Année 2022/2023 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Sami EL MAZIANI

Né le 12/07/1995 à AMIENS (80)

Passage à l'acte suicidaire admis aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours : Pertinence de l'hospitalisation en psychiatrie concernant la récidive. Focus sur les patients souffrant de trouble de la personnalité

Présentée et soutenue publiquement le **12/10/2023** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine-Tours

Membres du Jury :

Docteur Paul BRUNAULT, Psychiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine-Tours

Docteur Florence DUBOIS CARMAGNAT, Psychiatrie, PH, CHU-Tours

Directeur de thèse : Docteur Mériadec PIERRE LE SEAC'H, Psychiatrie-Saint Nazaire

RESUME

Introduction :

La prise en charge avec décision d'hospitalisation ou de retour au domicile après une tentative de suicide (TS) est dépendante du clinicien, sans donnée publiée sur la récidive de passage à l'acte suicidaire concernant le CHRU de Tours. Une proportion non définie aux urgences psychiatriques de Tours est composée de patients souffrant de trouble de la personnalité, pour lesquels la pertinence de l'hospitalisation sur la récidive suicidaire est d'autant plus contestée. Le but de cette étude est de pouvoir rechercher la présence de récidives suicidaires dans les six mois après l'admission initiale en fonction de la décision d'hospitalisation ou non au décours de la TS précédente.

Méthode :

Nous avons extrait les séjours de patients ayant été admis aux urgences psychiatriques de Trousseau à Tours pour TS entre le 18/10/21 et le 18/10/22, à partir de trois bases de données distinctes (PMSI, OSCOUR, entrepôt des données cliniques du CHRU Tours) à l'aide du codage diagnostic et par mots clés. La recherche de récidive de TS dans les six mois après inclusion s'est effectuée de la même manière. Nous avons décrit les caractéristiques cliniques, socio démographiques et de prises en charges (durée d'hospitalisation, durée en box) des patients inclus. Deux sous-groupes ont été constitués selon la présence d'un trouble de la personnalité et le secteur psychiatrique géographique du patient. Nous avons défini le délai avant récidive d'un geste suicidaire lorsqu'il est présent comme critère de jugement secondaire. Nous avons ensuite extrait les patients ayant présenté une TS dans la base de données du programme VigilanS.

Résultats :

Nous avons inclus 748 patients sur la période pour 876 séjours aux urgences psychiatriques de Trousseau avec TS. 117 patients (16%) ont présenté une récidive suicidaire dans les six mois soit 234 séjours (27%). On y retrouvait une plus grande proportion de patients souffrant de trouble de la personnalité (10%), provenant du secteur géographique psychiatrique de Tours (93%). Les séjours aux urgences ont débouché dans une majorité des cas sur une hospitalisation à l'issue avec 491 séjours (56 %) sans significativité sur le critère de jugement principal. Les courbes de survie comparant patients hospitalisés ou non doivent être considérées comme semblables. Les données extraites du programme de VigilanS rapportent 358 patients avec TS sur la période d'inclusion. Peu de récidives ont été enregistrées au sein du programme (50 patients).

Discussion :

Sans confirmer d'effet délétère de l'hospitalisation sur la récidive, nos résultats ne semble à l'inverse pas mettre en avant d'effet protecteur non plus. Notre travail se veut exhaustif dans l'extraction des TS. La période d'inclusion permet d'observer avec recul la première année d'implantation du programme VigilanS au CHU de Tours. Notre période de suivi est cohérente avec le délai de récidive dans la littérature. Le sous-groupe du secteur géographique limite les perdus de vue et celui du trouble de la personnalité permet un focus sur leurs prises en charge en cas de TS et l'influence sur la récidive.

Mots clés :

Tentative de suicide, Récidive suicidaire, Hospitalisation, Trouble de la personnalité, Programme de veille VigilanS

ABSTRACT

Introduction:

Management with a decision to hospitalize or return home after a suicide attempt (TS) is clinician-dependent, with no published data on the recidivism of suicidal acts concerning the CHRU of Tours. An undefined proportion in the psychiatric emergencies of Tours is made up of patients suffering from personality disorders, for whom the relevance of hospitalization on suicidal recidivism is even more disputed. The purpose of this study is to be able to search for the presence of suicidal recurrences in the six months after the initial admission according to the decision of hospitalization or not at the end of the previous TS.

Methode:

We extracted the stays of patients who were admitted to the psychiatric emergency department of Trousseau in Tours for TS between 10/18/21 and 10/18/22, from three separate databases (PMSI, OSCOUR, clinical data warehouse from CHRU Tours) using diagnostic coding and keywords. The search for recurrence of TS in the six months after inclusion was carried out in the same way. We described the clinical, socio-demographic and management characteristics (duration of hospitalization, duration in "box") of the patients included. Two subgroups were formed according to the presence of a personality disorder and the geographical psychiatric sector of the patient. We defined the time before recurrence of a suicidal gesture when present as a secondary endpoint. We then extracted patients who presented with TS from the VigilanS program database.

Results:

We included 748 patients over the period for 876 stays in the Trousseau psychiatric emergency room with TS. 117 patients (16%) had a suicidal recurrence within six months, i.e. 236 stays (27%). There was a greater proportion of patients suffering from personality disorders (10%), coming from the geographical psychiatric sector of Tours (93%). Emergency room stays resulted in a majority of cases in hospitalization at the end with 491 stays (56%) without significance on the primary endpoint. Survival curves comparing inpatients and outpatients should be considered similar. The data extracted from the VigilanS program report 358 patients with TS over the inclusion period. Few recurrences were recorded within the program (50 patients).

Discussion:

Without confirming any deleterious effect of hospitalization on recidivism, our results do not seem to highlight any protective effect either. Our work aims to be exhaustive in the extraction of TS. The inclusion period allows us to observe with hindsight the first year of implementation of the VigilanS program at the Tours University Hospital. Our follow-up period is consistent with the time to recurrence in the literature. The geographical sector sub-group limits the loss of follow-up and that of the personality disorder allows a focus on their management in case of TS and the influence on recurrence.

Key Words:

Suicide attempt, Suicidal recidivism, Hospitalization, Personality disorder, VigilanS monitoring program

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
APETOH Lionel .....Immunologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BACLE Guillaume.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DI GUISTO Caroline .....Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....Physiologie
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....Pédiatrie
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
HOARAU Cyrille.....Immunologie
KERVARREC Thibault.....Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....Dermatologie
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....Bactériologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....Médecine Générale
MOLINA Valérie.....Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....Médecine Générale
RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie .....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud .....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale
LAMANDE Marc .....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie
BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole .....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid .....Orthophoniste
IMBERT Mélanie .....Orthophoniste
SIZARET Eva .....Orthophoniste

Pour l'orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs
ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

Remerciements

Je remercie les membres de mon Jury, qui me font l'honneur de leur présence et de leur qualité d'enseignement.

Au Professeur Vincent Camus,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.
Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour l'enseignement que vous m'avez apporté et votre investissement dans la formation des étudiants en médecine.

Au Docteur Paul Brunault,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Recevez toute ma gratitude et mes sincères remerciements pour les connaissances que vous m'avez transmises.

Au Docteur Florence Dubois Carmagnat,

Je vous suis très reconnaissant de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie à nouveau pour m'avoir permis de rendre ce travail plus complet en m'ayant facilité l'accès aux bases de données de votre service de soins.

Au Docteur Meriadec Le Seac’h,

Merci à toi, pour m’avoir aidé à m’interroger et à construire ce projet depuis le début, afin qu’il soit le plus pertinent possible vis-à-vis de notre pratique de soignants au quotidien et avec la volonté d’en ressortir plus compétent. Merci pour ton temps et ces relectures prises de têtes mais indispensables !

Au Docteur Marie Ansoborlo,

Merci pour toute ton aide apportée, pour m’avoir aidé à concrétiser mes idées, pour les révisions nombreuses, le temps accordé. Merci pour les tableaux, figures, statistiques et de m’avoir permis de m’en sortir dans les méandres du logiciel informatique.

A mes parents qui m'ont soutenu depuis le début de mes études de médecine, depuis l'emménagement à l'été post bac jusqu'à ce jour, de m'avoir accompagné dans mes échecs et mes moments de doutes, sans quoi la première année aurait assurément été ma dernière sans vous.

A ma mère, merci pour tous tes appels, tous les weekends que tu m'as consacré (et les tupperwares pour survivre la semaine d'après), ton soutien indéfectible dans mes choix de parcours au cours de la décennie passée et dans mes choix de vie depuis toujours. Et surtout merci pour ton soutien affectif, véritable pilier psychique et facteur protecteur, buvard émotionnel parfois (souvent) malgré moi. Cet intérêt pour la psyché humaine et ce choix d'études et de métier est un rappel de ton éducation et du respect que je porte à la personne et la psychologue que tu es.

A ma compagne, merci de ton soutien constant et essentiel au cours des 6 dernières années. Ton support pendant les années de doute et d'incertitude, ta souplesse et ton adaptabilité au quotidien pour compenser mes traits obsessionnels compulsifs, ton aide et ton amour à toute épreuve sans lesquels je n'aurais tout simplement pas pu produire ce document aujourd'hui. Je t'aime.

A mon père qui m'a inculqué qu'il est toujours possible de mieux faire et de se dépasser, sans chercher à compter ses efforts. Son parcours est un rappel que mon nom de famille et mes origines ne sont pas un frein à mes ambitions et qu'il faut à l'inverse en être fier.

Merci à Fabien de m'avoir aidé sur les dernières années, d'avoir répondu présent à chaque fois que j'en avais besoin afin de m'en sortir dans ce monde plein d'angoisses et d'inconnus qu'on nomme « le quotidien ».

Merci également pour la douceur et la tempérance apportées par la Belle Famille, qui s'est toujours montrée disponible lorsque j'en avais besoin et m'ont apporté beaucoup de réconfort au cours des dernières années.

A mon frère et ma sœur, qui me rappellent avec raison parfois que je ne suis pas enfant unique, et de la responsabilité qui va avec. A mon frère, qui rejoint la même aventure que je termine et à qui je souhaite de passer ses plus belles années, ainsi que de rencontrer les personnes qui l'accompagneront pour devenir celui qu'il souhaite être.

