- Le recontact téléphonique a-t-il été bénéfique pour vous en termes de soutien psychologique ? *oui / non*
- Le recontact téléphonique a-t-il permis d'éviter une récurrence suicidaire ? *oui / non*
- Le recontact téléphonique a-t-il permis d'envisager ou d'initier une prise en charge par un psychiatre, un psychologue ou le Centre Médico-Psychologique proche de chez vous alors que vous y étiez opposé ? *oui / non / je suis déjà suivi*

- Auriez-vous souhaité que l'on prenne de vos nouvelles : *plus précocement / plus tardivement / les dates de rappel étaient satisfaisantes*
- Pensez-vous que le recontact téléphonique devrait concerner tous les patients après un geste suicidaire ? *oui / non*
- Le suivi téléphonique devrait-il se poursuivre au-delà de 6 mois ? *oui / non*
- Si oui, à quelle fréquence ? *tous les 3 mois / tous les 6 mois / tous les ans / autre*
- Si oui, pendant combien de temps ? *1 an / 2 ans / 3 ans / 5 ans / 10 ans / autre*
- Commentaires :

Les questionnaires étaient à renvoyer pour le 15 novembre 2013 dernier délais.

b. Analyse statistique

L'analyse statistique dans notre étude a comporté 2 parties distinctes :

- L'analyse descriptive
- La recherche de corrélation

Elle a été réalisée grâce aux logiciels WINKS 4.6 et R.

La présence d'une récurrence suicidaire dans chaque groupe a été comparée grâce au test exact de Fisher. Pour la recherche de corrélation des différentes données, nous avons utilisé le test du Chi².

L'analyse statistique s'est effectuée en deux temps :

- Nous avons tout d'abord étudié de façon descriptive la population des suicidants recrutés ainsi que l'impact à 3 mois, sur la récurrence suicidaire, du recontact téléphonique à 1 mois en comparant les groupes de patients 1 et 2.

- Nous avons ensuite étudié l'impact à 6 mois, en termes de récurrence suicidaire, du recontact téléphonique à 1 et 3 mois en comparant les groupes de patients 1, 2, et 3. Nous avons également analysé le vécu des patients après la réception des questionnaires.

RESULTATS

I. Les patients suicidants (n=455)

Il s'agit de la population contactée par téléphone entre 2 et 7 jours après la tentative de suicide (TS).

Du 25 février au 07 avril 2013, le Samu du Nord et le Centre Antipoison de Lille ont enregistré 601 appels pour tentative de suicide d'une personne majeure habitant dans le département du Nord.

Après avoir appliqué les critères d'exclusion sur dossier pour l'étude, 475 patients ont été contactés par téléphone dans la semaine suivant leur geste, 20 d'entre eux n'avaient pas réalisé d'acte auto-agressif et étaient également exclus.

Les données épidémiologiques suivantes portent donc sur 455 patients soit 75,7% de l'ensemble des patients pris en charge par le Samu ou le CAP de Lille pour tentative de suicide.

a. Données épidémiologiques

- **Sexe des patients (n = 455)**

Sexe	Nombre	%
Femmes	255	56%
Hommes	200	44%
Total	455	100%

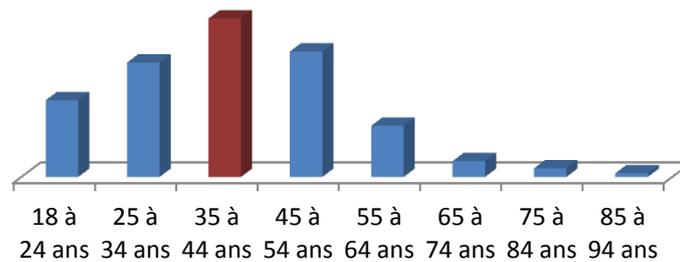
Tableau 1 : Répartition des patients par sexe (n = 455)

Parmi les 255 femmes, 4 étaient enceintes au moment de leur geste suicidaire, soit 1,6%.

Le sex-ratio (H/F) est de 0,78, on constate donc une prédominance féminine.

- **Age des patients (n = 455)**

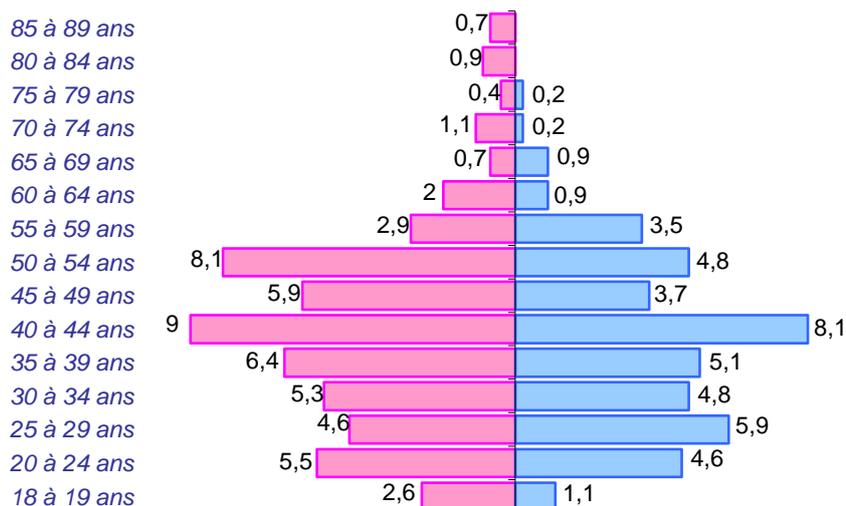
L'âge moyen est de 40,8 ans avec un écart type de 13,9 ans, les extrêmes sont [18 – 87 ans]. D'après le graphique 1 et 2 et le tableau 2, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 35 – 44 ans quel que soit le sexe.



Graphique 1 : Répartition des patients par tranche d'âge (n=455)

Tranche âge	Nombre	%
18 à 24 ans	63	13,8
25 à 34 ans	94	20,7
35 à 44 ans	130	28,6
45 à 54 ans	103	22,6
55 à 64 ans	42	9,2
65 à 74 ans	13	2,9
75 à 84 ans	7	1,5
85 à 94 ans	3	0,7
Total	455	100

Tableau 2 : Répartition des patients par tranche d'âge (n=455)



Graphique 2 : Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe (n=455)

- **Comparaison de notre population en fonction des données démographiques du département du Nord.**

Alors que la tranche d'âge des 40 – 44 ans n'est que la 7^{ème} tranche en termes d'effectif chez les femmes dans le département du Nord, c'est au sein de celle-ci qu'on retrouve le plus de tentatives de suicide durant la période de recrutement, soit un taux de 0,5 pour mille.

Nous pouvons faire le même constat chez les hommes avec un taux de 0,4 pour mille dans la tranche des 40 – 44 ans.

A noter que la tranche d'âge des 18 – 19 ans ne peut être interprétée en fonction des données de l'INSEE puisque leur tranche d'âge comprend les patients âgés de 15 à 19 ans.

Tranches d'âges	Population de notre étude			Données INSEE		% Femmes / INSEE	% Hommes / INSEE
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
15 à 19 ans	12	5	17	87511	90947		
20 à 24 ans	25	21	46	95575	95141	0,26	0,22
25 à 29 ans	21	27	48	88001	86636	0,24	0,31
30 à 34 ans	24	22	46	83915	82324	0,29	0,27
35 à 39 ans	29	23	52	88551	88281	0,33	0,26
40 à 44 ans	41	37	78	85841	84471	0,48	0,44
45 à 49 ans	27	17	44	86602	83752	0,31	0,2
50 à 54 ans	37	22	59	85903	81126	0,43	0,27
55 à 59 ans	13	16	29	84179	77568	0,15	0,21
60 à 64 ans	9	4	13	73442	67116	0,12	0,06
65 à 69 ans	3	4	7	46447	39529	0,06	0,1
70 à 74 ans	5	1	6	49524	35881	0,1	0,03
75 à 79 ans	2	1	3	49553	30694	0,04	0,03
80 à 84 ans	4		4	40918	20675	0,1	0
85 à 89 ans	3		3	25612	10184	0,12	0
Total	255	200	455	1071574	974325	0,24	0,21

Tableau 3 : Taux d'incidence par tranche d'âge et par sexe dans le département du Nord selon les données INSEE 2010

- **Répartition des patients en fonction des données géographiques (n=455)**

- Par arrondissement (n = 455)

C'est dans l'arrondissement de Cambrai que le taux d'incidence est le plus élevé, à savoir 49 gestes suicidaires pour 100.000 habitants durant les 6 semaines de recrutement.

Arrondissements du département du Nord	Population par arrondissement	Nombre de TS par arrondissement	Taux incidence
Avesnes-sur-Helpe	120932	49	40,52
Cambrai	78827	39	49,48
Douai	163652	41	25,05
Dunkerque	277796	68	24,48
Lille	1057167	194	18,35
Valenciennes	266625	64	24
Total	1964999	455	23,16

Tableau 4 : Taux d'incidence pour 100.000 habitants par arrondissement du Nord

On observe également que le taux d'incidence des arrondissements de Cambrai et d'Avesnes-sur-Helpe est 2 fois plus élevé que le taux d'incidence moyen dans le département du Nord.

- Par type de commune (n = 455)

Sont considérées comme urbaines les communes de plus de 2 000 habitants (32).

Même si 41 tentatives de suicide ont eu lieu dans des communes urbaines du 25 février au 07 avril 2013 contre 44 dans des communes rurales, nous pouvons constater (tableau 5) que le taux d'incidence pour 100.000 habitants est quasiment 5 fois plus élevé en zone rurale.

Type commune	Nombre de communes	Population totale	Nombre de TS	Taux incidence 100 000
Rurales	38	44746	44	98,33
Urbaines	135	1920253	411	21,4
Total	173	1964999	455	23,16

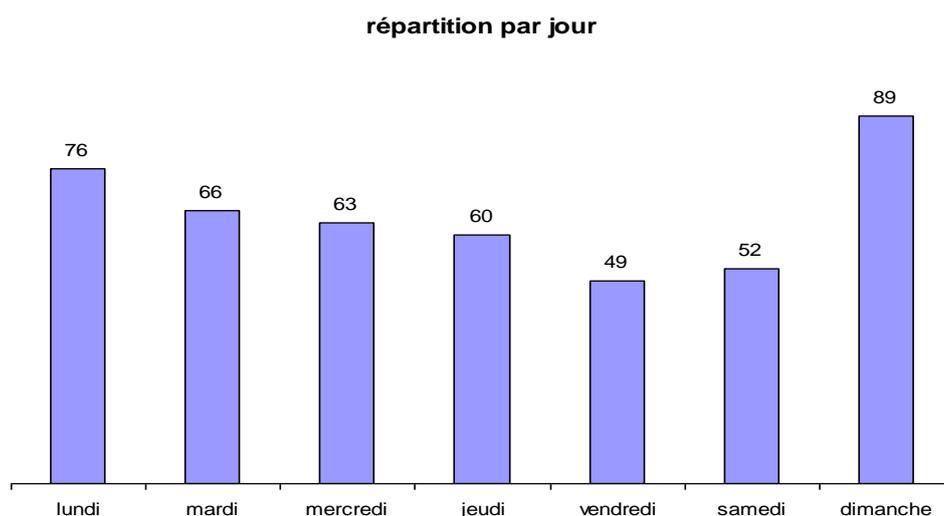
Tableau 5 : Taux d'incidence pour 100.000 habitants par type de commune

b. Données descriptives

- Répartition du nombre de tentatives de suicide en fonction des jours de la semaine (n=455)

Nous observons que 89 tentatives de suicide ont eu lieu un dimanche, soit 19.5%. Si on se réfère au graphique 3 et au tableau 6, on remarque que près d' 1 geste suicidaire sur 5 est survenu un dimanche.

