



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Tentatives de suicide : Analyse pratique de l'intervention Vigilans chez les sujets âgés

Présentée et soutenue publiquement le 18 mai 2017 à 18H.

Au Pôle Formation

Par Camille ELLUL, épouse TARDY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Monsieur le Docteur Jean ROCHE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean ROCHE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

CepiDC : Centre d'Epidémiologie sur les Causes médicales de Décès

CMP : Centre Médico Psychologique

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

F2SM : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé mentale

GDS : Echelle Gériatrique de Dépression

MobiQual : Mobilisation pour l'Amélioration de la Qualité des Pratiques Professionnelles

MG : médecins généralistes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PROSPECT : PRevention Of Suicidal in Primary care Elderly ; Collaborative Trial

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

TS : Tentative de Suicide

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	2
REMERCIEMENTS	7
RESUME.....	8
LISTE DES ABREVIATIONS	9
TABLE DES MATIERES	10
INTRODUCTION	13
<i>A. Le dispositif de soins Vigilans.....</i>	<i>13</i>
<i>B. Justification du travail.....</i>	<i>16</i>
<i>C. Le suicide et ses équivalents : définitions.....</i>	<i>17</i>
<i>D. La personne âgée</i>	<i>18</i>
<i>E. Epidémiologie du suicide.....</i>	<i>19</i>
<i>F. La personne âgée suicidaire</i>	<i>20</i>
<i>G. Facteurs de risque de suicide chez le sujet âgé.....</i>	<i>21</i>
<i>H. Evaluation du risque suicidaire chez la personne âgée.....</i>	<i>25</i>
<i>I. Prise en charge d'une crise suicidaire chez la personne âgée.....</i>	<i>26</i>
MATERIELS ET METHODES.....	28
<i>A. Objectif de l'étude</i>	<i>28</i>
<i>B. Analyse des fiches Vigilans des patients âgés de 70 ans et plus</i>	<i>29</i>
<i>C. Entretiens semi dirigés.....</i>	<i>30</i>
1. Choix de la méthode.....	30
2. Organisation des entretiens	31
3. Analyse des données.....	32
4. Critères de validation scientifiques	32
RESULTATS.....	33
<i>A. Le recueil des données</i>	<i>33</i>
1. A l'admission :	33

2.	Entretien téléphonique J10-J21 :	34
3.	Appels intermédiaires :	35
4.	Cartes postales :	35
5.	Courriers pour le médecin traitant :	35
6.	Questionnaires à 6 mois :	36
<i>B.</i>	<i>Les entretiens semi dirigés</i>	<i>36</i>
1.	VigilanS.....	36
2.	Patient.....	39
3.	Pratiques médicales.....	42
4.	Manque pour la prise en charge.....	45
5.	Recommandations.....	48
DISCUSSION		55
<i>A.</i>	<i>Résultats de l'étude et comparaison par rapport aux données de la littérature</i>	<i>55</i>
1.	Population générale.....	55
2.	Sex ratio	55
3.	Facteur déclenchant.....	56
4.	Mode de passage à l'acte	56
5.	Primo suicidant.....	57
6.	Difficultés dû aux déficiences des sujets âgés	57
7.	Facteurs protecteurs	58
8.	Dépression chez le sujet âgé.....	58
9.	Le recontacte téléphonique étudié par rapports aux données de la littérature	60
<i>B.</i>	<i>Tentatives de suicide et médecins traitants</i>	<i>61</i>
1.	Avantages et inconvénients.....	61
2.	Pratiques médicales.....	62
3.	Thérapeutiques médicamenteuses.....	62
4.	Facteurs de risque	63
<i>C.</i>	<i>Coordination de soins</i>	<i>63</i>

<i>D. Prévention et aides à la prise en charge</i>	64
1. Prévention pour le patient	64
2. Prévention pour l'entourage	65
3. Dispositifs existants	65
<i>E. Recommandations</i>	67
1. Cellule de prévention des situations de détresse	67
2. Information auprès des professionnels de santé.....	67
3. Intégration de Vigilans dans le système de soins.....	67
4. Plaquette d'information des dispositifs d'aide existants.....	68
5. Formations médicales.....	68
6. Concernant les cartes postales	69
7. Rendez-vous physique.....	69
8. Isolement des personnes âgées.....	70
<i>F. Forces et limites de l'étude</i>	71
CONCLUSION	73
<i>A. Résultats principaux de notre étude</i>	73
<i>B. Propositions</i>	74
<i>C. Développement possible de l'étude</i>	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	86
<i>A. Annexe 1 : Fiche inclusion patient dans Vigilans</i>	86
<i>B. Annexe 2 : Questionnaire Vigilans J10-J21</i>	87
<i>C. Annexe 3 : Questionnaire Vigilans M6</i>	92
<i>D. Annexe 4 : Questionnaire pour les entretiens semi dirigés auprès des médecins traitants</i> ...	98
<i>E. Annexe 5 : Critères COREQ</i>	100

INTRODUCTION

A. Le dispositif de soins Vigilans

VigilanS est un outil d'accompagnement pour les patients ayant réalisés une tentative de suicide. Il est développé dans le Nord Pas de Calais³⁰.

Ses objectifs sont les suivants : contribuer à une baisse de la morbi-mortalité par suicide, développer des procédures d'alerte efficace en cas de crise et mettre en place des stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires.

Les patients gardent alors un lien avec des professionnels de santé formés dans la prise en charge suicidaire.

Ce dispositif comprend une cellule de coordination, basée au CHRU de Lille, composée de six membres, dont trois médecins. Ils dirigent les appelants et organisent le dispositif.

Il existe une cellule opérationnelle comprenant les quatre appelants, qui sont psychologues ou infirmiers psychiatriques, formés à l'intervention téléphonique. Ils sont basés au SAMU 59.

Ci-dessous, des schémas expliquent les étapes de suivi réalisé par l'équipe Vigilans :

Les trois images sont tirées du site internet Vigilans.org.



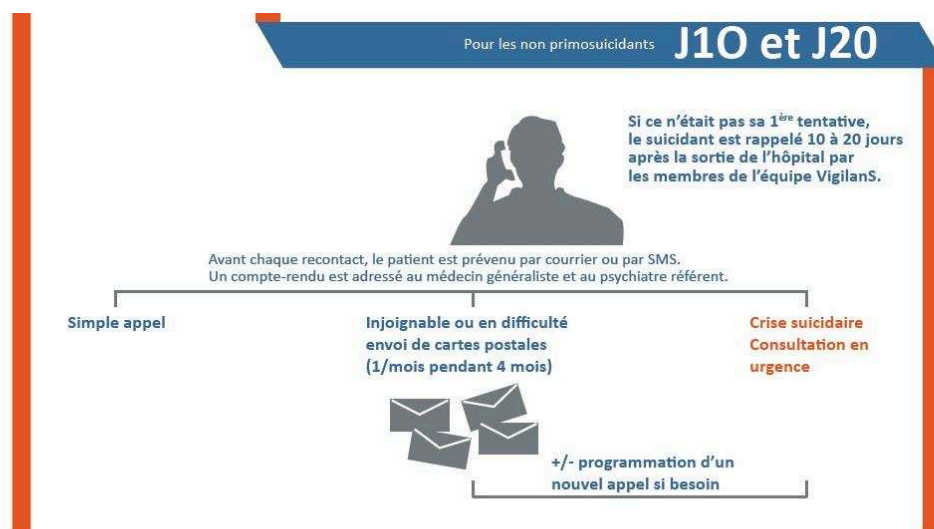
Un patient est admis dans le dispositif de soins quand il a été hospitalisé pour une tentative de suicide. Il n'y a pas de restriction quant à l'âge.

Le médecin hospitalier faxe alors une fiche informative dédiée à Vigilans pour inclure le malade (Annexe 1).

Pour ceux ayant accepté le suivi Vigilans et l'analyse de leurs données personnelles, une carte « ressource » contenant les coordonnées de Vigilans leur est transmise à la sortie d'hospitalisation. L'appel est gratuit quel que soit le moyen téléphonique utilisé.

Lors de leur inclusion, le médecin généraliste et ou le psychiatre traitants reçoivent un courrier les informant de l'inclusion de leur patient dans le dispositif de soins.

Les patients, leur entourage, les professionnels de santé gravitant autour du malade peuvent contacter les professionnels de Vigilans via la ligne dédiée, qu'ils soient primo suicidant ou non. Il y a possibilité de contacter le dispositif quel que soit le délai après la tentative de suicide.



Les non primo suicidants sont contactés par téléphone précocement à J10-J21 après la sortie de l'hospitalisation. Ils auraient dû alors être prévenus par SMS ou courrier deux jours avant la date fixée. Pour des raisons techniques, cette démarche n'a pu être réalisée. Les appelants réalisent un entretien téléphonique, grâce à un questionnaire dédié (Annexe 2). Ils peuvent ainsi analyser la thymie et l'évolution clinique du patient via des questions adaptées.

Si toutefois le patient n'est pas joignable malgré plusieurs tentatives à des jours et heures différentes, ou si les appelants relèvent une difficulté, le patient bénéficie d'envoi de cartes postales mensuelles pendant 4 mois.

Si l'appelant relève une situation de crise ou une difficulté, il se rapproche du SAMU, du médecin et/ou du psychiatre traitant pour adapter la prise en charge.

Au terme de cet entretien réalisé ou non, un courrier postal est adressé au médecin et psychiatre traitant, si le patient en est d'accord.



A 6 mois, tous les sujets sont recontactés par les professionnels de Vigilans. Ces derniers réalisent un entretien similaire à celui du J10-J21 (Annexe 3).

Un compte rendu postal est adressé aux médecins traitants.

Si une situation de crise est révélée, l'appelant tente de la gérer avec le malade et les professionnels de soins qui entourent le patient.

Au bout de ces 6 mois de veille, si le patient est considéré comme stable, ce dernier ne sera plus contacté.

Si au terme de ces 6 mois, la situation clinique reste difficile ou l'évaluation par les appelants peu concluante, le patient reste dans la veille.

Si le patient a présenté une récurrence suicidaire, il sera de nouveau suivi par les appelants pour 6 mois.

Notons que les patients peuvent décider d'abandonner la veille Vigilans. Ils ne seront alors plus contactés, après un courrier le mentionnant aux médecins traitants des sujets.

Au terme du suivi téléphonique, les patients inclus dans le dispositif de soins sont invités à évaluer le dispositif de soins par un questionnaire.

B. Justification du travail

Le suicide est un problème de santé publique en France. Les sujets âgés ne sont pas épargnés par cette problématique, voire même si l'on se fie les résultats de la littérature, ce fait s'aggrave avec l'âge.

De nombreuses études ont été réalisées pour constater et prévenir ce fléau.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, le dispositif de veille Vigilans a été instauré dans le premier centre le 1^{er} février 2015, pour toute la population, pour prévenir les tentatives de suicide. Il nous a semblé important de faire une analyse plus précise sur les sujets âgés, afin de diminuer ce taux de mortalité par suicide. Ainsi, nous avons étudié les avis des médecins traitants dont leurs patients âgés ont bénéficié du dispositif de soins Vigilans, et les avons interviewés afin de mieux comprendre les axes d'amélioration qu'ils ont perçus comme possible. Ces médecins traitants ont été aidés, en effet, à dispenser sur ces patients de soins supplémentaires adaptés, puisqu'ils sont au centre de la prise en charge⁵⁵.

Ces retours pourraient permettre une meilleure prise en charge des suicidants âgés et de leur entourage également, s'ils étaient systématisés.

Par ailleurs, il s'avère qu'en amont, améliorer la coordination pluri professionnelle et augmenter la prévention (qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire) sont des axes que nous avons explorés.

Le but de ce travail est donc, de partir des témoignages de médecins traitants, de soumettre un ensemble de propositions afin de diminuer le risque suicidaire chez le sujet âgé suite aux recensements des bénéfiques et manque perçus.

C. Le suicide et ses équivalents : définitions

Le suicide est défini par l'acte de se donner volontairement la mort, d'après la définition donnée par le dictionnaire Larousse.

Pour l'OMS, le suicide est un attentat contre sa propre personne avec un degré variable dans l'intention de mourir¹. Le suicide se voit à tous les âges, quel que soit l'origine ethnique ou socio professionnelle. Du fait de sa fréquence, l'OMS l'a déclaré comme problème de santé publique.

La France est un des pays européens où le taux de suicide est le plus élevé³⁰.

La tentative de suicide, ou tentative d'autolyse est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort³⁵.

Les comportements suicidaires indirects ou comportements auto destructeurs sont définis par la prise de risque potentiellement fatale, sans intention volontaire de mourir.

Il peut s'agir par exemple de toxicomanie ou d'alcoolisme, ou de prise de risque dans un sport (extrême). En effet, certains comportements excessifs peuvent aboutir à la mort, sans pour autant l'avoir volontairement désirée initialement.

La crise suicidaire est une rupture avec l'état antérieur. Le Pr Terra² décrit cette phase comme un syndrome pré-suicidaire. Le suicide est alors vécu par le patient comme étant la seule solution à la souffrance vécue, toutes les autres solutions n'étant plus vues par le sujet suicidaire.

Les équivalents suicidaires ne sont pas des actes auto-agressifs mais ils aboutissent à une mise en danger de la personne. En effet, notamment chez les sujets âgés³⁶, on peut observer un fléchissement rapide et subit dans les activités quotidiennes du

patient, jusqu'alors accomplies sans difficulté. Le Dr Roche, dans son analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées pour l'ANESM³⁶, prend exemple du sujet âgé qui refuse d'accepter des aides proposées, de prendre ses traitements ou ses repas, sans cause médicale pouvant expliquer cette situation.

D. La personne âgée

La vieillesse est définie par le Larousse Médical comme étant la troisième période de la vie, succédant à l'enfance et à l'âge adulte.

Pour l'OMS, la personne âgée est un sujet de plus de 65 ans³⁸.

En gériatrie, l'âge de 75 ans est souvent retenu dans cette spécialité. Il s'agit alors de personne âgée souvent poly pathologique, fragile, en perte d'autonomie³³.

Si le vieillissement est inéluctable, il ne s'accompagne pas forcément de perte d'autonomie due à une pathologie. Le troisième âge constitue une période de vie où il y a de nombreux changements. Le Pr Puisieux propose une prise en charge globale³³. Afin de promouvoir le vieillissement réussi, il propose de s'intéresser à l'ensemble des caractéristiques définissant le patient : son environnement socio familial, son mode de vie culturel et éducatif, son environnement économique, sans oublier la prise en charge médicale, physique et psychologique.

Ainsi, si le vieillissement est inéluctable, il est du ressort de l'homme de « bien vieillir » en prévenant ces conséquences et certaines maladies plus fréquentes avec l'âge.

E. Epidémiologie du suicide

L'OMS a recensé plus de 800 000 décès par suicide dans le monde, en une seule année lors du premier rapport mondial de la prévention du suicide à Genève en 2014³¹.

75% des suicides sont commis dans les pays à revenu faible ou intermédiaire³¹.

En ce qui concerne les pays européens, la France est l'un de ceux où l'on dénombre le plus de suicides³⁰.

En France, certaines régions dénombrent plus de suicides que d'autres. La Région Nord-Pas-de-Calais occupe une des premières places⁴⁰. Une étude préalable de 2010 précise qu'il existait dans la région une majoration de 21% du risque suicidaire et de 29% des tentatives de suicide par rapport à la moyenne française.

A tout âge, le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes³⁰. Cependant, tout âge confondu, les femmes ont présenté plus de tentative de suicide ou suicide abouti que les hommes³⁶.

Au niveau mondial, la tranche d'âge de patients la plus touchée par la mortalité par suicide est celle de 70 ans ou plus³⁰. Cette notion s'est confirmée au fil des années 2000³⁶.

L'intoxication par pesticides, la pendaison et les armes à feu sont les méthodes les plus fréquemment utilisées au niveau mondial³¹.

Plus de la moitié des suicidés ont consulté un médecin dans le mois précédent l'acte³². Ceci peut être un axe de prévention, si les médecins sont mieux formés au repérage de ces problématiques.

Les tentatives de suicide sont moins bien répertoriées car toutes les hospitalisations ne débouchent pas sur une déclaration³⁹.

F. La personne âgée suicidaire

Selon l'OMS, au niveau mondial, les taux du suicide sont majorés chez les personnes âgées de 70 ans ou plus³¹. Le taux de suicide chez les femmes âgées est plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.

Les femmes de plus de 70 ans risquent deux fois plus de mourir par suicide que celles de 15-29 ans.

Les patients de 65 ans et plus représentent un peu moins d'un quart des décès par suicide en France en 2010³². Il y a une sous-estimation du suicide chez les personnes âgées de 12,85%³². D'après le Cepi-DC, sur les 728 suicides répertoriés en 2014 dans le Nord Pas de Calais, 173 concernaient des sujets de plus de 65 ans, soit 23,7%³.

Il est observé que le nombre de tentatives de suicide diminue avec l'âge, mais que le taux de décès après une tentative de suicide augmente fortement avec l'avancée en âge³⁶.