Merci à Putsch, groupe d'amis indispensable sur la dernière décennie, meilleur soutien dans ce parcours d'endurance et premier fournisseur de souvenirs mémorables. La ville de Tours a perdu un peu de son charme depuis votre départ, et la perspective de se retrouver ensemble reste une grande source de motivation au quotidien.

Au 4F : Viandine Bidoche, Romuch Vanille/Fraise et Rima Rowling. Avec qui je peux toujours jurer solennellement, après toutes ces années, que mes intentions sont mauvaises.

Abréviations

TS : tentative de suicide

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies, 5e révision

HAS : Haute Autorité de Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10eme édition

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies, 4e révision

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies 11e édition

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

OSCOUR® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

NEABPD : National Education Alliance for Borderline Personality Disorder

ARS : Agence Régionale de Santé

CH(R)U : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

SSU : base de données du service des urgences de Tours

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

DPP : Dossier Partagé Patient

SDF : Sans Domicile Fixe

IEP : Identifiant Externe du Patient ou Identifiant Patient séjour

IPP : Identifiant Personnel Patient

eHOP® : entrepôt de données cliniques de l'hôpital

CDC : Centre de Données Cliniques

SIMEES : Service d'Information Médicale, d'Économie et d'Épidémiologie de la Santé

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie

AIPD : Analyse d'Impact sur la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CEReSS : Centre d'Études et de Recherche sur les Services de Santé

Table des Matières

I Revue de littérature 21
A) Définitions 21
1) Distinctions entre suicide, tentative de suicide et lésion auto infligée 21
2) Crise suicidaire et urgence suicidaire 22
3) Trouble de la personnalité 23
b. Épidémiologie 24
c. Personnalité borderline ou émotionnellement labile 25
B) Risque suicidaire et tentative de suicide 27
1) Facteur de risque de passage à l'acte 27
2) Épidémiologie de la tentative de suicide en France 29
3) Cas des troubles de la personnalité 30
C) Récidive suicidaire 32
1) Épidémiologie de la récidive suicidaire 32
2) Facteur de risque de récidive 33
3) Cas des troubles de la personnalité 35
D) Tentative de Suicide et utilisation des services de soins en France 36
1) Passage aux urgences et hospitalisations au décours 36
2) Récidive suicidaire et utilisation des services de soins 37
3) Utilisation des services de soins dans les personnalités impulsives 38
4) Conséquences démographiques et économiques 40
E) Hospitalisation au décours d'une tentative de suicide, une proposition thérapeutique contestée 41
1) Prise en charge du risque suicidaire et de la tentative de suicide 41
a. Recommandation de prise en charge 41
b. Influence de la prise en charge sur la récidive 43
c. Recommandation chez les personnalités impulsives et influence sur la récidive 44
2) Prise en charge hospitalière : un effet délétère ? 46
3) Limites de l'hospitalisation : des raisons médico légales 49
F) Prevention de la récidive : l'exemple de VigilanS 51

1) Description du dispositif 51
2) Intérêt sur la récidive suicidaire 53
II Matériel et méthodes 54
A) Type d'étude et aspects réglementaires 54
1) Type d'étude 54
2) Aspects réglementaires 54
B) Objectifs de l'étude et recueil d'informations sur la cohorte 55
1) Objectifs de l'étude 55
2) Recueil d'informations sur la cohorte 56
C) Critères de l'étude 58
1) Critère de jugement 58
2) Critère d'inclusion 58
3) Critère de non-inclusion et d'exclusion 59
4) Facteurs de confusion 60
D) Plan d'analyses statistiques 60
E) Extraction des données du programme VigilanS 62
III Résultats 64
A) Diagramme de flux et description 64
B) Caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients inclus 66
C) Récidive de tentative suicidaire dans les six mois 68
D) Présence d'une hospitalisation après tentative de suicide initiale 71
1) Concernant la population générale 71
2) Concernant le sous-groupe hospitalisé sur le secteur de Tours 73
E) Présence d'un trouble de la personnalité 75
F) Analyse de survie pour délai avant récidive médicalisée ou décès 77
G) Concernant les données du programme VigilanS 79
1) Données générales après extraction 79
2) Récidive suicidaire 81
3) Mode opératoire de la TS et tranche d'âge 82
IV Discussion 83
A) Commentaire des résultats et comparaison à la littérature 83
1) Concernant les données descriptives générales 84
2) Concernant le critère de jugement principal 84
3) Concernant les patients hospitalisés pour TS 86

4) Concernant le sous-groupe présentant un trouble de la personnalité 89
5) Concernant nos courbes de survie 92
6) Concernant les données VigilanS 93
B) Forces et limites 95
1) Sur les critères de jugement 95
2) Sur la comparaison avec la littérature 96
3) Utilisation du programme VigilanS au sein de notre travail 97
4) Sur la méthodologie de ce travail 98
V Perspectives 104
Lésion auto infligée et tentative de suicide 104
Amélioration de la prise en charge après passage aux urgences pour TS 104
Récidive suicidaire en cas de trouble de la personnalité et durée d'hospitalisation 106
VI Conclusion 107
VII Bibliographie 108
VIII Annexes 113

Table des Figures

Figure 1 : Diagramme de flux de l'extraction sur les venues aux urgences du CHRU Tours pour TS entre le 18/10/21 et le 18/10/22

Page 64, 112

Figure 2 : Délais avant récidive médicalisée ou décès des patients après la TS initiale (n=748) selon la présence d'une hospitalisation (n=423) ou non (n=325)

Page 76, 113

Figure 3 : Délais avant récidive médicalisée ou décès des patients du secteur de Tours après la TS initiale (n=646) selon la présence d'une hospitalisation (n=357) ou non (n=289)

Page 77, 113

Table des Tableaux

Tableau 1 : Description des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et l'année suivante (n= 876)

Page 66, 114

Tableau 2 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 (n=876) selon la survenue d'une récidive médicalisée dans le même établissement à six mois (n=234) ou non (n=642)

Page 69, 115

Tableau 3 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 (n=876) selon la réalisation d'une hospitalisation dans cet établissement (n = 491) ou non (n = 385)

Page 71, 116

Tableau 4 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 chez les patients du secteur psychiatrique de Tours (n=770) selon la réalisation d'une hospitalisation dans cet établissement (n = 424) ou non (n = 346)

Page 73, 117

Tableau 5 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre les 18/11/21 et l'année suivante (n= 876) selon la présence d'antécédent de trouble de la personnalité codé dans cet établissement (n= 119) ou non (n=757)

Page 75, 118

Tableau 6 : Évènement survenu le plus précocement dans les six mois après TS initiale

Page 77, 119

Base de données VigilanS

Tableau A : Description des patients majeurs extraits de VigilanS entre le 18/10/21 et le 18/10/22

Page 79, 120

Tableau B : Récidive suicidaire extrait de VigilanS sur la période de suivi du 18/10/21 au 18/04/23

Page 80, 120

Tableau C : Mode opératoire de TS renseigné parmi les 358 patients extraits de VigilanS sur la période d'inclusion (18/10/21 au 18/10/22)

Page 81, 121

Table des Cartes

Carte de la sectorisation géographique pour les services d'hospitalisation psychiatrique du département d'Indre et Loire (37)

Page 122

I Revue de littérature

A) Définitions

1) Distinctions entre suicide, tentative de suicide et lésion auto infligée

Le suicide et la tentative de suicide (TS) sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme des comportements suicidaires (1). Le suicide se réfère alors à l'acte de se donner délibérément la mort. On parle dans ce cas de suicide abouti (1).
Tandis que le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec ou sans intention de mourir (1).

La présence d' « auto-agression » dans cette définition est source d'interrogations et questionnements sur l'absence d'intention de mort dans le geste et donc sur le concept d'intentionnalité suicidaire.
Cette question est soulignée par l'OMS elle-même qui précise la complexité induite par l'inclusion de l'auto-agression dans la définition de « tentative de suicide » mais que « toutefois, l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées » (1).

Ainsi certains auteurs de la littérature préfèrent inclure l'intention de mourir dans leur définition, ou bien séparer la tentative de suicide de la lésion auto-infligée (2)(3).

C'est aussi une distinction faite dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies, 5e révision (DSM-V) qui sépare le « trouble conduite suicidaire » des « lésions auto-infligées non suicidaires » pour lesquelles l'intention suicidaire est absente (4).

2) Crise suicidaire et urgence suicidaire

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la notion de crise suicidaire à l'aide de la conférence de consensus d'octobre 2002 (5).

Ce texte de recommandations décrit la crise suicidaire comme « un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture.
Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité ».

L'HAS ne précise ainsi pas de durée dans cette définition, expliquant que la crise suicidaire est un état « réversible temporaire » (5), impliquant que celle-ci peut aller de quelques heures à quelques semaines. Cet état est « difficile à identifier » (5) et peut ne pas être observé par le médecin et parfois même par le médecin spécialiste, malgré un examen minutieux du patient.

Toutefois au sein d'une crise suicidaire nous devons tenter d'y distinguer l'urgence suicidaire, c'est-à-dire « la possibilité qu'une personne ayant des idées suicidaires passe à l'acte durant les 24 ou 48 h à venir » selon la définition de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) (6).

Cette évaluation de l'urgence suicidaire se fait par détermination de l'imminence du geste : intensité, temporalité, lieu et modalité de l'acte suicidaire envisagés (6).
Il s'agit d'un aspect essentiel de l'évaluation du risque suicidaire aux urgences psychiatriques. Cette temporalité permet en pratique d'envisager dans la prise en charge un désamorçage de l'urgence suicidaire dans les services disposant d'une unité de crise en proposant au patient un temps de repos et un traitement anxiolytique ou hypnotique si besoin, le temps de mobiliser ses ressources psychosociales. Le cas échéant, le retour à domicile et l'hospitalisation sont les autres options qui seront envisagées.

3) Trouble de la personnalité

a. Selon le Manuel diagnostique et Statistique des Maladies, 5e révision et la Classification Internationale des Maladies, 10e édition

Selon la Classification Internationale des Maladies 10e édition (CIM-10) qui constitue la référence de l'OMS pour les troubles mentaux (7) ce trouble se caractérise par « divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui ».