A noter que l'analyse des tentatives de suicide par jour de la semaine en fonction des tranches d'âges n'a pas permis de constater de tendance particulière.



Graphique 3 : Répartition des TS par jour de la semaine (n=455)

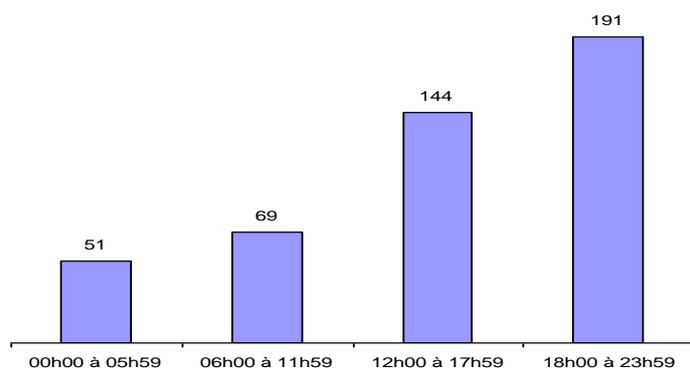
Jour de la semaine	Nombre de TS	%
Lundi	76	16,7
Mardi	66	14,5
Mercredi	63	13,9
Jeudi	60	13,2
Vendredi	49	10,7
Samedi	52	11,5
Dimanche	89	19,5
Total	455	100

Tableau 6 : Répartition des TS en fonction du jour de la semaine (n=455)

- **Répartition du nombre de tentatives de suicide en fonction des heures (n=455)**

A l'aide du graphique 4 et du tableau 7, nous constatons que 42% des tentatives de suicide ont lieu entre 18h00 et minuit, soit un peu moins d'une sur deux. A l'inverse, seulement 11.2% des tentatives de suicide se passent en nuit profonde c'est-à-dire de minuit à 6h du matin.

répartition en fonction des tranches horaires



Graphique 4 : Répartition des TS par tranche horaire (n=455)

Tranches horaires	Nombre de TS	%
00h00 à 05h59	51	11.2
06h00 à 11h59	69	15.2
12h00 à 17h59	144	31.6
18h00 à 23h59	191	42
Total	455	100

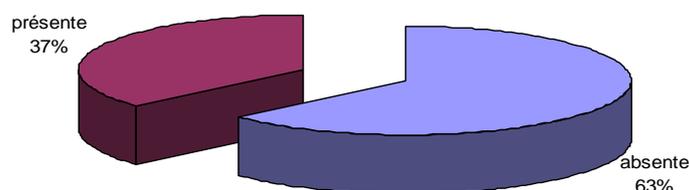
Tableau 7 : Répartition des TS par tranche horaire (n=455)

- **Alcoolisation du patient au moment du geste (n=455)**

167 patients déclaraient avoir consommé de l'alcool ou présentaient des symptômes d'alcoolisation au moment du geste suicidaire soit 37% des patients avec une répartition selon le sexe de 44% d'hommes et 31% de femmes (tableau 8).

Plus d'1/3 des patients de 25 à 64 ans étaient alcoolisés au moment du geste, dont la moitié avait entre 35 et 44 ans (tableau 9).

alcoolisation au moment du geste



Graphique 5 : Alcoolisation au moment du geste

Alcool	Femmes	Hommes	Total
Absent	176	112	288
Présent	79	88	167
Total	255	200	455

Tableau 8 : Répartition des patients selon le sexe et la présence d'alcool au moment du geste (n=455)

Tranche âge	Non alcoolisé	Alcoolisé	Total
18 à 24 ans	49	14	63
25 à 34 ans	62	32	94
35 à 44 ans	69	61	130
45 à 54 ans	63	40	103
55 à 64 ans	24	18	42
65 à 74 ans	11	2	13
75 à 84 ans	7	0	7
85 à 94 ans	3	0	3
Total	288	167	455

Tableau 9 : Répartition des patients présentant une alcoolisation au moment du geste en fonction de l'âge (n=455)

- **Les moyens létaux (n=478)**

Nous avons recueilli 478 moyens létaux pour 455 suicidants. 23 patients ont utilisé 2 moyens lors de leur geste suicidaire dont 22 qui ont eu recours à l'ingestion médicamenteuse (IMV) et la phlébotomie, et 1 à l'IMV plus la pendaison (tableau 10).

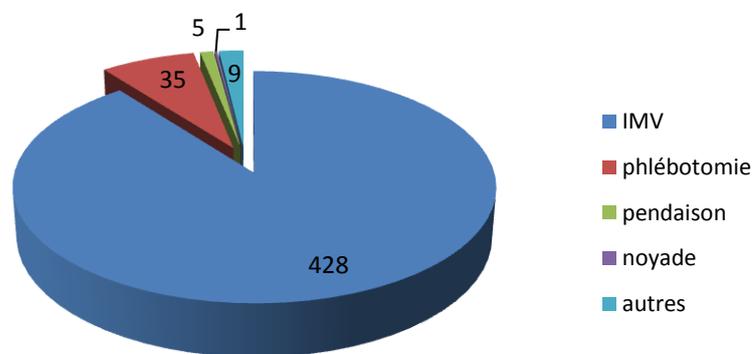
Nous pouvons constater que l'IMV est utilisée dans 90 % des tentatives de suicide, avec dans une faible mesure, une prédominance chez les femmes à savoir 92% (graphique 6).

Les autres moyens utilisés (phlébotomie, pendaison, noyade, ingestion de produits ménagers) totalisent 10 % des tentatives de suicide et 13 % dans notre échantillon masculin.

	IMV	Phlébotomie	Pendaison	Noyade	Autres*	Nombre de suicidants	Nombre de moyens létaux
Femmes	244	16	2	0	4	255	266
Hommes	184	19	3	1	5	200	212
Total	428	35	5	1	9	455	478

*autres = ingestion de produits ménagers, raticides, engrais...

Tableau 10 : Type de moyen utilisé en fonction du sexe (n=478)

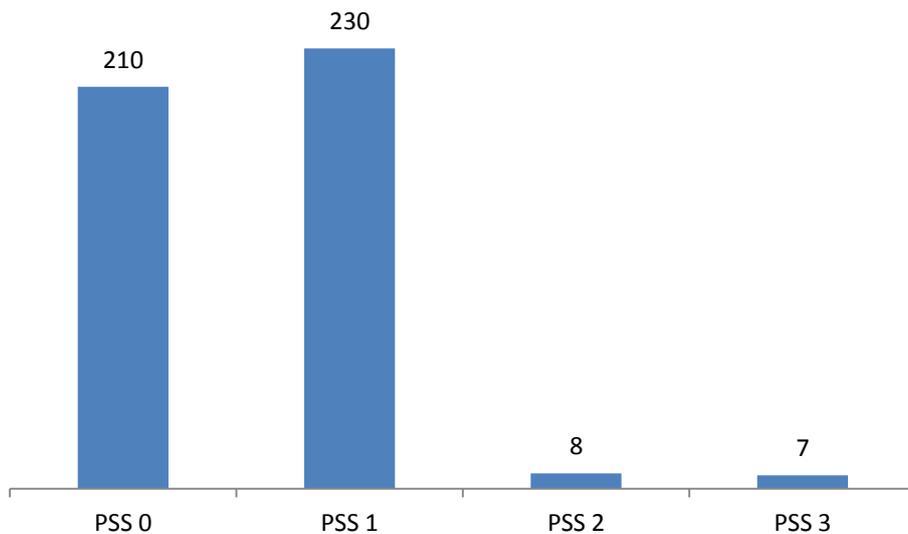


Graphique 6 : Répartition des moyens létaux utilisés (n=478)

- **Répartition des patients en fonction du PSS (Poisoning Severity Score) (n=455)**

Les toxicologues des Centre Antipoison utilisent une échelle standardisée appelée PSS afin de déterminer la gravité clinique d'une intoxication. Cette échelle, de score 0 à 4, a été développée par l'association européenne des Centres Antipoison. Le PSS 0 signifie que le patient est asymptomatique, le PSS 1 correspond à une intoxication générant des symptômes « mineurs », le PSS 2 correspond à des symptômes « modérés », le PSS 3 correspond à des symptômes « sévères » avec un pronostic vital en jeu, enfin le PSS 4 signifie que le patient est décédé (33).

La majorité des patients était soit non symptomatique soit légèrement symptomatique. 1.5% des patients présentaient un PSS 3 ; ils étaient donc considérés dans un état grave.



Graphique 7 : Répartition des patients par PSS (n=455)

c. Résultats analytiques

- **Zone géographique (n=455)**

Type commune	Nombre de communes	Population totale	Nombre de TS	Taux incidence 100 000
Rurales	38	44746	44	98,33
Urbaines	135	1920253	411	21,4
Total	173	1964999	455	23,16

Tableau 5 : Taux d'incidence pour 100.000 habitants par type de commune

Les patients vivant en zone rurale ont statistiquement fait plus de tentatives de suicide que les patients vivant en zone urbaine durant notre période de recrutement ($p < 0,05$).

- **Jours de la semaine (n=455)**

Nous avons constaté précédemment que du 25 février 2013 au 07 avril 2013, le Samu du Nord et le Centre Antipoison de Lille avaient enregistré un plus grand nombre d'appels pour tentative de suicide le dimanche ; en analysant le nombre de tentatives de suicide survenues le dimanche en comparaison de chaque autre jour de la semaine nous pouvons observer que les patients réalisent de façon significative plus de gestes suicidaires le dimanche que les autres jours de la semaine ($p < 0,05$) sauf le lundi ($p > 0,05$) (voir tableau 6 p.30).

- **Heures de la semaine (n=455)**

Durant notre période de recrutement, la tranche horaire où les patients ont fait le plus de tentatives de suicide est celle de 18h à minuit ($p < 0,05$) (voir tableau 7 p.31).

- **Alcool (n=455)**

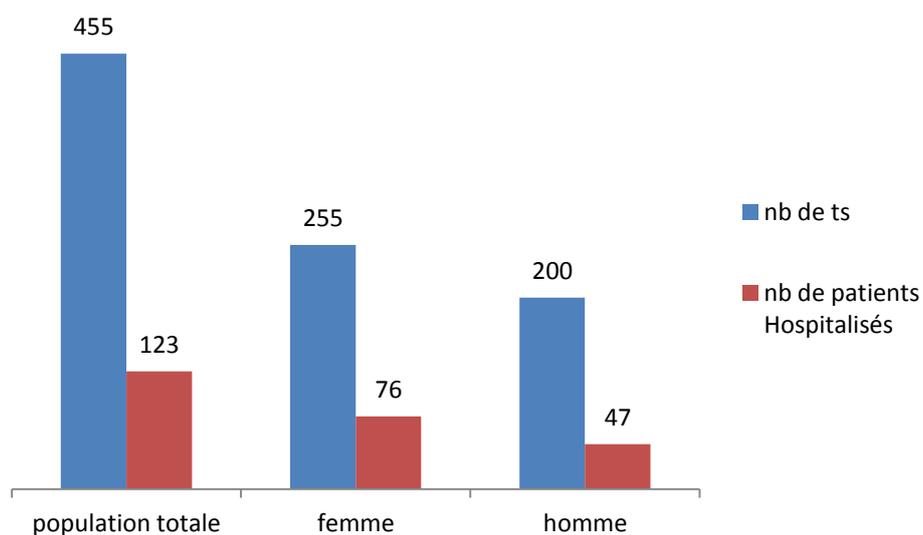
Nous avons souhaité comparer la présence d'alcool au moment du geste en fonction du sexe ; l'analyse révèle que les hommes sont significativement plus souvent alcoolisés lors du passage à l'acte suicidaire que les femmes ($p < 0,05$) (voir tableau 8 p.32).

