



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation des circonstances de décès des patients inclus dans
VigilanS en 2017**

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 2020 à 18h00
au Pôle Formation
Par Honorine **SCHLIENGER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **TS** : Tentative de Suicide
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **IPB** : Interventions Psychothérapeutiques Brèves
- **SMS** : Short Message Service
- **CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- **MT** : Médecin Traitant
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- **DS** : Déviations Standards
- **IMV** : Intoxication Médicamenteuse Volontaire
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **AVP** : Accident de la Voie Publique

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	6
DÉFINITIONS ET ÉPIDÉMIOLOGIE	7
DÉFINITIONS	7
Suicide	7
Crise suicidaire	7
Tentative de suicide	7
Suicidaire, suicidant et suicidé	8
ÉPIDÉMIOLOGIE	8
Dans le monde	8
En France	8
Dans la région Hauts-de-France	9
PRÉVENTION	10
VIGILANS	11
NAISSANCE DU DISPOSITIF	11
PRÉSENTATION DU DISPOSITIF	13
MATERIEL ET METHODE	15
TYPE D'ÉTUDE	15
POPULATION DE L'ÉTUDE	15
CRITÈRES DE JUGEMENT	15
ÉTUDE PRÉALABLE ; RECHERCHE DES PATIENTS DÉCÉDÉS	16
RECUEIL DES DONNÉES	16
STATISTIQUES	17
ÉTHIQUE	17
RÉSULTATS	19
DESCRIPTION DE LA COHORTE	19
EFFECTIFS GLOBAUX	19
Nombre total de sujets inclus et caractéristiques	19
Mode de TS initiale	19
SUJETS DÉCÉDÉS À 1 AN	20
CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS DÉCÉDÉS À UN AN	22
COMPARAISONS AVEC LES PATIENTS NON DÉCÉDÉS	22
COMPARAISONS AVEC LES PATIENTS DÉCÉDÉS PAR SUICIDE	24
IMPACT SUR LA PRATIQUE DU MT ET LA FAMILLE	26
DISCUSSION	27
CONCLUSION	32
ANNEXES	33
BIBLIOGRAPHIE	35

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré une nette diminution du taux de décès par suicide ces dernières années, celui-ci reste élevé. La région Hauts-de-France a vu depuis 2015 se développer le dispositif "VigilanS", un réseau de soin actif, de prévention du suicide via le rappel précoce des patients ayant fait une tentative de suicide (TS). L'objectif de cette étude était d'établir la cause de mortalité, notamment par suicide, dans l'année des patients ayant fait une TS en 2017.

Matériel et méthode : Étude exhaustive de la mortalité à un an de tous les patients inclus dans le dispositif VigilanS, dans les Hauts de France, du 01/01/2017 au 31/12/2017. Lorsque le patient était identifié comme étant décédé, la cause du décès était recherchée auprès du médecin traitant via un entretien téléphonique.

Résultats : Sur les 3715 patients inclus dans le dispositif en 2017, 70 sont décédés dans l'année suivant leur inclusion, soit 1,9% de l'effectif global. Pour 30 d'entre eux il s'agissait d'un suicide, pour 15 d'entre eux d'une autre cause et pour les 25 derniers la cause restait indéterminée. La prévalence du sexe dans la population des patients décédés un an après leur inclusion était en faveur des hommes (52,9%) et la moyenne d'âge était de 54 ans.

Conclusion : Nos résultats retrouvaient un taux de mortalité à un an de la TS à 1,9%, toutes causes confondues avec 0,8% de décès par suicide. Déterminer le taux de décès dans l'année suivant une TS ainsi que les causes de la mort est essentiel si l'on veut repérer les caractéristiques des sujets à risque et améliorer les dispositifs de prévention du suicide existants.

INTRODUCTION

Malgré une nette diminution du taux de décès par suicide au niveau mondial ces dernières années, celui-ci reste élevé. En effet, on estime que le taux de suicide a baissé de 18% de 2000 à 2016, à l'exception des États-Unis pour lesquels le taux a augmenté de 1,5% annuellement depuis 2000 (1).

De nombreux moyens de prévention ont émergé et particulièrement ces vingt dernières années, impliquant des moyens de communication médecin-patient de plus en plus modernes. Zalsman et al. évaluaient sept moyens de prévention dans une revue de la littérature en 2016 : l'éducation du public et des médecins, les stratégies médiatiques, le dépistage, la restriction de l'accès aux moyens létaux, les traitements médicamenteux, la psychothérapie et le support Internet ou hotline (2).

La région Hauts-de-France a vu depuis 2015 se développer le dispositif "VigilanS", un réseau de soin actif, de prévention du suicide via le rappel précoce des patients ayant fait une tentative de suicide.

En introduction il sera détaillé les principales définitions des comportements suicidaires, l'épidémiologie actuelle du suicide et les moyens de prévention existants, avec plus particulièrement le dispositif Vigilans.

I. DÉFINITIONS ET ÉPIDÉMIOLOGIE

A. DÉFINITIONS

1. Suicide

Le terme "suicide" vient du latin "*su*" (se, soi-même) et "*caedere*" (tuer).

D'après Le Petit Larousse, le suicide est "l'action de se donner soi-même la mort".

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) introduit une nuance quant à la finalité escomptée en définissant le suicide comme "un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir".

2. Crise suicidaire

La crise suicidaire est définie comme une rupture avec l'état antérieur.

Elle correspond à une souffrance psychique dont le risque majeur est le suicide (à plus ou moins 48 heures).

Au moment de la crise suicidaire, le patient en souffrance psychique, cherche des solutions de lutte contre celle-ci. Le suicide est alors vécu par le patient comme la seule échappatoire face à la souffrance vécue, toutes les autres solutions n'étant plus vues par le sujet suicidaire.

C'est un processus multifactoriel et réversible.

3. Tentative de suicide

La tentative de suicide (TS) est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort.

4. Suicidaire, suicidant et suicidé

Le sujet suicidaire est le patient à risque de se suicider (qui présente des idées suicidaires, en crise suicidaire ou ayant des conduites à risques et des équivalents suicidaires).

Le sujet suicidant est celui qui commet une tentative de suicide, ou qui s'est manifesté par un comportement auto-agressif à finalité plus ou moins suicidaire.

Lorsqu'une personne est décédée par suicide on utilise le terme de "suicidé".

B. ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Dans le monde

Dans son rapport de 2014 l'OMS estime à 800 000 le nombre de décès par suicide par an, soit un suicide toutes les 40 secondes quelque part dans le monde (3).

En 2012, le suicide comptait pour 1,4 % de tous les décès (4).

Le suicide intervient à n'importe quel moment de la vie et était la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde en 2016 (5) (après les accidents de la route) et la cinquième cause de mortalité chez les 30-49 ans (4).

2. En France

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a enregistré 8427 décès par suicide en 2016 ce qui correspond à un décès par suicide chaque heure (6). Le taux de suicide en France en 2015 est de 13,7 pour 100 000 habitants, supérieur à la moyenne européenne (11,72) et classant la France au dixième rang des 27 pays de l'Union européenne (7).

3. Dans la région Hauts-de-France

En France, on retrouve des disparités régionales en termes de suicide. En effet, la région des Hauts-de-France se classait au troisième rang après la Bretagne et la Normandie en 2012, 2014 et 2015, tous sexes confondus. Ce classement correspond à une surmortalité suicidaire régionale supérieure de 30 % à la mortalité suicidaire nationale tous sexes confondus (7) (**Figure 1**). En 2015, 1051 suicides de personnes résidant dans les Hauts-de-France ont été recensés dont 80% étaient des hommes (n = 841) (7).

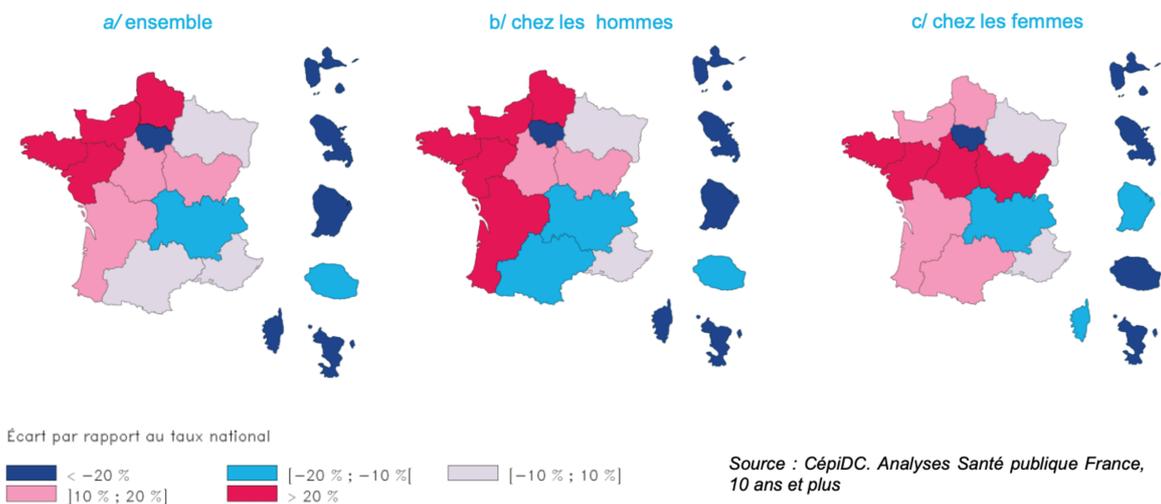


Fig. 1. Écarts régionaux par rapport au taux national des taux de mortalité suicidaire standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants en 2015.

En 2017, le taux d'hospitalisation pour TS, tous sexes confondus, enregistré dans les Hauts-de-France (268 pour 100 000 habitants) était supérieur de près de 80% au taux national ; classant la région au premier rang en termes d'hospitalisations pour TS (7).

II. PRÉVENTION

Le suicide est une cause de mort évitable, en partie par la prévention. Plusieurs mesures peuvent être prises au niveau de la population, des sous-populations et au niveau individuel pour prévenir le suicide et les TS.

Les comportements suicidaires résultent de causes multifactorielles, c'est pourquoi il est difficile d'établir une seule et même stratégie pour prévenir l'ensemble des TS d'une population (8).

Des moyens de prévention et de lutte sont reconnus par l'OMS telle que la réduction de l'accès aux moyens létaux. Il est également de plus en plus admis que les médias jouent un rôle important en renforçant ou en affaiblissant les efforts de prévention du suicide (effet Werther et effet Papageno). Traiter le suicide de façon responsable dans les médias peut devenir un moyen de prévention (9). Un autre moyen de prévention est de former les agents de santé à l'évaluation et à la prise en charge des comportements suicidaires. Enfin, assurer le suivi des personnes qui ont fait une TS, maintenir le contact avec ces personnes repérées comme étant "à risques" sont des moyens de prévention actifs (5).

Concernant les récurrences, le délai entre la première TS et la première récurrence a été étudié. Il est similaire quel que soit le sexe. La moitié des patients récidivistes ont réitéré leur geste suicidaire dans les 4 mois (91 à 120 jours) suivant un premier recours pour TS et deux sur trois dans les 6 mois (7). Le taux de suicide chez les personnes ayant fait une TS dans l'année précédente est 100 fois plus élevé que dans la population générale (10).

Ces résultats plaident pour la nécessité d'une prise en charge rapide des suicidants afin de prévenir les récurrences (7). C'est au vu de ces chiffres et sur ce principe que le dispositif Vigilans a été créé.

III. VIGILANS

A. NAISSANCE DU DISPOSITIF

Depuis les années 2000, deux types d'interventions ont été testées pour la prévention des suicidants. D'un côté, on trouve les interventions consistant en une prise en charge intensive après un geste suicidaire, de l'autre des interventions de veille, appelées interventions brèves. En 2004, Walter évalue l'instauration d'une série de 5 interventions psychothérapeutiques brèves (IPB) dans le mois suivant la sortie du patient des urgences, pour une tentative de suicide. Chez les moins de 20 ans, on ne notait aucune récurrence dans la cohorte IPB (0/22) contre 11/22 dans le groupe témoin ($p = 0.03$).

Les interventions de veille ont été décrites et analysées dans les travaux de Du Roscoat en 2013. Il pose les prérequis nécessaires à un système de veille efficace : un maintien du contact actif, c'est-à-dire non laissé à l'initiative seule du suicidant, régulier, dans la durée et individualisé (11). Un des pionniers dans l'exercice est Motto avec sa notion de "connectedness" que l'on pourrait traduire par "sentiment de rester en lien".