Il s'agit de déviations extrêmes dans la perception, les pensées et les sensations qui entrainent une perturbation sévère de la personnalité et qui retentissent particulièrement sur ses relations avec autrui « par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée » mais entrainent également des bouleversements sur le plan personnel.
La classification précise que ces comportements peuvent apparaitre précocement dans le développement de l'individu sous l'influence de facteurs constitutionnels et sociaux, ou plus tard au cours de sa vie. Cependant ces perturbations « apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte ». Il s'agit donc d'un état durable dans le temps qui n'évolue pas par épisode brutale.

La CIM-10 distingue les « troubles spécifiques de la personnalité » (F60.) et les « troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité » (F61.), ainsi que les « modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion et une maladie cérébrales » (F62.).
Dans ce sujet, nous nous concentrerons sur les troubles spécifiques et les troubles mixtes qui peuvent inclure la présence de symptômes de plusieurs des troubles décrits en « troubles spécifiques de la personnalité » (F60.) sans pouvoir faire un diagnostic plus précis.
En effet les « modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion et une maladie cérébrales » (F62.) surviennent « en l'absence de troubles préalables de la personnalité et faisant suite à un facteur de stress soit catastrophique, soit excessif et

prolongé ou à une maladie psychiatrique sévère » et ne répondent pas au schéma d'apparition classique décrit plus haut.

On distingue au sein des troubles de la personnalité spécifiques les « personnalités paranoïaques », les « personnalités schizoïdes », les « personnalités dyssociales », les « personnalités émotionnellement labiles », les « personnalités histrioniques », les « personnalités anankastiques », les « personnalités anxieuses évitantes », les « personnalités dépendantes » et enfin les « autres troubles spécifiques de la personnalité » réunis sous le même codage dont font partie les personnalités narcissiques pour exemples (8).

Le DSM V explicite lui aussi cette notion de « Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu » et qui doit être présent dans au moins deux domaines parmi la cognition, l'affectivité, les relations inter personnelles et l'impulsivité. Celles-ci sont responsables d'une souffrance cliniquement significative.
La classification ici est également catégorielle à travers trois groupes ou clusters : le groupe A dit « bizarre ou excentrique » comprenant les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique, le groupe B dit « théâtral ou émotif » inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques et le groupe C dit « anxieux ou craintif » comprend les personnalités anxieuses évitantes, obsessionnelles compulsives et dépendantes (4).

b. Épidémiologie

La prévalence globale du trouble de la personnalité a été estimée à 6,1 % en population générale dans une étude de 2009 mené à travers 13 pays se situant en Europe, Amérique du Nord, Asie, Afrique et Moyen Orient.
De manière plus détaillée les auteurs estimaient la prévalence au sein de leur étude à 3,6 % pour le Cluster A, 1,5% pour le B, et 2,7% pour le C.
Les troubles de la personnalité concernaient significativement, au sein de la population de leur étude, une population masculine, sans emploi, d'âge jeune et avec un niveau socio-

éducatif plus faible, ce qui était déjà mis en avant dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies, 4e édition (DSM IV) (9).

Cette prévalence du trouble de la personnalité est majorée au sein d'une population déjà suivie sur le plan psychiatrique.
Ainsi Zimmerman et al, en 2005 (10) ont observé dans une cohorte de 859 patients suivis en ambulatoire pour une pathologie de l'axe I du DSM IV « Troubles Majeurs Cliniques », le trouble de la personnalité étant regroupé dans l'axe II du DSM IV, « trouble de la personnalité et retard mental ». Selon eux la présence d'un trouble de la personnalité spécifique est retrouvée chez environ un tiers d'entre eux (31,4%) soulignant la comorbidité importante en trouble psychiatrique de l'Axe I et trouble de la personnalité.
En prenant en compte la présence d'un trouble de la personnalité spécifique ou non, cette prévalence s'approche alors de la moitié avec 45%.

c. Personnalité borderline ou émotionnellement labile

Parmi l'ensemble des troubles de la personnalité il apparait que la présence de tentative de suicide et sa récurrence constitue un critère diagnostique dans le trouble de la personnalité borderline ou émotionnellement labile.
Selon le DSM V ce trouble de la personnalité se définit comme un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte. Cela se manifeste par un vécu abandonnique avec sentiment de vide chronique, des relations interpersonnelles instables, une perturbation de son identité, une instabilité affective avec impulsivité dans plusieurs domaines et une répétition de gestes ou de comportements suicidaires ou automutilatoires (4).

Selon la CIM 10 (8), la personnalité émotionnellement labile (F60.3) correspond à : un trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements

impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés.

La CIM 10 va faire la distinction entre :

- Le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions.
- Le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

Dans l'optique de mise à jour des connaissances et d'évolution des pratiques nous pouvons noter que dans la nouvelle Classification Internationale des Maladies 11^{e} édition (CIM 11) ce trouble spécifique se retrouve dans le diagnostic d'État limite, reprenant les mêmes critères diagnostiques que la classification précédente, et précise en effet la présence « de comportements auto destructeurs et de préjudices auto infligés » (11).

Ce trouble spécifique de la personnalité possède une prévalence plus importante chez la femme de l'ordre de 3 pour 1 (12). Le diagnostic est fait majoritairement avant l'âge de 40 ans. La prévalence totale varie selon la littérature : ce trouble concernerait entre 0,5 et 9% de la population générale selon Brahim et al (13). Pour Leichsenring et al (14), cela concerne 2% de la population générale et environ 20 % des patients hospitalisés dans un service de psychiatrie. Pour Rodante et al (15) en psychiatrie cela correspond à 10 % des patients en ambulatoire et 28% en hospitalisation.

B) Risque suicidaire et tentative de suicide

1) Facteur de risque de passage à l'acte

En 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publie son rapport d'Évaluation du Programme National d'Actions contre le Suicide, dans lequel il reprend les données épidémiologiques en lien avec les tentatives de suicide (16).
Nous n'aurons pas pour objectif d'être exhaustif dans la présentation mais de rappeler les principaux facteurs aujourd'hui rapportés dans la littérature. Cette lecture de facteurs de risques peut se comprendre sous le prisme du modèle bio-psycho-social.

Le HCSP classe ainsi les facteurs de risques entre facteurs sociaux, environnementaux et individuels.

- Parmi les facteurs individuels, on distingue les facteurs prédisposants qui rendent vulnérables à un passage à l'acte, des facteurs précipitants qui majorent le risque.

    - Il existe ainsi un facteur individuel prédisposant important : les troubles psychiques, qui seraient présents dans 90% des autopsies psychologiques après un suicide abouti (16). Encore peu répandue en France, l'autopsie psychologique est une méthode concrétisée sur le continent Nord-Américain concernant le suicide et se décrit comme une « méthode systématique pour comprendre le contexte psychologique et les circonstances précédant le suicide » (17).
      Parmi ces troubles psychiques, les troubles de l'humeur (bipolaire et dépressif caractérisé) et les troubles psychotiques sont parmi les plus fréquents chez les deux sexes, mais cela concerne également les troubles de la personnalité ou les troubles anxieux (18).

- Le rapport entre trouble à l'usage de substances et suicide parmi les troubles psychiques est fortement mis en avant également, en particulier concernant l'alcool, un état d'alcoolisation étant considéré comme facteur individuel précipitant d'un passage à l'acte (16). Ce trouble à l'usage majore également le risque de suicide abouti comme comorbidité lorsqu'un autre trouble psychique est présent chez l'individu (19). Ce facteur de risque lié à l'usage de substances est identifié aussi pour d'autres types de consommations, notamment morphiniques ou intra veineuses (20).

- Enfin parmi les facteurs individuels il faut noter les troubles physiques, notamment chroniques, car susceptibles d'induire chez le patient « un caractère algique, handicapant et/ou incurable » (16).

- Au sein des facteurs de risques sociaux nous insisterons sur la présence au cours de la vie d'abus physiques tels que de la maltraitance et de violence sexuelle, particulièrement au cours de l'enfance (16), ainsi que la présence de tentatives de suicide dans l'histoire familiale (21).

- Le statut socio-économique constitue quant à lui un facteur de risque socio environnemental, pourvoyeur à la fois d'un isolement social et d'une limitation des ressources financières avec mauvais accès aux soins et à l'éducation de la prévention primaire. Ainsi le faible niveau d'éducation, de revenus, de statut hiérarchique et l'absence d'un emploi constituent des facteurs de risques de suicide (18).

Enfin nous ferons la différence entre facteurs de risque de suicide abouti et de tentatives de suicide. Le suicide abouti ou suicide « complété » est plus marqué chez les hommes en terme de nombre absolu, avec une fréquence relative plus forte chez les personnes âgées (supérieur à 65 ans) ; tandis que la tentative de suicide est retrouvée chez la femme jeune (premier pic épidémiologique entre 15 et 19 ans)(16).

2) Épidémiologie de la tentative de suicide en France

Estimer le nombre de tentatives de suicide en France reste difficile à déterminer de manière précise.

La surveillance des tentatives de suicide est effectuée surtout à partir des bases médico administratives de recours au soin, et s'intéresse directement aux tentatives de suicide médicalisées avec prise en charge hospitalière. Santé Publique France (22) rapporte ainsi un nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide à environ 89 000 en France métropolitaine et Outre-Mer en 2017.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS), aujourd'hui Santé Publique France, dans son rapport d'hospitalisation et de passage aux urgences pour tentative de suicide entre 2004 et 2011 (23) utilisait déjà le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) afin d'inclure les hospitalisations ayant un codage diagnostique en lien avec une tentative de suicide. Il collectait également les informations des services d'Urgences grâce à l'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour ®), réseau de collecte de données qui permet d'identifier la présence d'un codage diagnostique en lien avec une tentative de suicide (X60 à X84) ou d'identifier la présence de mots clés (exemple « autolyse »).
Nous proposons de développer ces résultats plus bas dans ce travail dans la discussion afin de les mettre en comparaison avec nos résultats.

L'autre méthode de recueil des tentatives de suicides relève de l'enquête déclarative auprès des suicidants en population générale.
Ainsi en 2017 selon l'enquête Baromètre de Santé Publique France (22) sur 25 319 personnes interrogées par collecte téléphonique ou informatique 7,2% des 18-75 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, pour 9,9% des femmes contre 4,4% des hommes interrogés.

3) Cas des troubles de la personnalité

Le lien entre risque suicidaire et présence d'un trouble de la personnalité est étayé dans la littérature depuis de nombreuses années.