En effet, le taux de mortalité par suicide reste très élevé chez les plus de 95 ans³⁶.

Le taux de suicide des hommes de plus de 85 ans est six fois plus important que celui des femmes du même âge⁴¹.

Il faut deux tentatives de suicide pour un suicide effectif chez la personne très âgée tandis que le ratio passe à 20 TS pour un décès par suicide pour le reste de la population²⁰.

Cette épidémiologie est relatée dans une étude récente de L.Plancke, qui consistait à exploiter les résultats d'une enquête en population générale, traitant des pensées suicidaires et tentatives de suicide⁶⁴. Les conclusions sont les suivantes : le taux de suicide des seniors est élevé (1/3 des suicidés) mais diminue depuis les années 1980. Les hommes mettent plus fin à leurs jours que les femmes, et ce chiffre ne cesse de croître. La région Grand Nord est une des régions la plus touchée par le suicide des sujets âgés. Le taux de létalité au décours d'un séjour hospitalier pour tentative de suicide est plus élevé que chez les sujets jeunes, mais le taux de

récidive plus faible (probablement dû à la mortalité de la classe d'âge de plus de 65 ans).

Le mode de passage à l'acte est souvent impulsif et radical, plus souvent que chez des plus jeunes³⁷. Le sujet âgé suicidaire est souvent animé d'une forte détermination et l'intentionnalité de son geste se conjugue avec une vulnérabilité somatique importante².

Le suicide des sujets âgés reste un sujet tabou³². Il constitue un problème majeur de santé publique, qui risque de s'accroître avec le vieillissement de la population française.

Une étude de type autopsie psychologique a été réalisée par CATELL et JOLY en 1995. On retrouvait déjà après autopsies psychologique de sujets âgés morts par suicide que : dans le mois précédent le suicide, 40% des sujets âgés ont laissé une lettre et 80% ont vu un de leur proche sans perception de l'état de crise suicidaire ; 58% avaient exprimé une nouvelle plainte somatique ; 11% avaient exprimé un symptôme psychique ; 64% des patients qui bénéficiaient d'un suivi spécialisé avaient vu leur psychiatre dans le mois précédent le suicide⁴².

Le dépistage des prémices à la crise suicidaire semble alors difficile à percevoir par les médecins.

G. Facteurs de risque de suicide chez le sujet âgé

Lorsque qu'un événement aigu, qu'il soit médical ou social, survient chez la personne âgée, l'accélération de la fragilité peut se voir³⁴. Même si de nombreux sujets âgés gardent la capacité de s'adapter à ces situations, il est établi que la résultante de ces aléas peuvent s'accompagner d'une souffrance psychologique: source d'une crise du vieillissement³⁶.

Les facteurs socio-économiques, culturels et physiopathologiques sont définis comme facteurs protecteurs ou de vulnérabilité⁴⁰.

Ci dessous un tableau réalisé inspiré de celui réalisé par le Pr Terra, récapitulant les facteurs de risque de suicide :

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psycho sociaux	Facteurs somatiques	Facteurs de dépendance
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent personnel de TS - Troubles de la personnalité avec impulsivité, agressivité, rigidité de la pensée - Conflits avec les proches - Dépendance à l'alcool et/ou drogues -Dépression, psychose 	<ul style="list-style-type: none"> - Sévices physiques et/ou sexuels pendant l'enfance - Antécédents familiaux de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social et affectif - Position sociale - Pertes et séparations - Deuil, endeuillés par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un cancer - Douleur chronique - Pathologies somatiques chroniques comme une maladie rénale 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance physique - Troubles sensoriels - Dépendance psychique - Troubles cognitifs

Nous développerons ci-après quelques points importants pour le sujet âgé.

- Le sexe

Les hommes âgés meurent plus que les femmes par le suicide. Par contre, les femmes font, comme à tous âges confondus, plus de tentatives de suicide que les hommes.

- Les antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide

Une tentative de suicide récente est un facteur de risque élevé de récurrence dans le mois qui suit⁵³. En effet, plus d'un tiers des sujets âgés ont déjà fait une tentative de

suicide avant de mourir par suicide⁴⁸.

Pour les antécédents familiaux de suicide, il s'agit principalement de ceux concernant des proches du premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant par exemple).

- Antécédent ou présence d'un trouble psychique
 - La fragilisation du moi⁴⁶ est décrite comme facteur de risque suicidaire.

En effet, ces ressentis donnent une vision erronée du monde qui l'entoure.

- La dépression est le facteur de risque principal de passage à l'acte.

Il est démontré lors d'autopsies psychologiques, que dans les facteurs ayant aboutis au suicide, plus de la moitié des suicidés avait une dépression⁴⁵.

Cette pathologie est fréquente chez le sujet âgé, mais les symptômes peuvent s'exprimer différemment que chez des sujets jeunes. La personne âgée exprime plus souvent son mal être physique par le corps, ce qui induit beaucoup de somatisation. Kielholz parle même de dépression masquée⁴³.

Plus la dépression sera sévère, plus il faudra être vigilant sur l'expression clinique de ce désespoir et utiliser des outils du type RUD pour mieux analyser le risque de passage à l'acte suicidaire (Risque, Urgence, Dangersité). Le dépistage et aide au diagnostic seront explicités dans le prochain chapitre⁴⁴.

- La présence d'une pathologie somatique⁴⁷

La présence de pathologie comme un cancer, une maladie rénale ou des ulcères digestifs expose le sujet âgé à un risque suicidaire accru.

La douleur physique prolongée ou trop intense, peut épuiser le patient, et peut faciliter l'apparition d'une crise suicidaire⁴⁸.

Les pathologies somatiques chroniques amenant des douleurs seraient retrouvées chez 25% des patients décédés par suicide.

- La présence d'une dépendance

La présence d'une perte sensorielle visuelle ou auditive est également un facteur de fragilisation de la personne âgée⁴⁹. Tout autre déficience pouvant rendre le patient dépendant et donc fragile, est un facteur de risque de crise suicidaire.

Nous pouvons citer les troubles cognitifs qui sont de plus en plus étudiés dans la littérature. Un lien entre démence et crise suicidaire est établi, surtout dans les premiers mois suivant le diagnostique.

- Mode de vie

Un facteur déclenchant de crise suicidaire chez le sujet âgé peut être une entrée en institution⁴.

L'isolement social est aussi un facteur de risque de dépression et donc de suicide. En effet, il est retrouvé que les sujets âgés ayant un antécédent de tentative de suicide sont plus souvent isolés⁴⁸.

Le fait d'être veuf constitue un facteur de risque⁵⁰. Et ce, de façon plus marqué chez l'homme, que chez la femme.

- Facteurs protecteurs du suicide chez la personne âgée

Au contraire, la vie en couple est reconnue comme un facteur protecteur du risque suicidaire⁵¹. D'autres facteurs protecteurs (répertoriés notamment dans la référence 36), peuvent être cités : une attitude optimiste, des convictions personnelles, sociales ou religieuses qui s'opposent au suicide, une bonne santé globale, une bonne insertion communautaire ou familiale, un accès restreint aux moyens pour se suicider, une capacité à rechercher de l'aide et à solliciter les moyens médicaux et psychiatriques.

H. Evaluation du risque suicidaire chez la personne âgée

Chez le sujet âgé, il convient de dépister la dépression car c'est un facteur de risque important du risque de passage à l'acte suicidaire et de décès par suicide. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est une pathologie plus difficile à diagnostiquer chez une personne âgée du fait des comorbidités plus fréquentes avec l'âge qui vont gêner l'analyse de certains symptômes comme la perte de poids, les troubles du sommeil, le ralentissement psycho moteur, la baisse de l'autonomie...

Ainsi, on peut s'aider de différentes échelles de dépistage. La plus fréquemment utilisée en France est la GDS : Echelle gériatrique de Dépression. Elle regroupe 30 questions. Un score de 0 à 5 est normal. Entre 5 et 9, il y a une probabilité de dépression. A 10 ou plus, il y a un fort risque de dépression. Elle ne peut être utilisée si le MMSE est abaissé.

Pour les sujets âgés atteints de maladie d'Alzheimer, nous pouvons utiliser l'échelle de Cornell. Il se déroule en deux temps : le premier en entretien avec le patient directement, le deuxième en effectuant une hétéro évaluation auprès des proches du patient. L'évaluation est faite sur les symptômes présents lors de l'interrogatoire et de la semaine précédant l'entretien.

Le programme MOBQUAL, porté par la SFGG, a pour objectif une amélioration des pratiques de prise en charge des patients âgés en EHPAD, ou à domicile³⁷. Un des axes de ce programme concerne la dépression de la personne âgée. Sans ce programme, il y est proposé une graduation des idées de mort comme suit, pour aider les soignants à mieux évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire lors d'un entretien.

Plus on avance dans l'expression de ces idées de mort, plus le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé, jusqu'au décès par suicide :

- Flashs suicidaires
- Pensées suicidaires occasionnelles
- Pensées suicidaires fréquentes
- Planification du suicide en cours
- Planification complète du suicide, mais au-delà de 48h
- Planification complète du suicide dans les 48h
- Tentative de suicide effectuée
- Décès par suicide.

Comme nous l'avons vu précédemment, il ne faut pas minimiser les souffrances exprimées par un sujet âgé. Il ne faut jamais minimiser l'expression d'idée de mort ou d'idées suicidaires en rattachant ce discours à tort sur son âge avancé. Si un patient en exprime, il conviendra de rechercher la fréquence de ces idées suicidaires, le niveau de progression de son scénario, son délai de mise en action, les facteurs de risque ou d'éventuels facteurs protecteur décrits ci-dessus, et le degré d'urgence et de risque (niveau de létalité du mode de suicide envisagé, disponibilité de ce mode de suicide envisagé...) ³⁷.

I. Prise en charge d'une crise suicidaire chez la personne âgée

Le médecin traitant aura alors ici un rôle clé ^{26,37}. Si des idées suicidaires sont perçues chez un sujet âgé, il conviendra après l'avoir écouté et essayé de l'apaiser et de le protéger, d'évaluer le niveau de risque suicidaire pour analyser le dispositif d'aides et de soins.

Il est conseillé que le suicidant soit en lien avec les professionnels de santé dont il a l'habitude pour favoriser l'alliance thérapeutique ³⁶.

Une situation de crise est une situation particulièrement instable, qui peut varier de jour en jour, voire d'un instant à l'autre. Il faut alors apprécier le degré d'urgence ⁶³ : l'intensité, la temporalité, le scénario c'est-à-dire les modalités d'acte de suicide

envisagé. Plus le scénario suicidaire sera structuré et daté, plus l'imminence du passage à l'acte suicidaire sera élevé. L'accessibilité et la létalité du moyen de suicide envisagé évaluent la dangerosité.

Souvent, lors du passage à l'acte ou risque imminent de passage à l'acte, les services d'urgence psychiatrique ou somatique doivent intervenir dans la prise en charge. La prise en charge peut alors être hospitalière avec un lien étroit maintenu avec le médecin traitant et son psychiatre pour faciliter la prise en charge post crise.

La prise en charge se continue après la situation de crise. Un lien rapproché avec le médecin traitant est nécessaire. Un suivi spécialisé peut être préconisé s'il n'existe pas déjà. L'alliance thérapeutique entre professionnels de santé et patient, et professionnels de santé entre eux, est indispensable.

Si le patient refuse un suivi médical en consultation, il est montré qu'une relance par courrier ou téléphone réduit le risque de récurrence⁵⁴. C'est sur ces bases que le programme Vigilans a été développé.

MATERIELS ET METHODES

A. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'analyser les prises en charge des sujets de 70 ans et plus inclus dans Vigilans et d'identifier des axes éventuels d'amélioration pour optimiser le suivi Vigilans des patients inclus.

Le travail a été réalisé en deux temps.

Le premier a consisté à analyser les fiches de recueil des patients de 70 ans et plus inclus dans Vigilans. Le deuxième temps a été de recueillir le témoignage de dix médecins traitants dont un de leur patient âgé a été inclus dans Vigilans. Il s'agissait alors d'un travail qualitatif.

Ce travail a été réalisé avec l'accord et l'aide du Professeur Vaiva. Il s'est fait également en coordination avec la Fédération de Recherche en Santé Mentale, responsable du recueil et de l'analyse des données Vigilans. Une déclaration CNIL a été réalisée par la F2SM pour la récupération et l'analyse des données Vigilans. Ce travail rentre dans les axes de la déclaration à la CNIL.

Par ailleurs, le projet de travail a été présenté au Comité Interne d'Ethique de la recherche médicale du GHICL, qui a déclaré que le travail rentrait dans la catégorie « évaluation des pratiques professionnelles », et qu'une déclaration CPP n'était donc pas nécessaire.

Une évaluation du bénéfice et du risque potentiel de ce travail a été réalisée :

- l'étude pourrait apporter une amélioration de la coordination Vigilans et médecin traitant pour le suivi en ville des sujets âgés suicidaires
- l'étude pourrait apporter une amélioration du dépistage et de la prévention secondaire des tentatives de suicide des sujets âgés dans la population générale
- Aucun risque pour le patient n'a été détecté dans cette étude.

B. Analyse des fiches Vigilans des patients âgés de 70 ans et plus

Le travail de cette thèse se limite aux sujets de 70 ans ou plus ayant réalisé une tentative de suicide inclus dans le dispositif de soins Vigilans.

Les critères d'inclusion sont :

- Accord d'inclusion lors de l'entrée dans le dispositif Vigilans et donc de l'analyse de leurs données
- Patient de 70 ans ou plus inclus dans le dispositif de soins
- Retour au domicile après une hospitalisation suite à une tentative de suicide
- Hospitalisation dans un centre ayant une convention avec le dispositif de soins Vigilans, ce uniquement dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les critères d'exclusion sont :

- Refus d'inclusion du patient dans le dispositif de soins Vigilans
- Non retour au domicile après hospitalisation

Les données Vigilans sont recueillies sur un logiciel créé spécialement pour le dispositif. Elles sont disponibles uniquement au CHRU de Lille avec des codes personnalisés.

Les données de ce travail ont été recueillies entre le 02 et le 19 mai 2016. Parmi tous les patients inclus dans Vigilans à cette date (2699 patients), seuls 42 avaient 70 ans et plus.

Il s'agit donc d'une analyse rétrospective des données.

Aucun des patients ayant réalisé une tentative de suicide n'a fait l'objet d'une rencontre. Les données recueillies ont été rendues anonymes.

Nous nous sommes intéressés à plusieurs items :

- Le côté « administratif » : sexe, mode de vie, âge, présence d'un médecin généraliste, d'une personne de confiance, d'un entourage présent

- Le mode de tentative de suicide dont le moyen létal utilisé
- Le questionnaire J10-J21 : nombre de tentatives d'appel, suivi en cours, besoin d'aide, risque de passage à l'acte ressenti par l'appelant, actions envisagées à la prise en charge, bilan envoyé au médecin traitant (réalisé suivant le modèle du questionnaire en annexe 2).
- Le nombre d'appels intermédiaires et de qui venait l'initiative de cet appel
- Le questionnaire à 6 mois (qui reprend les mêmes points que le premier)
- Le nombre de cartes postales envoyées
- Les supports envoyés aux médecins et psychiatres traitants.

Ces données anonymes ont été par la suite retranscrites et analysées grâce à un fichier EXCEL.

Cette analyse nous permettra de comparer nos données à celles de la littérature.

C. Entretiens semi dirigés

1. Choix de la méthode

Dans le cadre d'une meilleure connaissance du suivi des tentatives d'autolyse par le médecin généraliste, et particulièrement après l'inclusion d'un patient âgé dans le dispositif de soins Vigilans, nous avons réalisé un travail qualitatif. Nous avons entrepris des entretiens individuels semi dirigés visuels de médecins traitants dont un patient âgé était suivi par Vigilans. Le vécu, les attentes et les connaissances de ces médecins généralistes ayant un patient âgé inclus dans le dispositif de soins ont été recueillis. Cette approche a favorisé l'expression des médecins.

2. Organisation des entretiens

La sollicitation des médecins généralistes dont un de leur patient a été inclus dans le dispositif de soins s'est faite par téléphone.

Celle-ci s'est déroulée du 20 novembre au 1^{er} décembre 2016, puis la journée du 10 mars 2017 pour un ultime entretien.

Sur les 42 dossiers, 4 n'avaient pas de médecins traitants. Nous avons alors 38 médecins traitants que nous pouvions potentiellement contacter. Vingt trois médecins ont refusé de se faire interviewer (15 refus immédiat, 4 ont refusé malgré des explications sur le travail réalisé, 5 refus via leur secrétariat). Quatre médecins n'ont pu être joints car ils étaient en vacances, et les remplaçants ne souhaitaient pas répondre, n'étant pas présents lors des faits. Dix médecins ont accepté une rencontre (6 de suite, 4 suite à des explications concernant le travail).

Les médecins ont été rencontrés à leur cabinet ou domicile, en fonction de leur disponibilité. Les neuf premiers entretiens se sont déroulés du 1^{er} décembre 2016 au 10 janvier 2017. Un seul entretien a été réalisé à distance, soit le 16 mars 2017.