À ce jour, plusieurs systèmes de veille ont été testés :

- l'envoi de courriers, comme Motto (12) qui propose une stratégie de re-contact pendant 5 ans avec une évaluation de la mortalité par suicide jusqu'à 10 ans après.
- Les cartes postales selon Carter (13) ; elles sont envoyées pendant un an au patient suicidant avec un message identique.
- Le recontact téléphonique ; l'étude SYSCALL (14), menée par le Professeur Vaiva, dans 13 services des urgences du Nord-Pas-de-Calais. L'appel téléphonique, pour

réévaluation et si nécessaire orientation vers un service d'urgence, était passé un ou trois mois après la sortie du patient.

Une diminution du risque de récurrence suicidaire chez les patients recontactés à un mois était soulignée par l'étude mais il apparaissait qu'un rappel encore plus précoce serait bénéfique.

- La "crisis-card" ou carte ressource ; il s'agit d'une carte mentionnant un numéro de téléphone relié à un professionnel de santé disponible 24h/24. Utilisée par l'équipe d'Evans cette intervention se montrait efficace avec une diminution de la récurrence suicidaire, principalement pour les sujets primo-suicidants et durant les six premiers mois (15).

- Les SMS, ou "texting" ; une étude française multicentrique testait l'efficacité des campagnes de SMS pour préserver la connexion entre les suicidants et les systèmes de santé (16).

Au CHU de Lille, l'équipe du Professeur Vaiva a créé et évalué un algorithme compilant les différentes modalités de veille précédemment testées.

L'étude ALGOS déployait un algorithme différenciant la prise en charge selon que le patient soit primo-suicidant ou récidivant (8). Pour les primo-suicidants, une carte ressource était remise au patient qui lui permettait de contacter un professionnel de santé 24/24h. Pour les patients non primo-suicidants, l'algorithme prévoyait un appel téléphonique systématique entre le dixième et le vingt-et-unième jours après la tentative de suicide. Si le patient n'était pas joignable, le dispositif prévoyait l'envoi de cartes postales à son domicile afin de maintenir un lien. Un compte-rendu était envoyé au médecin traitant après chaque contact entre l'équipe d'ALGOS et le patient.

Cet algorithme a été testé dans 23 centres en France métropolitaine via un essai randomisé. Cette étude démontrait l'efficacité de la combinaison de plusieurs systèmes de veille dans la prévention de la récurrence suicidaire.

B. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

VigilanS est un programme créé en juin 2015 par le Pr Guillaume VAIVA et soutenu par l'Agence Régionale de la Santé du Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit d'un dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Il est constitué d'une cellule de coordination basée au CHU de Lille et d'une cellule opérationnelle basée au SAMU 59-Centre 15.

Le dispositif consiste à garder le contact avec le patient suicidant après sa sortie d'hospitalisation. Le programme se décline en 3 étapes.

La première étape se déroule directement à la sortie du patient, le personnel soignant lui remet une « carte ressource » sur laquelle figure un numéro vert (**image 1**). Le patient est libre d'appeler ce numéro s'il en ressent le besoin. Le contact est donc à l'initiative du patient.

Carte Ressource Prévention



Image 1 : exemple de carte ressource Vigilans

La deuxième phase ne concerne que les patients non primo-suicidants pour lesquels un rappel téléphonique est effectué entre J10 et J20 par l'un des membres de l'équipe

VigilanS (**figure 2**). Cet appel permet de réévaluer la situation et d'orienter le patient vers une structure de soin ou un professionnel de santé si nécessaire.

La troisième phase concerne les primo-suicidants et les non primo-suicidants c'est-à-dire tous les patients inclus dans le logiciel. Il s'agit du rappel téléphonique à 6 mois.

Lors de la deuxième et troisième phase du programme si le patient n'est pas joignable, il lui est envoyé une carte postale (**figure 2**).

Après chaque contact avec le patient, un courrier est envoyé à son médecin traitant.

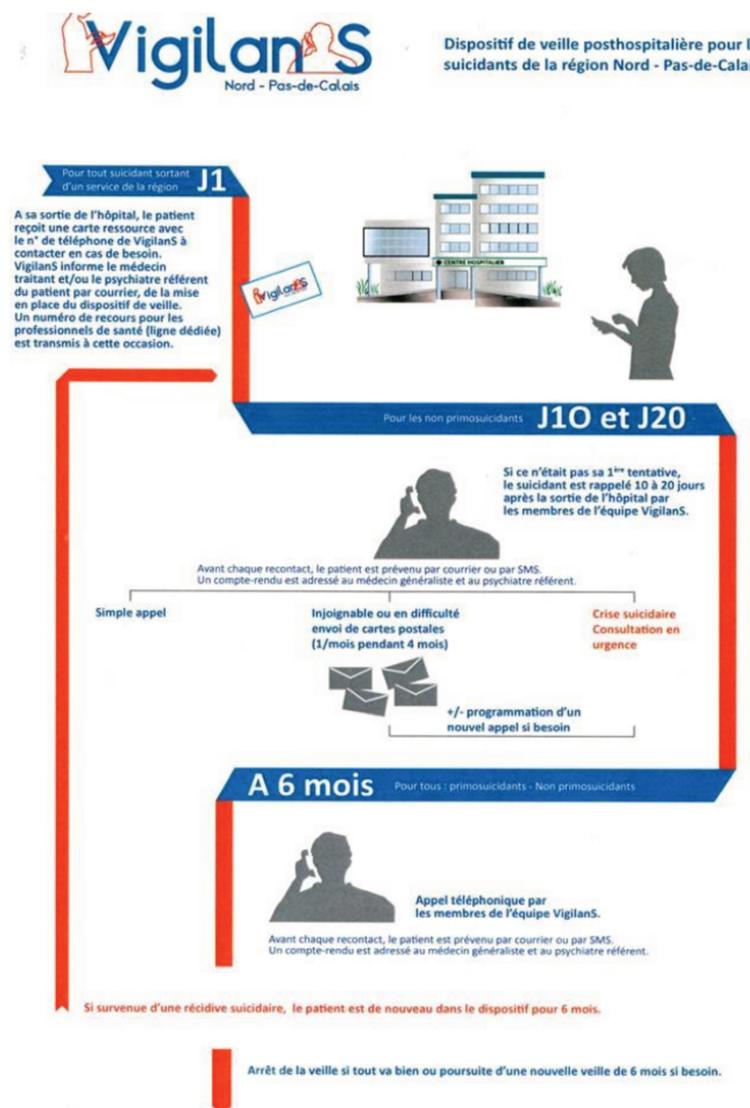


Figure 2. Schéma de l'algorithme de veille.