Concernant le suicide abouti, Bertolote et al (24) dans leur revue de littérature ont analysé 31 publications internationales entre 1959 et 2001 et ont indiqué par la suite que 98% des patients décédés par suicide avaient reçu au moins un diagnostic psychiatrique au cours de leur vie ou après étude rétrospective de la personnalité du sujet (autopsie psychologique).
Parmi eux, le pourcentage de la population souffrant d'un trouble de la personnalité s'élevait à 13%, et parmi ceux ayant un historique d'hospitalisation psychiatrique cela s'élevait à 15,2%.
Selon l'évaluation du programme national d'action contre le suicide de l'HCSP (16), ce sont 30 à 40% des personnes décédées par suicide qui présenteraient un trouble de la personnalité. Cependant ils précisent que « presque toutes » présentent des comorbidités à type de symptômes dépressif et/ou de trouble à l'usage de substances.

Concernant le risque de passage à l'acte, il est établi que la présence d'un trouble de la personnalité est un facteur de risque suicidaire. Il a été retrouvé à plus de 70% des personnes ayant fait une tentative de suicide.
Ce facteur de risque peut être amplifié par la présence de comorbidités tels que les troubles à l'usage de substances (25).

Parmi les troubles de la personnalité certaines présentent un risque suicidaire plus important et font l'objet de fréquentes discussions.
Le trouble de la personnalité Cluster B a ainsi été mis en avant comme présentant le plus grand risque suicidaire parmi les patients souffrant de trouble de la personnalité, et parmi cette catégorie vont se distinguer le trouble de la personnalité antisocial et borderline (26).
C'est aussi la présence de ces deux troubles de la personnalité spécifiques que cite l'HCSP (16) comme facteur de risque de tentatives de suicide.

Le trouble de la personnalité antisocial est par exemple cité régulièrement en termes de trouble de la personnalité avec risque suicidaire important. Krysinska et al (27) précisent que ce trouble de la personnalité majore le risque de tentative de suicide au cours de la vie du sujet, et notamment le nombre de tentatives de suicide dans la population carcérale.

Le trouble de la personnalité borderline fait quant à lui partie des troubles de la personnalité spécifiques les plus souvent retrouvés au sein des cohortes de patients psychiatriques (10). Il est affirmé que la présence de tentatives de suicides et de comportements auto-agressifs est le critère diagnostique le plus fiable pour ce trouble (27). Même parmi les diagnostics de trouble de la personnalité retrouvés lors d'autopsie psychologique pratiquée sur suicide abouti, le trouble borderline reste majoritaire : jusqu'à 56,7 % de la population étudiée par Andrew et al (28).

C) Récidive suicidaire

Au-delà d'un passage à l'acte suicidaire initial se pose la question de nouvelles tentatives de suicide, du délai entre la première et les suivantes, et des facteurs de risque de récidive chez un patient ayant présenté une tentative de suicide.

1) Épidémiologie de la récidive suicidaire

Parmi les auteurs ayant étudié la récidive suicidaire, il est important de citer le travail de Owens et al (2002) (29) et de Carroll et al (2014) (30). Au sein de ses deux revues de la littérature, ont été incluses respectivement 90 et 177 études de suivi de cohortes après tentative de suicide et ayant pour objectif le taux de récidive suicidaire. A un an de suivi le taux de récidive est estimé à 15 % pour Owens et al, et à 16,3 % pour Carroll et al.
Selon Rodante et al (2019) (15) ce taux de récidive est à 18,7 % à six mois et se majore à 32,52 % à 24 mois de suivi.

En 2019 en France c'est A.Vuagnat et al (3) qui étudient les registres nationaux du PMS-I et du CepiDc pour obtenir le taux de récidive après un premier passage à l'acte auto agressif, défini dans le DSM par « lésion auto infligée » et correspondant selon eux dans la CIM 10 au code diagnostic X60.- à X84.- . Bien que leur méthodologie ne présume pas de l'intentionnalité létale ou non, d'où leur choix de « lésion auto-infligée », il est intéressant de remarquer que le code utilisé correspond à celui utilisé et défini par l'InVS (23) comme relatif à une tentative de suicide. Ainsi au cours de la période de suivi la récurrence de tentative de suicide selon ce codage diagnostic est survenue dans 12,4% des sujets (3).

Les auteurs se sont également intéressés au délai entre la tentative de suicide et la récidive. La plupart des études s'accordent alors à dire que la récidive survient, dans environ un tiers des cas dans le premier mois, dans la moitié des cas lors des trois premiers mois, et enfin pour deux tiers des cas lors des six premiers mois.

En effet c'est ce qui est avancé par Rodante el al (15) après leur durée de suivi de deux ans. De même, pour Vuagnat et al (3) la récidive suicidaire survient au cours de la première semaine dans 11,4% des cas, au cours du premier mois dans 28% des cas, au cours du premier trimestre dans 52,4 % des cas et au cours des six premiers mois dans 75,2% des cas.
Selon Arensman et al (31) c'est aussi près de la moitié des patients qui récidivent au cours du premier trimestre et près de la moitié au cours du premier semestre.
Enfin Kapur et al (32) confirment également cette tendance avec un taux de récidive dans le premier mois à un tiers des patients.

En France l'InVS (23) s'est également intéressé au taux de récidive par le prisme des nouvelles hospitalisations pour tentative de suicide après un passage à l'acte initial : lorsqu'il y a eu ré-hospitalisation pour récidive de TS, celle-ci a eu lieu dans le mois qui a suivi la précédente hospitalisation pour TS dans presque un cas sur cinq (22,6 % parmi les hommes vs 18,3 % parmi les femmes). De même, la réadmission a eu lieu dans les 12 mois dans 67,3 % des cas (68,8 % parmi les hommes vs 66,5 % parmi les femmes).

2) Facteur de risque de récidive

- Antécédents

La présence d'antécédents de passage à l'acte suicidaire est le facteur de risque le plus rapporté pour une récidive de tentative de suicide. L'HCSP (16) le définit comme le facteur de risque « le plus fort » avec la présence d'automutilation également, car ces deux caractéristiques se retrouvent dans 40 % des cas de tentatives de suicide.
C'est également le cas en littérature internationale, à l'exemple de Haw et al (2007) (33) qui qualifient la présence d'un historique suicidaire comme le facteur prédictif le plus important pour de nouvelles récidives et également comme facteur de risque de décès par suicide.

- Comorbidités

La présence de comorbidités psychiatriques, si elles ont déjà été cité comme facteur de risque de tentative de suicide, ont également leur place dans les facteurs de risque de récidives suicidaires. Il a été mis en avant que la présence d'un trouble psychotique, bipolaire ou dépressif unipolaire, constituait un risque accru de suicide abouti après une tentative de suicide initiale (34).

De la même manière le trouble à l'usage est pointé comme particulièrement associé aux récidives suicidaires, et notamment la sévérité du trouble à l'usage de l'alcool (35).

- Sexe et âge

Concernant le sexe cela est aussi similaire aux tentatives de suicide. Le sexe féminin et l'âge jeune restent des facteurs de risque de récidive suicidaire (Chien et al, 2013) (36) alors que le sexe masculin et l'âge sénior sont des facteurs de risque de suicide abouti par récidive suicidaire (16).

- Prise en charge

Enfin on notera qu'il a été mis en avant comme facteur de risque de récidive après un passage à l'acte suicidaire la présence d'une hospitalisation trop longue : c'est ce que retrouvent Chien et al (36) dans leur cohorte Taiwanaise d'environ 17 381 patients entre 2005 et 2008. Sur les 1004 patients hospitalisés pour récidive, et après régression logistique, ils mettent en évidence un taux de récidive plus élevé pour les temps d'hospitalisations considérés comme les plus longs après une hospitalisation initiale, c'est-à-dire supérieurs à 10 jours. Cette majoration du taux de suicide est progressive avec la majoration du temps d'hospitalisation : pour 17% de récidive après un hospitalisation initiale de 24h, ce sont 22,4 % des patients ayant récidivé après une hospitalisation initiale de 5 à 9 jours, et 27,7% après 10 jours d'hospitalisation.

3) Cas des troubles de la personnalité

De la même façon qu'avec les facteurs de risque de tentative de suicide, les comorbidités psychiatriques jouent aussi un rôle dans les facteurs de risque de récidive suicidaires. Les troubles de la personnalité y sont particulièrement mis en avant (25).

La présence d'une récurrence dans les passages à l'acte suicidaire permet de mettre en avant dans la clinique du patient un des critères diagnostiques du trouble borderline. C'est déjà ce que nous pouvions repérer dans les cohortes précédemment citées afin d'étudier le délai de récidive : Rodante et al (15) avaient choisi de centrer leur cohorte avec comme critère d'inclusion la présence d'un trouble de la personnalité borderline et avaient obtenu des résultats similaires aux autres études.

Parmi les facteurs de récidive établis au sein du trouble de la personnalité borderline, on retrouve à nouveau la notion d'antécédent de tentative de suicide (25) (15).
Ici aussi la présence d'une tentative de suicide est l'un des principaux facteurs de risque pour un nouveau geste suicidaire (37).

Il a par ailleurs été mis en évidence qu'un grand nombre de tentatives de suicide dans les antécédents constituent un facteur prédictif de récidive suicidaire parmi les troubles de personnalité borderline, avec comme caractéristiques du patient le sexe féminin avec âge jeune, et le statut marital de célibataire (13).
Rodante et al (2019) (15) retrouvent comme facteur prédictif de récidive suicidaire chez les patients borderline, en plus des antécédents suicidaires et de l'âge, la présence de violences sexuelles dans l'enfance et l'âge de la première tentative de suicide.

D) Tentative de Suicide et utilisation des services de soins en France

1) Passage aux urgences et hospitalisations au décours

Il est complexe de pouvoir obtenir des chiffres clairs sur les passages aux urgences pour tentative de suicide et le nombre d'hospitalisations pour le même motif. Il existe en effet des limites dans le recueil qui sont inhérentes aux différentes sources de recueil ; le chiffre final reste alors une approximation.
Nous l'avions évoqué précédemment, les données de Santé Publique France (22) rapportent un nombre de 89 000 hospitalisations ayant pour motif une tentative de suicide en 2017.