Un canevas d'entretien a été réalisé. Il comportait 5 grandes parties, avec questions de relances préparées à l'avance si l'interlocuteur manquait d'idées (Annexe 4) :

- Tout d'abord concernant Vigilans : comment le médecin généraliste a-t-il vécu la prise en charge de son patient dans ce dispositif de soins.
- La deuxième s'attardait sur le suivi du patient par le médecin de ville avec l'intégration de Vigilans dans sa prise en charge.
- La troisième concernait une comparaison des pratiques médicales du médecin de ville antérieurement à Vigilans et après la connaissance du dispositif.
- La quatrième recherchait ce qui pouvait manquer aux médecins de famille pour une prise en charge optimale d'un patient âgé ayant réalisé une tentative d'autolyse.
- Enfin, dans la dernière partie, nous recherchions des recommandations qu'ils pourraient nous proposer pour adapter au mieux Vigilans aux sujets âgés.

Les entretiens ont été enregistrés vocalement par un enregistreur PHILIPS, et certaines réactions physiques ont été relevées de façons manuscrites.

Le temps des entretiens variait de 16,33 à 36,16 minutes.

Afin de limiter les biais, nous reprenions la même structure d'interrogatoire ; les interviews se sont déroulées dans un endroit calme, en dehors des heures de consultation.

3. Analyse des données

Les dix entretiens ont été retranscrits sur fichiers WORD. La retranscription est restée fidèle à l'enregistrement, mot pour mot. Les remarques non verbales ont été notées entre parenthèses.

L'anonymat des médecins généralistes et de leurs patients a été respecté.

Chaque médecin généraliste et son patient se sont vus attribuer un chiffre de M0 à M9, et de P0 à P9. Si un nom de patient ou médecin était cité, il était effacé et remplacé par « x » ou un chiffre.

Chaque phrase présentant une idée jugée intéressante a été codée grâce au logiciel NVIVO 11 pour MAC. Chaque idée était retranscrite en nœuds (« nodes »).

Au total, 166 nœuds ont été créés. Ceci a permis la création de catégories et de sous-catégories. C'est ce que l'on appelle un codage en axial.

4. Critères de validation scientifiques

Nous sommes arrivés à saturation des données au bout du 7ème entretien. La réalisation de trois entretiens supplémentaires a prouvé l'absence d'idée nouvelle.

L'étude a été réalisée en suivant les critères COREQ (Annexe 5)⁶².

RESULTATS

A. Le recueil des données

Nous avons obtenus 42 dossiers de patients de 70 ans ou plus parmi les 2699 inclus dans le dispositif Vigilans, soit 2,59%.

1. A l'admission :

- Mode de vie : 26 vivaient seuls, 10 en couple, 4 en EHPAD, 2 en Foyer Logement.
- Sexe : 28 femmes, contre 14 hommes
- Age moyen : 82,24 ans (85,61 ans pour les femmes vs 81,93 pour les hommes).
- Suivi : 13 étaient suivis par un médecin généraliste et un psychiatre, 4 patients n'avaient pas de médecin généraliste, 24 n'avaient qu'un suivi par leur médecin traitant, 1 patient était suivi par seulement un psychiatre.
- 16 patients n'avaient pas de personne de confiance
- Moyens de suicide : 32 intoxications médicamenteuses volontaires (IMV), soit 76,19%, 4 phlébotomies (9,5%), 2 noyades (4,76%), 2 pendaisons associées à une IMV (4,76%), 1 pendaison (2,38%), 1 phlébotomie et IMV (2,38%)
- Nombre de jours hospitalisés : de 1 à 54.
Moyenne totale de 10,52 jours ; Médiane de 4 jours.
- Trois patients sont décédés au cours du suivi par Vigilans, dont un suite à un nouveau suicide.
- Un élément déclenchant était retrouvé chez 17 patients, dont 11 étaient une modification de mode de vie, dont entrée en EHPAD et 2 étaient un décès d'un proche familial (conjoint, provoquant une modification de mode de vie).

2. Entretien téléphonique J10-J21 :

Seuls 13 patients ont bénéficié d'un entretien téléphonique à ce moment car ils avaient réalisé au moins deux tentatives de suicide, soit 30,95% des sujets âgés inclus.

- Tous les sujets éligibles à ce coup de fil ont été joints,
- 2,5 tentatives d'appel en moyenne,
- 2 ont bénéficié d'une nouvelle hospitalisation pour motif autre que psychiatrique (« raison médicale ») et 1 en psychiatrie pour une semaine (motif non explicité),
- 11 critiquent le geste, 2 ont refusé de répondre,
- Pour 7 patients il y a eu un rapprochement familial suite à la tentative de suicide, pour 6 il n'y a pas eu de modification sociale (lieu de vie ou rapprochement familial ou amical),
- Concernant le suivi, 7 ont poursuivi un suivi médical, 2 psychiatrique et 4 ont refusé de se prononcer quant à la poursuite ou modification du suivi médical,
- Concernant les thérapeutiques médicamenteuses anxiolytique et hypnotique, sur 9 patients qui ont répondu à la question sur les 13, 6 en bénéficiaient et 3 n'en bénéficiaient pas, dont un par refus par peur de récidiver une IMV,
- Pas de risque de passage à l'acte selon l'appelant pour les 13 cas,
- 4 entretiens ont retrouvé des symptômes dépressifs associés,
- Actions envisagées suite à l'appel : 3 patients ont bénéficié d'envoi de cartes postales mensuelles pendant 4 mois devant des difficultés psychologiques perçues par les appelants Vigilans,
- Lien avec la ville : 10 médecins généralistes ont reçu un courrier suite à l'entretien, 1 psychiatre a reçu un courrier, 1 patient a refusé l'envoi d'information à son médecin traitant, 1 courrier a été envoyé au médecin traitant et psychiatre d'un sujet,
- Difficultés ressenties par l'appelant : 2 patients avaient des troubles cognitifs, 4 autres présentent une surdit e,
- Temps moyen  coule  lors de l'entretien t l phonique : 28,92 minutes.

3. Appels intermédiaires :

Comme explicité ci-dessus, les patients, personnels soignants, ou médecins peuvent contacter l'équipe Vigilans, en dehors des créneaux prévus lors de l'inclusion des patients dans le dispositif de soins. De même, si l'équipe Vigilans estime une situation comme étant en crise, ou si elle a besoin de plus amples informations, elle peut contacter le patient ou son entourage familial ou médical en dehors de la planification initiale.

10 patients sur 42 ont bénéficié d'un appel intermédiaire, soit 23,8% des patients :

- 3 de l'initiative de l'équipe soignante (EHPAD, médecin traitant et IDE libérale) pour suivi devant les situations complexes
- 3 de l'équipe soignante (médecin généraliste, infirmière libérale, infirmière de l'EHPAD)
- 2 de l'initiative des patients eux-mêmes
- 2 de l'entourage des patients

Les appelants ont appelé 1 médecin généraliste car un patient souhaitait une mise en place d'aide au domicile, 1 infirmier pour avoir des renseignements cliniques.

Date d'appel : à 5 mois en moyenne de la TS (de 3 semaines à 5 mois et 2 jours)

4. Cartes postales :

13 patients sur les 42 ont bénéficié de cartes postales mensuelles pendant 4 mois car absence de réponse ou situation difficile identifiée.

5. Courriers pour le médecin traitant :

- 42 courriers d'inclusion dans le dispositif de soin Vigilans ont été envoyés au médecin traitant
- Seul 1 courrier suite à l'entretien à J10-J21 n'a pas été envoyé car refus de la patiente

6. Questionnaires à 6 mois :

Sur les 42 patients, 1 n'a pu être réalisé car surdité invalidante, 3 patients sont décédés dont un par suicide, 13 patients ont refusé de répondre, 8 n'ont pas été réalisés du fait du retard dans la prise en charge venant de Vigilans, 13 inclusions étaient trop récentes par rapport à la date de recueil des données de notre étude, 4 ont réalisé le questionnaire soit 9,52% des inclusions.

- Durée moyenne de l'appel : 25,5 minutes (de 2 à 90 minutes)
- 3,3 tentatives d'appel avant de l'avoir en ligne
- 1 patient a récidivé sa tentative de suicide, 1 patient présente des idéations suicidaires quotidiennes. Les deux autres sont stables sur le plan thymique
- Suivi prévu : 2 poursuites du suivi instauré, 1 a raccroché au nez, 1 proposition majoration des aides.

B. Les entretiens semi dirigés

Nous exposons ici les résultats des dix entretiens semi dirigés réalisés suivant le questionnaire réalisé.

1. Vigilans

COMMENT AVEZ-VOUS VECU LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE PATIENT AVEC LE DISPOSITIF DE SOINS VIGILANS (dispositif de soins qui recontacte les patients ayant réalisé une TS)?

* Avantages et inconvénients pour le patient

Huit médecins interrogés pensaient que le dispositif de soins a permis une réassurance et un appui en plus pour le patient notamment. L'un d'entre eux signalait que « *le patient n'est pas lâché dans la nature (...) c'est très rassurant pour lui* ». Le médecin 5 complétait en disant « *je trouve ça très bien, les patients se sentent cocooner un peu* ».

Le médecin 0 considérait qu'« *il n'a pas vu la différence* » puisqu'il disait ne plus se souvenir du concept ; « *Moi je n'ai pas vu la différence et mon patient s'est senti épaulé* ».

Un bien être mental pour les patients s'est dégagé des entretiens. Le médecin 9 explique à la patiente le fonctionnement de Vigilans : « *C'(est) une association pour la soutenir qui allait lui téléphoner [...] Elle était contente de voir que l'on s'occupe d'elle et que l'on ne l'oublie pas* ». ».

Le médecin 2 a trouvé la prise en charge trop directive vis à vis du patient, mais avantageuse pour lui : « *notamment les psychiatres qui sont intervenus ont été un peu directifs quant aux traitements (...). C'est un inconvénient pour elle, c'est un avantage pour moi quelque part* ».

Le médecin 6 partageait cet avis en mettant en avant une meilleure observance thérapeutique : « *ça permet de faire une petite piqûre de rappel sur la difficulté et l'importance d'être suivi et de prendre ses médicaments* ».

Le médecin 4 relevait que son patient s'est senti « *jugé comme fou* ». Il n'a pas trouvé les explications données au patient claires. Le patient a donc assimilé le séjour hospitalier au dispositif de soins Vigilans : « *Je pense qu'il n'a pas compris l'objectif du dispositif de soins* ».

* Avantages et inconvénients pour le médecin généraliste

Les dix médecins interrogés ont considéré cette initiative comme un soutien supplémentaire pour eux, médecins de famille : « *Les avantages c'est que ça nous rassure (...) que je puisse compter sur quelqu'un en plus* » ; « *pour moi c'est une certaine sécurité. Les patients on ne les revoit pas forcément tout de suite* ».

Le médecin 8 rajoute que l'inclusion de son patient dans le dispositif est « *une bonne initiative car on est souvent un peu perdu avec ce genre de cas* ».

Sept des dix médecins interrogés complétaient en disant que ce soutien permet un travail pluri professionnel. Ceci était un avantage tant pour le médecin traitant, que pour le patient. Le médecin 6 a expliqué : « *C'est un avantage, c'est vraiment un travail pluri professionnel (...) c'est un travail qu'équipe* ».

Les médecins 0 et 7 exprimaient qu'ils ont eu moins de travail grâce au dispositif : « *c'est un monsieur très anxieux qui a dû les contacter à plusieurs reprises (...) ça a évité (...) qu'il m'appelle tous les deux jours* » ; « *C'est un gain de temps pour moi* ».

Le médecin 4 s'expliquait : « *On peut penser à une sécurité supplémentaire, même si j'en ai pas eu besoin* ».

Deux médecins (4 et 8) ont soulevé quand même l'inquiétude d'être mis à l'écart de la prise en charge de son patient et s'inquiète d'une prise en charge clinique par téléphone. Le deuxième dit : « *Il ne faudrait pas que les professionnels derrière les appels prennent la place du médecin traitant* ».

Le médecin 6 a complété en disant : « *il faudrait que le lien soit interconnecté avec nous, (...) que l'on soit une équipe* ».

*Supports reçu par Vigilans

Huit médecins sur les dix interrogés se souvenaient avoir reçu des documents à l'inclusion du patient dans le dispositif de soins par courrier.

Le médecin 6 a expliqué : « *Je ne l'ai pas appris, je ne me souviens pas avoir reçu cette information* ». Le médecin 7, suivant son patient en EHPAD a ajouté « *Je n'en ai pas vu la couleur* ».

Un a reçu un courrier intermédiaire : « *j'ai reçu une lettre comme quoi elle avait été recontactée et c'était un peu détaillé (...) j'ai trouvé ça assez bien fait* » ; « *c'est bien car on a été prévenu à chaque nouvelle intervention* ».

Le médecin 2 a eu directement un infirmier psychiatrique au téléphone pour gérer une situation de crise, ce qui l'avait aidé à la prise en charge : « *l'infirmier psy m'avait contacté car il l'avait eu au téléphone et l'avait trouvé moins bien. Il m'avait contacté pour la revoir plus vite devant la situation* ».

Le médecin 5 exprimait clairement son manque d'intérêt dans les documents reçus « *je vous préviens, je n'ai pas vraiment lu les documents* ».

2. Patient

QU'EST CE QU'EST DEVENU ACTUELLEMENT VOTRE PATIENT ?

* Retour au domicile

Les dix patients des médecins interrogés sont retournés au domicile.

Le médecin 0 a franchement accentué ses visites au domicile « *j'avais à sa demande augmenté mes visites à une fois par semaine puis toutes les deux semaines* ». Les patients 1 et 5 ont bénéficié d'une majoration du suivi également et une demande d'hospitalisation a été réalisée pour l'un pour aggravation thymique.

Le médecin 2 a réalisé des démarches pour une entrée en EHPAD de son patient ; le patient 7 était déjà dans un établissement.

Le patient 7 a bénéficié d'une accélération du rythme d'entretiens avec la psychologue de son EHPAD.

Les médecins 2, 3, 4, 6, 8 ont gardé le même rythme de rendez-vous.

Six patients des médecins interrogés n'ont pas eu d'aides complémentaires au domicile à la sortie d'hospitalisation.

Trois médecins ont proposé une majoration des aides au domicile suite à la tentative de suicide. Seul le médecin 9 s'est vu refuser cette demande : « *Je lui ai proposé une auxiliaire de vie par une association. Bon euh, Mme x n'était pas partante* ».

Le patient 0 à « *l'infirmière qui fait les médicaments qui aide à la toilette et les repas de la mairie et l'APA d'urgence qui a été instauré* ». Il en est de même pour le patient 8.

Le médecin 6 a expliqué son choix d'augmenter les passages au domicile pour son patient : « *L'objectif officiel c'est la délivrance des traitements à visée psychiatrique. L'objectif officieux c'est la présence humaine (...) C'est un objectif pour le patient que de savoir que son infirmier revient le soir ou le lendemain matin* ».

* Facteur déclenchant

Cinquante pour cent des médecins interrogés retrouvaient un facteur déclenchant à la tentative de suicide de leur patient.

Le médecin 6 a expliqué : « *Son seul repère était sa sœur et sa maison. D'un coup son neveu lui dit que sa sœur va être placée et sa maison vendue. Ça s'est fait brutalement. Lui n'était pas du tout d'accord. Tout ça a été une rupture en fait, ça faisait beaucoup* ».

* Récidive

Un patient a récidivé la tentative de suicide.

Le médecin 7 expliquait : « *le premier février de l'année suivante elle a fait une tentative de pendaison* ». Elle n'est pas décédée dans les suites de cette tentative.

* Au niveau social

Les patients 1, 3, 4, 6, 8 et 9 ne se sont pas vu modifier leur rapport à l'entourage suite à la tentative de suicide. En effet, le médecin 8 exprime « *il y a eu un froid avec ses enfants depuis que son épouse est décédée donc ceci n'a pas changé. Je ne suis même pas sûre qu'ils soient au courant de son acte* ».

Le médecin 5 a pensé à un rapprochement des aidants principaux suite à la tentative de suicide de son patient : « *il y a eu une part d'incompréhension au début, mais ils ont fini par plus l'entourer* ».

Le patient 0 est décrit comme « isolé » selon son médecin, donc pas de changement non plus.

Le médecin 4 a caractérisé son patient comme isolé, mais nous signale « *il est resté avec son épouse* ».

Le médecin 2 a signalé que la tentative de suicide a dégradé la relation avec sa fille « *Du coup leur relation continue à se dégrader* ».

* Intégration de Vigilans dans la pratique médicale

Les médecins 1 et 2 signalaient que le dispositif de soins a été inclus facilement dans leur prise en charge médicale. Le premier l'a décrit comme s'étant fait « *naturellement* » et le deuxième « *automatiquement* ».

Les médecins 0, 4, 5,7 ne l'ont pas intégré dans leur prise en charge.

Le médecin 8 explique : « *je dois dire que l'on ne nous demande pas notre avis finalement* ».