L'objectif de cette étude est de caractériser les circonstances de décès dans l'année suivant une TS des patients inclus dans le dispositif Vigilans en 2017.

MATERIEL ET METHODE

I. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude exhaustive de la mortalité à 1 an de tous les patients inclus dans le dispositif Vigilans, dans les Hauts de France, du 01/01/2017 au 31/12/2017. Cette étude était donc épidémiologique, descriptive, quantitative, rétrospective.

II. POPULATION DE L'ÉTUDE

Les patients inclus dans le dispositif Vigilans en 2017, étaient les sujets ayant fait une TS en 2017 et ayant eu recours à des soins (consultation aux urgences, hospitalisation en réanimation ou en psychiatrie par exemple) dans la région Hauts-de-France. Parmi ces sujets, les critères d'inclusion pour notre étude étaient les patients majeurs décédés dans l'année suivant la TS index, qui était évaluée par un psychiatre.

Les patients exclus étaient les patients mineurs et ceux ayant refusé d'intégrer le dispositif.

III. CRITÈRES DE JUGEMENT

L'objectif primaire était l'établissement de la cause de mortalité et notamment par suicide dans l'année chez les patients ayant fait une TS en 2017.

Les objectifs secondaires étaient : la comparaison des caractéristiques des patients décédés par rapport à ceux non décédés à un an, la comparaison des caractéristiques des patients décédés par suicide par rapport à ceux décédés d'une autre cause, évaluer l'impact sur le médecin traitant (MT) et la famille du patient.

IV. ÉTUDE PRÉALABLE ; RECHERCHE DES PATIENTS DÉCÉDÉS

Une étude préalable a été menée afin d'identifier parmi les patients inclus dans Vigilans en 2017, les personnes décédées (17).

Le statut vital du patient était recherché, en premier lieu, via la consultation des registres d'état civil : un questionnaire était envoyé à la mairie de naissance, puis à la mairie du domicile. Si aucune réponse n'était obtenue, un questionnaire était envoyé au médecin traitant (MT). Enfin, le statut vital était recherché dans la base de données "sillage" du CHU de Lille et sur internet pour les avis de décès publiés en ligne.

Depuis janvier 2020, la mise à disposition en ligne des registres de décès par l'INSEE a permis de rechercher le statut vital de tous les patients ayant fait une TS de 2017 à avril 2020.

Ces deux méthodes ont permis d'identifier tous les patients décédés dans l'année suivant leur TS et de retrouver la date du décès.

Lorsque le patient était identifié comme étant décédé, la cause du décès était recherchée auprès du MT.

V. RECUEIL DES DONNÉES

Pour les patients dont la cause de décès n'était pas renseignée, un appel téléphonique était passé au médecin traitant qui avait été désigné par le patient lors de son inclusion dans Vigilans.

Il s'agissait d'un entretien téléphonique standardisé.

Lors de cet entretien, ont été recherché, entre autres, des informations concernant l'âge et le sexe du patient, le statut de primo-suicidant ou non, la date et la cause du décès, l'impact sur la pratique du MT et sur la famille du patient (annexe 1).

VI. STATISTIQUES

Les statistiques descriptives étaient calculées pour les caractéristiques socio-démographiques des participants inclus. Les variables continues sont présentées en moyenne avec des déviations standards (DS). Les variables discrètes sont exprimées en fréquence et en pourcentage.

Ensuite, les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients décédés à un an ont été comparées à celles des patients non décédés. Les fréquences ont été comparées à l'aide de tests du Khi-2 ou de Fisher Exact (si la prévalence estimée était inférieure à 5), les moyennes ont été comparées à l'aide de tests de Student ou de Wilcoxon (si les conditions de validité du test de Student n'étaient pas respectées). De la même manière, nous avons comparé les caractéristiques des patients décédés par suicide à celles des patients décédés d'une autre cause.

Enfin, l'impact du décès sur la pratique du médecin généraliste a été décrite ainsi que l'impact sur les proches.

VII. ÉTHIQUE

En ce qui concerne sa partie interventionnelle VigilansS relève du régime de soins de droit commun. Les droits généraux des individus en tant que patients s'appliquent et aucun autre consentement n'est requis. Ces dispositions légales étaient mentionnées dans la lettre d'information remise à chaque patient lors de l'inclusion.

Concernant sa section recherche, Vigilans a reçu une autorisation du Comité d'éthique de Lille Nord-Ouest sous le titre "Étude visant à évaluer les soins de routine".

RÉSULTATS

I. DESCRIPTION DE LA COHORTE

A. EFFECTIFS GLOBAUX

1. Nombre total de sujets inclus et caractéristiques

Le nombre total de patients inclus en 2017 dans le dispositif était de 3715. Parmi ces 3715 patients, 2317 étaient des femmes (soit 62,4 %) et 1398 étaient des hommes (soit 37,6 %).

La TS index ayant permis l'inclusion était pour 52,6% des patients leur première TS (patient primo-suicidant).

Sur les 3715 patients inclus en 2017, 1794 avaient associé l'alcool à leur mode de TS index, soit un peu moins de la moitié (48,3%).

Lors de leur sortie d'hospitalisation après la TS ayant permis leur inclusion dans Vigilans, 76,3% des patients étaient accompagnés par un proche (**tableau 1**).

2. Mode de TS initiale

Concernant la TS index, le moyen le plus utilisé était l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), seule ou associée à un autre moyen d'autolyse, pour 3056 patients soit 82,3%. La phlébotomie était le moyen d'autolyse de 208 patients au total, 177 patients avait tenté de se suicider par pendaison et 169 patients par un autre moyen (**tableau 1**).