II. Les patients hospitalisés en psychiatrie suite au geste suicidaire (n=123)

a. Données épidémiologiques

- **Sexe des patients (n=123)**

Après le geste suicidaire, 27% des patients ont été hospitalisés en service de psychiatrie avec une légère prédominance féminine puisqu'il s'agissait de 30% de femmes et 24% d'hommes (tableau 11).



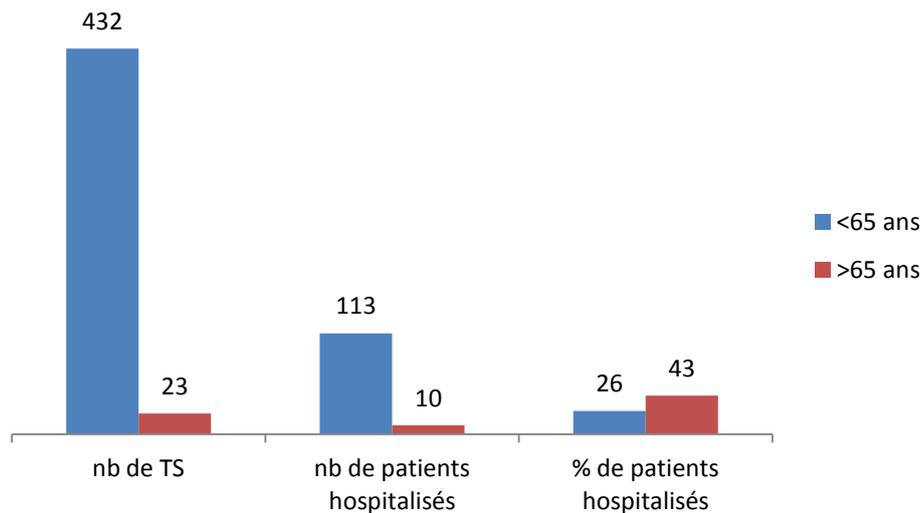
Graphique 8 : Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie en fonction du sexe (n=123)

	Nombre de TS	Nombre de patients hospitalisés	% de patients hospitalisés
Population totale	455	123	27
Femme	255	76	30
Homme	200	47	24

Tableau 11 : Répartition par sexe des patients hospitalisés en psychiatrie suite au geste (n=123)

- **Age des patients (n=123)**

La grande majorité des patients ayant réalisé une tentative de suicide entre le 25 février 2013 et le 7 avril 2013 avait moins de 65 ans mais seul ¼ de ces patients ont été hospitalisés en psychiatrie suite au geste. Par contre, près de la moitié des patients (43%) de plus de 65 ans ont été hospitalisés (tableau 12).



Graphique 9 : Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie en fonction de l'âge (n=123)

Tranches d'âges	Nombre de TS	Nombre de patients hospitalisés	% de patients hospitalisés
18 à 24 ans	63	12	19
25 à 34 ans	94	28	30
35 à 44 ans	130	34	26
45 à 54 ans	103	29	28
55 à 64 ans	42	10	24
<65	432	113	26
65 à 74 ans	13	6	46
75 à 84 ans	7	2	29
85 à 94 ans	3	2	67
>65	23	10	43

Tableau 12 : Répartition par tranche d'âge des patients hospitalisés en psychiatrie suite au geste (n=123)

b. Données descriptives

- Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie en fonction du jour de la semaine (n=123)

Quel que soit le jour de la semaine, l'hospitalisation a concerné 22 à 30 % des patients (tableau 13).

Jour de la semaine	Nombre de TS	Nombre de patients hospitalisés	% de patients hospitalisés
Lundi	76	23	30
Mardi	66	19	29
Mercredi	63	17	27
Jeudi	60	13	22
Vendredi	49	11	22
Samedi	52	15	29
Dimanche	89	25	28

Tableau 13 : Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie en fonction du jour de la semaine (n=123)

- Alcoolisation (n=123)

Parmi les patients alcoolisés au moment du geste, 20% ont été hospitalisés contre 30% des patients qui n'avaient pas consommé d'alcool (tableau 14).

Alcoolisation	Nombre de TS	Nombre de patients hospitalisés	% de patients hospitalisés
Présence	167	33	20
Absence	288	90	31

Tableau 14 : Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie en fonction de la présence d'une alcoolisation au moment du geste suicidaire (n=123)

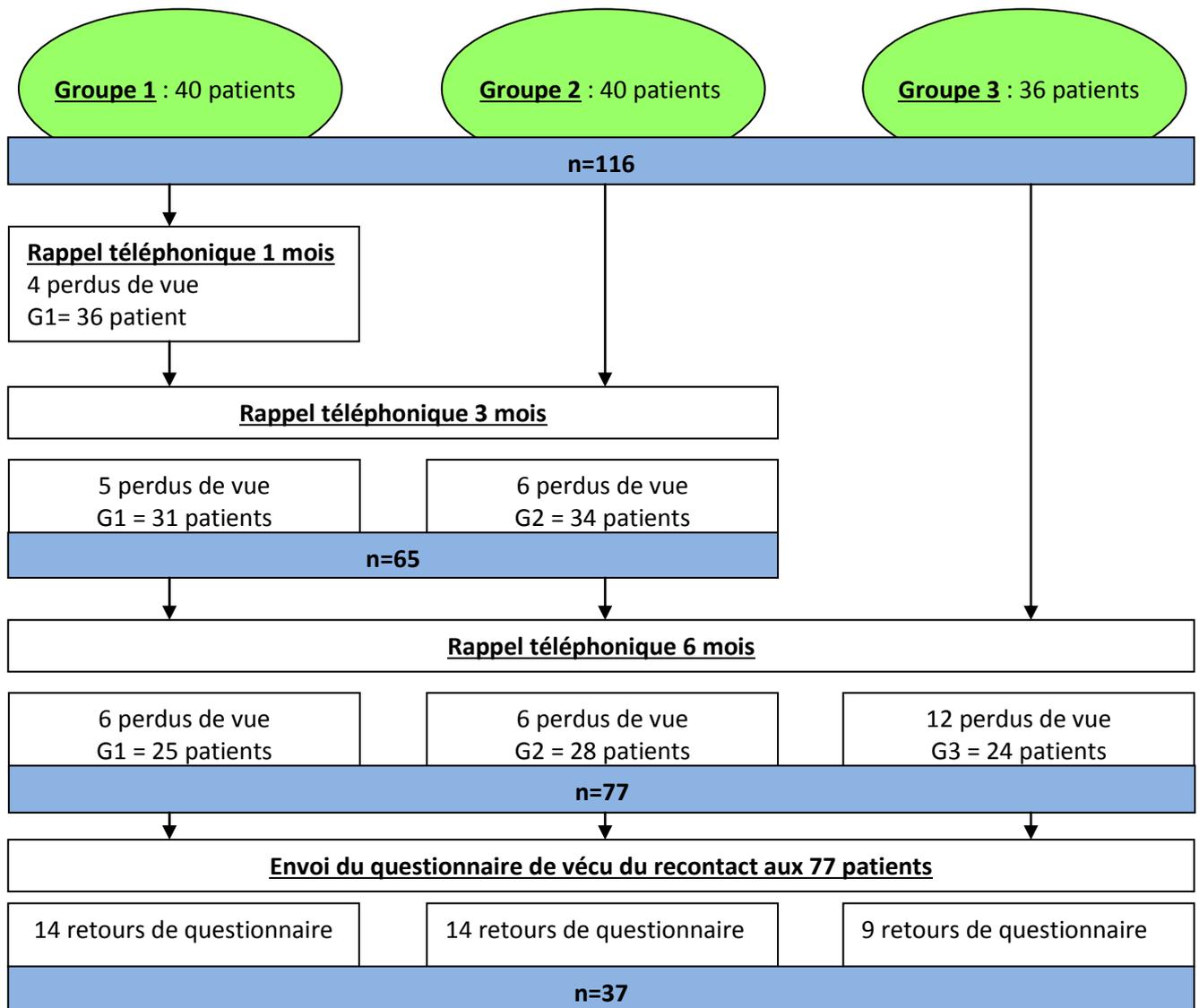
c. Résultats analytiques

Nous nous sommes également penchés sur le sexe et l'âge des patients hospitalisés. Aucune différence significative n'a été observée, même si une majorité de femmes et de patients de plus de 65 ans ont été hospitalisés (voir tableau 11 p.36 et tableau 12 p.37).

Par contre, l'analyse révèle de façon significative que les patients non alcoolisés au moment du geste sont plus hospitalisés en psychiatrie que les patients alcoolisés ($p < 0,05$) (voir tableau 14 p.38).

III. Le recontact téléphonique

A. Schéma récapitulatif des étapes de recontact téléphonique et évolution des groupes de patients



B. Description de la population recontactée par téléphone (n=116)

a. Données épidémiologiques

- **Sexe des patients (n=116)**

Sexe	Nombre	%
Femmes	73	63
Hommes	43	37
Total	116	100

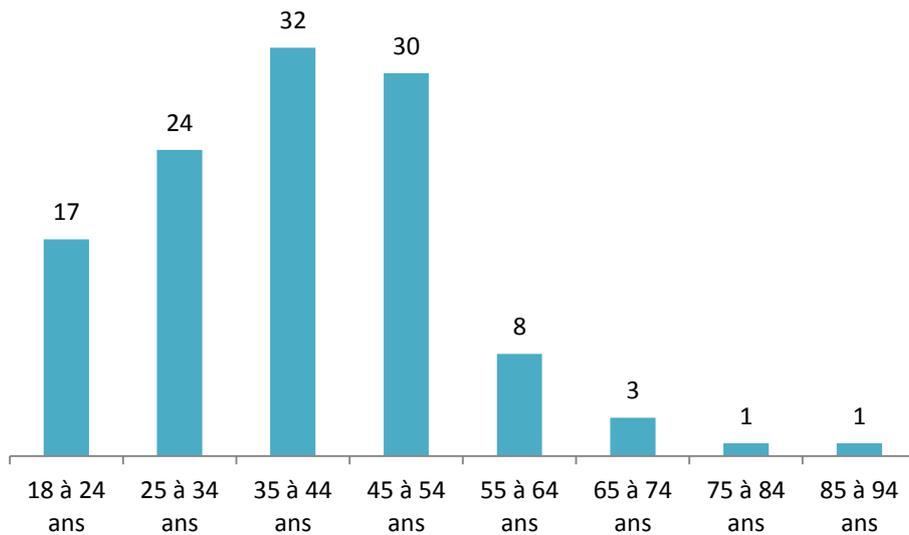
Tableau 15 : Répartition des patients par sexe (n = 116)

Parmi les 73 femmes, aucune n'était enceinte. Le sex-ratio (H/F) est de 0,59, avec donc une prédominance féminine.

- **Age des patients (n=116)**

L'âge moyen est de 40.5 ans avec un écart type de 13.6 ans, les extrêmes sont [18 – 86 ans].

D'après le graphique 8 et le tableau 12, nous pouvons noter que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 35 – 44 ans, soit 28%



Graphique 10 : Répartition des patients par tranche d'âge (n116)

Tranche âge	Nombre	%
18 à 24 ans	17	14,6
25 à 34 ans	24	20,7
35 à 44 ans	32	27,6
45 à 54 ans	30	25,8
55 à 64 ans	8	6,9
65 à 74 ans	3	2,6
75 à 84 ans	1	0,9
85 à 94 ans	1	0,9
Total	116	100

Tableau 16 : Répartition des patients suivis par téléphone par tranche d'âge (n=116)

- **Catégorie socioprofessionnel (n=112)**

Données non renseignées : 4

Parmi les 112 patients, 33 déclaraient être au chômage, soit 29,5 %, ce qui correspond à la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée. A noter que 17.9% des patients ne pouvaient travailler pour raison médicale (tableau 17).