Deux d'entre eux a expliqué que sa prise en charge n'a pas été modifiée, mais permet un soutien en plus pour le patient et une prévention des récives.

* Autre exemple de tentative de suicide dans la patientèle des médecins interrogés

Deux médecins ont perdu antérieurement des patients âgés de leur patientèle par suicide (pendaison et intoxication médicamenteuse volontaire). Ils expliquaient l'absence d'idée noire retrouvée lors de leur dernière visite, et la brutalité de leur acte.

Le médecin 6 a apporté un exemple de sujet âgé ayant présenté des tentatives de suicide dans sa patientèle : par noyade « *J'ai un patient parkinsonien qui est allé dire bonsoir à toute l'équipe infirmière de sa maison de retraite, que l'on a retrouvé plus tard la tête dans sa baignoire et les jambes en l'air* »

Seul le médecin 7 a conté l'histoire d'une patiente réalisant des tentatives de suicide à répétition « *a essayé de se pendre avec son collier, a avalé quatre comprimés et m'a appelé, a bu de l'alcool alors qu'elle n'en buvait jamais* ».

Les autres médecins n'ont pas observé de décès par suicide chez leurs patients âgés qu'ils ont suivis. Le médecin 8 confirme : « *c'est le seul âgé chez qui une tentative de suicide s'est vue diagnostiquée dans mes clients* ».

3. Pratiques médicales

QUE POUVEZ VOUS DIRE DE VOS PRATIQUES ANTERIEURES A VIGILANS vs VOS PRATIQUES ACTUELLES DU SUICIDE ?

* Pratiques antérieures à Vigilans vs pratiques actuelles

Le médecin 0 n'a pas modifié ses pratiques et a souligné le fait qu'il « *a permis d'avoir moins de travail* » devant un patient a priori en demande.

Les médecins 2, 3, 5, 6, 7, 9 n'ont pas modifié leurs prises en charge pour autant avec ce nouveau dispositif. Ils semblaient s'accorder pour dire que c'est un soutien supplémentaire pour eux et le patient mais que leur conduite à tenir reste identique.

Un médecin n'a pu s'exprimer objectivement car « *(il est) très nouveau dans le domaine donc (il) n'avai(t) pas de pratiques antérieures* »

Le médecin 4 était réticent à cette prise en charge supplémentaire et répond succinctement « *Il n'y a pas eu de différence de pratique* ».

Le médecin 8 semblait sans idée quant à la question puisque pas d'antécédent notable dans sa patientèle : « *je n'ai jamais eu de tentative de suicide ou suicide dans mes clients, c'est rare rassurez moi ?* ».

* Difficultés ressenties à la prise en charge des suicidants ou dépressifs âgés ?

La majorité des médecins exprimaient des difficultés à repérer les situations à risque chez les sujets âgés.

Le médecin 1 a éprouvé des difficultés à diagnostiquer chez les sujets âgés avec des déficiences notamment « *Mme X c'est bien caractérisé, elle a encore toute sa tête mais pour d'autres personnes âgées que je suis en EHPAD par contre c'est un peu plus difficile* ». Ce dernier a comparé facilement la prise en soins des sujets jeunes « *chez les jeunes c'est plus facile à reconnaître le syndrome dépressif* » aux sujets âgés avec leurs complexités médicales. Il concluait en affirmant que la prise en charge sera forcément différente partant de ce constat.

Le médecin 4 a partagé cet avis. Il s'accordait avec le médecin 6 pour dire que « *dans tous les cas, s'ils veulent mourir, ils y arrivent. On les voit pas arriver* ».

En effet, le médecin 5 a complété en disant : « *ici à la campagne, les malades qui veulent se foutrent en l'air, en général c'est pas une tentative, c'est une réussite. Ça va être difficile de répondre car je n'ai pas beaucoup de suicidaire dans ma patientèle ou alors c'est trop tard. La difficulté c'est qu'on ne les voit pas arriver*».

Le médecin 9 essaie d'expliquer les difficultés de prise en charge des crises suicidaires chez les patients âgés : « *ce n'est pas comme si j'avais l'habitude de prendre en charge des patients suicidants [...] ça n'est pas si fréquent que ça* ».

Les médecins 6 et 7 ont exprimé cependant une possibilité d'habitué aux plaintes de leurs patients âgés : « *on les voit régulièrement et on a tendance à minimiser leurs plaintes* ».

Le médecin 8 a semblé avoir cheminé en répondant à la question, et a fini par supposer une difficulté au diagnostic et à la prise en charge des patients âgés suicidaires : « *peut-être que j'ai des problèmes pour les diagnostiquer oui. Je ne m'étais pas posé la question dans ce sens* ».

Les médecins 2 et 3 n'éprouvaient pas de difficulté au repérage des symptômes suicidaires: « *on les suit depuis des années donc on les connaît bien* ».

Les médecins 1,3 et 6 ont conclu en signalant qu'une tentative de suicide est difficilement décelable « *tout en sachant qu'une tentative de suicide on la voit pas forcément arriver* ». L'un d'entre eux a donné un exemple d'un de ses patients plus jeune, schizophrène, qui s'est suicidé par défenestration en rentrant d'une consultation avec son psychiatre libéral.

Cependant, la majorité des médecins interrogés exprimaient un manque de temps pour suivre leurs patients ayant réalisé une tentative de suicide ou ayant des idées noires au domicile. Le médecin 9 illustre ses propos : « *Et je dois dire que en dix – quinze minutes chez eux, le temps déjà qu'ils viennent nous ouvrir, bon, on n'a pas le temps de dépister tout ça* ».

* Prise en charge sujets jeunes vs sujets âgés

Les médecins 0, 3, 5 et 2 s'accordaient pour dire que la prise en charge d'un sujet âgé dépressif ou suicidant, suivi depuis longtemps par leurs soins permet de noter une évolution clinique. Il est pour eux, plus facile de les prendre en charge par rapport à un sujet jeune car « *il n'est pas comme d'habitude* ». Une prise en charge en ville se faisait plus volontiers. Pour un patient jeune « *c'est moins médecin de famille et on les connaît moins du coup* ».

Partant de ce même constat, une prise en charge hospitalière était plus souvent réalisée pour les jeunes pour le médecin 0, alors que le 2 préférait les suivre au cabinet « les sujets jeunes je vais éventuellement les envoyer au CMP, mais ils seront réticents à aller à l'hôpital ».

Les médecins 6, 7 et 8 n'ont pas vu de différence de prise en charge pour leurs patients jeunes ou âgés : « *Je ne pense pas non. Je pose la question toujours de façon très directe : « avez-vous envie de vous suicider ? » et en fonction j'agis* ». Ils exprimaient cependant une possibilité d'habitué aux plaintes de leurs patients âgés : « *on les voit régulièrement et on a tendance à minimiser leurs plaintes* ».

Le médecin 9, qui connaissait ses patients âgés sur le plan médical et personnel car les suivait depuis des dizaines d'années, s'inquiétait de méconnaître des symptômes : « *je suis peut-être moins prédisposé à chercher une dépression, et puis chez eux, on a souvent tendance à banaliser* ».

Le médecin 4 a pris contact directement avec les spécialistes hospitaliers : secteur psychiatrique pour les sujets jeunes, les géronto psychiatres pour les sujets plus âgés. Au contraire, le médecin 6 préférait privilégier un avis du CMP s'il percevait des idées suicidaires avant de l'adresser aux urgences : « Les CMP sont très réactifs. *On a un avis du CMP dans la journée s'il y a une urgence. Ça peut éviter une hospitalisation qui est assez délétère pour les patients* ».

Trois médecins exprimaient l'absence de déploiement du secteur psychiatrique dans leur région : « *Le Gx a déjà du mal à assumer les patients jeunes, alors vous imaginez les patients âgés* ».

4. Manque pour la prise en charge

QUE OU QUI VOUS MANQUE T'IL EN GENERAL POUR AIDER AU SUIVI ET A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AYANT FAIT UNE TA ?

* Lien ville - hôpital

Les médecins 0 et 1 ont précisé qu'il existait un manque de lien entre la ville et l'hôpital empêchant la bonne prise en charge d'un patient en général, et particulièrement un patient suicidaire « *mauvaise compréhension entre ville et hôpital (...) bien gros fossé* ». Le médecin 4 a insisté en disant : « *il y a un mode de fonctionnement hospitalier qui ne correspond pas aux soins humains* ».

Le médecin 8 est réticent au déploiement des médecins hospitaliers en ville : « *il ne faudrait pas que les hospitaliers débarquent dans les maisons non plus* ».

Ainsi, trois des dix médecins interrogés ont signalé que leur réseau de ville est très important, et qu'ainsi, ils arrivaient à prendre en charge des situations de crise.

Le médecin 6 s'expliquait : « *Est ce que finalement en hospitalisant on n'est pas plus délétère ? (...) avec mon réseau et le CMP qui vient au domicile, on arrive à gérer beaucoup de situations* »

* Durée de séjour d'hospitalisation

Les médecins 2, 4 et 6 s'accordaient pour dire que la politique actuelle était un retour au domicile au plus vite, quel que soit la spécialité médicale. Cependant, ils soulignent le fait que pour un sujet âgé un maintien au domicile dans de mauvaises circonstances, ne peut qu'augmenter le risque suicidaire.

« *Est ce que finalement on sécurise trop en hospitalisation et qu'au retour à la maison c'est la porte ouverte à tout ce qu'ils veulent ?* »

Au contraire, le médecin 9 trouve que les sujets âgés sont trop longtemps hospitalisés, au dépens de leur santé : « *Vous devez voir les vieux qui sont trop longtemps hospitalisés, ca ne se passe pas forcément très bien* ».

* Raisons financières

Une question financière est revenue dans deux entretiens : le retour au domicile est trop précoce. Le médecin 4 s'est expliqué : « *Avant quand les gens faisaient une TA, ils allaient où ? A l'hôpital. Maintenant on ferme les hôpitaux, donc ils rentrent à la maison* ». Ils ont exprimé une difficulté à la bonne prise en charge avec les contraintes des médecins libéraux, qui étaient entre autres, le manque de temps.

* Dispositifs d'aide de prise en charge des suicidants

Sept médecins interrogés ne s'aidaient pas des réseaux ou dispositifs existants pour les suicidants.

Ils exprimaient tous un manque d'accessibilité aux psycho-gériatres dans leur région.

En effet, le médecin 4 a dit : « *alors maintenant il y a un secteur de psycho gériatrie à Fontan qui fonctionne bien mais il y a très peu de place et c'est très compliqué d'y aller* ».

Le médecin 3 ne connaissait aucun autre dispositif, et signalait qu'il y a clairement un manque d'information pour les médecins de ville « *on n'est pas forcément informé de tout ce qui existe sur le secteur* ». Le médecin 0 « *ne pense pas forcément à tout ça (ndlr : réseaux et dispositifs d'aide aux suicidants)* » mais a poursuivi les suivis instaurés par l'hôpital dans les CMP.

Les autres médecins s'aidaient de plusieurs dispositifs d'aide pour les suicidants, qui sont notamment le CMP, le secteur psychiatrique et la cellule de crise.

Les médecins 2, 6 et 8 ont signalé s'entourer des secteurs psychiatriques, de la cellule de crise et des CMP pour améliorer sa prise en charge « *sinon ça n'est pas possible* ».

Le deuxième a dit présenter une liste qu'il donne « *aux patients fragiles* » contenant des numéros d'aide psychologique type CMP, ou social type associations aidant à l'accueil de nuit si absence de domicile par exemple.

Le médecin 1 a ajouté une équipe mobile de gériatrie qui l'a aidé en EHPAD pour le diagnostic de dépression par exemple, mais s'accordait avec le médecin 3 pour dire qu'il ne connaissait pas d'autre dispositif « *je n'ai pas eu besoin de faire appel à d'autres associations ou réseaux* ».

Le médecin 8 explique avoir « *son petit réseau de ville* » qui semble lui convenir. Le médecin 9 semble du même avis.

Un seul des médecins interrogés a exprimé son mécontentement quant aux réseaux de soins, malgré le fait qu'il les connaissait et poursuive le suivi si cela a été instauré à l'hôpital : « *Je pense que c'est une démission du système de soins. On se donne bonne conscience en incluant son patient dans un réseau (...) c'est de l'administratif qui vient au domicile* ».

Le médecin 8 laisse les médecins spécialistes d'adresser aux patients les coordonnées de dispositifs d'aide pour la prise en charge des suicidaires, quel que soit l'âge : « *c'est aux services spécialisés de transmettre les numéros particuliers, non ?* »

* Isolement des patients âgés

Plusieurs médecins relevaient le problème de l'isolement social des patients âgés et de la non connaissance de structures adaptées pour diminuer ce phénomène. Selon eux, si on résout ce phénomène, de nombreux sujets âgés seraient moins dépressifs.

Le médecin 6 a dit connaître des structures non hospitalières comme des associations, mais qui était surtout pour les patients jeunes sans domicile. Il a donné l'exemple de l'ABEJ.

5. Recommandations

QUELLES SERAIENT VOS RECOMMANDATIONS POUR ADAPTER AU MIEUX VIGILANS AUX SUJETS AGES ?

* Lien Ville - Hôpital

Les médecins 0, 1 et 6 ont exprimé un besoin de lien plus intense entre ville et hôpital, afin d'assurer un meilleur suivi des patients « *un courrier, succinct bien sûr, peut être un coup de téléphone qui me permettrait de recontacter les patients s'ils ne me recontactent pas eux-mêmes* ».

Le médecin 6 a expliqué même que c'est une priorité : « *Je pense que la première chose à faire c'est d'appeler le médecin traitant plutôt que d'envoyer un courrier (...) qui finira à la corbeille* ».

* Critères d'inclusion

Les médecins 4 et 6 proposaient une sélection des sujets à inclure dans le dispositif de soins. Dans ce contexte, l'un expliquait que son patient avait de lourds antécédents psychiatriques et que ce dispositif n'était pas adapté aux caractéristiques de son patient.

« *Je pense qu'il faudrait savoir trier les patients et pas tous les inclure dans une étude pour faire des chiffres* ».

Le deuxième s'est expliqué : « *Pour les patients qui sont psychiatriques et qui sont déjà pris en charge par le CMP et par l'infirmier libéral et le médecin généraliste, c'est un plus mais est-ce que c'est indispensable, c'est pas certain pour ce type de patient. Après pour la majorité des patients qui font une TA ça sera un support supplémentaire* ».

* Contact humain

Les médecins 0, 1, et 6 proposaient une rencontre humaine en plus du contact téléphonique « parce que c'est déjà très bien de le faire par téléphone mais d'entrer en contact humain avec le patient est encore mieux ».

« Je pense que l'inconvénient c'est la limite du système (...) Si le patient ne répond pas ou ne veut pas répondre, s'il est hospitalisé, c'est la limite. Après moi je préfère un contact humain pour soigner. Peut-être que les générations à venir seront différentes mais pour les sujets âgés c'est important ».

Le médecin 9 part du même constat, mais propose que les associations se déplacent dans la campagne reculée où il exerce. Il exprime un sentiment de solitude quant au manque de spécialistes : « *s'ils peuvent venir au-delà de leur métropole, ce serait bien* ».

Le médecin 4 a étendu la perte de contact entre confrères. Il prenait l'exemple du Centre Oscar Lambret qui a développé une plateforme informatique pour les médecins traitants, en regrettant le lien humain : « *C'est rare les hospitaliers qui prennent leur téléphone et qui appellent le médecin traitant. J'ai entendu au COL, il va y avoir un site internet pour les médecins traitants, mais c'est encore une fois pas du contact humain* ».

* Visite au domicile

Les médecins 1, 2, 3 et 9 ont proposé une rencontre au domicile : « *voir son environnement, son lieu de vie, peut être voir si chez lui il n'y a rien qui puisse être aménagé pour sa sécurité* »

Le médecin 3 a complété en proposant une association Vigilans et gériatre pour adapter au mieux les besoins des sujets âgés suicidants.

Le médecin 6 n'a pas ressenti ce besoin car signale que le CMP réalisait déjà cette prestation.

* Déficiences du sujet âgé

Les médecins 0, 6 et 9 ont rappelé que l'accès au téléphone n'était pas systématique pour tous les sujets âgés : « *il sait bien utiliser le téléphone donc pas de soucis, mais tous mes patients âgés ne savent pas forcément* ».

Le médecin 1 a complété en supposant que la mise en place du dispositif en EHPAD serait alors plus facile puisque entourés par une équipe para médicale. Pour le médecin 7, dont son patient est en EHPAD, il y avait une interférence téléphonique, modifiant la prise en charge par le dispositif de soins. En effet, il expliquait que l'accueil ou l'IDE de l'EHPAD ferait un intermédiaire dans la prise en charge de Vigilans. Une adaptation pour les patients en EHPAD serait alors envisageable.

Certaines déficiences du sujet âgé ont été relevées comme les troubles cognitifs par quatre médecins sur les dix, pouvant altérer la prise en charge téléphonique.

Le médecin 6 complétait même en parlant de l'éducation de cette catégorie d'âge qui était un frein pour la bonne pratique du contact téléphonique : « *Les patients âgés sont victimes de leur éducation. Déjà pour prendre un rendez-vous ils s'excusent quinze fois de nous déranger donc appeler juste pour parler et se plaindre, ils n'oseront pas* ».