Sur la période étudiée par l'InVS (23) dans leur rapport s'étendant de 2004 à 2011, le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide était en moyenne de 17,7 pour 10 000 habitants par an. Ce taux variait selon le sexe, les taux annuels moyens étaient de 13,4 pour 10 000 hommes et 21,5 pour 10 000 femmes.
Santé Publique France (22) dans son bulletin de 2019 met en évidence une diminution de ce taux de séjours hospitaliers à 15,1 pour 10 000 habitants en 2017, avec une baisse significative concernant le sexe féminin (18,0 pour 10 000 habitants).

Ce recueil est élaboré selon le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI-MCO) qui permet de collecter les données concernant toutes les hospitalisations, secteur public ou privé confondus. Les limites épidémiologiques viennent du fait qu'il ne prend pas en compte tous les suicidants. Il ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide sans hospitalisation à l'issue. Il ne prend pas non plus en compte ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie (directement ou après passage aux urgences), s'il n'y a pas eu d'hospitalisation préalable dans un service de médecine hors psychiatrie.

Concernant les passages aux urgences, l'InVS (23) a relevé grâce à l'utilisation des données de recours aux urgences une estimation des passages pour motif de tentative de suicide. Cela concernerait entre 176 000 et 220 000 passages en France métropolitaine entre 2007 et 2011. Une autre estimation faite par l'extrapolation des données du SAMU évaluait quant à elle à

290 000 passages aux urgences pour tentative de suicide entre 2006 et 2008.

A une échelle plus locale et récente, nous parlerons des urgences psychiatriques de Trousseau pour lesquelles le programme de veille sanitaire VIGILANS avait estimé dans son communiqué (38) un nombre de passages pour tentative de suicide en 2020 à 673.

2) Récidive suicidaire et utilisation des services de soins

Les patients présentant des répétitions de tentatives de suicide sont d'autant plus à risque de suicide abouti et de présenter une hospitalisation (35).

En se servant de la même manière des données de Santé Publique France (22) et de l'InVS (23) nous pouvons estimer quelques chiffres en ce qui concerne les hospitalisations pour récidive de tentative de suicide :
Entre 2004 et 2011, 556 708 patients ont été hospitalisés pour TS cumulant 765 616 séjours hospitaliers. Parmi ces patients, 80,3 % soit 447 011 ont été hospitalisés une seule fois pour TS et pour 19,7 % d'entre eux soit 109 697, il y a eu plusieurs séjours.
De même, les deux tiers (67.3%) des réadmissions pour récidives se produisent dans les 12 mois. Après une hospitalisation pour TS, le taux de première ré-hospitalisation pour TS est de 3.8% à 1 mois et de 12.8% à 1 an.

Ce chiffre se rapproche des taux de réadmissions qui avaient été retrouvés dans la littérature internationale (29) (30) cités plus haut dans ce travail.
Ainsi le risque de réadmission hospitalière pour nouvelle tentative de suicide a pu être estimé par l'InVS (23) avec un Hazard ratio à 2,66 lors de la présence d'un diagnostic psychiatrique.

Il est encore plus difficile d'estimer les récidives suicidaires et les passages aux urgences.
Certaines études (39) (40) suggèrent que 40 à 60 % des patients adressés à l'hôpital pour tentative de suicide sont des patients ayant récidivé.

3) Utilisation des services de soins dans les personnalités impulsives

L'impulsivité peut constituer un trait de personnalité pathologique qui va se retrouver comme critère diagnostic dans les personnalités antisociales ou borderline.
Nous retrouvons alors les personnalités les plus à risque de tentatives de suicides comme étudiés plus haut. Ce trait de personnalité peut également être le facteur d'une utilisation plus fréquente des services de soins d'urgences.

Ainsi selon Comtois et al (2016) (41) les patients souffrant de trouble de la personnalité borderline sont parmi les usagers les plus fréquents des services publics psychiatriques en raison d'un usage à répétition de ceux-ci. En effet cette catégorie de patients représenterait entre 9 et 40% des utilisateurs des services de soins publics (42)

Parmi eux les comportements à type de lésions auto infligées, sans présumer de l'intentionnalité létale, concerneraient 60 à 80 % des patients, ce qui est cohérent avec les données de littérature précédemment citées : les passages à l'acte auto infligés constituent un critère diagnostic important (12).

A titre d'exemple selon Pascual et al (2007) (43), après s'être intéressé aux patients ayant visité un service d'urgences psychiatriques d'un hôpital de niveau tertiaire sur leur territoire espagnol sur une période de 4 ans, environ 9% des patients présentaient un trouble de la personnalité borderline soit 1032 patients dans l'étude.
Concernant les hospitalisations c'est environ 20% des patients qui ont été identifiés comme présentant ce trouble dans la population de personnes hospitalisées (14).

Cette utilisation est également marquée par une certaine forme de violence : dans leur revue de littérature publié en 2017, Shaikh et al (44) estiment ainsi approximativement entre 9 et 27% le nombre de patients avec agitation aux urgences possédant un diagnostic de trouble borderline.

Ce chiffre peut s'expliquer selon eux par la présence aux urgences de patients borderline dans un contexte « d'état de crise », ce qui incluent des épisodes actifs de lésions auto infligées, de tentative de suicide, d'agressivité et d'impulsivité dans leurs comportements.

Enfin, pour estimer à notre échelle nationale, nous pourrons citer l'association Connexion Familiale. Il s'agit de la branche Française de l'association américaine National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEABPD), qui établit parmi les patients souffrant de trouble borderline que 15% consulteraient un thérapeute et près de 65% seraient hospitalisés au cours de leurs vies. En consultation psychiatrique, la prévalence se situerait entre 18 et 42,7%. Elle oscillerait entre 40 et 60% pour les patients vus et présentant en comorbidité une dépression ou troubles anxieux ou de l'humeur (45)

4) Conséquences démographiques et économiques

Avec 9000 décès par suicide par an en France estimé selon Santé Publique France (22), le suicide abouti reste la première cause de décès chez les 25 à 34 ans, et une cause de décès significative dans les autres classes d'âge avec une prévalence élevée parmi les catégories d'âges les plus élevées. Cela renforce à nouveau l'intérêt de la prévention primaire dans ce contexte, et également secondaire devant le facteur de risque qu'un passage à l'acte constitue.

Outre les effets sur la santé, il faut citer l'impact économique majeur. En prenant compte à la fois des coûts directs, liés à la prise en charge dans les secteurs sanitaires et aux autres dépenses, et les coûts indirects, liés à la perte de productivité d'une personne s'étant suicidée ou ayant fait une tentative de suicide, le coût total est élevé. Il était estimé en France en 2009 à environ dix milliards d'euros, avec une répartition de 88% pour les coûts directs et 12% pour les coûts indirects.
A l'échelle individuelle, une tentative de suicide représente selon cette estimation 350 000 euros de perte de revenus sur le plan sociétal et entre 5000 et 15000 euros de dépenses sanitaires (46).

Ces chiffres vont retrouver leur équivalent concernant les tentatives de suicide chez les patients souffrant de trouble de la personnalité : au Pays Bas entre 2003 et 2006 Soeteman et al (47) ont inclus 1740 patients provenant de six centres de soins mentaux prenant en charge les troubles de personnalités. Le cout moyen total sur un an de prise en charge s'élevait à 11 126 euros, environ les deux tiers (66,5%) en couts directs de soins médicaux et le reste en perte de productivité indirecte.
Ce cout direct comprenait les soins psychiatriques ambulatoires et les consultations de médecine générale, les soins apportés en psychothérapie, les hospitalisations psychiatriques et les soins des comorbidités notamment addictologique avec les troubles liés à l'usage de substance.

E) Hospitalisation au décours d'une tentative de suicide, une proposition thérapeutique contestée

1) Prise en charge du risque suicidaire et de la tentative de suicide

a. Recommandation de prise en charge

Nous pouvons utiliser comme référence concernant la prise en charge du risque suicidaire et de la tentative de suicide les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2000 concernant une crise suicidaire aux urgences médicales : « *Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19 et 20 octobre 2000* » (5).
Cette conférence recommande alors d'utiliser l'échelle de désespoir de Beck, qui mesure notamment le pessimisme du patient et ses potentialités de suicide. L'évaluation clinique reste le principal outil et se doit d'écouter la souffrance du patient, d'envisager un traitement symptomatique anxiolytique si besoin, de rechercher les antécédents de tentative de suicide chez le patient, et de prendre contact avec sa famille ou ses proches pour les impliquer dans le suivi.

A l'issue de cette évaluation, la HAS considère alors qu'il faut, si la crise suicidaire est avérée, orienter le patient soit vers un avis spécialisé psychiatrique si la prise en charge s'est faite aux urgences médicales générales, soit vers une hospitalisation « brève de principe » en l'absence de l'avis psychiatrique.

Le psychiatre d'avis (ou celui des urgences psychiatriques le cas échéant) doit décider d'une hospitalisation en cas de risque suicidaire imminent, de situation d'insécurité sévère dans les perspectives d'une sortie ou d'une crainte de raptus anxieux en cas de perplexité anxieuse chez le patient. Devant cette difficulté de prise en charge la HAS recommande de ce fait la présence de lits de crise sur le site des urgences dans la mesure du possible.

Dans la pratique à Tours nous constatons que le psychiatre évalue effectivement un patient présentant un risque suicidaire soit après que le risque somatique ait été écarté aux urgences générales, soit directement aux urgences psychiatriques. Il va déterminer la sévérité du risque suicidaire chez le patient et définir le cadre de la prise en charge. L'hospitalisation s'avère essentielle en cas de risque suicidaire élevé ou de risque suicidaire modéré avec présence de facteurs cités plus haut tel que perplexité anxieuse ou situation d'insécurité. En dehors de ces situations et majoritairement le patient va être conseillé et orienté vers une prise en charge ambulatoire de préférence, et un retour à domicile va être décidé.

Ainsi la présence de troubles psychiatriques sévères, tel que les troubles psychotiques ou les troubles de l'humeur bipolaire qui constituent des facteurs de risque primaire (en lien avec l'individu) dans l'évaluation du risque suicidaire, vont être considérés comme des comorbidités pouvant faire pencher la balance décisionnelle en cas de tentative de suicide en faveur d'une hospitalisation.

Enfin, au vu du risque majeur de récidive dans l'année suivant un passage à l'acte, la prévention de la récidive est effectuée par l'organisation d'une continuité des soins dès le début de la prise en charge de la crise. Cette continuité de soins peut comprendre la proposition d'une consultation dès la sortie de l'hôpital en post urgences, selon les recommandations de l'HAS (5).