Au moment du geste, près d'un patient sur deux ne pouvait pas exercer son activité professionnelle.

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre	%
Sans emploi	9	8
Parent au foyer	6	5,3
Chômage	33	29,5
Arrêt de travail/invalidité	20	17,9
Etudiant	3	2,7
Fonctionnaire	1	0.9
Retraité	6	5,4
Salarié agricole	1	0.9
Patron	5	4,5
Cadre moyen	2	1,8
Employé	12	10,7
Ouvrier	7	6.2
Personnel de service	7	6,2
Total	112	100

Tableau 17 : Répartition des patients suivis par téléphone en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle (n=112)

- **Situation familiale (n=109)**

Données non renseignées : 7

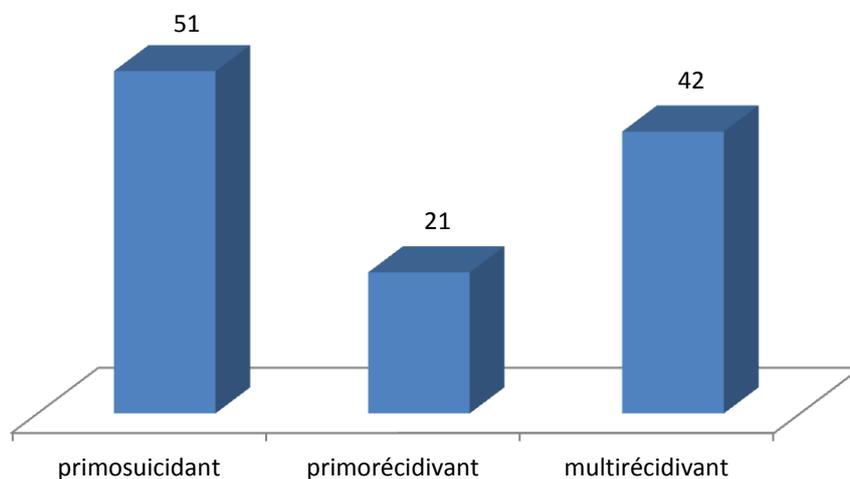
Au moment du geste suicidaire, 55% des patients vivaient seuls dont 5% par veuvage.

		Nombre	%	
En couple		49	45	
Seul	célibataire	55	50	55
	veuvage	5	5	
Total		109	100	

Tableau 18 : Répartition des patients en fonction de la situation familiale (n=109)

- **Antécédent de tentatives de suicide (n=114)**

Données non renseignées : 2



Graphique 11 : Répartition des patients par ATCD de TS (n=114)

Dans la population suivie, 45% des patients n'avaient pas d'antécédent de tentative de suicide alors que 18% récidivaient pour la première fois et 37% étaient multi-récidivants (tableau 19).

ATCD TS	Nombre	%
Primo suicidant	51	45
Primo récidivant	21	18
Multi récidivant	42	37
Total	114	100

Tableau 19 : Répartition des patients suivis par téléphone selon leurs antécédents de TS (n=114)

- **Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (n=110)**

Données non renseignées : 6

62.7% des patients n'ont jamais été hospitalisés en service de psychiatrie (tableau 20).

ATCD d'hospitalisation en psychiatrie	nombre	%
non	69	62,7
oui	41	37,3
Total	110	100

Tableau 20 : Répartition des patients suivis par téléphone selon leurs antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (n=110)

- **Suivi et traitement psychiatrique (n=113)**

Données non renseignées sur le traitement : 3 patients sans suivi psychologique

	Traitement psychotrope	Pas de traitement psychotrope	
Suivi psychologique*	31	4	35
Pas de suivi psychologique	40	38	78
Total	71	42	113

* suivi par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier de psychiatrie

Tableau 21 : Répartition des patients selon leur suivi et traitement psychiatrique

Au moment du geste, près d'un tiers des patients bénéficiait d'un suivi psychologique alors que plus de la moitié déclaraient prendre un traitement psychotrope.

Notons également que plus de la moitié des patients sans suivi psychologique bénéficient tout de même d'un traitement psychotrope.

b. Données descriptives

- **Contexte (n=114)**

Données non renseignées : 2

Lors des entretiens téléphoniques, le motif du passage à l'acte mis en avant par les patients était une situation de crise isolée dans 64 % des cas, qu'elle soit familiale, conjugale, ou professionnelle. Aucun facteur déclenchant n'était retrouvé dans 22% des cas en dehors du trouble psychiatrique existant. Enfin, 14% des patients présentaient un trouble psychiatrique associé à une situation de crise (tableau 22).

Contexte	Nombre	%
Crise familiale et/ou conjugale	51	45
Trouble psychiatrique et crise	16	14
Crise au travail	5	4
Trouble psychiatrique	25	22
Autre*	17	15
Total	114	100

autre* : deuil, douleurs chroniques, problèmes financiers

Tableau 22 : Répartition des patients suivis par téléphone en fonction du contexte de la TS (n=114)

- **Alcoolisation (n=116)**

Comme dans la population globale (n=455) où l'on constatait 37% d'alcoolisation au moment du geste suicidaire, la population suivie par téléphone comptait 38% de patients alcoolisés (tableau 23).

Alcoolisation	Nombre	%
Absente	72	62
Présente	44	38
Total	116	100

Tableau 23 : Répartition des patients suivis par téléphone en fonction de la présence d'une alcoolisation au moment du geste (n=116)

- **Moyens létaux (n=116)**

Parmi les 116 patients suivis par téléphone, la grande majorité avait réalisé leur geste suicidaire par ingestion médicamenteuse soit 94%. Les autres patients avaient utilisé la phlébotomie. Quatre patients ont associé l'ingestion médicamenteuse et la phlébotomie (tableau 24).

Moyen létaux	Nombre	%
IMV	109	94
Phlébotomie	3	2.6
IMV et phlébotomie	4	3.4
Total	116	100

Tableau 24 : Répartitions des patients suivis par téléphone en fonction du moyen létaux utilisé (n=116)

C. Résultats à 3 mois

Dans la population suivie à 3 mois (n=80), 15 patients ont été perdus de vue, 9 dans le groupe 1 et 6 dans le groupe 2.

Sur les 65 patients recontactés, 7 avaient réitéré un geste suicidaire (10,8%), 4 dans le groupe de patients rappelé à 1 mois et 3 dans le groupe de patients non rappelé, il n'y a donc pas de différence significative ($p>0,05$).

	Récidive	Pas de récidive	Total
Groupe 1 : rappelé à 1 mois	4	27	31
Groupe 2 : non rappelé à 1 mois	3	31	34
Total	7	58	65

Tableau 25 : Nombre de récurrences suicidaires à 3 mois (n=65)

Sur les 7 récurrences de geste suicidaire, 5 avaient eu lieu avant le rappel à 1 mois, 3 dans le groupe 1 et 2 dans le groupe 2.

	Récidive	Pas de récidive	Total
Groupe 1	3	28	31
Groupe 2	2	32	34
Total	5	60	65

Tableau 26 : Nombre de récurrences suicidaires à 1 mois (n=65)

D. Résultats à 6 mois

Le 07 avril 2013, à la fin de la période de recrutement, 116 patients ont accepté de participer au suivi téléphonique. Les patients appariés selon l'âge et le sexe ont été randomisés en 3 groupes :

- Groupe 1 : 40 patients appelés à 1,3 et 6 mois
- Groupe 2 : 40 patients appelés à 3 et 6 mois
- Groupe 3 : 36 patients appelés à 6 mois

A 6 mois, 77 patients ont pu être recontactés ce qui porte à 39 le nombre de patients perdus de vue (33,6%), dont 15 dans le 1^{er} groupe (37,5%), 12 dans le second (30%) et 12 dans le 3^{ème} (33,3%).

a. Impact à 6 mois des rappels téléphoniques à 1 et 3 mois (n=49)

Nous avons pour cela comparé le nombre de récurrences suicidaires chez les patients du groupe 1 et du groupe 3.

Parmi les patients des groupes 1 et 3 (n=76), 27 patients ont été perdus de vue, 15 dans le groupe 1 et 12 dans le groupe 3.

Sur les 49 patients recontactés, nous avons comptabilisé 11 récurrences suicidaires (22,5%), 7 dans le groupe intervention et 4 dans le groupe témoin. La différence n'est pas significative ($p>0,05$).

	Récidive	Pas de récidive	Total
Groupe 1: intervention	7	18	25
Groupe 3: témoin	4	20	24
Total	11	38	49

Tableau 27 : Nombre de récurrences suicidaires à 6 mois des groupes 1 et 3 (n=49)

b. Impact à 6 mois du rappel téléphonique à 3 mois (n=52)

Nous avons comparé le nombre de récurrences suicidaires des patients du groupe 2 et de ceux du groupe 3.

Sur les 76 patients inclus, 24 ont été perdus de vue, 12 dans chacun des deux groupes.

Parmi les 52 patients recontactés, 10 ont déclaré avoir réitéré un geste suicidaire (19,2%), 6 dans le groupe intervention et 4 dans le groupe témoin. La différence n'est pas significative ($p>0,05$).

	Récidive	Pas de récidive	Total
Groupe 2: intervention	6	22	28
Groupe 3: témoin	4	20	24
Total	10	42	52

Tableau 28 : Nombre de récurrences suicidaires à 6 mois des groupes 2 et 3 (n=52)

IV. Analyse des patients récidivants (n=16)

- **Données épidémiologiques**

	Femmes	Hommes	Total
Nombre	9	7	16
%	56	44	100
Moyenne d'âge (année)	46,1	32,4	40,1
Ecart type (année)	12,8	9	13

Tableau 29 : Répartition des patients récidivant selon le sexe (n=16)

A 6 mois, 16 patients ont déclaré avoir de nouveau tenté de se suicider (20,8%).

On constate qu'il s'agit en petite majorité de femmes avec un sex-ratio (H/F) de 0,78 et que l'âge moyen des patients est de 40,1 ans. Notons cependant que la moyenne d'âge des hommes récidivistes est inférieure (32,4 ans).

- **Alcool**

Une majorité de patients récidivants (10/16) étaient alcoolisés lors du 1^{er} geste suicidaire il y a 6 mois ($p>0,05$).

	Alcoolisé	Non alcoolisé	Total
Récidive suicidaire	10	6	16
Pas de récidive suicidaire	23	38	61
Total	33	44	77

Tableau 30 : Présence d'une récidive suicidaire selon l'alcoolisation lors du 1^{er} geste (n=77)

- **Antécédents de tentatives de suicide**

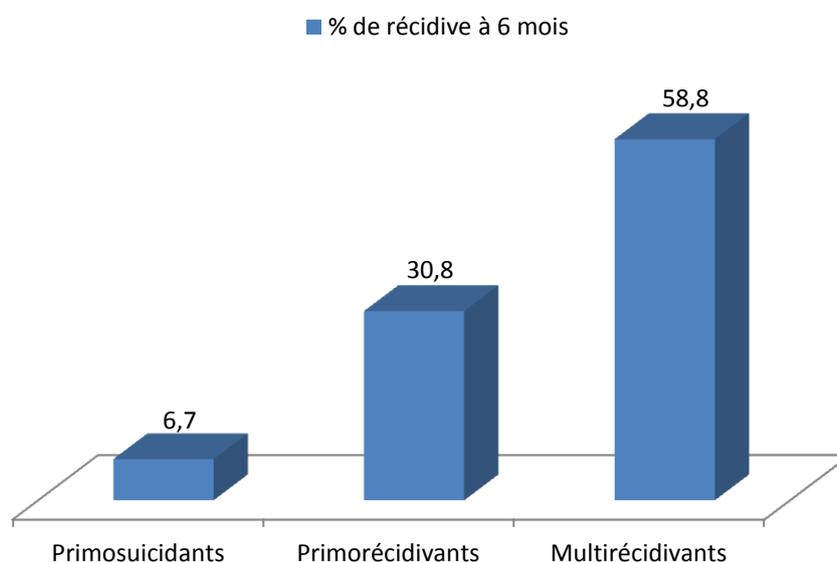
Donnée manquante : 1 patient non récidivant sans connaissance de ses antécédents

Alors que le taux de récurrence est faible à 6 mois chez les primo-suicidants (6,3%), on constate que plus d'un patient sur trois a réitéré un geste suicidaire (37%) dans le groupe des multi-récidivants.