* Intervention auprès de tous les professionnels de soins gravitant autour du patient

Une recommandation relevée parmi plusieurs médecins serait de prendre les coordonnées des médecins traitants mais aussi de tous les intervenants au domicile des sujets âgés : « *ce qui seraient bien c'est que les coordonnées soient transmises à tous les intervenants au domicile car nous médecins, on ne passe pas aussi régulièrement* ».

Le médecin 4 relevait que les professionnels de soins libéraux sont mis de côté : « *l'infirmière libérale se sent shuntée* ».

* Prise en charge globale du sujet âgé

Une partie des médecins pensaient qu'une tentative de suicide du sujet âgé nécessite une prise en charge globale et générale. En effet, l'hospitalisation leur semblait courte. Ils proposaient une intervention concomitante de gériatre avec psychiatre, si les géronto-psychiatres ne sont pas disponibles.

Le médecin 4, l'air songeur, s'est exprimé : « *le soucis pour moi est que l'on fait de la personne âgée ce qu'on a fait de la médecine : on saucissonne.(...) La personne âgée est une globalité (...) On abandonne clairement les malades âgés, ils sont isolés et ça ça n'est pas la priorité des psychiatres* ».

« *Elle est restée 24h aux urgences pour retourner à la maison de retraite* » affirme le médecin 7.

Ils souhaiteraient que le dispositif de soins, en plus de se mettre en lien avec l'ensemble des professionnels prenant soins du patient, puisse inter agir avec le médecin traitant : « *que ça soit une relation à double sens, que l'on nous contacte pour avoir des informations* » exprime le médecin 6.

* Lien avec l'entourage

Deux médecins se demandaient si l'entourage ne devrait pas être pris en soin aussi : « *c'est hyper important aussi de diagnostiquer une souffrance morale pour les voisins, mari, enfants* ».

* Délai d'intervention

Le médecin 2 a pensé que le délai d'intervention pour les primo-suicidants est trop long et propose un re-contact téléphonique plus tôt.

Le médecin 6 a développé : « *une fois par téléphone ça n'est peut-être pas assez, surtout au bout de 6 mois. C'est peut-être un peu loin. Les malades qui commencent*

à avoir des troubles cognitifs, ou même sans en avoir, auront oublié que le médecin à l'hôpital lui aura dit qu'au bout de 6 mois il aura un coup de téléphone ».

* Nombre d'intervention

Le médecin 5 a rejoint les médecins 2 et 7, en proposant en plus d'augmenter le nombre d'appels auprès des sujets âgés en particulier. Il s'est expliqué : *« oui, ne pas hésiter à réitérer les appels chez les personnes âgées pour la meilleure prise en charge. Ils risquent plus vite d'oublier la présence du dispositif ».*

* Cartes postales

Les médecins 5 et 7 qualifiaient les cartes postales moins intéressantes pour les personnes âgées.

Le premier a souligné que l'entourage interfère dans leurs papiers administratifs : *« souvent chez la personne âgée, le courrier est traité par la famille et non le patient lui-même. Donc je pense qu'une majoration des appels téléphoniques me semble plus efficient ».*

Le dernier a expliqué qu'en EHPAD, il y avait un tri et que ces cartes postales risquaient d'être jetées.

* Coordination pluri professionnelle

La prise en charge d'un patient suicidant âgé était *« un travail d'équipe »* pour les médecins 1 et 3. Le médecin 4, en accord avec le médecin 6, a illustré ce propos en disant : *« les réseaux ne doivent pas surplomber mais doivent s'intégrer je pense, c'est important de garder en tête que c'est un maillon de la chaîne qui entoure le patient ».*

Cependant, les médecins interrogés n'ont pas vu de modification en termes de coordination pluri professionnelle autour du malade depuis l'inclusion du patient dans le dispositif de soins.

Sept des dix médecins ont observé cependant une vigilance accrue des intervenants auprès du patient suicidaire lors de son retour au domicile.

« Ce qui est sûr c'est que tout ce qui est aide-soignant ou infirmier ou auxiliaire de vie, sont plus vigilantes après ; mais je ne suis pas sûr que ce soit dû à Vigilans » exprime le médecin 5.

* Explications plus intenses lors de la sortie d'hospitalisation

Les médecins 4, 6, 8 et 9 ont insisté sur le fait que le patient au sortir de son séjour hospitalier, nécessitait de recevoir un temps dédié à l'explication et s'assurer de la bonne compréhension du dispositif de soins Vigilans. En effet, certains patients semblaient ne pas avoir compris et faisaient donc mauvais usage de Vigilans.

« *Je pense qu'il n'a rien compris de l'objectif du dispositif de soins* »

« *Il faudrait peut-être s'assurer qu'à l'hôpital, ils expliquent bien aux patients âgés et leur entourage le fonctionnement, que s'ils sont angoissés ou autres, il ne faut pas hésiter à appeler* ».

Les médecins 6 et 8 proposaient que les médecins généralistes aient une information plus développée, autre que par courrier, pour insister auprès des malades de contacter Vigilans dès que nécessaire : « *Notre rôle (ndlr : de médecin de famille) c'est aussi peut-être de les inciter à contacter l'association ; peut-être de répéter aux malades qu'il ne faut pas hésiter à téléphoner suite au document reçu* ».

* Prévention

L'ensemble des médecins approuvait le dispositif car la sécurité et le suivi supplémentaire pour les patients n'étaient que positifs. La prévention secondaire

était alors renforcée. Le médecin 5 a mis en avant une vigilance accrue de tous les intervenants de santé auprès du malade. Le médecin 7 a insisté en disant qu'au retour de son patient en EHPAD, l'équipe était « *du coup peut être un peu trop vigilante et la malade plus en retrait* ».

Trois médecins ont proposé de plus fréquentes formations pour les soignants de ville et l'entourage notamment concernant le suicide et sa prise en charge chez les sujets âgés.

« *Je pense en effet que le suicide de la personne âgée est tabou et que l'entourage n'est pas forcément à l'écoute* » exprime le médecin 1.

Pour compléter ses dires, le médecin 3 a signalé un manque d'information quant aux dispositifs de soins existants. Pour les aider à la prise en charge des suicidants, il proposait une plaquette avec des coordonnées des différents procédés existants.

* Difficultés pour les médecins généralistes

Les médecins ont relevé des problématiques, sans pour autant avoir de proposition d'amélioration.

Plusieurs médecins interviewés ont exprimé un manque de compétence dans ce domaine : « *Les médecins libéraux (...) ne sont pas forcément formés* ».

Le problème de la temporalité est revenu dans tous les entretiens.

« *On n'a pas le temps de passer 30 minutes chez le même patient tous les jours pour s'assurer qu'il soit stable sur le plan thymique* » explique le médecin 4.

Le médecin 7 a dit simplement qu'il n'avait « *pas le temps de me former* »

Enfin, très peu de cas dans leur patientèle ont été relevés, mis à part le médecin 6 qui a dénombré 3 patients âgés qui se sont suicidés au cours de sa carrière. Il nous a expliqué qu'il travaillait beaucoup avec le CMP. Le médecin 5 a expliqué : « *les sujets âgés suicidaires, heureusement on n'en a pas beaucoup* ».

DISCUSSION

A. Résultats de l'étude et comparaison par rapport aux données de la littérature

1. Population générale

Les sujets âgés de plus de 70 ans représentent 2,59 % de l'ensemble de la population inclus dans le dispositif de soins Vigilans. Rappelons que seules les tentatives de suicide sont incluses dans le dispositif, et non les patients suicidés.

La proportion des sujets âgés suicidés en 2014 d'après Cepi-DC est bien plus grande³. Ceci évoquerait que par rapport à la population générale, les sujets âgés meurent fréquemment de leur tentative de suicide.

On peut cependant émettre d'autres hypothèses quant au faible taux d'inclusion des sujets âgés : y a-t-il une sous-estimation et une méconnaissance du risque suicidaire de la part des médecins, toutes spécialités confondues ? On a pu entendre « il n'a pris que 3 comprimés », « il n'a pas fait exprès ».

Peut-être aussi que les spécialistes pensent peu à proposer à un patient âgé d'entrer dans le dispositif de soins Vigilans : l'existence de troubles cognitifs, même légers, peut décourager le médecin de leur proposer.

Par ailleurs, le patient âgé accepte-t-il de la même façon que les jeunes ce dispositif ?

En effet, dans la population générale, les sujets âgés de plus de 75 ans représentent une proportion non négligeable des tentatives de suicide et des suicides aboutis.

2. Sex ratio

Dans notre étude, on a une majorité de femmes ayant réalisé une tentative de suicide (50% de plus que les hommes).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les taux masculins d'hospitalisation pour TS sont supérieurs aux taux féminins au delà de 80 ans³⁹. Le taux restreint d'inclusion peut expliquer l'écart par rapport aux données de la littérature.

3. Facteur déclenchant

Parmi les 42 patients, nous retrouvons chez 17 d'entre eux un facteur déclenchant, dont 11 étaient une modification de mode de vie dont pour un d'entre eux une admission en EHPAD, ce que corroborent les données de la littérature : de nombreux patients commettent un geste suicidaire suivant leur institutionnalisation ou une modification du mode de vie⁴. En effet, les sujets âgés ont des capacités d'adaptation diminuée en cas de modification environnementale⁵.

Deux patients ont parlé du décès d'un membre de leur famille (récent pour un, anniversaire de décès pour l'autre). Il est retrouvé dans les études que le décès d'un proche peut être un élément déclencheur du comportement suicidaire⁵⁷.

4. Mode de passage à l'acte

Les intoxications médicamenteuses volontaires sont fréquentes dans cette étude (76,19%). Ceci est conforme aux données de la littérature⁴⁸.

La radicalité et violence des tentatives de suicide des sujets âgés est présente dans cette étude : auto intoxication, pendaison, noyade. Dans la littérature nous retrouvons une importante part de défenestration pour les femmes de plus de 65 ans et décès par arme à feu pour les hommes de la même catégorie d'âge³⁷. On observe par ailleurs, une augmentation avec l'âge de l'utilisation des armes à feu et de la phlébotomie : en effet, à partir de 80 ans, ce moyen de suicide augmente avec l'âge (chez l'homme notamment). Pour Müller, ceci explique une part plus importante de décès que de tentative de suicide chez les sujets âgés⁶.

5. Primo suicidant

De même les personnes âgées meurent fréquemment lors de leur première TS, ce qui peut-être explique qu'il y ait beaucoup de primo suicidants dans notre étude. Nous n'avons pas les chiffres de la mortalité par suicide des personnes âgées à la même période ce qui ne nous permet pas de l'affirmer. Un suivi rapproché de ces premières tentatives de suicide est indispensable sur le plan psychologique et psychiatrique pour limiter le risque de récurrence.

Il est en effet prouvé que l'un des gros facteurs de risque de récurrence de tentative de suicide est la survenue récente d'une première tentative de suicide, d'où l'intérêt probable d'interventions rapprochées auprès du patient²⁶. Les re-contacts téléphoniques à J10-J21 et M6 chez les suicidants sont intéressants mais pour les personnes âgées, il est dommage que cela ne soit pas proposé aux primo suicidants, comme l'évoque les médecins de famille.

6. Difficultés dû aux déficiences des sujets âgés

Le questionnaire chez 13 des patients récidivistes à J10-J21 révèle que l'accès au téléphone n'est pas facile chez les sujets âgés : il y a eu 2,5 tentatives d'appel pour les avoir en ligne, en plus du SMS envoyé de façon systématique deux jours avant. Nous pouvons alors supposer qu'en plus des refus de répondre, des troubles locomoteurs ou praxiques peuvent se surajouter aux troubles cognitifs diagnostiqués par les appelants. De plus, une surdit e invalidante a été repérée chez 4 patients empêchant un bon contact.

Cependant, le temps moyen écoulé lors des entretiens téléphonique réalisé est de 28.92 minutes. La durée moyenne de tous les entretiens à J10 de Vigilans, toutes catégories d'âges confondues est de 26 minutes. L'écart ne semble pas significatif.

7. Facteurs protecteurs

Ceci expose l'absence de facteur protecteur vis-à-vis du risque suicidaire. En effet, il est démontré dans la littérature qu'il existe plusieurs facteurs protecteurs, pouvant atténuer les risques de la crise suicidaire comme⁵⁷ : attitude optimiste ; convictions personnelles, sociales, culturelles ou religieuses qui s'opposent au suicide ; capacités à résoudre les problèmes ou les conflits en privilégiant les méthodes non violentes ; capacités à rechercher de l'aide et à solliciter les soins médicaux et psychiatriques ; bonne santé globale ; bonne insertion familiale ou communautaire ; accès restreint aux moyens létaux.

8. Dépression chez le sujet âgé

Chez 9 patients sur les 13 ayant répondu au questionnaire initial, 6 ont un traitement à visée anti anxio-dépressive, 4 présentent encore des idées noires.

De nombreux patients ayant réalisé une tentative de suicide ont des troubles de l'humeur sous-jacent, et ceux là ont du mal à suivre un traitement et à être coopératif⁵⁹.

Chez le patient âgé dépressif, le trouble s'exprime souvent sur un mode de somatisation, une anxiété, des troubles de l'appétit ou de l'humeur qui risque d'être banalisés par l'entourage ou les soignants⁷. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les sujets âgés que les sujets jeunes, pouvant diminuer son autonomie.

La dépression est sous diagnostiquée chez les sujets âgés alors que la majorité des suicidés avait consulté un médecin dans le mois précédent le passage à l'acte³². Ainsi, une meilleure sensibilisation des médecins traitants aux symptômes dépressifs du sujet âgé, à la nécessité d'un dépistage systématique serait bienvenue pour éviter le nombre élevé de passage à l'acte dans cette classe d'âge³⁶. Comme décrit précédemment, il existe des échelles pour aider au dépistage, telle la GDS. Ces échelles n'ont cependant pas de valeur de diagnostic de dépression mais sont utiles au repérage.

Une étude au Japon, en milieu rural, a montré l'efficacité du dépistage en masse de la dépression chez les sujets âgés et un suivi adapté lorsque de tels troubles étaient notés²⁴. Chez les 13 000 patients inclus, il y a eu une réduction de 60% des suicides chez les femmes âgées. Il n'y a pas par contre, eu d'efficacité observée chez les hommes. Cette étude consistait en des réunions d'informations au grand public et un auto repérage. Un questionnaire leur était proposé, en fonction des résultats, les patients étaient invités à être suivi par un médecin généraliste ou spécialité en cas de dépistage positif.

L'étude PROSPECT aux Etats-Unis, a suivi pendant un an une population de 60 ans et plus, de dépressifs⁵⁸. Une partie était le groupe témoin, suivie de façon habituelle. Le deuxième groupe, le groupe traité, a bénéficié d'un suivi selon les recommandations de l'American Psychiatric Association. Les thérapeutiques ont été alors modifiées et la présence de traitements anti dépresseurs ou anxiolytiques étaient ainsi plus en nombre dans le groupe traité. Ceci a permis une baisse de 29,4% d'idéations suicidaires dans le groupe traité.

Cependant, on rappelle ici que les traitements anxiolytiques ne sont pas indiqués dans la prise en charge de la dépression, notamment chez le sujet âgé. Facilement dans notre pays, les benzodiazépines sont prescrits. En effet, l'étude PAQUID expose que 40% des sujets âgés au domicile se voient prescrire des benzodiazépines, contre 66% en institution⁸.

Il serait alors judicieux de réévaluer le dépistage et diagnostic de la dépression chez le sujet âgé, et de la traiter en conséquence, en évitant les mis-use ou over-use.

9. Le recontact téléphonique étudié par rapports aux données de la littérature

Les recontacts téléphoniques pour les sujets âgés de notre étude se sont déroulés à 5 mois de la tentative de suicide en moyenne. Aucune situation de crise nécessitant le contact du SAMU n'a été enregistrée.

Une étude en 2002 évaluant l'utilité du recontact téléphonique à 4 et 8 mois après une tentative de suicide n'objectivait pas de différence significative entre le groupe intervention et témoin en terme de récurrence à 1an. On retrouve cependant probablement un effet positif sur les patients qui n'ont jamais eu de soin psychiatrique⁹. Ceci confirme le fait, que les sujets âgés ayant des troubles psychiatriques, notamment dépressifs nécessitent un suivi renforcé.

En 2006, une étude réalisée dans le Nord de la France, par le Pr Vaiva, SYSCALL, recontactait les patients à 1 mois de leur tentative de suicide. Il était démontré qu'il y avait moins de récurrence de façon significative que dans le groupe témoin. Cependant, ce n'était pas le cas quand les patients étaient recontactés à 3 mois par rapport au groupe témoins¹⁰.

En 2008, une étude internationale a réalisé le suivi suivant: intervention psychiatrique initiale puis recontact téléphonique à 1,2,4,7 et 11 semaines, puis 4,6,12 et 18 mois de la tentative de suicide, quel que soit l'âge. Ils retrouvaient une diminution significative du nombre de décès par suicide à 18 mois par rapport au groupe témoin¹¹.