Au-delà de cette phase hospitalière d'urgence, la place de l'hospitalisation en psychiatrie dans la trajectoire de soins du patient suicidant est quant à elle une question encore largement débattue. En effet, il n'a jamais été formellement prouvé que, comparé au retour à domicile avec suivi ambulatoire correctement conduit, une hospitalisation en psychiatrie ou à l'hôpital général diminue le risque de récidive suicidaire à 1 an (39).

b. Influence de la prise en charge sur la récidive

Dans leur revue de littérature publié en 2010 intitulé « Comment traiter la tentative de suicide », Lorillard et al (37) s'intéressent aux études qui explorent les possibilités thérapeutiques dans le but de comprendre les prises en charge pouvant diminuer la récidive suicidaire. Celle-ci ne montrait pas d'intérêt à hospitaliser le patient de manière systématique ou à suivre la demande du patient à pouvoir se mettre à l'abri à l'hôpital.

Ainsi il n'y avait pas de différence significative sur la récidive selon la revue systématique de Van Der sande de 1995 (39) lors de proposition d'hospitalisation sur demande auprès des patients. En effet, cette revue incluait deux études réalisées avec une méthode particulière : pour Morgan et al (1993) et Cotgrove et al (1995) les groupes étudiés de patients ayant souffert d'une TS se voyaient remettre une carte permettant l'appel d'un psychiatre et la garantie d'une hospitalisation sur leur demande. Avec cette méthode de prise en charge et un groupe contrôle bénéficiant d'une prise en charge classique (décision d'hospitalisation uniquement selon les critères d'urgences comme définis plus haut) leurs études n'ont pas mis en avant de différence sur la survenue de récidive suicidaire.

Toujours selon Van Der Sande et al dans leur étude publiée plus tard en 1997 (48), il n'y avait pas non plus de différence significative sur la récidive lors d'une hospitalisation systématique avec dans les suites une prise en charge ambulatoire, en comparaison d'une prise en charge classique. Cette prise en charge dans le groupe contrôle correspondait à 75% des patients des urgences avec prise en charge ambulatoire et 25% qui étaient hospitalisés. Cependant une différence dans le nombre moyen de jours d'hospitalisation avait été noté : 36 jours versus 106 jours pour le groupe contrôle.

c. Recommandation chez les personnalités impulsives et influence sur la récidive

La question de l'hospitalisation est d'autant plus discutée lorsque le patient souffre de trait de personnalité impulsive et souffrant d'idées suicidaires chroniques.
Dans la seconde partie de leur revue systématique, S.Lorillard et al (2010) (49) rappellent que les patients souffrant d'un trouble borderline vont présenter des taux de récidives suicidaires nettement supérieurs non seulement à la population générale, mais également aux patients suicidants se présentant aux urgences, et cela malgré un taux d'hospitalisation également bien plus élevé.

Pour les patients présentant des idées suicidaires chroniques, Paris (50) parle d'hospitalisation à double tranchant. C'est-à-dire que le patient va rentrer dans un environnement protégé et contrôlé qui va mettre en exergue des comportements néfastes tel que le phénomène de « régression » : on traite les idées suicidaires chroniques par une intensification des soins de « nursing », renforçant la tendance à la dépendance aux autres du patient et allant en contradiction avec le principe d'autonomisation du patient et l'approche motivationnelle.
Ce principe serait encore plus visible avec les comportements qui gravitent autour des tentatives de suicide tel que les comportements définis comme parasuicidaires qui comprennent les lésions auto infligées ou les tentatives de suicides avec intentionnalité faible (51).

Ainsi la littérature a cherché à valider des techniques psychothérapeutiques permettant de lutter contre la récidive suicidaire pour s'éloigner de ce shéma de passage à l'acte et d'hospitalisation. C'est le cas de S.Lorillard et al (49) qui s'est intéressé aux essais évaluant l'efficacité des traitements psychothérapeutiques sur la récidive de patients suicidants avec comorbidités borderline.

Nous pouvons citer notamment celles d'inspiration cognitivo-comportementale, telles que la thérapie dialectique et comportementale de Linehan, qui a pu être qualifiée comme le « Gold Standard » dans le trouble borderline de nos jours, avec un taux de tentatives de suicides de 50 % inférieur à celui du traitement contrôle après deux ans de suivi. Ou encore la thérapie focalisée sur les schémas de Young, avec des taux de scores de tentative de suicide inférieurs au traitement habituel à trois ans (49).

Celles-ci ont aussi mis en avant une réduction de la fréquence ou de la durée des hospitalisations en comparaison avec une prise en charge standard sans interventions psychothérapeutiques structurées.

Ainsi Linehan et al (52) (49) retrouvent par exemple une différence significative sur le nombre médian de jours d'hospitalisation à 12 mois chez les patients ayant bénéficié d'une intervention structurée basée sur une thérapie dialectique comportementale en comparaison avec le groupe contrôle.
Pour 8,46 jours d'hospitalisation en moyenne pour le groupe ayant bénéficié d'une thérapie dialectique comportementale ils retrouvaient 38,86 jours pour le groupe contrôle.
De même sur 24 mois les auteurs retrouvent également une différence significative pour le nombre de passages aux Urgences et les hospitalisations en psychiatrie, pendant la première année (correspondant au traitement) en faveur de la thérapie dialectique.

2) Prise en charge hospitalière : un effet délétère ?

L'intérêt de l'hospitalisation dans le cas d'une tentative de suicide est questionné dans la littérature chez les patients souffrant d'idées suicidaires chroniques, depuis la fin du vingtième siècle (50) (51).
Comme nous avons pu le développer la présence d'idées suicidaires chroniques est un symptôme qui peut se retrouver dans la population de suicidants, dans la mesure où nous avons montré que le facteur le plus prédictif de récidive suicidaire est la présence d'un antécédent de tentative de suicide, et surtout que le nombre d'antécédents de tentatives conditionne le risque d'une récidive (16) (33).
Ce symptôme va évidemment se retrouver d'autant plus souvent que le patient souffre de trouble de la personnalité, et notamment borderline en ce sens qu'il en constitue un critère diagnostic comme nous l'avions, à nouveau, expliqué plus haut.

Paris (2004) (50) rappelle que l'hospitalisation en cas d'idées suicidaires chez une personnalité présentant des idées suicidaires chroniques n'a jamais démontré de bénéfice significatif, et permet plutôt de rassurer le clinicien, d'autant que l'expression d'idées suicidaires a dans cette situation une fonction communicative au premier plan et que l'intentionnalité létale est souvent ambivalente (présence ou contact de proche au moment de la tentative). Il est évident qu'une tentative de suicide doit être considérée et prise au sérieux mais ne devrait pas aboutir de manière systématique à une hospitalisation.
De même, l'intérêt d'une hospitalisation en cas de tentative de suicide afin de prévenir la récidive est loin d'être admis.

Tout d'abord les précautions pour empêcher ou limiter le risque de suicide lors d'une hospitalisation n'empêchent pas forcément la personne de pouvoir passer à nouveau à l'acte durant le temps de sa présence à l'hôpital (50). Ces précautions passent par chercher à limiter l'accès à des moyens létaux (inventaire des affaires et retrait des objets dangereux, blocage des fenêtres, suppression des points d'appui résistant au poids du corps) et à assurer une surveillance rapprochée : passage régulier des équipes soignantes, chambre à proximité de l'infirmerie, voire surveillance à vue en permanence (53).

Ce comportement peut avoir tendance à être renforcé devant la multiplication de précautions : il va s'agir d'un processus au cours duquel un comportement à l'origine de l'apparition d'une émotion agréable (soins médicaux et majoration de l'attention) risque de voir sa fréquence augmentée.
Le référentiel de psychiatrie du Collège National (53) précise d'ailleurs que « L'hospitalisation ne permet pas de prévenir tous les suicides puisqu'environ 5 % des suicides ont lieu dans les établissements de soins ». La première semaine d'hospitalisation et les deux semaines après la sortie constituent une période critique de passage à l'acte et un facteur de risque de récidive avec suicide abouti selon Martelli et al dans leur revue de littérature épidémiologique internationale publié en 2009 (54).

Ensuite, il n'y a pas d'efficacité sur le long terme concernant la diminution de ses idées suicidaires chroniques, les patients souffrant de trouble de la personnalité continuant de souffrir de ce symptôme à la sortie d'hospitalisation (50).

Le contexte de médicalisation et de contrôle exagéré de l'environnement du patient peut empêcher le psychiatre de pouvoir travailler sur l'impulsivité et sur l'instabilité propre à la vie courante que le patient va rencontrer à sa sortie. Pire, la présence d'hospitalisation à répétition en cas de récidive suicidaire peut aboutir à un phénomène de « psychiatrisation » tel qu'il est décrit par Paris (50), c'est-à-dire la recherche par le patient d'une hospitalisation devant sa difficulté d'adaptabilité en cas de modification de son environnement ou de majoration de l'anxiété, dans un processus pouvant s'inscrire dans un syndrome d'évitement anxieux.

Ainsi Williams en 1998 préconisait des hospitalisations de courte durée devant ce profil de personnalité : « Do not hospitalize a person with borderline personality disorder for more than 48 hours » (50). Dawson et Mac Millan en 1993 (50) concluaient même de ne jamais hospitaliser un patient souffrant de trouble borderline devant une prise charge qui était à la fois « inefficace et contre-productive ».

Linehan (1993) (52) proposait plutôt de limiter le recours à ces hospitalisations en cas d'idées suicidaires chroniques et de favoriser le recours à l'ambulatoire ou aux hospitalisations partielles tel que l'hospitalisation de jour.

La mise en lien avec les proches du patient afin d'obtenir leur coopération sur la prise en charge à long terme, avec psycho éducation sur le trouble et les conduites suicidaires, permettrait de prévenir plus efficacement les situations décrites précédemment.

Dans le cadre de la thérapie dialectique comportementale que l'autrice a mise en place, Linehan recommandait enfin de pratiquer du renforcement positif auprès des patients en accordant un entretien en cas d'expression des idées suicidaires, et par renforcement négatif par la perte temporaire d'accès aux séances en cas de passage à l'acte auto agressif au suicidaire.