Les patients présentant des antécédents de tentatives de suicide (au moins 2) font plus de récurrences suicidaires dans les 6 mois suivant leur geste que les patients sans antécédent de passage à l'acte suicidaire ($p < 0,05$).

Récidive suicidaire	Oui	Non	% de récurrence
Primosuicidants	2	30	6,3
Primorécidivants	4	13	23,6
Multirécidivants	10	17	37
Total	16	60	26,7

Tableau 31 : Nombre de récurrences en fonction des antécédents de TS (n=76)



Graphique 12 : Pourcentage de récurrences en fonction des antécédents de TS (n=76)

V. Vécu subjectif des patients recontactés par téléphone

A. Description de la population ayant répondu au questionnaire de vécu subjectif (n=37)

Soixante-dix sept patients ont pu être joints par téléphone à 6 mois et ont été informés de l'envoi du questionnaire. Trente sept questionnaires nous ont été retournés soit un taux de réponse de 48%.

- **Sexe des patients (n=37)**

Sexe	Nombre	%
Femmes	24	65
Hommes	13	35
Total	37	100

Tableau 32 : Répartition des patients par sexe (n=37)

Parmi les 24 femmes, aucune n'était enceinte.

Le sex-ratio (H/F) est de 0,54, avec donc une prédominance féminine.

- **Age des patients (n=37)**

L'âge moyen est de 43,5 ans avec un écart type de 13,2 ans, les extrêmes sont [21 – 85 ans].

La majorité des réponses au questionnaire (72,9%) concernait des patients âgés de 25 à 54 ans.

Tranche âge	Nombre	%
18 à 24 ans	3	8,1
25 à 34 ans	9	24,3
35 à 44 ans	9	24,3
45 à 54 ans	9	24,3
55 à 64 ans	6	16,3
65 à 74 ans	0	0
75 à 84 ans	0	0
85 à 94 ans	1	2,7
Total	37	100

Tableau 33 : Répartition des patients par tranche d'âge (n=37)

- **Répartition des patients selon leur randomisation (n=37)**

Pour rappel :

- Groupe 1 : patients contactés à 1,3 et 6 mois
- Groupe 2 : patients contactés à 3 et 6 mois
- Groupe 3 : patients contactés à 6 mois

Nous constatons un taux de réponse plus important chez les patients du groupe 1 (56%), soit chez les patients qui ont bénéficié d'un plus grand nombre d'entretiens téléphoniques mais ce de façon non significative ($p>0.05$).

Groupe	Nombre	%
Groupe 1(n=25)	14	56
Groupe 2(n=29)	14	48
Groupe 3(n=24)	9	37

Tableau 34 : Répartition des patients par groupe (n=37)

B. Analyse du vécu des patients

a. Ressenti des patients sur les entretiens téléphoniques

- Le recontact téléphonique a-t-il été bénéfique pour vous en termes de soutien psychologique ? (n=37)

Les entretiens téléphoniques ont permis d'apporter, à l'unanimité, un soutien psychologique aux patients quel que soit le délai de rappel.

Le recontact téléphonique a-t-il été bénéfique pour vous en termes de soutien psychologique?	Oui	Non
Nombre	37	0
%	100	0

Tableau 35 : Répartition des patients selon leur ressenti (n=37)

- Le recontact téléphonique a-t-il permis d'éviter une récurrence suicidaire ? (n=37)

Environ trois patients sur quatre estiment que les rappels téléphoniques ont permis d'éviter un nouveau passage à l'acte suicidaire.

Le recontact téléphonique a-t-il permis d'éviter une récurrence suicidaire?	Oui	Non
Nombre	29	8
%	78	22

Tableau 36 : Appréciation des patients quant à l'absence de récurrence suicidaire grâce au rappel téléphonique (n=37)

En analysant ces résultats en fonction des antécédents suicidaires des patients (tableau 37), nous remarquons que c'est dans le groupe des patients multi-récidivants que l'impact du rappel téléphonique a été le plus fort en termes d'évitement d'un nouveau geste suicidaire ($p>0,05$).

Donnée non renseignée sur les antécédents : 1

Le recontact téléphonique a-t-il permis d'éviter une récurrence suicidaire ?	Oui	Non	Total	% de oui
Primosuicidants	8	4	12	66,7
Primorécidivant	8	3	11	72,7
Multirécidivants	12	1	13	92,3
Total	28	8	36	

Tableau 37 : Répartition des patients en fonction de leurs antécédents suicidaires (n=36)

Quel que soit le groupe d'intervention du patient et donc le nombre de rappels téléphoniques, le pourcentage de réponse positive reste identique (tableau 38).

Le recontact téléphonique a-t-il permis d'éviter une récurrence suicidaire ?	Oui	Non	Total	% de oui
Groupe 1: RT à 1M, 3M, 6M	11	3	14	79
Groupe 2: RT à 3M, 6M	11	3	14	79
Groupe 3: RT à 6M	7	2	9	78
Total	29	8	37	

Tableau 38 : Répartition des patients en fonction de leur groupe d'intervention (n=37)

- Le recontact téléphonique a-t-il permis d'envisager ou d'initier une prise en charge par un psychiatre, un psychologue ou le Centre Médico-Psychologique proche de chez vous alors que vous y étiez opposé ?

Un tiers des patients suicidants ayant répondu au questionnaire était déjà suivi par un personnel soignant de psychiatrie au moment du geste suicidaire. Néanmoins, le recontact téléphonique a permis à plus d'1 patient sur 4 non suivi (7/25) d'envisager une prise en charge spécialisée (tableau 39).

Le recontact téléphonique a-t-il permis d'envisager ou d'initier une prise en charge par un psychiatre, un psychologue ou le Centre Médico-Psychologique proche de chez vous alors que vous y étiez opposé ?	Oui	Non	Je suis déjà suivi
Nombre	7	18	12
%	19	49	32

Tableau 39 : Initiation à une prise en charge spécialisée (n=37)

b. Ressenti des patients autour du « protocole de rappel »

- Quand vous avez reçu le courrier annonçant le recontact téléphonique, étiez-vous : Satisfait, ennuyé ou vous n'avez pas reçu le courrier ? (n=37)

Un courrier a été envoyé à chaque patient l'informant du recontact téléphonique la semaine suivante. Neuf patients sur dix ont déclaré être satisfaits à la réception de ce courrier (tableau 40).

Lors de la réception du courrier vous avez été:	Satisfait	Ennuyé	Vous n'avez pas reçu le courrier
Nombre	34	1	2
%	91,9	2,7	5,4

Tableau 40 : Satisfaction lors de la réception du courrier (n=37)

- Auriez-vous souhaité que l'on prenne de vos nouvelles plus précocement, plus tardivement ou les dates de rappel étaient satisfaisantes ? (n=36)

Donnée manquante : 1

Sur les 36 patients ayant répondu à cette question, 27 (soit 75%) estimaient que les dates de rappel étaient satisfaisantes, 8 (soit 22%) auraient souhaité être recontacté plus précocement et 1 patient a estimé que le recontact téléphonique avait été trop précoce (tableau 41).

Satisfaction quant au délai de rappel téléphonique	Rappel téléphonique plus précoce	Rappel téléphonique plus tardif	Rappel téléphonique satisfaisant	Total
Groupe 1	3	1	10	14
%	21,4	7,1	71,5	100
Groupe 2	3	0	11	14
%	21,4	0	78,6	100
Groupe 3	2	0	6	8
%	25	0	75	100
Total	8	1	27	36
%	22	3	75	100

Tableau 41 : Satisfaction du délai de recontact téléphonique en fonction du groupe d'intervention (n=36)

Quel que soit le temps écoulé entre le premier contact téléphonique la semaine suivant le geste suicidaire et les recontacts ultérieurs, les patients ont, en grande majorité, estimé ce délai satisfaisant.

Par contre, en analysant ces données en fonction des antécédents suicidaires du patient, nous pouvons noter que la population multi-récidivante se démarque avec 1 patient sur 3 qui aurait souhaité un recontact téléphonique plus précoce (tableau 42).

Données manquantes : 2

Satisfaction quant au délai de rappel téléphonique	Rappel téléphonique plus précoce	Rappel téléphonique plus tardif	Rappel téléphonique satisfaisant	Total
Primo-suicidant	2	0	9	11
%	18	0	82	100
Primo-récidivant	2	0	9	11
%	18	0	82	100
Multi-récidivant	4	1	8	13
%	31	8	61	100
Total	8	1	26	35
%	23	3	74	100

Tableau 42 : Satisfaction du délai de recontact téléphonique en fonction des antécédents suicidaires (n=35)

- Le suivi téléphonique devrait-il se poursuivre au-delà de 6 mois ? si oui à quelle fréquence et pendant combien de temps ? (n=36)

Donnée manquante : 1

Le suivi téléphonique devrait-il se poursuivre au-delà de 6 mois?	Oui	Non
Nombre	29	7
%	80,5	19,5

Tableau 43 : Poursuite du suivi téléphonique au-delà de 6 mois (n=36)

Près de 8 patients sur 10 auraient souhaité que le suivi téléphonique se poursuive au-delà de 6 mois (29/36).

Parmi les 29 réponses positives, une majorité de patients auraient souhaité un recontact téléphonique tous les 3 mois pendant 1 ou 2 années (tableau 44).

Fréquence souhaitée des recontacts téléphonique au-delà de 6 mois	Nombre	%	Durée souhaitée du suivi au-delà de 6 mois	Nombre	%
Tous les 3 mois	17	59	1 an	11	38
Tous les 6 mois	5	17	2 ans	9	31
Tous les ans	3	10	3 ans	3	10
Autre	4	14	5 ans	1	4
Total	29	100	10 ans	2	7
			Autre	3	10
			Total	29	100

Tableau 44 : Poursuite du suivi téléphonique au-delà de 6 mois, fréquence et durée souhaitées (n=36)

Lors de l'analyse des données en sous-groupe, nous pouvons remarquer que la durée de suivi souhaitée augmente avec la présence d'antécédents de tentatives de suicide (tableau 45).

Données manquantes : 2

Suivi téléphonique au-delà de 6 mois	Non	1 an	2 ans	3 ans	5 ans	10 ans	autre	Total
Primo-suicidants	4	4	1	1	1	0	0	11
%	36,35	36,35	9,1	9,1	9,1	0	0	100
Primo-récidivants	1	3	5	1	0	0	0	10
%	10	30	50	10	0	0	0	100
Multi-récidivants	1	4	2	1	0	2	3	13
%	7,8	30,8	15,3	7,8	0	15,3	23	100
Total	6	11	8	3	1	2	3	34
%	17,6	32,4	23,6	8,8	2,9	5,9	8,8	100

Tableau 45: Poursuite du suivi téléphonique au-delà de 6 mois en fonction des antécédents suicidaires (n=34)

- Pensez-vous que le recontact téléphonique devrait concerner tous les patients après un geste suicidaire ? (n=36)

Donnée manquante : 1

Les patients ayant répondu au questionnaire estiment à l'unanimité que le recontact téléphonique devrait concerner tous les patients après un geste suicidaire (tableau 46).