Caractéristiques de la cohorte		N=3715	
Sexe	femme	2317	64,4%
	homme	1398	37,6%
Primo-suicidant	oui	1953	52,6%
	non	1762	47,4%
TS avec alcoolisation aiguë	oui	1794	48,3%
	non	1921	51,7%
Présence d'un accompagnant à la sortie	oui	2835	76,3%
	non	880	23,7%
Modes de TS initiale			
	IMV	3056	82,3%
	Phlébotomie	208	5,6%
	Pendaison	177	4,7%
	Autre	169	4,5%
	Saut	45	1,2%
	Noyade	27	0,7%
	Lésion	22	0,6%
	Arme à feu	11	0,3%

Tableau 1 : description de la cohorte initiale

B. SUJETS DÉCÉDÉS À 1 AN

Sur les 3715 patients inclus dans le dispositif en 2017, 70 sont décédés dans l'année suivant leur inclusion, soit 1,9% de l'effectif global.

Parmi ces 70 décès, 33 étaient des femmes et 37 des hommes.

La moyenne d'âge pour les patients décédés à un an était de 54 ans.

Pour 45 des 70 patients décédés dans l'année, nous avons pu déterminer s'il s'agissait ou non d'un suicide ; sur ces 45 patients, 30 étaient effectivement décédés par suicide, soit 0,8% de l'effectif global. Pour 25 d'entre eux la cause du décès restait indéterminée soit 0,7%.

Parmi les 30 patients décédés par suicide, 10 patients étaient décédés par pendaison, 8 par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) et 3 par défenestration (tableau 2).

Total des patients inclus		N=3715
Décédés à un an		
Non		3645
	Sexe	
	femme	2284
	homme	1361
	Age	
	moyenne	37,3
	mediane	37
Oui		70
	Sexe	
	femme	33
	homme	37
	Age	
	moyenne	54,3
	mediane	54
Suicide		N=45
	Oui	30
	Non	15
Cause retrouvée de décès		N=37
	AVC	2
	AVP	2
	Caustique	1
	Cancer	3
	Choc septique/défaillance multiviscérale	2
	Défenestration	3
	Hépatite aiguë	1
	Infarctus du myocarde	4
	IMV	8
	Mort naturelle	1
	Pendaison	10

Tableau 2 : caractéristiques des patients décédés à un an

II. CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS DÉCÉDÉS À UN AN

A. COMPARAISONS AVEC LES PATIENTS NON DÉCÉDÉS

La prévalence du sexe dans la population des patients décédés un an après leur inclusion était en faveur des hommes (52,9%) de façon significative ($p = 0,008$). L'association d'une consommation aiguë d'alcool lors de la TS initiale au statut décédé à un an était évaluée avec un test de Khi2. On retrouvait significativement plus de patients ayant consommé de l'alcool lors de la TS initiale (61,4% vs 48%) pour les patients décédés à un an, par rapport à ceux vivants un an après leur inclusion ($p=0,026$).

Les patients décédés à un an de la TS index étaient significativement moins souvent accompagnés lors de leur sortie d'hospitalisation. Concernant les patients décédés, 34% n'étaient pas accompagnés à la sortie d'hospitalisation initiale, contre seulement 23,5% pour les patients vivants à 1 an ($p < 0,05$) (**tableau 3**).

D'après ces premiers résultats, les patients dont le statut était "décédé à un an", étaient plus fréquemment des hommes, ayant associé à la TS initiale une consommation aiguë d'alcool et étaient moins fréquemment accompagnés à la sortie d'hospitalisation pour leur TS initiale.

On ne retrouvait pas de différence significative sur le statut vital à un an, que l'appel à J10 ait abouti ou non, il en était de même pour l'appel à 6 mois.

Pour la comparaison de la moyenne d'âge entre le groupe décédé à un an et celui vivant, un test de Student était réalisé. La moyenne d'âge était de 54 ans dans le groupe des patients décédés à un an et de 37 ans pour les patients vivants à un an (**figure 4**).

Soit une différence d'âge significativement plus élevée pour le groupe des patients décédés à un an ($p < 0,001$) (**tableau 3**).

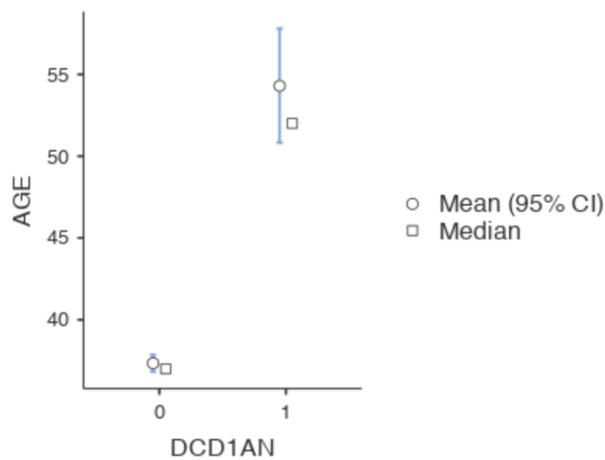


Fig.4. Age en fonction du statut vital à un an

Caractéristiques		DCD à 1an	(%)	VIVANT à 1an	(%)	p
						(p du Khi2)
Sexe	Homme	37	52,9	1361	37,3	0,008
	Femme	33	47,1	2284	62,7	
Primo-suicidant	Oui	37	52,9	1916	52,6	0,961
	Non	33	47,1	1729	47,4	
Alcool	Oui	43	61,4	1751	48	0,026
	Non	27	38,6	1894	52	
Accompagnant	Oui	46	65,7	2789	76,5	0,035
	Non	24	34,3	856	23,5	
Appel J10	Oui	14	20	896	24,6	0,377
	Non	56	80	2749	75,4	
Appel M6	Oui	2	2,9	273	7,5	0,143
	Non	68	97,1	3372	92,5	
Durée hospitalisation (jours)						(p de Student)
Moy.	DS	4,57	5,27	5,04	19,6	0,840
Age (années)						
Moy.	DS	54,3	14,89	37,34	15,9	< 0,001

Tableau 3 : caractéristiques des patients selon le statut vital à un an.

B. COMPARAISONS AVEC LES PATIENTS DÉCÉDÉS PAR SUICIDE

Afin de comparer les caractéristiques des patients entre le groupe “décédés par suicide” et le groupe de patients “décédés d’une autre cause ou d’une cause indéterminée”, plusieurs tests étaient utilisés : un test de Khi2 était réalisé pour les variables “sexe”, “primo-suicidant” et “consommation aiguë d’alcool lors de la TS initiale” ; un test de Fisher exact était nécessaire pour comparer les variables “accompagnant”, “appel à J10” et “appel à M6” ; pour la comparaison de la moyenne d’âge et de la durée d’hospitalisation dans les deux groupes, 2 tests de Student étaient réalisés.