3) Limites de l'hospitalisation : des raisons médico légales

Il a également pu être avancé par d'autres auteurs que certains patients avec idées suicidaires chroniques utiliseraient la possibilité de passage à l'acte suicidaire comme une menace permettant de contrôler le comportement des autres. Les mesures d'hospitalisations seraient alors dans ce paradigme des mesures de coercition qui traduiraient le besoin de contrôle du thérapeute en réponse à celui du patient.

Hendin théorise ainsi en 1981 (55) que les mesures d'urgences comme traitement préventif chez des patients présentant des idées suicidaires chroniques ne seraient que le reflet de l'anxiété éprouvée par le thérapeute et seraient souvent un frein à l'entreprise même de cette thérapie. Il en vient à dénoncer la surveillance constante « constant monitoring » du risque suicidaire qui selon lui, ne peut se solder que par l'augmentation de mesures intensives dans la prise en charge (hospitalisation, médications) lorsque le risque suicidaire varie, alors qu'il y aurait un manque de preuve quant à l'efficacité de ces prises en charge sur la prévention du suicide. Selon lui, il serait plus judicieux de reconnaitre qu'il n'est pas à même de maintenir le patient en vie par des moyens de surveillance, incarcération ou de précaution si le patient a décidé de se suicider.

Cette mesure de coercition hospitalière correspond à une crainte du soignant vis-à-vis de son patient face à l'incertitude de sa situation, et à la difficulté d'appréhender l'évaluation du risque suicidaire pour ce qu'elle est : une mesure à l'aide de critères médicaux afin d'estimer un pronostic et de prendre une décision de prise en charge en fonction, et non une certitude sur le devenir du patient.

Car au-delà du respect du Code de Déontologie Médicale (56), qui impose aux médecins le développement personnel continu et ainsi de se tenir informé des recommandations des bonnes pratiques que nous avons citées plus haut, les psychiatres ne craignent pas seulement la faute déontologique et la plainte devant le Conseil de l'Ordre des Médecins.

En effet, la crainte de poursuite médico judiciaire, malgré une absence de faute sur le plan déontologique, est aussi à relever car pouvant influencer la pratique.
Le décès par suicide abouti arriverait en moyenne une fois au cours de la carrière d'un psychiatre et est une cause fréquente de poursuites sur le plan judiciaire (50). Cependant une minorité aboutisse à un procès et une proportion encore plus faible à une condamnation selon Gutheil en ce qui concernerait les USA (1992) (57).

Dans cet état d'esprit, Packman et Harris conseillaient la même année (58) de pouvoir se protéger sur le plan médico-légal en cas de poursuites judiciaires dans ce contexte de suicide par la tenue de notes médicales étayant la rationalité de sa prise en charge en cas d'éviction de l'hospitalisation : notamment, l'absence de bénéfice thérapeutique démontré sur le long terme dans la prise en charge et l'effet potentiellement délétère selon eux.

F) Prevention de la récidive : l'exemple de VigilanS

L'HAS (5) en matière de prévention secondaire émet aussi des propositions d'interventions simples à but préventif et à bas coût qui peuvent être dispensées dans la suite immédiate d'un passage aux urgences pour tentative de suicide et dans une perspective d'intervention immédiate.
Elle propose également des interventions plus structurées qui peuvent s'avérer intéressantes dans le cas de suicidants présentant des facteurs de risque de récidive, dont le plus prédictif reste les actes suicidaires répétés, comme étudié précédemment. Selon l'HAS ces propositions d'interventions structurées sont d'autant plus probantes pour les « patients qui n'investissent aucune filière de soins autre que la répétition mécanique de leur passage aux urgences en situation de crise ».

1) Description du dispositif

C'est dans le cadre de ce type d'intervention préventive que le programme VigilanS s'inscrit. Il s'agit d'un dispositif de veille sanitaire qui se base sur le principe d'un dispositif de suivi post tentative de suicide qui prend la forme d'interventions brèves de recontact des participants (59). Ce suivi se veut « actif, régulier et personnalisé » dans l'objectif de diminuer les récidives de tentative de suicide.
Il est basé sur l'étude randomisée appelée ALGOS et publié en 2011 qui établit un algorithme avec plusieurs modalités de recontact des sujets en fonction de la présence ou non d'antécédents de tentative de suicide.

Ce projet a débuté avec le lancement du pilote dans le Nord Pas de Calais en 2015 en participation avec l'ARS, le Samu-Centre 15 et le CHRU de Lille, avant de s'étendre progressivement sur le territoire Français (60).

A Tours, ce dispositif s'est implanté le 18 octobre 2021 sous le nom de VigilanS Centre Val de Loire au 19 rue Edouard Vaillant et concernait le CHRU de Tours, avant de s'étendre dès 2022 au niveau départemental. L'équipe est composée de six professionnels : un médecin coordinateur psychiatre, une secrétaire médicale, un infirmier, deux psychologues à mi-temps et un cadre de santé (38).

Un formulaire d'entrée est réalisé dans le dispositif contenant le minimum d'informations nécessaires au suivi du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance, coordonnées téléphoniques et épistolaires, statut conjugal, correspondants médicaux, éléments sur la tentative de suicide, ect). Le secrétariat VigilanS envoie un courrier d'information aux partenaires de soin (médecin généraliste, le psychiatre traitant ou tout autre correspondant de santé signalé) (60).

Après une tentative de suicide, le patient ayant donné son consentement est intégré dans dispositif et un numéro vert lui est remis pour un suivi s'étendant sur six mois.
Le patient peut appeler l'équipe VigilanS en semaine sur les horaires d'ouverture.
En cas de patient sans antécédent de tentative de suicide (primo suicidant) ou sans facteur de risque un recontact systématique se fait à trois mois et à six mois.

Les sujets non primo suicidants (ayant déjà fait au moins un geste suicidaire avant leur entrée dans VigilanS) sont appelés au téléphone entre le 10e jour et le 21e jour après leur sortie de l'hôpital par l'équipe de recontact. En cas de risque suicidaire élevé, à l'appel du patient, le médecin coordinateur des urgences est contacté et une orientation vers les urgences est proposé. En cas de risque modéré, une intervention de crises est effectuée par entretien téléphonique, puis un envoi de courrier mensuel est proposé pendant quatre mois avec un nouveau rendez-vous téléphonique plus rapproché. L'appel à six mois pour clôturer le suivi est également réalisé (60).

2) Intérêt sur la récidive suicidaire

L'efficacité de ce programme a été affirmée dans la littérature à travers les estimations de réduction du nombre de tentative de suicide depuis l'implantation de Vigilans.

Larissa et al dans leur article publié en 2021 dans l'European Psychiatry (59) se sont penchés sur les récidives des tentatives de suicides concernant les patients inscrits dans le programme Vigilans Nord Pas de Calais entre juin 2015 et juillet 2018.

Le taux de récidive de tentative de suicide dans leur étude était de 8% avec une moyenne de durée avant la récidive de 18 mois. Cela contraste avec les données sur le taux de récidive suicidaire et la durée moyenne de récidive suicidaire retrouvées dans la littérature, dans la population générale, comme décrit précédemment (3).

Les patients avec antécédents de passage à l'acte suicidaire avant l'inclusion dans le programme VigilanS (« non primary suicide attempters ») avaient quatre fois plus de risques de réitérer un passage à l'acte au cours du suivi, en accord avec le facteur de risque reconnu de récidive suicidaire que constituent les antécédents de passage à l'acte suicidaire (59).

Toujours selon cette étude, le moyen utilisé pour le passage à l'acte suicidaire est un facteur de risque de récidive, avec un taux de récidive considéré comme significativement moins élevé chez les patients ayant fait un passage à l'acte par pendaison, qu'ils présentent dans leurs antécédents des tentatives suicidaires ou non.
L'intoxication médicamenteuse volontaire était également un moyen significatif pour une récidive suicidaire chez les patients ne présentant aucun antécédent suicidaire.

II Matériel et méthodes

A) Type d'étude et aspects réglementaires

1) Type d'étude

Il s'agit d'une enquête d'épidémiologie observationnelle, monocentrique descriptive. Les données ont été collectées à partir de l'analyse rétrospective des dossiers médicaux.

2) Aspects réglementaires

S'agissant d'une étude monocentrique n'impliquant pas la personne humaine, un enregistrement au registre interne des traitements du CHRU de Tours a été réalisé.
L'information sur le déroulement de l'étude auprès des patients s'est faite de manière collective avec l'affichage d'une affiche explicative sur la collecte des données située au urgences psychiatriques du CHRU à Trousseau.

B) Objectifs de l'étude et recueil d'informations sur la cohorte

1) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer, chez les patients majeurs admis aux urgences psychiatriques de Trousseau pour tentative(s) de suicide, la présence de récidive suicidaire dans les six mois suivant l'admission, et de décrire les caractéristiques des patients selon la réalisation d'une hospitalisation après TS ou non.
Ainsi chaque récidive, c'est-à-dire chaque nouveau séjour pour le même patient, a été traitée en fonction de la prise en charge médicale effectuée lors de la TS précédente.

Une description des caractéristiques cliniques générales de ces passages aux urgences pour tentative de suicide a également été réalisée.

Secondairement, nous avons réitéré ces analyses sur le sous-groupe de passages aux urgences concernant des patients avec un trouble de la personnalité.

Une analyse de survie a été réalisée afin d'étudier le délai entre l'admission aux urgences psychiatriques pour tentative de suicide et la 1ere récidive de tentative de suicide, puis parmi les patients domiciliés dans le secteur du CHRU de Tours

Enfin, nous avons décrit le parcours de soin, à partir de la description de ces passages aux urgences, lorsqu'il était présent en précisant la durée d'hospitalisation et la durée en box des urgences.

L'accès au programme VigilanS permet de compléter ce travail par la description des caractéristiques cliniques concernant les tentatives de suicides et leurs récidives récoltées par ce programme.

2) Recueil d'informations sur la cohorte

Nous avons procédé au recueil de différents types de données dans notre cohorte.

Parmi les données socio démographiques le genre et l'âge étaient obtenus par étude du Dossier Patient Partagé (DPP).
Le statut vital était déterminé à l'aide du site internet « https://deces.matchid.io » correspondant à un moteur de recherche basé sur la source des fichiers de décès de l'INSEE.
A l'aide d'une recherche de type REGEX par mots clés, la présence d'enfant, le statut marital et la situation de Sans Domicile Fixe (SDF) ont pu être retrouvés au sein des documents de l'IEP séjour des patients.