Le recontact téléphonique devrait-il concerner tous les patients après un geste suicidaire?	Oui	Non
Nombre	36	0
%	100	0

Tableau 46 : Intérêt d'un recontact téléphonique pour tous les patients suite à un geste suicidaire (n=36)

c. Commentaires des patients

Le questionnaire finissait par une rubrique intitulée « commentaires » dans laquelle les patients pouvaient y inscrire un texte libre. Voici l'intégralité de leurs écrits dans la syntaxe d'origine.

- « Je suis entièrement satisfaite de cette écoute. Je n'ai ressenti aucun jugement. Cela a été une aide très utile. La personne qui m'a contacté avait une voix calme, posée, encourageante. Seul reproche qui concerne plus l'administratif, c'est le cachet « anti-poison » au dos de l'enveloppe. Lorsque vous faites une tentative de suicide vous n'avez pas forcément envie que le facteur s'interroge ou que l'enveloppe s'égarde chez le voisin. Encore merci à ce médecin. »
- « Toutes mes salutations. J'ai tenté une nouvelle fois de me suicider cette fois les veines. »
- « J'ai apprécié le suivi et l'attention apporter au dialogue. Je regrette que le suivi ne se poursuit pas »

- « Madame, je suis très satisfaite de votre service et m'aide à me battre malgré la souffrance que j'ai depuis 2009 et toujours des idées noires actuellement. Je vois pas pourquoi continuer à vivre car je souffre beaucoup la vie ne me fait pas de cadeau et je fais du mal à personne »
- « Merci pour le soutien »
- « Merci à vous pour votre soutien »
- « Juste merci ! »
- « Le soutien téléphonique m'a fait beaucoup de bien de savoir qu'il y a des personnes qui (nous) comprennent, car la famille c'est bien mais ne vous comprend pas toujours. Merci ça me ferait plaisir car me rappelle. »
- « Tout dépend des personnes qui sont plus suicidaires que d'autres moi ce n'était pas un suicide je voulais juste dormir »
- « Pour mon cas le suivi téléphonique m'a permis de prendre conscience que je devais voir un psychiatre chose faite ! Maintenant chaque cas est différent. Merci pour cette aide bénéfique. »
- « Je suis bien, j'ai changé ma vie j'ai trouvé un homme qui m'aime et qui m'a comprise j'en suis très heureuse et on va se mettre en ménage. Tout va très bien. Je vous remercie. »
- « Cela m'a permis de me stabiliser et d'avoir que je suis écouté pour mon problème de suicide »
- « Cela m'a permis de pouvoir parler librement, ça m'a beaucoup aidé de savoir que l'on prend de mes nouvelles. Grand merci à cette personne. »
- « Qn n°7 : je n'y étais pas opposé, je ne savais pas que je pouvais y aller. Qn n°10 : pour ma part non, à partir du moment où la personne a fait des démarches pour être aidé.

Le recontact téléphonique est un outil parmi beaucoup d'autres c'est important de le souligner. Merci pour votre aide et votre soutien cela m'a permis de me sentir moins seule à certains moments. »

- « CONTACTE TELEPHONIQUE TRES SATISFAISANT. MERCI POUR LE SUIVI. »
- « Je suis dans une situation difficile et délicate suite à un accident de travail suivi par la perte de cette emploi, suivi par un divorce !... que demandé de plus ? »
- « Je pense que le suivi devrait être encore plus régulier pour les personnes seules et isolées. »
- « Je suis de tout cœur avec vous car vous êtes très professionnel et vraiment à l'écoute sans jugement si je peux vous aider dans votre démarche je suis à votre disposition. »

DISCUSSION

I. Discussion méthodologique

Nous avons élaboré au sein du CAP de Lille une étude prospective visant à étudier l'impact d'une demande de nouvelle téléphonique spécifique directement au patient suicidant. Le suivi téléphonique du patient étant déjà une mission du CAP de Lille réalisée en routine, nous n'avons pas effectué de demande d'autorisation auprès du Comité de Protection des Personnes.

- Biais de recrutement

Le contact avec le patient était téléphonique, nous avons donc exclu les patients non joignables par téléphone pour le suivi, à savoir les patients incarcérés, les patients vivant en collectivité (foyer, maison de retraite) et les patients dont l'identité ou les coordonnées n'ont pas été obtenues lors de l'appel initial. Cela représente un biais de sélection important puisque environ 25% des patients suicidants n'ont pas été inclus.

- Biais de confusion

Nous sommes conscients que d'autres facteurs, outre le recontact téléphonique, peuvent conditionner la récurrence suicidaire, ce qui constitue un biais de confusion. C'est d'ailleurs dans l'optique de limiter ce biais que nous avons décidé d'exclure les patients hospitalisés en psychiatrie suite au geste suicidaire estimant qu'ils bénéficiaient de soins spécifiques.

- Biais de subjectivité et de non réponse

L'existence ou non d'une récurrence suicidaire durant les 3 mois s'appuyait sur les déclarations du patient et donc sur son ressenti. Afin de limiter ce biais, nous avons considéré que toute ingestion médicamenteuse volontaire ou tout passage à l'acte auto-agressif était une récurrence suicidaire sans tenir compte du désir de mort.

- Biais des perdus de vue

Afin de limiter au maximum le nombre de patients perdus de vue nous avons :

- Lors de la prise de contact la semaine suivant le geste, tenté de joindre les patients jusqu'à 3 fois à des horaires variés, aussi bien en semaine que le week-end.
- Lors du suivi téléphonique à 3 semaines et 3 mois, envoyé un courrier postal informant le patient du rappel téléphonique 5 jours avant la date effective puis tenté de joindre chaque jour et à des horaires différents les patients dans une limite de 15 jours suivant la date théorique du rappel.

II. Résultats descriptifs

Dans la population recrutée (n=455), les tentatives de suicide concernaient 56% des femmes. Cette prédominance figurait également dans une enquête réalisée dans 6 pays européens en 2004 (ESEMeD) (34).

En 2011, la fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) du Nord-Pas-de-Calais confirmait, comme dans notre étude, une prédominance des tentatives de suicide chez les femmes. La majorité des passages à l'acte dans ce rapport concernait la tranche d'âge des 37-57 ans. La répartition est semblable dans notre population recrutée avec une prédominance de la tranche des 35-44 ans. Sur la répartition géographique, comme la F2RSM, nous avons constaté une majorité de tentatives de suicide dans l'arrondissement de Cambrai (35). Cependant, nous avons constaté avec étonnement que le taux d'incidence pour 100 000 habitants était 2 fois plus élevé dans l'arrondissement de Cambrai que dans celui de Valenciennes ; ce résultat est observé durant notre période de recrutement de 6 semaines et il serait intéressant de voir si cette tendance se confirme sur une période plus longue.

La recherche d'une répartition du nombre de tentatives de suicide en fonction des jours de la semaine relevait un plus grand nombre d'appels le dimanche et en soirée. Cette répartition était déjà constatée dans une étude menée par le Samu du Nord entre 2006 et 2008 (36).

Le moyen létal le plus employé dans notre étude était l'IMV (90% des cas). Cette donnée est cohérente avec la littérature (35).

III. Résultats analytiques

A. Intérêt du recontact téléphonique en termes de récurrences suicidaires à 6 mois

Dans notre étude à 6 mois, nous n'avons pas été en mesure de mettre en évidence une diminution du nombre de récurrences suicidaires dans les groupes ayant été rappelés à 20 jours/3 mois et à 3 mois du geste par rapport au groupe contrôle (rappelé à 6 mois). L'une des raisons est probablement liée au faible nombre de patients par groupe et donc à un manque de puissance de l'étude. Cependant, il est aussi possible que le bilan du suivi téléphonique à 6 mois soit trop précoce ; en effet, l'étude SYSCALL en 2006, mettait en évidence à 1 an du geste, un intérêt du rappel téléphonique à 1 mois de la tentative de suicide. Lors de l'évaluation à 6 mois, le résultat n'était pas significatif (21).

Paradoxalement à nos attentes, les patients du groupe 1 (soit ceux qui ont été suivis à 20 jours, 3 et 6 mois) ont été plus nombreux à récidiver (7/25 soit 28%) que les patients du groupe 2 (6/28 soit 21%) rappelés à 3 et 6 mois et les patients du groupe contrôle (4/24 soit 16%) rappelés à 6 mois. Deux hypothèses semblent plausibles pour expliquer ces résultats. Tout d'abord celle d'une meilleure alliance avec les patients recontactés 3 fois en 6 mois. En effet, il est possible que ces patients aient ressenti un cadre plus sécurisant afin d'évoquer en toute honnêteté leurs idées noires et leurs récurrences suicidaires. Ensuite, il est probable qu'un biais de mémoire soit intervenu pour les patients n'ayant été recontacté qu'à 6 mois.

B. Intérêt subjectif du recontact téléphonique par le Centre Antipoison, quel vécu pour les patients ?

Dans notre étude, l'unanimité des patients a considéré le recontact téléphonique bénéfique en termes de soutien psychologique et 78% ont estimé qu'il leur avait permis d'éviter une récurrence suicidaire.

Ces résultats sont très satisfaisants mais à nuancer. En effet, rappelons tout d'abord qu'ils ne portent que sur 37 patients. Même si le taux de réponse (48%) est légèrement supérieur au taux de réponse retrouvé par Lebow dans sa revue de littérature lors des enquêtes par courrier (38%) (25) , il faut noter que la satisfaction globale est élevée dans toutes les études de satisfaction (37). De plus, lors d'une enquête, Stallard en 1995 (cité par Ampélas) (37) , avait trouvé une moins grande satisfaction dans le groupe des non-répondeurs à l'enquête quand il les avait contactés par téléphone.

En 2009, Gruat et al. évaluaient le vécu des patients recontactés par téléphone dans l'étude SYSCALL, ils notaient que 78,9% des patients avaient considéré le recontact téléphonique comme bénéfique ce qui était dans la moyenne de satisfaction des soins ambulatoires en psychiatrie (29). Notre taux de satisfaction, supérieur à celui-ci, pourrait s'expliquer par l'origine de l'interlocuteur à savoir le Centre Antipoison. En effet, étant un service totalement différencié de celui des urgences, il n'y a pas eu de facteur confondant entre la satisfaction de la prise en charge aux urgences et celle du recontact téléphonique.

L'interlocuteur a semble-t-il eu un rôle non négligeable dans le bénéfice ressenti par les patients. Le recontact téléphonique n'avait pas pour objectif de se substituer à un suivi psychothérapeutique en face à face, cependant, réalisé par le même interlocuteur avec comme seule prétention un intérêt porté aux difficultés du patient et une écoute bienveillante, il a permis à de nombreux patients de « ne pas se sentir abandonné » une fois les soins aux urgences terminés.

C. Un recontact téléphonique, dans quel délai ?unique ?

- La précocité du recontact

Parmi les 16 patients qui ont récidivé, 7 ont réalisé leur nouveau geste suicidaire au cours du premier mois (soit 44%), 3 entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois (19%) et 6 entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois (37%). Pour les 3 patients appartenant au groupe 1, cette nouvelle tentative de suicide a eu lieu entre l'appel initial, la première semaine suivant le geste, et l'entretien téléphonique à 20 jours de cet appel initial.

La précocité du recontact est un facteur important pour diminuer le taux de récurrence. Vaiva et al. en 2006 obtenaient des résultats significatifs sur le nombre de récurrences suicidaires dans le groupe recontacté à 1 mois du geste mais pas dans le groupe recontacté à 3 mois (21). Cedereke et al. en 2002 ne mettaient pas en évidence de différence entre le groupe intervention et le groupe contrôle sur le taux de récurrence pour des interventions téléphoniques effectuées à 4 et 8 mois (20).