En 2012, en Espagne, une équipe a recontacté les suicidants à 1 semaine, puis à 1, 3,6 ,9 et 12 mois. L'étude a montré que les récurrences étaient moins nombreuses et plus tardive dans le temps¹².

Enfin, en 2014, une étude a inclus des patients de plus de 20ans ayant réalisé au moins deux tentatives de suicide²⁶. Un des critères d'exclusion était une démence. Il était comparé un contact téléphonique versus un rendez-vous physique à : 2 semaines, 4 semaines, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 mois, dont la durée était de 20 minutes. L'étude a conclu à une diminution des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en cas de rendez vous physique.

Nous évoquerons plus tard une grande étude menée en Italie jusqu'en 1998, qui recontacte des sujets âgés afin d'éviter un isolement social et environnemental.

Un seul de nos patients âgé a réalisé une nouvelle tentative de suicide, et ce, après la fin de la veille par Vigilans.

Nous observons que, plus il y a de recontacts téléphoniques dans l'année suivant la tentative de suicide, et ce de façon plus rapprochée de l'événement, plus le risque de récurrences baisse.

Nous comparerons ces données aux réponses des médecins généralistes interrogés.

B. Tentatives de suicide et médecins traitants

Ce qui ressort des entretiens des dix médecins généralistes interrogés est une mauvaise connaissance du dispositif et de ses objectifs. Ils ont pour la plupart reçu un courrier expliquant l'inclusion de leur patient dans la veille. Cependant, un défaut de temps a empêché la bonne compréhension de la veille et ses objectifs. Ceci risque d'empêcher donc une utilisation optimale de Vigilans.

1. Avantages et inconvénients

Les médecins traitants de notre étude mettent en avant une réassurance pour le patient et eux-mêmes. Cependant leurs limites dans leur capacité de suivi est souvent ressorti : la durée de consultation est trop faible pour mener à bien un entretien psychiatrique. De plus, peu de tentatives de suicide sont retrouvées par eux

dans leur patientèle.

Ceci est comparable aux données de la littérature dans un rapport d'évaluation du suicide en 2006¹³. En effet, le suicide n'était pas une priorité pour les médecins généralistes : trop peu de situations identiques ont été enregistrées dans leur carrière, notamment chez les sujets âgés. La problématique de leur disponibilité est mise en avant.

Cependant, dans la population générale française, on observe en 2011, que huit médecins traitants sur 10 étaient confrontés à une tentative de suicide, et la moitié à un suicide sur les cinq dernières années⁶⁵.

2. Pratiques médicales

Par ailleurs les pratiques médicales n'ont que peu changé après l'inclusion des patients dans le dispositif de soins Vigilans.

De plus, la seule différence de prise en charge des médecins généralistes entre les sujets âgés et les sujets jeunes est la prise en charge au domicile vs hospitalière. Ils mettent en avant l'isolement social. Par ailleurs, le médecin traitant a un rôle clé dans le diagnostic de la dépression et du risque suicidaire chez le sujet âgé.

3. Thérapeutiques médicamenteuses

Nous observons que moins de 50% des sujets âgés de notre étude avaient un traitement à visée anti-anxio-dépressive. Il est démontré que les sujets âgés doivent bénéficier des mêmes prises en charge médicamenteuse que les sujets jeunes¹⁹.

Par ailleurs, un médecin explique prescrire le passage infirmier au domicile en prévention, la raison officielle étant la délivrance des thérapeutiques médicamenteuses. En effet, il est démontré au Québec que la prévention du risque suicidaire passe par le contrôle des moyens létaux à disposition, et donc du contrôle de la délivrance des thérapeutiques, mais aussi probablement de temps d'échanges supplémentaires pouvant lutter contre l'isolement lorsqu'il est présent⁵¹.

4. Facteurs de risque

D'après Courtet, il est possible de diagnostiquer les facteurs de risques des sujets âgés avant de passer à l'acte. Les facteurs de risques sont différenciés en primaire (antécédents, tristesse de l'humeur par exemple exprimant une vulnérabilité), secondaire (isolement social par exemple, présent quel que soit la catégorie d'âge) et tertiaire (âge et sexe)¹⁵.

A l'échelle internationale, Conwell et Thompson proposent de renforcer « le repérage des signes précoces de dépression » pour soutenir la prévention chez le sujet âgé²⁸.

Nahli Saadia a référencé toutes les situations à risque suicidaire chez le sujet âgé : dépression, anxiété et douleur morale, douleur physique, baisse de l'acuité sensorielle, existence d'un handicap chez l'un des membres d'un couple âgé et finit en citant d'autres situations suicidogènes comme le veuvage, la pauvreté, l'isolement, changement de domicile, entrée en institution²⁰. Tous ces facteurs sont à prendre en compte pour évaluer chez un sujet âgé un risque suicidaire. Là encore le rôle du médecin généraliste est important dans le repérage de ces facteurs de risque.

C. Coordination de soins

Le médecin traitant a un rôle social important. Il doit coordonner les soins autour du patient pour une meilleure prise en charge pluri professionnelle : les intervenants relevant du para médical, des spécialistes en psychiatrie ou gériatrie, les réseaux de soins et association.

Dans notre étude, on se rend compte que Vigilans a aidé à une coordination pluri professionnelle. Les appelants ont contacté les médecins traitants par courrier, et certains par téléphone quand une situation de crise avait été suspectée. Cependant les médecins généralistes regrettaient que tous les acteurs du domicile ne soient pas impliqués dans le dispositif de soins et d'alerte.

Un groupe de travail MONALISA^{16,67} a vu le jour en mars 2013 avec l'objectif d'une mise en lien entre les associations de bénévoles et les acteurs de la société civile

pour améliorer les conditions de vie au niveau social, médical et psycho environnemental.

D'autre part, le rapport AQUINO, autre dispositif existant, propose d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la dépression des sujets âgés pour baisser la prévalence du suicide en sensibilisant la population en générale, l'entourage des patients, et surtout en développant des formations continues quel que soit le professionnel de santé ¹⁸.

Notre étude montre que de gérer le patient âgé en crise suicidaire n'est pas aisé pour les médecins de ville, devant la rareté de la situation et la méconnaissance pour certains, des ressources disponibles. Certains proposent une évaluation pluri professionnelle. En effet, en plus des thérapeutiques médicamenteuses, il est montré qu'un suivi et évaluation thymique rapprochée et nécessaire. Dans la littérature, il est mis en avant la nécessité d'une évaluation en psychogériatrie afin d'éviter une tentative de suicide ¹⁷.

D. Prévention et aides à la prise en charge

1. Prévention pour le patient

La dépression chez le sujet âgé est plus difficile à diagnostiquer. Même si le patient est connu de longues dates. Sa clinique est souvent banalisée. La traduction symptomatique peut être trompeuse et masquée¹⁴. En effet, l'expression est souvent faite via des symptômes corporels. Ceci constitue un risque de sous diagnostic pour le médecin, traitant ou psychiatre.

La conférence de consensus sur la crise suicidaire relevait certains points particuliers pour le sujet âgé. Le premier concerne l'expression de l'idée suicidaire qui est sous-estimée car mis sur le compte du vieillissement. Il faut la prendre en compte ³⁷. Le deuxième rappelle les manifestations somatiques exprimées par le patient : anorexie, rumination, anxiété etc. Enfin, il faut rechercher un contexte de vulnérabilité qui peut permettre un passage à l'acte.

2. Prévention pour l'entourage

Les médecins de famille interrogés sont unanimes sur le fait que le dispositif de soins Vigilans permettait une meilleure prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. En effet, le dépistage, la prise en charge du patient suicidant et de l'entourage n'est pas chose aisée.

Au Québec, l'entourage d'un patient ayant fait une tentative de suicide ou s'étant suicidé peut rester en lien téléphonique 24 heures sur 24, et ce sept jours sur sept. Une prise en charge des proches endeuillés ou non existe et est répandue⁵⁷.

En France, de nombreux dispositifs d'écoute existent, mais peu connus du grand public et de la profession médicale non spécialisée en psychiatrie.

3. Dispositifs existants

Les médecins interrogés s'accordaient majoritairement pour dire qu'il y avait très peu de connaissance quant aux réseaux de soins ou aides pour la prise en charge des suicidants en ville. La moitié d'entre eux faisaient appel au CMP, dont une pour les sujets jeunes. Peu s'aidaient de numéro d'écoute ou d'aide à la prise en charge des suicidants, tant pour eux que pour les patients.

Devant les chiffres importants du suicide, notamment chez les sujets âgés, l'OMS propose une prévention en 3 stades : le premier consiste à repérer et réduire les facteurs de risques, et renforcer les facteurs protecteurs (le « bien vieillir » notamment) ; le deuxième propose une prise en charge de la crise suicidaire ; le troisième un accompagnement et un suivi du suicidaire (post-vention) et des endeuillés en cas de décès²¹.

En 2009, un comité de pilotage présidé par Mme Bachelot, ministre de la santé préconisait d'améliorer les connaissances, et de communiquer pour améliorer le repérage et le suivi des dépressions et crises suicidaires via des formations des professionnels de soins, et de limiter les accès aux moyens létaux²².

Le programme national contre le suicide réalisé de 2011 à 2014 proposait des pistes d'amélioration pour toute la population en prenant en compte les spécificités de chaque catégorie d'âges.

L'observatoire du suicide a été créé en septembre 2013. Ses objectifs sont de « coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et de produire des recommandations, particulièrement en matière de prévention ».

Cependant toutes ces mesures mises en place concernent tous les âges. En effet, les médecins généralistes interrogés ne voyaient pas comment réduire les facteurs de risques dans la population en générale et particulièrement chez les sujets âgés. Dans la littérature nous avons retrouvé que 7 études dont le but est de réduire les facteurs de risque de suicide chez le sujet âgé.

Nous retiendrons celle menée en Italie (Padoue) Elle a pour objectif de rompre l'isolement des sujets âgés en milieu rural^{23,66}. Ils ont mis en place un service téléphonique « télé help » quand le patient effectue un appel pour une situation difficile et « télé check » pour un simple suivi, soutien psychologique. 18641 sujets âgés isolés ont bénéficié de ce boîtier et de ce soutien psychologique deux fois par semaine. Une première étude a été réalisée en 1995 qui comparait les suicides observés avec le dispositif de soins et les TS attendues dans une région d'Italie. La deuxième s'est déroulée sur 11 ans (de 1988 à 1998). La conclusion des deux études est la suivante : les facteurs de risque de suicide sont alors diminués, et notamment pour les femmes. En effet, on a compté seulement 6 suicides de personne âgée bénéficiant de ce suivi. Pour la même population, le nombre calculé était de 20,9. Ce soutien a alors permis d'éviter de nombreux suicide.

E. Recommandations

1. Cellule de prévention des situations de détresse

Afin de faciliter la coordination des multiples intervenants pour un sujet âgé au domicile, la région Rhône Alpes a développé une cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée²⁵. Cette cellule est toujours existante et prévoit des formations, journées à thème Ceci permet une prise en charge spécialisée avec le consentement du patient et du médecin traitant, tout en poursuivant un suivi au domicile. Ce type de prise en charge pourrait être intéressante, en complément de Vigilans notamment.

2. Information auprès des professionnels de santé

Le mode de fonctionnement Vigilans, durée et objectifs, d'après les entretiens avec les médecins généralistes sont finalement peu connus. Ces médecins proposent une extension de l'information à l'ensemble des médecins généralistes, même ceux n'ayant pas encore eu de patient bénéficiant des services de Vigilans. Ceci améliorerait la prévention et éviterait peut être une perte de temps dans la prise en charge.

3. Intégration de Vigilans dans le système de soins

Vigilans peut s'intégrer dans le dispositif proposé pour le Comité de Bientraitance et les droits des personnes âgées et personnes handicapées¹⁶ comme suit : Le premier niveau d'intervention, ceux qui ont un rôle d'alerte (bénévoles de MONALISA, pharmacien, soignants au domicile...) pourraient contacter les deuxièmes intervenants (médecins généralistes, secteur médico-social) pour analyser l'alerte et contacter Vigilans en tant que troisième intervenant pour solliciter une adaptation de la prise en charge et de l'accompagnement si l'état clinique le nécessite, ou en lien

avec les secteurs psychiatriques, les services de psychogériatrie si nécessité d'une consultation ou d'une hospitalisation. Le lien établi serait direct entre les soignants et ainsi minimiserait la perte d'information. Il n'y aurait plus ce fossé entre Ville et Hôpital, comme décrits pas certains médecins de ville.

4. Plaquette d'information des dispositifs d'aide existants

Certains médecins, lors de leur intervention, souhaitent bénéficier d'une plaquette d'information sur le concept, fonctionnement et but de VigilansS pourrait être adressée aux médecins de ville. Cependant, d'autres médecins signalent un manque de temps, et doutent que ces documents soient lus et enregistrés par le plus grand nombre.

On peut imaginer une liste non exhaustive de dispositifs existants sur leur territoire pour aider à la prise en charge des patients suicidants. Nous pouvons alors citer : SOLITUD'ECOUTE (numéro pour solitude et isolement), SOS Suicide, des réseaux de soins gériatriques et le secteurs psychiatriques, des équipes mobiles de psychogériatrie. Quelques structures et centres spécialisés dans l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement de personnes âgées en situation de souffrance psychologique existent comme à l'hôpital Saint Anne (hôpital de Jour) ou au centre Pompidou à Paris.

5. Formations médicales

Dans le même contexte, certains médecins généralistes proposent d'augmenter les formations médicales continues pour médecins de ville, et les étendre à tous types de soignants intervenant auprès des personnes âgées, qu'elles soient au domicile, ou en institution. Le Professeur Terra s'est vu demander d'étendre ces formations à de nombreux professionnels d'EHPAD pour améliorer prévention et permettre une diminution de la morbi-mortalité due aux tentatives de suicide en EHPAD en formant des personnels « sentinelles » au sein de ces structures²⁹. Ainsi, en 2012, il propose

des visites bi-mensuelles aux professionnels d'EHPAD, pour améliorer la détection, évaluer la prise en charge des résidents suicidaires.

6. Concernant les cartes postales

Dans le dispositif de soins Vigilans, un système d'envoi de cartes postales mensuelles pendant 4 mois est réalisé en l'absence de réponse du patient à l'appel téléphonique ou en cas de détresse objectivée lors de cet entretien téléphonique. Une étude Australienne⁶⁸ avait proposé l'envoi unique de carte postale de façon régulière et programmée dans l'année suivant la tentative de suicide. Elles étaient émises à 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 et 12 mois après leur sortie l'hôpital. Les résultats n'étaient pas significatifs d'où l'intérêt de l'associer aux autres points prévus dans le dispositif de soins Vigilans.

7. Rendez-vous physique

Certains médecins généralistes regrettaient qu'il n'y ait pas prévu de visites du sujet, notamment âgé.

Une étude réalisée de janvier à mai 2014 en Iran a inclus des sujets de plus de 20 ans ayant réalisé au moins deux tentatives de suicide (patients ayant des troubles cognitifs sévères étaient exclus de l'étude) a retrouvé que les entretiens visuels (« face to face ») soulageaient mieux les pensées suicidaires et amélioreraient le projet de vie, que les appels téléphoniques²⁶.

En parallèle, Brown et al ont conclu qu'un suivi en face à face plutôt que téléphonique pendant une période de 18 mois permet une diminution des tentatives de suicide⁶⁰.

Plus tard, Chen et al en 2012 ont prouvé qu'un suivi visuel pendant 6 mois permettait une réduction significative de nouvelle tentative de suicide en comparant à un groupe témoin²⁷.

Ainsi, un lien humain spécialisé et pluri professionnel permettrait une meilleure prise en charge des sujets âgés dans leur environnement, et le suivi téléphonique ne se

ferait que mieux. Cependant, le dispositif de soins Vigilans n'a pas vocation à se substituer aux systèmes de soins existant, dont le secteur psychiatrique. C'est une aide supplémentaire qui peut aider à relancer les patients sortis de ce système de soins et leur permettre d'y être intégré.

8. Isolement des personnes âgées

Un des problèmes soulevés régulièrement lors des entretiens, est l'isolement de la personne âgée. En effet, les médecins traitants interrogés semblaient démunis pour la prise en charge optimale des patients lorsqu'il n'y a pas de ressource familiale mobilisable ou d'environnement protecteur.

Nous pouvons mettre en avant l'étude développée ci-dessus en Italie⁶⁶ pour vaincre l'isolement des sujets âgés dont l'efficacité semble démontrée. Vigilans s'inspire d'ailleurs de ce dispositif.

Récemment, on observe un développement des nouvelles technologies et notamment des géronto technologies. Selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, il s'agit « d'apporter aux citoyens âgés et fragilisés, dans un esprit d'humanisme, les bénéfices des avancées techniques. Ces applications concernent leur vie quotidienne pour le maintien de l'autonomie, le soutien et la compensation des diminutions fonctionnelles, le soin, l'aide aux aidants et aux soignants, la recherche appliquée et fondamentale, développée dans le respect d'une évaluation éthique des moyens comme des fins ».