Aucune différence significative n’était retrouvée dans la prévalence du sexe entre les deux groupes de patients ($p > 0,05$).

On ne retrouvait pas de différence significative concernant la consommation d’alcool lors de la TS initiale entre les patients décédés par suicide et ceux décédés d’une autre cause. Il est donc impossible de conclure à un lien entre ces caractéristiques et la cause du décès à un an.

Afin d’évaluer si la prévalence d’un accompagnant à la sortie d’hospitalisation était plus élevée chez ceux décédés par suicide par rapport à ceux décédés d’une autre cause, nous avons regardé les résultats du test de Fisher : aucune différence significative n’était mise en évidence.

Les tests de Student ne permettaient pas de mettre en évidence de différence significative entre les 2 groupes, que ce soit pour la durée d’hospitalisation ou pour la moyenne d’âge (**tableau 4**).

Aucune différence n'était donc mise en évidence pour les variables étudiées entre les patients décédés par suicide à un an et ceux décédés d'une autre cause (ou d'une cause indéterminée). Cela peut être lié au fait qu'il n'existe effectivement pas de différence concernant ces variables dans les deux populations ou qu'il existe une différence qui n'a pas pu être mise en évidence lors de cette étude (**tableau 4**).

Caractéristiques		DCD/suicide	(%)	DCD/autre	(%)	p
						(p du Khi2)
Sexe	Homme	14	46,7	8	53,3	0,673
	Femme	16	53,3	7	46,7	
Primo-suicidant	Oui	16	53,3	4	26,7	0,090
	Non	14	46,7	11	73,3	
Alcool	Oui	19	63,3	10	66,7	0,826
	Non	11	36,7	5	33,3	
Accompagnant	Oui	23	76,7	11	73,3	(p Fisher exact) 1
	Non	7	23,3	4	26,7	
Appel J10	Oui	9	30	5	33,3	1
	Non	21	70	10	66,7	
Appel M6	Oui	1	3,3	0	0	1
	Non	29	96,7	15	100	
Durée hospitalisation (jours)						(p de Student)
Moy.	DS	5,83	9,26	5,60	7,82	0,934
Age (années)						
Moy.	DS	53,2	16,83	57,53	10,57	0,368

Tableau 4 : caractéristiques des patients selon la cause de décès.

C. IMPACT SUR LA PRATIQUE DU MT ET LA FAMILLE

L'impact sur la pratique du médecin traitant était évalué à travers deux questions fermées auprès des MT dont le patient était décédé par suicide.

Sur 24 entretiens téléphoniques complets, 10 concernaient des suicides et seuls 8 médecins ont répondu à ces questions.

À la question "avez-vous observé un changement dans votre pratique concernant la prise en charge des patients suicidants ?" six médecins répondaient par la négative et deux répondaient "oui".

À la question "avez-vous eu des contacts avec les équipes de Vigilans" les 8 médecins répondaient qu'ils n'en avaient pas eu, la moitié d'entre eux se souvenaient cependant avoir reçu le courrier concernant l'inclusion de leur patient dans le dispositif.

Deux questions fermées étaient posées afin de savoir si le médecin avait reçu la famille du patient après le décès de ce dernier et s'il les avait orientés ou non vers une consultation spécialisée. L'ensemble des médecins affirmaient avoir rencontré la famille suite au décès du patient, mais 2 médecins les recevaient pour raisons administratives. Les 6 autres recevaient la famille en consultation de médecine générale, et 3 d'entre eux orientaient un membre de la famille vers une consultation spécialisée.

DISCUSSION

L'objectif de notre étude était d'observer les circonstances de décès chez les patients inclus dans Vigilans en 2017. Nos résultats retrouvent un taux de mortalité à un an de la TS à 1,9%, toutes causes confondues. Le taux de mortalité à un an par suicide est de 0,8%. Pour 0,7% de l'effectif total, la cause du décès reste indéterminée. Alors que parmi les patients ayant fait une TS en 2017, le sex ratio est en faveur des femmes, les patients décédés un an après leur TS étaient majoritairement des hommes, d'une cinquantaine d'années avec une consommation d'alcool lors de la TS initiale fréquemment rapportée. De plus, les personnes décédées à un an, rentraient souvent seules de l'hôpital après la TS. La majorité des suicides recensés à un an était due à une pendaison.

Concernant les patients décédés à un an, on note que la moyenne d'âge est plus élevée que chez les personnes vivant à un an.

Concernant les caractéristiques des suicidants, en 2019, l'étude de Vuagnat retrouvait une majorité de femmes chez les individus ayant fait une TS, le mode le plus utilisé était l'IMV, ces résultats sont similaires aux caractéristiques que nous retrouvons dans notre cohorte.

De plus, le taux de mortalité toutes causes confondues de notre étude est de 1,9% quelle que soit la cause de décès, soit plus faible que dans l'étude de Vuagnat qui recensait 2,6% de décès dans l'année suivant un passage à l'acte auto-agressif (18).

Le risque de mortalité par suicide chez les suicidants est particulièrement élevé; selon la littérature 10% des suicidants mourront par suicide (19) ; 1 à 2% dans l'année

qui suit la TS (20). Dans la méta-analyse de 2014 de Carroll, le taux de mortalité par suicide est de 1,6% à un an d'un passage à l'acte auto-agressif (21).

Il est important de souligner que dans les études de Vuagnat et Carroll, la cohorte initiale prenait en compte tous les passages à l'acte auto-agressif et pas seulement les TS ("non fatal self-harmed") (18), (21). Le taux de mortalité par suicide dans la cohorte de Vigilans de 2016 est de 0,4%, et donc significativement en dessous du seuil attendu (20). Le taux de mortalité par suicide dans notre cohorte est de 0,8%, donc plus élevé qu'en 2016 mais toujours inférieur au seuil attendu. Notre étude ne permettait pas de recenser toutes les causes de décès et ce résultat est donc probablement sous-estimé. Cependant, le taux de cause indéterminée est de 0,7%, donc même en considérant toutes ces causes comme étant des suicides le taux de mortalité par suicide serait de 1,5%.