Dans l'étude SYSCALL, 48 des 150 récurrences suicidaires étaient survenues avant la fin du premier mois ce qui nous a conduit à effectuer, dans notre étude, le recontact téléphonique spécifique à 20 jours du premier appel téléphonique. Cependant, la prise de nouvelle initiale étant effectuée la première semaine au décours du geste, le recontact téléphonique spécifique était donc effectué à 1 mois du geste pour la majorité des patients ce qui semble être encore trop tardif. Il serait intéressant d'évaluer dans de prochains travaux un recontact spécifique encore plus précoce après le geste ou peut-être d'en effectuer un second le premier mois comme, par exemple, à 15 jours.

- Le nombre de recontacts

En analysant le vécu des patients selon le nombre d'interventions téléphoniques nous nous sommes aperçus qu'il n'y avait pas de différence entre les groupes. En effet, tous les patients ont considéré que le recontact téléphonique avait été bénéfique en termes de soutien psychologique, environ 80% des patients de chaque groupe ont estimé que le recontact téléphonique leur avait permis d'éviter une récurrence suicidaire (79% dans le groupe 1, 79% dans le groupe 2 et 78% dans le groupe 3) et concernant les dates de recontacts, les taux de satisfaction étaient proches quel que soit le groupe (71,5% dans le groupe 1, 78,6% dans le groupe 2 et 75% dans le groupe 3). Ces données nous amènent à penser que le nombre de recontacts téléphoniques n'est pas un élément important dans la prise en charge en termes de satisfaction dès lors qu'il y a eu un recontact précoce (ici la semaine suivant le geste) puis un second à distance (ici à 6 mois).

Néanmoins, l'intérêt de plusieurs recontacts téléphoniques dans les 6 mois au décours du geste peut se discuter à un autre niveau : l'adhésion aux soins. 7 patients sur 25 non suivis en psychiatrie (soit 28%) ont estimé que les recontacts téléphoniques leur avaient permis d'envisager une prise en charge psychologique et

ce taux est plus important dans le groupe 1 (37%, contre 27% dans le groupe 2 et 17% dans le groupe 3). Or, les patients suicidants, pour qui le risque de suicide est multiplié par 40 (17), adhèrent peu aux soins. En 1976, l'étude de Morgan démontrait qu'après un geste suicidaire, une faible proportion de patients allait poursuivre le suivi ambulatoire proposé au décours de l'évaluation initiale (38) et celle de Cedereke en 2002 nous indiquait que seulement 40% des patients allaient se rendre aux rendez-vous de suivi programmés (39). Le recontact téléphonique par un même interlocuteur, à plusieurs reprises, après un geste suicidaire pourrait être un outil non négligeable afin d'amener progressivement le patient suicidant vers un suivi spécialisé.

D. Le recontact téléphonique, pour quel patient suicidant ?

Les 37 patients qui ont répondu au questionnaire ont estimé que le recontact téléphonique devrait concerner tous les patients après une tentative de suicide. Néanmoins, en analysant les patients qui ont réitéré un geste suicidaire dans les 6 mois, nous avons pu mettre en avant des sous-groupes de patients particulièrement à risque de récurrence.

- Les suicidants alcoolisés au moment du geste

Nous avons constaté qu'une majorité des patients (10/16 soit 62,5%) ayant récidivé dans les 6 mois étaient alcoolisés lors de leur tentative de suicide pendant la période de recrutement. Même si ce résultat n'est pas significatif compte tenu d'un nombre trop faible de patients, nous pensons que la présence d'une alcoolisation au moment du geste est un élément important à prendre en compte lors de l'évaluation clinique initiale aux urgences. Or nous avons mis en évidence que ces patients étaient moins souvent hospitalisés en psychiatrie que les patients non alcoolisés. Il est possible que l'alcoolisation ait perturbé l'évaluation initiale de l'intentionnalité suicidaire et que le geste ait été banalisé.

A ce sujet, une étude finlandaise, publiée en 1995, s'est intéressée aux tentatives de suicide où l'alcool était en cause. Les auteurs constataient, que les patients suicidants ayant consommé de l'alcool avaient été considérés comme ayant un

risque suicidaire moins sévère, et avaient moins eu recours à l'avis d'un psychiatre. Cependant, après 5,5 ans de suivi, 3,3% de ces patients s'étaient suicidés et 67% d'entre eux avaient consommé de l'alcool avant leur suicide. Les patients consommant de l'alcool avant la tentative de suicide avaient donc été identifiés comme patients à risque de décès par suicide et une amélioration de leur reconnaissance et de leur prise en charge en service d'urgence avait donc été recommandée (40).

- Les patients multi-récidivants

Nous avons mis en évidence que les patients présentant au moins 2 antécédents de tentatives de suicide ont été plus nombreux à récidiver dans les 6 mois que les patients sans antécédent suicidaire quel que soit le groupe d'intervention.

En 1999, l'étude d'Evans obtenait les mêmes résultats. Les auteurs évaluaient la récurrence d'un geste suicidaire dans les 6 mois chez des patients qui en plus du traitement habituel se voyaient remettre une carte de crise où étaient indiquées les coordonnées des urgences avec un psychiatre disponible 24h/24 et 7j/7. Les résultats ne montraient pas de différence significative à 6 mois entre les 2 groupes en termes de récurrence suicidaire mais mettaient en évidence que les patients aux antécédents de gestes suicidaires étaient plus nombreux à avoir récidivé dans le groupe intervention (41).

Néanmoins, malgré un plus grand nombre de récurrences, les patients multi-récidivants de notre étude ont été plus nombreux à estimer que le recontact téléphonique leur avait permis d'éviter une récurrence suicidaire (92,3% contre 66,7% chez les primo-suicidants et 72,7% chez les primo-récidivants). Ce sous-groupe de patient est probablement plus sensible au recontact téléphonique. En effet, ils étaient plus nombreux à souhaiter le recontact téléphonique plus précoce après le geste mais également plus prolongé dans le temps. Cette impression est confirmée par l'étude de Gruat et al. qui portait sur le vécu du recontact téléphonique par les patients de l'étude SYSCALL qui soulignait des attentes différentes chez les primo-suicidants et les multi-récidivants. Les patients récidivistes étaient plus nombreux à considérer que le suivi téléphonique devrait concerner tous les patients suicidants (29).

Ces différentes données nous amènent à penser que les patients ont des attentes différentes en termes de prévention de la récurrence en fonction de leurs antécédents suicidaires. Il aurait été intéressant, afin d'essayer d'identifier les causes de ces différentes attentes, d'avoir des données cliniques sur le type de trouble psychiatrique présenté par les patients.

E. Les points forts et les limites du recontact téléphonique par le Centre Antipoison.

- La famille, les proches

Dans notre étude, 116 patients ont accepté le recontact téléphonique à distance du geste et 5 patients ont refusé. Parmi ces 5 patients, il s'agissait pour 3 d'entre eux du refus d'un proche de nous mettre en contact avec le suicidant estimant « que lui parler directement ne l'aiderait pas à aller mieux ».

En effet, notre méthodologie consistait à recruter les patients sur les dossiers du Samu et du CAP, le premier contact téléphonique, la semaine suivant le geste, se faisait donc auprès de la personne qui avait demandé de l'aide, il s'agissait en grande majorité d'un parent ou d'un ami du suicidant. Cet appel qui visait à obtenir les coordonnées téléphoniques du suicidant se transformait dans la plupart des cas en un entretien de soutien et de réassurance des proches qui pouvait durer jusqu'à 30 minutes.

Pour une majorité des patients (45%), il s'agissait du premier geste suicidaire et donc par extrapolation nous pouvons imaginer qu'il s'agissait également d'une première fois pour le proche ayant contacté le Samu ou le CAP. Lors de l'entretien téléphonique, nous avons pu ressentir un besoin des proches de verbaliser autour de l'acte, d'être écouté, de comprendre le geste et d'y donner un sens.

L'étude IMTAP réalisée au CHRU de Lille a révélé que la consommation de médicaments des proches du suicidant était multipliée par 2,37 à un an du geste (42). Le passage à l'acte suicidaire a donc certes un impact pour le devenir du

patient puisqu'il augmente son risque de décès par suicide mais également pour son entourage.

Recruter les patients suicidants par l'intermédiaire des dossiers Samu et CAP permet donc de rentrer en contact avec les proches du patient. Il serait intéressant de pouvoir étudier à l'avenir l'impact qu'aurait un recontact des proches. Cette démarche pourrait intervenir dans le cadre d'une prévention tertiaire du comportement suicidaire.

- L'outil téléphonique

Dans notre population générale de 455 patients majeurs, joignables par téléphone, ayant réalisé un geste suicidaire sur la période du 25 février au 7 avril 2013, la moyenne d'âge était de 40,5 ans et l'écart-type de 13.6 ans. Dans l'échantillon de population ayant accepté un recontact téléphonique à distance du geste (n=116), la moyenne d'âge était de 40,8 ans et l'écart-type de 13,9 ans. Dans les deux populations, le sex-ratio était en faveur des femmes. Ces éléments nous confirment que la population des suicidants ayant accepté les rappels téléphoniques est représentative de la population des suicidants du département du Nord pendant la période de recrutement.

Nous avons constaté un taux de refus du recontact téléphonique très bas. En effet, seulement 5 patients sur 121, soit 4,1% des patients joignables ont refusé le recontact téléphonique à distance du geste. Comme nous l'avons déjà mentionné, pour 3 de ces 5 patients, ce sont les proches qui ont refusé sans demander l'avis du patient, on peut donc considérer que seulement 1,7% des patients ont refusé le suivi (2 patients sur 118 contactés directement).

Ces chiffres peuvent s'expliquer par plusieurs hypothèses.

Premièrement, la demande de nouvelles est une mission de routine du Centre Antipoison de Lille. Certains patients en avaient peut-être déjà fait l'expérience lors d'accidents domestiques.

Deuxièmement, lors du recontact, nous appelions en tant que médecin du Centre Antipoison et non en tant que médecin psychiatre, cet élément important a peut-être

permis au patient de se sentir moins stigmatisé, d'autant plus que 45% des patients concernés étaient des primosuicidants.

Enfin, l'usage de l'outil téléphonique a permis d'entrer en contact avec un plus grand nombre de patients. En 2006 l'étude SYSCALL, rapportant un taux de recrutement beaucoup plus élevé que dans les études antérieures, montrait que les patients étaient plus ouverts à des contacts téléphoniques qu'à des rendez-vous avec un psychiatre.

L'une des principales limites de cette étude est le nombre de patients perdus de vue. En effet, à 6 mois, 39 patients (33,6%) ont été perdus de vue car non joignables pendant 15 jours. Cependant, nous ne connaissons pas la raison pour laquelle ils sont restés injoignables. Ces patients ont pu : changer de numéro de téléphone, être hospitalisés, souhaiter quitter le suivi, avoir récidivé et/ou être décédés.

CONCLUSION

Le suicide est responsable de près de 11 000 morts chaque année en France, et environ 200 000 personnes par an font une tentative de suicide. Il s'agit donc d'un véritable problème de santé publique en termes de morbi-mortalité mais également en termes de coût.

En 2013, le conseil économique social et environnemental, estime à 5 milliards d'euros annuel le coût de la prise en charge des suicidés et des suicidants en France concernant les soins apportés aux urgences et les soins à long terme. A ce coût, il faut ajouter les effets sur les proches qui sont plus difficiles à évaluer (43).

Depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics encouragent les professionnels de santé à développer la recherche et les initiatives pour la prise en charge des suicidants. En 2013, dans un travail de thèse réalisé sur le téléphone comme outil de prévention du suicide, l'auteur concluait en disant « que cet outil peu coûteux, facilement réalisable et bien accepté par les patients suicidants devait être considéré comme une prise en charge indéniable de la prévention de la crise suicidaire mais également de la récurrence suicidaire » (44).