Ainsi, NF service a proposé une téléassistance « Association Alerte » en 2013⁶¹. Ceci pourrait permettre aux sujets âgés dont un maintien au domicile est préconisé, d'entrer en contact 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 avec un service d'assistance en cas de situation complexe ou de besoin.

Ces dispositifs ne sont cependant pas prévus pour les patients suicidaires, et le niveau de formation du personnel au téléphone n'est donc pas adapté à ce profil de patient. Ces dispositifs peuvent cependant faciliter le « bien vieillir » en permettant d'éviter une déstabilisation de la personne âgée au quotidien dans un rôle de prévention.

F. Forces et limites de l'étude

Notre étude s'est déroulée en deux étapes : la première concerne le recueil de données Vigilans de façon rétrospective.

L'analyse des données Vigilans a bénéficié de la rigueur de travail des équipes avec des données bien remplies et fiables.

Les entretiens avec les médecins généralistes reposaient sur la méthode utilisée à savoir la méthode qualitative. Cela permet de laisser les médecins s'exprimer librement dans la durée (une trentaine de minutes en moyenne) et donc de mettre en avant leurs idées sans filtre trop marqué. Tous les médecins interrogés connaissaient initialement uniquement le thème de l'étude ; leurs réponses étaient donc plus spontanées lors de l'entretien.

Cependant, notre étude comporte des limites.

L'intégralité des champs de réponse n'était pas toujours remplie.

Notre échantillon de 42 dossiers dont 13 non primo suicidants était faible, donc statistiquement peu interprétable, mais permet de donner des tendances. Cette sous représentation des personnes âgées suicidaires dans la base Vigilans est un élément intéressant à analyser pour mieux intégrer ces patients dans l'avenir.

Il existait un biais de sélection régional, car l'étude Vigilans se déroule dans le Nord puis dans le Pas de Calais, et uniquement dans les centres hospitaliers ayant accepté de participer à la veille. Mais le nombre des services entrés dans la veille Vigilans n'a cessé d'augmenter.

Concernant les entretiens visuels, il y a un biais de mémorisation et d'information de la part des interviewés. Le mode était déclaratif, donc aucun moyen de vérifier les dires.

Il y avait un biais de volontariat et de disponibilité, car sur les 29 médecins contactés, seuls 10 ont accepté de me rencontrer. Il s'agit probablement de ceux qui se sentent le plus concernés par ce sujet d'où une demande de formation et de supports pour les aider dans ce domaine. Il y a possiblement des influences de l'intervieweur par

son apparence, le son de sa voix, son attitude et ses réactions comportementales aux réponses malgré le fait d'avoir essayé d'éviter au maximum ces biais.

La taille de l'échantillon ne permet pas d'être représentatif de la population générale. Cependant si l'on regarde les personnes âgées incluses dans le dispositif Vigilans, la grande majorité a pu être joint par téléphone ce qui valide sur ce point le système de recontact téléphonique.

CONCLUSION

A. Résultats principaux de notre étude

Notre étude a montré que les femmes âgées ont présenté plus de tentatives de suicide que les hommes. Leur moyen létal majoritaire était une intoxication médicamenteuse volontaire. D'autres modalités de suicide plus violents ont aussi été utilisées, comme celles observées dans la littérature. Un facteur déclenchant précipitant était souvent objectivé dont les modifications dans l'environnement proche de la personne âgée. Les éléments thymiques sous jacents semblaient également assez présents.

Ceci est conforme aux données de la littérature.

Cependant, il y avait moins de non primo suicidants. Nous observons une sous représentation des personnes âgées suicidaire dans la base de données Vigilans.

Les patients âgés ayant faits deux tentatives de suicide ou plus ont pu être cotactés par téléphone, donc pour la grande majorité. Ceci est un point positif en faveur de Vigilans. Le recontacte téléphonique a prouvé son efficacité dans la prévention secondaire dans de nombreuses études. Un suivi à distance d'un plus grand nombre de patients âgés permettrait d'aller plus loin dans l'analyse du dispositif.

Les médecins généralistes contactent peu de dispositif d'aide à la prise en charge des personnes âgées suicidaires, par manque de temps et d'intérêt devant le faible nombre de patients âgés ayant faits une TS dans leur patientèle.

Par ailleurs, par « manque de temps », ils ont peu intégré les objectifs et les procédures de la veille Vigilans. Ainsi, ils n'ont pu l'exploiter au maximum, tant pour eux, que pour leurs patients. Cependant, ce dispositif semble également leur apporter une réassurance. Ils acceptent et apprécient pour la plupart l'existence de Vigilans.

B. Propositions

Plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées lors des entretiens. Certains centres réunissant une rencontre et suivi spécialisé gériatrique et psychiatrique en association avec le médecin traitant existent déjà en France. Ce travail pourrait se faire en collaboration avec les services de psychogériatrie et les secteurs psychiatriques.

Vu la forte mortalité par suicide des personnes âgées dès la première tentative de suicide, il serait intéressant de ne pas attendre la seconde tentative de suicide pour les inclure dans le dispositif de soins de Vigilans. Peu d'aspects pratiques dus aux déficiences des sujets âgés vivant au domicile ont été relevées. Le patient âgé arrive à être contacté par téléphone, ce qui valide ce mode de fonctionnement. Une adaptation du dispositif est à prévoir si les troubles sensoriels ORL sont trop invalidants cependant. Une meilleure information auprès du patient sortant de l'hôpital et du médecin traitant est souhaité par les médecins de ville. En effet, il semble nécessaire de garder contact avec ces patients fragiles de par leurs pathologies, et de garder un lien social afin de coordonner les soins de la meilleure façon entre ville et hôpital.

Le suicide est un problème de santé publique et de nombreux rapports et études se portent en particulier sur les sujets âgés, population peu étudiée.

Ainsi, des formations ont été proposées auprès de tous les professionnels de santé gravitant autour du patient. Le Professeur Terra a entamé des formations auprès des professionnels d'EHPAD. Nous pouvons imaginer ceci pour les libéraux. Elles reprendraient les caractéristiques de la dépression, les échelles d'aides pour le diagnostic de la pathologie, la prise en charge en urgence et au long cours. Elles mettraient en avant les facteurs de risque et ceux protecteurs des suicides.

Cela dépasse cependant le rôle de Vigilans, mais présente un compliment à celui-ci. De telles formations ont d'ailleurs été initiées depuis 2016 dans la région pour les équipes mobiles de psychogériatrie à l'aide de l'ARS.

Le développement de tous les réseaux d'aides sont importants pour favoriser le

diagnostic d'une dépression et de tentatives de suicide chez les sujets âgés. La psycho-gériatrie se développe petit à petit. Des équipes mobiles voient le jour, et interviennent en EHPAD ou services hospitaliers. Cependant, trop peu de soignants sont formés à cette spécialité, et certaines régions en manquent pour le diagnostic et la prise en charge optimale de ces patients à risque.

C. Développement possible de l'étude

Il serait judicieux de poursuivre l'étude en comparant les données des sujets âgés à celles de la population, toutes classes d'âges confondues. Ce travail serait facilité par la publication du rapport d'évaluation de Vigilans par la F2RSM le 27 février 2017. Il est notifié qu'un travail de formation médicale continue auprès des professionnels de santé est dorénavant et déjà prévu et se déploiera fin d'année 2017.

Par ailleurs, l'objectif de l'OMS, via le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 est de réduire le taux de suicide de 10% d'ici 2020³¹.

Pour se faire, les propositions et tous les programmes de lutte contre le suicide et isolement des sujets âgés seraient à prendre en compte. La dépression est très fréquente chez le sujet âgé et sous diagnostiquée, car prenant des formes particulières. Afin de sensibiliser les médecins traitants à une meilleure prévention du suicide dans cette catégorie d'âge, en plus de développer les formations continues, nous pouvons proposer la réalisation d'une plaquette recensant tous les dispositifs d'aide et écoute des sujets en souffrance psychologique.

La géronto-technologie se développe de plus en plus. Il serait peut-être judicieux de former les sujets âgés aux nouvelles technologies et de se renseigner quant aux techniques déjà existantes.

Nous pourrions poursuivre le suivi des sujets âgés inclus dans Vigilans, afin de comparer les données à celles des sujets jeunes de l'étude

Nous pourrions comparer ces données à celle d'une autre région, afin d'évaluer les dispositifs existants ailleurs, et s'enrichir de celles-ci.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. TerraJ-L. Intervenir auprès d'une personne âgée en crise suicidaire. Prévention du suicide en EHPAD. 2012.
2. Campéon A. Se suicider au grand âge: l'ultime recours à une vieillesse déchuée? Interrogations. juin 2012;(14):25-41.
3. Inserm- Cepi-DC, correspondant à l'année 2015. [Internet]. [02 janvier 2017] Disponible sur : <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>.
4. Rigaud A-S et Gallarda T, Zajdenweber M. Prévention du suicide chez les personnes âgées. Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées. 2013. [Internet]. [Cité le 18 mars 2016] Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
5. Charazac-Brunel M. La plainte de la personne âgée : violence et rupture transgénérationnelle. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. juin 2005;5(27):28-32.
6. MÜLLER C. Suicides et tentatives de suicide dans la vieillesse. In : C Müller. Manuel de géro-psycho-geriatrie. Paris, Masson, 1969 :165-167.
7. Thomas P, Hazif-Thomas C. Particularités médico-sociales de la dépression du sujet âgé : le point en 2008. NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie. 2008 ; 8, 27-33.
8. Frémont P, Epain V. Actualité clinique des troubles anxieux du sujet âgé. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. décembre 2005;5(30):4-9.
9. Cedereke M, Monti K, Ogenagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt : does it affect treatment attendance and outcome ? A randomized controll study. Eur Psychiatry. Avr 2002 ; 17(2) :82-9.

10. Vaiva G, Ducrocq F, Mayer 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.
11. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempts: a randomised controlled trial in five countries. *Bull world health Organ*. Sept 2008; 86(0): 703-709.
12. Cebrial AI, Parra I, Pamias M et al. Effectiveness of a telephone management program 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.
13. Rapport d'évaluation de la politique de suicide. 2006. [Internet]. [Cité le 8 mai 2016]
Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf.
14. Kielholz P. Le concept de dépression masquée ; *Encéphale*, 1979, vol 5, pp459-462.
15. Courtet P. Le risque suicidaire dans la dépression récurrente. *L'Encéphale*. décembre 2010;36, Supplément 5:S127-S131.
16. Rigaud AS, Gallarda T, Zajdenweber M, et al. Comité National pour la Bien-être et les droits des Personnes Agees et des Personnes Handicapées – Prévention du Suicide chez la Personne Agée. [Internet]. [Cité le 8 mai 2016].
Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
17. Gallarda T, Léo H. Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):269-280.

18. Rapport AQUINO suite aux travaux « Comité Avancée en âge : prévention et qualité de vie » ; Mars 2013 [Internet]. [Cité le 7 mai 2016]
Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175.pdf>.
19. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. L'Encéphale. décembre 2013;39(6):393-400.
20. Nahli Saadia. Le suicide chez la personne âgée. Mémoire DIU de suicidologie. 2006. [Internet]. [Cité le 22 décembre 2016]
Disponible sur : <http://psyfontevraud.free.fr/memoires/NAHLI2006.pdf>.
21. Rapport Mondial sur la violence et la santé. Recommandations de l'OMS. Genève ; 2002. [Internet]. [Cité le 18 mai 2016]
Disponible sur :
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf.
22. Comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention du suicide. Mars 2009.
23. De Leo D., Carollo G., Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele help/Tele Check service for elderly at home. The americanJournal of Psychiatry, 1995, vol.152, pp 632-634
24. Oyama H., Koida J., Sakashita T., et al. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. Community Mental Health Journal, 2004, vol.40, pp 249-263.
25. Blond J.C., Treille P.O., Reybard A., Bagnon P., Sibelle C., Carré B. La plainte suicide du sujet âgé. Une réponse concrète inscrite au Programme Régional Santé Rhône Alpes : la « Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée ». NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie. 2005 ; 5 :30-6.

26. Seyed Ghafur Mousavi, Mohsen Amini et al. Effect of phone call versus face-to-face follow-up on recurrent suicide attempts prevention in individuals with a history of multiple suicide attempts, 2014. *Advanced biomedical research*. 2016. 5 : 184.
27. Chen WJ, Chen CC, Ho CK, Lee MB, Lin GG, Chou FH. Community-based case management for the prevention of suicide reattempts in Kaohsiung, Taiwan. *Community Ment Health J*. 2012 ; 48 :786-91.
28. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America*. juin 2008;31(2):333-356.
29. VIGILANS Rester en contact ... [Internet]. [cité le 15 janvier 2017].
Disponible sur : <http://dispositifvigilans.org/>.
30. Jouglu E, Péquignot F, Le Toullec A. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *Adsp*.2003. 45 : 31-4
31. Premier rapport de l’OMS sur la prévention du suicide. Communiqué de presse. Genève. 4 septembre 2015. [Internet]. [Cité le 30 janvier 2017].
Disponible sur : [http : who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/](http://who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/).
32. Lefebvre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. Oct 2014 ; 14(83) : 246-51.
33. Puisieux F. Syndrôme de fragilité. In *Gériatrie. Le livre de l’interne*. Paris : Lavoisier ; 2012. 4p.19-30.
34. Belmin J, Chassagne P, Gonthier R. *Gérontologie*. Elsevier-Masson Broché ; 01/2003 ; 640.

35. Le portail de la prévention du suicide. EducaSanté. [Internet].[Cité 30 janvier 2017].

Disponible sur : <http://www.preventionsuicide.info/connaissances/definitions.php>.

36. Roche J, Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées. Anesm. Avril 2014. [Internet].[Cité le 15 mai 2016].

Disponible sur :

www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_de_la_litterature_RBPP_Souffrance_psychique_PA_Mai_2014.pdf.

37. SFGG,FFP,SPLF, et al. Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé. Repérage, diagnostic, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge. Etablissements. Malette Mobiqua. Suresnes : SFGG, 2013.

38. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. L'Encéphale. 2010;36(3, Supplément 1):59-64.

39. INVS. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 13 décembre 2011, n°47-48.

40. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amarie A, et al. Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. L'Encéphale. 2010;36(3, Supplément 1):39-57.

41. Aouba I., Pequignot F., Camelin L., et al. La mortalité par suicide en France en 2006. Etudes et Résultats, 2009, n°702. [Internet].[Cité 30 janvier 2017].

Disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr/la-mortalite-par-suicide-en-france-en-2006,4208.html

42. Catell H., Jolly DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Brit J. Psychiatr.* 1995 ; 166(4),451-457.
43. Kielholz P. Le concept de la dépression masquée. *Encéphale*, 1979, vol5, pp459-462.
44. Coryell W., Young E.A. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The journal of Clinical Psychiatry*, 2005, vol. 66,n°4, pp 412-417.
45. Pritchard C., Hansen L. Comparison of suicide in people aged 65-74 and 75+ by gender in England and Wales and the major Western countries 1979-1999. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, vol. 20, pp 17-25.
46. Tessier J.F., Clement J.P., Leger J.M. Le corps comme outil de suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé. *Psych Méd*, 1989, 21, 4 : 512-516.
47. Conwell Y., Duberstein P.R., Caine E.D. Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 2002, vol 52, pp193-204.
48. Harwood D., Jacoby R. Suicide chez les sujets âgés. *EMC-Psychiatrie*, 2006, article [37-500-A-80].pp 1-8.
49. Waern M., Runeson B.S., Allebeck P., et al. Mental disorder in elderly suicides : a case-control study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, vol. 159, n°3, pp 450-455.
50. Harwood D., Hawton K., Hope T., et al. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people : a descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 2006, vol.36, n°9, pp1265-1274.

51. Fédération française de psychiatrie, ANAES. 4eme conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie, Paris, décembre 2000. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : Fédération Française de Psychiatrie, ANAES, 2000. [Internet]. [Cité le 15 juin 2016].

Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

52. Turvey C.L., Conwell Y., Jones M.P., et al. Risk factors for late-life suicide : A prospective, community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, vol 10, pp398-406.

53. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1er mars 2000 ; 57(3) : 285-290.

54. Baldwin R.C., Anderson D., Black S., et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, n°18, pp. 829-838.

55. Recommandations courtes de la conférence de concensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». [Internet]. [Cité le 15 juin 2016].

Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>.

56. Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentative de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. *Analyse du PMSI-MCO. Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, 2011, n°47-48, pp 492-496.

57. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Idées suicidaires et tentative de suicide au Québec*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012. Coll. Des données à l'action. [Internet]. [Cité le 14 mars 2016].

Disponible sur : publications.msss.gouv.qc.ca/.

58. American Psychiatric Association. Practice Guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. Arlington : American Psychiatric Association, 2003. [Internet]. [Cité le 02 février 2017].

Disponible sur :

https://psychiatryonline.org/pb/assests/raw/sitewide/practice_guidelines/suicide.pdf.

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

60. Brown GK, Ten Have T., Henriques GR., Xie SX., Hollander JE., Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2005 Aug 3 ; 294(5) : 563-70.