L'incidence du décès par suicide dans l'année suivant un passage à l'acte auto-agressif est presque deux fois plus importante chez les hommes par rapport aux femmes (21). Les mêmes caractéristiques étaient relevées dans le bulletin de santé publique de 2019 des Hauts-de-France, concernant les chiffres de 2013-2015, près de 4 suicidés sur 5 étaient des hommes, majoritaires dans toutes les classes d'âge (7). Une revue de la littérature publiée en 2018 (22) concernant les facteurs de risque de suicide selon le genre, estime que les femmes ont un risque presque deux fois plus élevé de TS que les hommes, tandis que les hommes ont un risque presque trois fois plus élevé de mourir par suicide que les femmes. Ces observations font écho à notre résultat concernant la prévalence d'hommes décédés à un an.

Nos résultats concernant les caractéristiques des suicidés à un an, sont en accord avec les données épidémiologiques mondiales avec un taux plus élevé de décès par pendaison chez les hommes Européens (23).

Concernant les facteurs de risque de suicide il est admis que le mésusage d'alcool, en particulier la dépendance, est fortement associé au risque de suicide (24). Dans notre étude l'isolement social semblait également être un facteur de risque de suicide, au vu du lien observé entre suicide à un an et présence d'un accompagnant à la sortie d'hospitalisation. Cette notion a été étudiée dans une revue de la littérature en 2019 qui conclue que l'isolement social objectif et le sentiment subjectif de solitude devraient être intégrés dans l'évaluation du risque de suicide (25).

Les résultats concernant l'impact des appels à J10 et à M6 sur le statut vital à un an étaient non significatifs, on ne peut donc conclure. Cependant, on peut supposer qu'il existe une différence qui n'a pas pu être mise en évidence lors de cette étude. En effet, l'étude sur l'évolution du nombre de TS dans le Nord-Pas-De-Calais après l'implantation de Vigilans note une diminution du nombre de TS proportionnelle à la pénétrance du dispositif (26). Cette étude observe le nombre de séjours pour TS sur 2 périodes : avant l'implantation de Vigilans 2012-2014, et après Vigilans 2015-2017, dans les 5 départements des Hauts-De-France. Le nombre de séjours pour TS était en faible diminution dans le Nord-Pas-de-Calais avant 2014, mais cette diminution s'est beaucoup accentuée après 2014, à l'inverse des deux départements de Picardie les plus comparables qui montraient une dégradation du phénomène, et à l'inverse du département de l'Oise qui montrait un maintien stable de la baisse en cours. Afin de mettre en lien cette évolution avec la mise en place de Vigilans, un calcul du taux de pénétrance est effectué (nombre d'entrées dans Vigilans sur nombre total de passages aux urgences pour TS). Lorsque le taux de pénétrance est entre 25 et 45% on observe une diminution de 10% des TS, quand il est supérieur à 45% la diminution du nombre de TS est supérieure à 30%.

L'un des objectifs secondaires de l'étude était d'évaluer l'impact du suicide sur la pratique du médecin traitant et sur la famille du patient.

Ces deux données n'ont pas pu être exploitées pour plusieurs raisons. Premièrement, ces informations n'étaient pertinentes que lorsque le patient était décédé par suicide, or pour 40 des 70 patients le MT ne pouvait pas répondre à ces questions. Ces questions arrivaient en fin d'entretien, le questionnaire n'était pas toujours rempli en totalité par les différents enquêteurs et ces données étaient donc parfois manquantes. Aussi, le MT ne recevait pas systématiquement la famille, surtout s'il n'était pas le médecin de famille.

Concernant les limites de notre étude, s'agissant d'une étude rétrospective avec un entretien téléphonique, l'apparition d'un biais de mémorisation était inévitable pour les variables récoltées auprès des médecins traitants. Aussi, lorsque la cause de décès était retrouvée lors de cet entretien téléphonique, la subjectivité clinique du praticien pouvait induire un biais de subjectivité.

La plupart des données concernant les caractéristiques des patients décédés à un an par suicide étaient non significatives, cela peut s'expliquer par un manque de puissance lié au faible effectif des patients décédés et également aux données manquantes concernant les causes de décès à un an. En effet, sur les 70 décès recensés, pour 25 d'entre eux la cause n'était pas retrouvée, soit environ un tiers de décès de cause inconnue. Parmi ce tiers manquant il est possible qu'il y ait des suicides n'ayant pas été caractérisés comme tels.

Enfin, les données concernant l'impact sur la pratique du MT et sur la famille du patient n'ont pas été exploitées de façon optimale. Le recueil de ces données n'était pas

adapté au format de l'entretien téléphonique. Afin d'évaluer l'impact du décès par suicide d'un patient sur son MT, il pourrait être intéressant de réaliser une étude qualitative via des entretiens semi-dirigés. L'impact du suicide d'un proche sur sa famille est un objectif difficile à évaluer, soulevant de nombreuses questions éthiques, notamment celle du secret médical (27).

L'une des forces de notre étude est qu'il s'agissait d'une étude exhaustive des causes de décès et du taux de mortalité dans une population de suicidants. Un autre point fort était le grand nombre de participants à cette étude.

La même étude concernant les patients inclus dans Vigilans en 2018 est actuellement en cours. Les résultats de ces deux études seront ensuite mis en commun et comparés. Afin de retrouver les causes de décès manquantes, l'INSEE sera contacté. Puis des modèles multivariés seront utilisés pour déterminer les facteurs impliqués dans le décès dans l'année suivant une TS et notamment dans le décès par suicide.

Depuis peu, le dispositif Vigilans s'est implanté au niveau national, et on peut imaginer que, dans quelques années, les mêmes études pourront être faites à l'échelle nationale.

CONCLUSION

Alors que l'objectif de notre étude était d'observer les circonstances de décès chez les patients inclus dans Vigilans en 2017, nos résultats retrouvaient un taux de mortalité à un an de la TS à 1,9%, toutes causes confondues avec 0,8% de décès par suicide. Une diminution du taux de mortalité par suicide est observée par rapport aux données de la littérature, cependant il reste des causes de décès indéterminées qu'il faudra qualifier avant de pouvoir conclure définitivement. Déterminer le taux de décès dans l'année suivant une TS ainsi que les causes de la mort est essentiel si l'on veut repérer les caractéristiques des sujets à risque et améliorer les dispositifs de prévention du suicide existants.