Fort de ces éléments, nous avons tenté de mesurer l'impact d'un recontact téléphonique du suicidant au sein du Centre Antipoison de Lille. A 6 mois, nous n'avons pas été en mesure de mettre en évidence une diminution du nombre de récurrences suicidaires dans les groupes interventions. Cependant, l'unanimité des patients ayant répondu au questionnaire de vécu subjectif a estimé le recontact bénéfique en termes de soutien psychologique et une majorité a estimé qu'il leur avait permis d'éviter une récurrence suicidaire. Pour certains, le recontact téléphonique a également permis d'envisager ou d'initier une prise en charge spécialisée alors qu'ils y étaient opposés.

Chaque appel passé au Centre Antipoison de Lille engendre un recontact téléphonique de l'intoxiqué ou des proches. Le Centre Antipoison de Lille pourrait donc apporter une contribution non négligeable dans la prévention des récurrences suicidaires en réalisant un recontact spécifique précoce au patient suicidant non hospitalisé en psychiatrie.

Nous pouvons imaginer que ce dispositif peu coûteux pourrait à l'avenir être intégré à un système de veille sanitaire tel que celui expérimenté dans l'étude ALGOS sur la prise en charge des suicidants évalué au CHRU de Lille (45).

Enfin, le Centre Antipoison est en contact régulier avec les proches des intoxiqués ce qui pourrait lui conférer un rôle particulier dans la prise en charge des proches des suicidants.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. INVS. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [en ligne]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire> (page consultée le 09 août 2013).
2. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. sept, 2011.
3. Ducrocq F, Hadjeb L, Boss V et al. Enquête un jour donné sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais. *Inf Psychiatr.* 1 déc 2009; Volume 85(10): 899-905.
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet.* avr 2009; 373(9672): 1372-1381.
5. Rivallan A. Suicide and attempted suicide in France. *Soins Psychiatr.* oct 2006; (246): 18-19.
6. 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.
7. ANAES. La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge. Paris; 2000 oct p. 31.
8. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C et al. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry.* août 1996; 153(8): 1001-1008.
9. Appleby L, Cooper J, Amos T et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 1999; 175: 168-174.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 1997; 170: 205-228.
11. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 2000; 34(3): 420-436.
12. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 7 déc 2004; 76 Suppl: S11-19.
13. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004; 4: 37.
14. 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.
15. Kapur N. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. *BMJ.* 19 oct 2002; 325(7369): 866-867.

16. 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: 70-75.
17. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Neuropsychopharmacol Hung Magy Pszichofarmakológiai Egyes Lapja Off J Hung Assoc Psychopharmacol.* juin 2012; 14(2): 113-136.
18. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002.
19. Kapur N, Cooper J, Hiroeh U et al. Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *Gen Hosp Psychiatry.* janv 2004; 26(1): 36-41.
20. Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry.* avr 2002; 17(2): 82-91.
21. 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.
22. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* sept 2008; 86(9): 703-709.
23. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord.* mai 2013; 147(1-3): 269-276.
24. Pirkis J, Burgess P, Meadows G et al. Self-reported needs for care among persons who have suicidal ideation or who have attempted suicide. *Psychiatr Serv Wash DC.* mars 2001; 52(3): 381-383.
25. Lebow JL. Client Satisfaction With Mental Health Treatment Methodological Considerations in Assessment. *Eval Rev.* 12 janv 1983; 7(6): 729-752.
26. Richman J, Charles E. Patient dissatisfaction and attempted suicide. *Community Ment Health J.* 1976; 12(3): 301-305.
27. 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.
28. 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.

29. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F et al. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. *L'Encéphale*. juin 2010; 36, Supplement 2: D7-D13.
30. Décret no 96-833 du 17 septembre 1996 relatif aux missions et moyens des centres antipoison et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 96-833 sept 17, 1996.
31. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées « Samu ». 87-1005 déc 16, 1987.
32. Insee - Définitions et méthodes - Commune urbaine [en ligne]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/commune-urbaine.htm> (page consultée le 02 août 2013)
33. Persson HE, Sjöberg GK, Haines JA et al. Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1998; 36(3): 205-213.
34. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (420): 21-27.
35. Suicide et tentative de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais. Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale; 2011 avr p. 30.
36. Plancke L, Amariei A, Ducrocq F et al. Les tentatives de suicide appréhendées par un Service d'aide médicale d'urgence (Samu). *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 nov 2011; 1(6): 387-394.
37. Ampélas J-F. Les enquêtes de satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis des soins psychiatriques : revue de la littérature. *Inf Psychiatr*. 1 févr 2004; 80(2): 141-146.
38. Morgan HG, Barton J, Pottle S et al. Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 1976; 128: 361-368.
39. Cedereke M, Ojehagen A. Patients' needs during the year after a suicide attempt. A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. août 2002; 37(8): 357-363.
40. Suokas J, Lönnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand*. janv 1995; 91(1): 36-40.
41. Evans MO, Morgan HG, Hayward A et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1999; 175: 23-27.
42. Ducrocq F, Jehel L, Poulet E et al. IMTAP: impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant. 2013.

43. Section des affaires sociales et de la santé. Suicide: plaidoyer pour une prévention active. Conseil économique, social et environnemental; 2013 févr p. 58.
44. Claisse M. Le téléphone comme outil de prévention du suicide: une analyse de littérature. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille 2, 2013.
45. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. BMC Psychiatry. 2011; 11:1.

ANNEXES

ANNEXE 1 :



**Pôle de l'Urgence
SAMU - Centre Antipoison**

CENTRE ANTIPOISON

Chef de Service : Dr M. MATHIEU-NOLF

Le 30 / 05 / 2013

Madame [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Madame,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique du 13 / 03 / 2013, je vous confirme que je prendrai à nouveau de vos nouvelles dans quelques jours.

En cas de besoin, n'hésitez pas à recontacter le Centre Antipoison au 0800 59 59 59.

Je vous en souhaite bonne réception et restons à votre entière disposition.

Cordialement

Docteur Lucile DEFFENSE



Docteur Monique MATHIEU - NOLF

CENTRE ANTIPOISON
C.H.R.U.
5 avenue Oscar Lambret
59037 Lille cédex - FRANCE

tél (urgence) (33) 0 800 59 59 59
tél (secrétariat) (33) 03.20.44.47.99
Fax (33) 03.20.44.56.28

ANNEXE 2 :



Madame, Monsieur

Vous avez accepté d'être recontacté par téléphone par un médecin du Centre Antipoison dans les suites d'un geste suicidaire pour lequel vous ou vos proches avez demandé de l'aide au SAMU 59 ou au Centre Antipoison de Lille.

Nous souhaitons connaître votre ressenti quant à ce suivi afin d'améliorer la prise en charge des personnes en état de détresse psychologique.

Ce questionnaire est anonyme et n'a pour seul but que l'amélioration du système de soins.

Merci d'y répondre et de nous le retourner dans l'enveloppe prévue à cet effet au plus tard pour le 15 novembre 2013.

Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apporterez à notre démarche.

Docteur Lucile DEFFENSE



Docteur Monique MATHIEU – NOLF



Suivi téléphonique du Centre Antipoison de Lille : votre avis nous intéresse

1. Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

2. Votre âge :

3. Votre code postal :

4. Quand vous avez reçu le courrier annonçant le recontact téléphonique étiez-vous :
 - Satisfait
 - Ennuyé
 - Vous n'avez pas reçu le courrier

5. Le recontact téléphonique a-t-il été bénéfique pour vous en terme de soutien psychologique ?
 - Oui
 - Non

6. Le recontact téléphonique a-t-il permis d'éviter une récurrence suicidaire ?
 - Oui
 - Non

7. Le recontact téléphonique a-t-il permis d'envisager ou d'initier une prise en charge par un psychiatre, un psychologue ou le Centre Médico-Psychologique proche de chez vous alors que vous y étiez opposé ?
 - Oui
 - Non
 - Je suis déjà suivi

8. Auriez-vous souhaité que l'on prenne de vos nouvelles :

- Plus précocement
- Plus tardivement
- Les dates de rappel étaient satisfaisantes

9. Pensez-vous que le recontact téléphonique devrait concerner tous les patients après un geste suicidaire ?

- Oui
- Non

10. Le suivi téléphonique devrait-il se poursuivre au-delà de 6 mois ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Autre :

Si oui, pendant combien de temps ?

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- 10 ans
- Autre :

Commentaires :

AUTEUR : Nom : DEFFENSE

Prénom : Lucile

Date de Soutenance : le 27 janvier 2014

Titre de la Thèse : Intérêt d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du Centre Antipoison de Lille et vécu des patients

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Psychiatrie

Mots-clés : recontact téléphonique, tentative de suicide, vécu des patients, Centre Antipoison, récurrence

Résumé :

Contexte : Le Service d'Aide Médicale Urgente (Samu) du Nord et le Centre Antipoison de Lille (CAP) ont enregistré en 2012 environ 5500 appels concernant des tentatives de suicide de patients majeurs habitant le département du Nord. Le recontact téléphonique des suicidants a déjà démontré son efficacité dans la prévention des récurrences suicidaires. La demande de nouvelle téléphonique des intoxiqués est une mission de routine du CAP. L'objectif était donc d'évaluer l'impact d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du CAP de Lille.

Méthode : Lors de cette étude prospective et monocentrique, 1427 appels pour comportements suicidaires ont été enregistrés du 25 février 2013 au 07 avril 2013 au Samu du Nord et au CAP de Lille. Après l'exclusion sur dossier des patients mineurs, non joignables et n'ayant pas réalisé de geste suicidaire, 475 patients ont été contactés par téléphone la semaine suivant le geste. Ont alors été exclus les patients ne répondant pas aux appels, ceux hospitalisés en psychiatrie au décours du geste et ceux ayant refusé la prise en charge. Finalement, 116 patients ont été randomisés en 3 groupes et recontactés par le même interlocuteur : à 20 jours, 3 et 6 mois pour le groupe 1 ; à 3 et 6 mois pour le groupe 2 ; et à 6 mois pour le groupe contrôle. Chaque patient joint à 6 mois a reçu un questionnaire de vécu subjectif de ces recontacts téléphoniques. Le critère d'évaluation principal portait sur le nombre de récurrences suicidaires entre l'appel initial et celui à 6 mois.

Résultats : Il n'a pas été mis en évidence une diminution du nombre de récurrences suicidaires entre les groupes intervention et le groupe contrôle à 6 mois. Cependant, tous les patients ayant répondu au questionnaire se sont sentis soutenus psychologiquement. Ils considéraient que le recontact téléphonique devrait concerner chaque patient après un geste suicidaire. Pour 80% d'entre eux, ce rappel leur a permis d'éviter une récurrence suicidaire et pour 28 %, d'envisager une prise en charge spécialisée alors qu'ils y étaient initialement opposés.

De façon significative, les patients des zones rurales ont fait plus de tentatives de suicide et les patients alcoolisés au moment du geste ont été moins hospitalisés en psychiatrie. Enfin, malgré un nombre plus élevé de récurrences à 6 mois ($p < 0,05$) chez les patients aux antécédents de tentatives de suicide, 92,3% d'entre eux estimaient que le recontact téléphonique leur avait permis d'éviter une récurrence suicidaire.

Conclusion : Chaque appel passé au CAP engendre un suivi téléphonique de l'intoxiqué. Le CAP pourrait donc apporter une contribution non négligeable dans la prévention des récurrences suicidaires en réalisant un recontact spécifique précoce au patient suicidant non hospitalisé en psychiatrie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Professeur WIEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DUCROCQ

Adresse de l'auteur : [REDACTED]