61. Observatoire National de la Fin de Vie. La société face au vieillissement. Le risque d'un naufrage social. Paris, février 2014. [Internet]. [Cité le 07 février 2017].

Disponible sur : <http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/ONFV-2014-Analyse-La-Société-Face-au-Vieillissement.pdf>.

62. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357.

63. Elnour AA., Harrison J., Lethality of suicide methods. *Injury Prevention*, 2008, vol.14, pp39-45.

64. Plancke L. Epidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2017) 17. 136-143.

65. Dumesnil H., et al., 2012, “La prise en charge de la depression en médecine générale de ville”, Etudes et Résultats, DREES, n°810, sept.

66. De Leo D., Dello Buono M., Dwyer J. Suicide among the elderly : the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry*. Sep 2002, 181 (3) 226-229.

67. Synthèse du Rapport Monalisa, Préconisations pour une Mobilisation Nationale contre l'isolement social des Agés. Paris. 2013. [Internet]. [Cité le 12 mai 2016].

Disponible sur : http://www.silvereco.fr/wp-content/Synthese_rapport_monalisa.pdf

68. Carter, G.L, Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H, D'Este C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, 331: 805–807.

ANNEXES

A. Annexe 1 : Fiche inclusion patient dans Vigilans



A FAXER AU 03.20.44.44.70

Identité du sujet Nom d'usage :
Nom de jeune fille (si mariée) :
Prénom :
Date de naissance : / / Sexe : M F
Vit seul : Oui Non En couple : Oui Non

Etiquette patient
de l'hôpital

Adresse complète :
CODE POSTAL : COMMUNE :
TELEPHONE 1 : / TELEPHONE 2 :
AUTRES TELEPHONES (d'un proche si possible) :
ADRESSE MAIL :

Si mineur, Noms et Prénoms titulaires de l'autorité parentale

TELS titulaire(s) de l'autorité parentale :

Mairie de naissance :

Médecin traitant :

NOM Prénom LIEU D'EXERCICE :

Pay traitant :

NOM Prénom LIEU D'EXERCICE :

Primosuicidant : oui non **Renseignements sur la TS** : Date TS : / /

Mode de TS : Association alcool : oui non

Cause(s) TS si connues :

Date d'entrée à l'hôpital : / / Date de sortie de l'hôpital : / /

Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie : OUI NON

Si oui, lesquels :

Contexte de sortie : Préciser les grandes lignes du « compromis de sortie » (plan de soins proposé, adhésion du patient et/ou des proches, vécu du passage aux urgences et/ou de l'hospitalisation, etc...) :

HOPITAL et SERVICE :

Nom(s) prénom(s), fonction(s) des personnes du service ayant pris en charge et donné la carte ressources au patient :

FAX VIGILANS – Version du 06/02/2010

B. Annexe 2 : Questionnaire Vigilans J10-J21

Nom : Nom JF : Prénom :

N°dossier Vigilans :

INTERVENTION TELEPHONIQUE J10-J21

BORNES D'APPEL : DU / / AU / /

Tentatives d'appels (Date, heure et par qui) :

Nombre total de tentatives d'appel :

L'APPEL TELEPHONIQUE A-T-IL ETE FAIT ? **OUI**

NON (ABANDON) → Envoi de « cartes postales »

SI NON : Pourquoi ?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| • Non joignable après plusieurs appels <input type="checkbox"/> | • Faux numéro ou plus attribué <input type="checkbox"/> |
| • Patient refuse le recontact <input type="checkbox"/> | • récidence / hospitalisation <input type="checkbox"/> |
| • Autre : <input type="checkbox"/> | Préciser: |

SI OUI : Date de l'appel : / /

Heure début d'appel : :

Réalisé par (Nom, Prénom) :

Nom : Nom JF : Prénom :

N°dossier Vigilans :

	Points abordés	Commentaires	
<input type="checkbox"/>	Evolution du malaise initial		<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Pas d'évolution <input type="checkbox"/> Défavorable
<input type="checkbox"/>	Retentissement de la TS		<input type="checkbox"/> oui : <input type="checkbox"/> domaine familial <input type="checkbox"/> domaine professionnel <input type="checkbox"/> réseau social <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/>	Compromis de sortie/ Solutions envisagées		<input type="checkbox"/> Compromis suivi <input type="checkbox"/> Compromis non suivi <input type="checkbox"/> Plus d'actualité
<input type="checkbox"/>	Suivi psy en cours		<input type="checkbox"/> oui préciser nom psy traitant et lieu d'exercice : <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/>	Besoin d'aide		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/>	Ressources possibles		<input type="checkbox"/> connues et disponibles (famille, amis,...) <input type="checkbox"/> non connues : Ressources proposées : <input type="checkbox"/> numéro vigilans <input type="checkbox"/> CMP (lequel) : <input type="checkbox"/> urgences <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> psy traitant <input type="checkbox"/> autres :
<input type="checkbox"/>	Autres (médicaments, ...)		

Nom : Nom JF : Prénom :

N°dossier Vigilans :

TYPE D'ENTRETIEN

1) **TVB (Tout Va Bien)**

Le compromis de sortie est toujours d'actualité et valide, ou bien la situation de crise que vivait le sujet est sur la voie de l'amélioration.

➔ Aucune aide ou conseil ne semble nécessaire.

2) **Renégociation de compromis**

Le compromis de sortie n'est plus valide ou non suivi ; des réticences existent ou un nouveau plan de traitement est à proposer, ce qui est tenté pendant l'appel téléphonique.

➔ Envoi de « cartes postales » sur les 5 mois suivants. Oui Non

3) **Intervention de crise :**

➔ Nouveau RDV téléphonique prévu le :

➔ Envoi de « cartes postales » sur les 5 mois suivants.

4) **Situation à risque suicidaire** - Débouchant sur un rendez-vous

Sujet toujours en proie à des idées de suicide envahissantes, demandant ou non de l'aide. L'investigateur demande au sujet de se rendre dans le service d'urgence où il avait été accueilli, pour être reçu par un médecin que la cellule vigilans va prévenir ; si refus du sujet, le médecin traitant du patient est interpellé, voire la régulation du Centre 15.

➔ Si débouchant sur un rendez-vous, où, quand et avec qui :

.....

➔ Envoi de « cartes postales » sur les 5 mois suivants.

HEURE DE FIN DE L'APPEL : :

DUREE DE L'APPEL (en min) :

Nom : Nom JF : Prénom :

N°dossier Vigilans :

BILAN DE L'APPEL QUI SERA TRANSMIS AU MEDECIN TRAITANT

.....
.....
.....
.....

BILAN DE L'APPEL QUI SERA TRANSMIS AU PSYCHIATRE TRAITANT

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. Annexe 3 : Questionnaire Vigilans M6

Nom : Nom JF : Prénom :
N°dossier Vigilans :

INTERVENTION TELEPHONIQUE A 6 MOIS

BORNES D'APPEL : DU / / AU / /

Tentatives d'appels (Date, heure et par qui) :

1. L'APPEL TELEPHONIQUE A-T-IL ETE FAIT ? **OUI** **NON**

2. Nombre de tentatives d'appel :

3. **SI NON** : Pourquoi ?

- | | | | |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ▪ Non joignable après plusieurs appels | <input type="checkbox"/> | ▪ Faux numéro ou plus attribué | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Patient refuse le recontact | <input type="checkbox"/> | ▪ Récidive / hospitalisation | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Autre : | <input type="checkbox"/> | Préciser: | |

SI OUI : 4. Date de l'appel : / /

5. Heure début d'appel : :

6. Réalisé par (Nom, Prénom) :

Nom : Nom JF : Prénom :

N°dossier Vigilans :

FICHE RECAPITULATIVE COLUMBIA – SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)		
Idéation suicidaire	OUI	NON
Désir d'être mort-e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensées suicidaires actives non spécifiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idéation suicidaire active avec définition de méthode (sans scénario), sans intention de passage à l'acte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensité de l'idéation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Description de l'idéation		
Fréquence	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Durée	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Maîtrise des pensées suicidaires	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	
Éléments dissuasifs	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	
Causes de l'idéation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	
Comportement suicidaire	OUI	NON
Tentative avérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de tentatives avérées		
Description :		
Comportement auto-agressif non suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description :		
Tentative interrompue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de tentatives interrompues		
Description :		
Tentative avortée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de tentatives avortées		
Description :		
Préparatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description :		
Comportement suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicide réussi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Létalité/lésions médicales observées	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Si 0, létalité potentielle	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	

Nom : Nom JF : Prénom :
 N°dossier Vigilans :

Fiche récapitulative des diagnostics MINI *(Y. Lecrubier D. Sheehan et al. 1997)*

**LISTING DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES
 ACTUELS ET VIE ENTIERE**

	OUI		NON	NC (non connu)
	Actuel	Passé		
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	* <input type="checkbox"/> 15 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* SI EPISODE DEPRESSIF ACTUEL <i>préciser si caractéristiques mélancoliques</i>	<input type="checkbox"/> 15 jours		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSTHYMIE	<input type="checkbox"/> 2 ans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISQUE SUICIDAIRE	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPISODE HYPOMANIAQUE	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPISODE MANIAQUE	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLE PANIQUE sans agoraphobie	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLE PANIQUE avec agoraphobie	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGORAPHOBIE sans trouble panique	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHOBIE SOCIALE	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDANCE A L'ALCOOL	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUS D'ALCOOL	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDANCE A UNE DROGUE	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUS DE DROGUE	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SYNDROME PSYCHOTIQUE	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DE L'HUMEUR <i>avec caractéristiques psychotiques</i>	<input type="checkbox"/> 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOREXIE MENTALE	<input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOULIMIE	<input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOREXIE <i>Binge-eating / Purging type</i>	<input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANXIETE GENERALISEE	<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLE DE PERSONNALITE ANTISOCIALE	<input type="checkbox"/> vie entière		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Nom : Nom JF : Prénom :
N°dossier Vigilans :

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

13. Nos contacts depuis votre sortie vous ont-ils gênés ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si oui, pourquoi :
.....

14. Nos contacts vous ont-ils aidés ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :
.....

15. Nos contacts ont-ils contribué à vous éviter une nouvelle crise suicidaire ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :
.....

16. Avez-vous reçu les cartes postales ? : OUI NON

Satisfaction générale des cartes postales : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

17. Avez-vous eu la carte ressource ? OUI NON

Avez-vous gardé la carte ressource ? OUI NON

Commentaires :

18. Avez-vous téléphoné à Vigilans ? NON OUI Combien de fois :|.....|.....|

Si oui, motif(s) :
.....

20. Avez-vous téléphoné au SAMU (15) ? NON OUI Combien de fois :|.....|.....|

Commentaires :
.....
.....

Nom : Nom JF : Prénom :
N°dossier Vigilans :

LE PATIENT NECESSITE-T-IL DE POURSUIVRE LA VEILLE ? OUI NON

Pourquoi :
.....
.....
.....

Nouveau rappel téléphonique : Oui, prévu le / / Non

Envoi de « cartes postales » sur les 5 mois suivants : Oui Non

HEURE DE FIN DE L'APPEL : : DUREE DE L'APPEL (en min) :

BILAN DE L'APPEL QUI SERA TRANSMIS AU MEDECIN TRAITANT

.....
.....
.....
.....

BILAN DE L'APPEL QUI SERA TRANSMIS AU PSYCHIATRE TRAITANT

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D. Annexe 4 : Questionnaire pour les entretiens semi dirigés auprès des médecins traitants

1. VIGILANS

COMMENT AVEZ-VOUS VECU LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE PATIENT AVEC LE DISPOSITIF DE SOINS VIGILANS (dispositif de soins qui recontacte les patients ayant réalisé une TS)?

Questions de relances :

- que savez-vous de Vigilans ?
- que pensez-vous des supports que vous avez reçus par Vigilans pour vous aider à la PEC
- Avantages et inconvénients pour le patient
- Avantages et inconvénients pour le médecin généraliste

2. PATIENT

QU'EST CE QU'EST DEVENU ACTUELLEMENT VOTRE PATIENT ?

Questions de relance :

- Retour au domicile ? Institutionnalisation ? -Décès ? Si oui étiologie du décès
- mise en place d'aides ?
- augmentation VAD ? RDV au cabinet ?
- meilleure coordination avec les professionnels qui s'occupent du patient ?
- au niveau social, y a t-il un rapprochement ou éloignement des aidants principaux ?
- Nouvelle TS ?
- COMMENT VIGILANS A T IL ETE INTEGRE DANS VOTRE PRATIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE PATIENT ?

3. PRATIQUES MEDICALES

QUE POUVEZ VOUS DIRE DE VOS PRATIQUES ANTERIEURES A VIGILANS vs VOS PRATIQUES ACTUELLES DU SUICIDE ?

Questions de relance :

- vos pratiques ont-elles changé ? Si oui pourquoi ? Lien avec Vigilans ?
- Avez-vous des pratiques différentes entre les sujets âgés et jeunes ?
- Avez-vous des difficultés de PEC des TS chez les sujets âgés / pour percevoir les idées suicidaires chez les sujets âgés ?

4. QUE OU QUI VOUS MANQUE T'IL EN GENERAL POUR AIDER AU SUIVI ET A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AYANT FAIT UNE TA ?

Questions de relance :

- distinction sujets jeunes / sujets âgés
- Avez-vous été confrontés à d'autres TS dans votre patientèle ?
- Que connaissez-vous comme dispositifs d'aide de prise en charge des suicidants ? Réseaux de soins ; SOS suicide ; association ; secteur psychiatrique. Qu'utilisez-vous le plus souvent ?

5. RECOMMANDATIONS

QUELLES SERAIENT VOS RECOMMANDATIONS POUR ADAPTER AU MIEUX VIGILANS AUX SUJETS AGES ?

Questions de relance :

- aspects pratiques : accessibilité au téléphone, utilité du courrier postal ; durée de l'appel ; troubles de compréhension / cognitif ; troubles du langage ou de l'audition
- Trouvez-vous qu'il existe une meilleure coordination pluri professionnelle autour du patient ?
- Trouvez-vous que la prévention a été renforcée grâce au dispositif de soins ?

E. Annexe 5 : Critères COREQ

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

AUTEUR : Nom : ELLUL, épouse TARDY

Prénom : Camille

Date de soutenance : 18 mai 2017 à 18H

Titre de la thèse : Tentative de suicide : Analyse pratique de l'intervention Vigilans chez les sujets âgés

Thèse – Médecine – Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale – **DESCQ :** Gériatrie

Mots clés : tentative de suicide – médecins généralistes – intervention téléphonique – prévention

RESUME

Contexte : 200 000 tentatives de suicide (TS) en France. 9 000 décès recensés dont environ un quart de sujets de plus de 65 ans. Vigilans, institut de veille à l'initiative du CHRU, avec le SAMU 59 et l'ARS a été créé pour lutter contre les tentatives de suicide. Il permet le suivi et recontacte les patients ayant fait une TS à tout âge. L'objectif de l'étude est d'analyser les prises en charge des sujets âgés de 70 ans ou plus inclus dans Vigilans et d'en tirer des axes éventuels d'amélioration.

Matériel et Méthode : Le travail s'est réalisé en deux temps. Une étude rétrospective a d'abord été menée sur 42 dossiers de patients de 70 ans et plus inclus dans le dispositif de soins Vigilans ayant réalisé une TS. Cette étude a été réalisée grâce à l'accord des sujets lors de leur inclusion dans Vigilans. Le recueil des données s'est déroulé en mai 2016. Ensuite, dix entretiens individuels semi dirigés de médecins généralistes (MG) comportant 5 grands items ont été passés du 1^e décembre au 16 mars 2017. Ils ont été enregistrés vocalement, puis retranscrits sur Word, pour être analysés via N vivo.

Résultats : 13 patients ont fait au moins une deuxième TS. Ils ont été recontactés précocement. Majoritairement des femmes par IMV et parfois par d'autres moyens plus violents. Un facteur déclenchant était retrouvé dans une majorité des cas. La présence d'un traitement psychotrope pour les troubles anxio-dépressif n'était pas systématiquement retrouvé.

Les médecins interviewés ne s'aidaient que peu des dispositifs d'aide pour ce genre de problématique, par manque de temps et surtout par la rareté de la situation clinique. Ils se disaient cependant rassurés par la présence de Vigilans. Ils suggéraient un meilleur déploiement de l'information via des formations ; proposaient une rencontre humaine pour cette catégorie d'âge et une intervention au domicile. Grâce à ce dispositif de soins Vigilans, la prévention des MG semble avoir été renforcée sur ce sujet.

Conclusion : Les TS des sujets âgés sont un problème de santé publique. Les données récupérées sont comparables à celle de la littérature : les femmes de plus de 70 ans qui tentent de se suicider, le font le plus souvent par intoxication médicamenteuse. Une proposition de plaquette d'information pour les médecins de famille est faite pour améliorer la prévention de ces situations de crise. Une coordination pluri professionnelle et rencontre au domicile sont mises en avant par ces médecins.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Professeur BOULANGER

Monsieur le Docteur ROCHE