ANNEXES

Nom :

Nom JF :

Prénom :

Date de Naissance :

N°dossier VigilanS :

Points abordés	Réponses
MT déclaré ?	
Quelle relation médecin-patient?	- durée : - fréquence des consultations : - médecin de famille ?
Concernant les ATCD du patient :	- Connaissance de la première TS ? - si oui, mode ?
Lien avec VigilanS	- Aviez-vous connaissance de l'inclusion dans VigilanS ? - Avez-vous eu des contacts avec VigilanS ?
Comment a-t-il appris le décès ?	
Date du décès :	Par suicide : oui, préciser mode : (idem 1ere TS ou non ?) non : douteux non connu Autre cause : oui, préciser : non non connu
Qu'avez-vous ressenti ?	- effet de « surprise » : totalement inattendu, inattendu, peu surpris, pas surpris - impact émotionnel : très affecté, affecté, peu affecté
Qui a qualifié le décès ?	
Lieu du décès	
Date et motif de la dernière visite chez le MT	
Notion de maladie mentale ?	oui, laquelle : non non connu
Traitement psychotrope en cours ?	oui, lesquels : non non connu
Suivi psy	
Maladie chronique associée ?	oui, la-les.quelle(s) : non non connu

Nom :

Nom JF :

Prénom :

Date de Naissance :

N°dossier Vigilans :

A-t-il rencontré la famille ?	<ul style="list-style-type: none">- Qui ?- Difficulté de prise en charge?- Orientation ?
Impact sur la pratique :	<ul style="list-style-type: none">- Contact avec Vigilans?- Changements dans la pratique ?

Age du médecin :

Sexe du médecin :

Lieu d'exercice :

Mode d'exercice :

HEURE DE FIN DE L'APPEL : :

DUREE DE L'APPEL (en min) :

BIBLIOGRAPHIE

1. Fazel S, Runeson B. Suicide. Ropper AH, éditeur. N Engl J Med. 16 janv 2020;382(3):266-74.
2. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. juill 2016;3(7):646-59.
3. Papageno P. Chiffres-clés – contributeur [Internet]. Papageno Suicide. 2018 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/chiffres-cles-contributeur/>
4. OMS | Données et statistiques sur le suicide [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 août 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
5. Suicide [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
6. Résultats de la requête : Effectifs de décès [Internet]. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
7. BSP_ConduitesSuicidaires_Hauts de France.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/BSP_ConduitesSuicidaires_Hauts%20de%20France.pdf
8. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. BMC Psychiatry. déc 2011;11(1):1.
9. Papageno P. Suicide et médias : quels liens ? (effets Werther et Papageno) [Internet]. Papageno Suicide. 2017 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/suicide-et-medias-quels-liens-effets-werther-et-papageno/>
10. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry. sept 2002;181(3):193-9.
11. du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. août 2013;61(4):363-74.
12. Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. Psychiatr Serv. juin 2001;52(6):828-33.
13. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, Este CD. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce

- repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 8 oct 2005;331(7520):805.
14. Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, Duhem S. Suivi téléphonique post-urgence des suicidants : intérêt d'un recontact téléphonique. :9.
 15. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. août 2005;187(2):186-7.
 16. Berrouiguet S, Gravey M, Le Galudec M, Alavi Z, Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Res*. juill 2014;217(3):154-7.
 17. Duhem S, Berrouiguet S, Debien C, Ducrocq F, Demarty AL, Messiah A, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open*. oct 2018;8(10):e022762.
 18. Vuagnat A, Jollant F, Abbar M, Hawton K, Quantin C. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e20.
 19. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. mars 2007;41(3):257-65.
 20. Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. « Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans ». *L'Encéphale*. janv 2019;45:S38-41.
 21. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. Gluud LL, éditeur. *PLoS ONE*. 28 févr 2014;9(2):e89944.
 22. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. mars 2019;64(2):265-83.
 23. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 6 juill 2018;15(7):1425.
 24. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. avr 2009;373(9672):1372-81.
 25. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. févr 2019;245:653-67.
 26. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-PasdeCalais depuis

l'implantation de Vigilans : premières estimations. L'Encéphale. janv 2019;45:S22-6.

27. Dambry PS. La postvention auprès des endeuillés par suicide : revue de la littérature, perspectives. :130.

AUTEUR : Nom : SCHLIENGER

Prénom : Honorine

Date de Soutenance : 10/12/2020

Titre de la Thèse : Évaluation des circonstances de décès des patients inclus dans Vigilans en 2017.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : prévention, suicide, mortalité, Vigilans, médecine générale

Résumé :

Introduction : Malgré une nette diminution du taux de décès par suicide ces dernières années, celui-ci reste élevé. La région Hauts-de-France a vu depuis 2015 se développer le dispositif "Vigilans", un réseau de soin actif, de prévention du suicide via le rappel précoce des patients ayant fait une tentative de suicide (TS). L'objectif de cette étude était d'établir la cause de mortalité.

Matériel et méthode : Étude exhaustive de la mortalité à un an de tous les patients inclus dans le dispositif Vigilans, dans les Hauts de France, du 01/01/2017 au 31/12/2017. Lorsque le patient était identifié comme étant décédé, la cause du décès était recherchée auprès du médecin traitant via un entretien téléphonique.

Résultats : Sur les 3715 patients inclus dans le dispositif en 2017, 70 sont décédés dans l'année suivant leur inclusion, soit 1,9% de l'effectif global. Pour 30 d'entre eux il s'agissait d'un suicide, pour 15 d'entre eux d'une autre cause et pour les 25 derniers la cause restait indéterminée. La prévalence du sexe dans la population des patients décédés un an après leur inclusion était en faveur des hommes (52,9%) et la moyenne d'âge était de 54 ans.

Conclusion : Nos résultats retrouvaient un taux de mortalité à un an de la TS à 1,9%, toutes causes confondues avec 0,8% de décès par suicide. Déterminer le taux de décès dans l'année suivant une TS ainsi que les causes de la mort est essentiel si l'on veut repérer les caractéristiques des sujets à risque et améliorer les dispositifs de prévention du suicide existants.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Professeur Pierre Thomas, Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse : Docteur Alice DEMEASMAEKER