A l'aide du codage diagnostic CIM 10 nous avons pu rechercher la présence d'autres facteurs de confusion tel qu'une précarité sociale (codage Z55, Z56, Z59, Z60 à Z69), d'un trouble à l'usage (F10 à F19) ou d'un épisode dépressif caractérisé non sévère (F32, F33).

A également été recueillie la durée restée en box des urgences, en heures, déterminée par le délai entre l'admission aux urgences et la conclusion de l'IEP séjour.

L'information concernant la réalisation d'une hospitalisation dans les suites de l'admission aux urgences a été extraite à partir de la base PMSI, par la présence d'un enregistrement dans une unité médicale autre que les urgences psychiatriques.

Le mode opératoire de la tentative de suicide a été établi avec une recherche de type REGEX par mots clés au sein du document médical.

Une comorbidité de type trouble de la personnalité a été recherchée au sein de la base du PMSI à partir des codes CIM-10 de trouble de la personnalité défini de F60 à F69 inclus. Nous avons également effectué une recherche dans le corps de texte de l'ensemble des documents médicaux (entrepôt de données hospitalières) de la présence de mots clés « trouble de la personnalité » ou « remaniement de la personnalité » à l'aide d'une recherche de type REGEX.

Le code postal du domicile était recherché (informations administratives du Dossier Patient Partagé (DPP)) hors du secteur géographique des services d'hospitalisation psychiatrique du CHRU de Tours.
Cette information a permis de réaliser des analyses en sous-groupes afin de s'assurer que les patients étudiés (secteurs des services de Psychiatrie A et B du CHRU de Tours site Trousseau, de Psychiatrie D du CHRU de Tours site Bretonneau et la Clinique Psychiatrique Universitaire de Tours sur le site St Cyr sur Loire) seraient plus probablement adressés vers les urgences psychiatriques du CHRU Tours en cas de récidive suicidaire, et pourraient bénéficier si besoin d'une hospitalisation sur secteur accessible par le logiciel informatique du CHRU Tours.

Le délai de réitération d'un geste suicidaire a été déterminé par l'intervalle entre la date d'entrée aux urgences lors de la 1er tentative sur la période d'inclusion et la date de passage aux urgences lors d'une nouvelle admission aux urgences psychiatriques du CHRU Tours pour tentative de suicide.

La durée d'hospitalisation lorsque présente était calculée par la différence, (en jour), entre la date d'entrée aux urgences psychiatriques et la date de sortie d'hospitalisation.

C) Critères de l'étude

1) Critère de jugement

Le critère de jugement principal était la récidive de tentative de suicide dans les six mois suivant l'inclusion dans l'étude, c'est-à-dire l'admission aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours pour tentative de suicide, en fonction de la prise en charge proposée aux urgences au décours de la TS précédente : hospitalisation ou retour à domicile.

Le critère de jugement secondaire concernait le délai avant réitération d'une tentative de suicide.

2) Critère d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les passages aux urgences concernant les patients majeurs admis aux urgences du CHU de Tours pour tentative de suicide.

Cet évènement était extrait d'une (au moins) des 3 sources suivantes :
i) code CIM-10 enregistré dans la base PMSI
OU ii) motif d'admission relatif à une tentative de suicide au sein de la base des urgences (SSU)
OU iii) recherche textuelle au sein des comptes-rendus médicaux présent dans l'entrepôt des données cliniques de l'hôpital eHOP®
Une gestion des doublons a été réalisée à partir des numéros d'identification unique des séjours hospitaliers (correspondant à chaque venue).

La liste des codes CIM-10 retenus pour l'identification d'une tentative de suicide incluait les codes X60 à X84, soit ceux correspondant aux tentatives de suicide certaines (TS certaine).

La liste des mots clés recherchés automatiquement par expression régulière au sein des bases de l'entrepôt de données cliniques (comptes rendus médicaux) et du SSU (motif de passage

aux urgences) comprenait les termes suivants : « IMV », « TS », « suicide », « tentative de suicide », « autolyse », « auto-intoxication », « auto infligé », « intoxication (…) volontaire » ou « phlébotomie ».

Pour identifier un cas de tentative de suicide à partir des comptes rendus médicaux, au moins un de ces termes devait être présent dans les documents spécifiques à l'évaluation en urgence psychiatrique : type « OMC Urg Psy » OU « OMC Psy » OU « OMC Psy Liaison », en excluant le ou les paragraphes correspondant aux antécédents du patient.
La période d'inclusion s'étalait du 18/10/2021 (date d'initiation du programme VigilanS) et sur une année, jusqu'au 18/10/2022. La période de suivi s'étendait jusqu'au 18/04/23 (date de point).

L'inclusion concernait la présence d'un passage à l'acte suicidaire, sans critère de sélection sur l'intentionnalité létale afin de respecter la définition soutenue par l'OMS.

3) Critère de non-inclusion et d'exclusion

Les idées suicidaires sans passage à l'acte n'ont pas été inclues.

Ont été exclus les patients présentant ou ayant souffert d'une comorbidité pouvant constituer un biais important à l'étude : la présence d'un trouble psychotique, d'un trouble de l'humeur bipolaire ou d'un épisode dépressif caractérisé sévère. Pour cela, nous avons extrait les codages diagnostics CIM-10 du PMSI correspondant au trouble psychotique (F2.), au trouble bipolaire (F31.) et au trouble dépressif sévère avec ou sans symptômes psychotiques (F32.2 et F32.3) au sein de l'ensemble des UF existants pour le patient. Lorsque l'un de ces codes CIM-10 était présent, le patient était exclu.

Les patients pour lesquels une opposition à participer à l'étude était enregistrés ont été exclus de l'analyse.

4) Facteurs de confusion

Plusieurs comorbidités ou facteurs socio-économiques s'inscrivant comme des facteurs de risque dans l'évaluation du risque suicidaire ont été décrites afin de ne pas méconnaitre des facteurs de confusion. Celles-ci ont été extraites à partir du codage CIM-10 de la base PMSI (aux dates du passage aux urgences pour l'épisode inclus de tentative de suicide), et concernaient un épisode dépressif caractérisé d'intensité autre que sévère (« F32. » ou « F33. »), une précarité sociale (« Z55. », « Z56. », « Z59. », « Z60. » ou « Z69. »), un trouble à l'usage de substance (de « F10. » à « F19. » inclus). La présence d'une consommation éthylique au moment de l'admission aux urgences pour tentative de suicide a également été recherchée (code CIM-10 ou données biologiques) et décrite le cas échant.

D) Plan d'analyses statistiques

Un diagramme de flux a été réalisé, présentant les séjours identifiés par les 3 sources de données et ceux inclus dans l'analyse après identification des critères d'exclusion.

L'ensemble des séjours inclus dans l'analyse ont été décrits selon les variables décrites précédemment : données sociodémographiques (sexe, secteur du CHRU de Tours), cliniques (mode de la tentative de suicide, antécédents, comorbidités, facteurs socio-économiques) et de prise en charge (hospitalisation, durée d'attente en box et durée d'hospitalisation).

Les variables qualitatives ont été décrites par effectifs absolus et relatifs (pourcentage). Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et écart-type (ou Standard Deviation SD).

Les caractéristiques des patients concernés par ces séjours pour TS ont été comparées selon la présence ou non de récidive suicidaire à six mois, selon la présence ou non d'une hospitalisation après passage à l'acte suicidaire précédent la récidive, et selon la présence ou non d'un trouble de la personnalité.

Des tests d'hypothèse ont été réalisés : test de Student pour les variables quantitatives ou test du Chi 2 d'indépendance pour les variables qualitatives (utilisation du test exact de Fisher si les conditions d'application n'étaient pas respectées, ex : faibles effectifs théoriques).

Une analyse de survie a été réalisée par la méthode de Kaplan-Meier. Les courbes traçant la probabilité de survie sans récidive de passage à l'acte en fonction du temps, ont été construites dans le sous-groupe des patients ayant été hospitalisés et dans celui des patients n'ayant pas été hospitalisés. Le risque compétitif de décès était pris en compte dans l'analyse. Les deux courbes de survie ont été comparées via un test de log-rank. Le seuil de significativité statistique retenu était de 0,05.

Les analyses statistiques ont été réalisées via la logiciel R (R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/.) au sein de l'équipe du centre de données cliniques (CDC) du Service d'Information Médicale, d'Économie et d'Épidémiologie de la Santé (SIMEES) du CHRU de Tours.

E) Extraction des données du programme VigilanS

Afin de comparer avec les données issues du DPP, nous avons accédé à la base de données du programme de veille VigilanS Centre Val de Loire, branche du programme national publique VigilanS, dont les locaux se situent au 19 rue Edouard vaillant (37000 Tours). Cette branche fait partie du CHRU de Tours et l'extraction des données anonymisées s'est effectuée à partir des mêmes filtres utilisés précédemment pour l'extraction depuis le DPP (cad, date, …).

A l'aide de la base de données de VigilanS nous avons extrait les patients majeurs ayant été enregistrés sur la période du 18/10/2020 au 18/10/2022, c'est-à-dire les majeurs au moment de l'inclusion pour lesquels une fiche de renseignement VigilanS a été remplie au cours de leurs prises en charges aux urgences et/ou en hospitalisation après une tentative de suicide. Nous avons obtenu 358 patients.

Ont été extraites de cette fiche VigilanS, plusieurs données telles que la date de réalisation de la tentative de suicide ainsi que des informations épidémiologiques et cliniques : présence d'un antécédent de passage à l'acte, mode opératoire de la tentative de suicide, sexe, statut marital, présence d'un logement, consommation d'alcool au moment du passage à l'acte, et présence ou non d'une hospitalisation dans la prise en charge. Les données de cette fiche sont incluses dans le logiciel de la base de données et ainsi anonymisées.

Nous avons ainsi extrait ces données épidémiologiques anonymisées et nous avons extrait la présence dans un délai défini d'une récidive suicidaire ou non : entre le 18/10/2021 et le 18/04/2023.

La récidive est un événement défini comme la présence d'une nouvelle fiche VigilanS remplie au cours de la période fixée, ou le signalement effectué par un soignant de VigilanS : soit lors d'un rappel auprès du patient et de découverte de récidive entre l'inclusion et l'appel verbalisé par le patient, soit en cas d'appel du patient pour verbaliser une nouvelle tentative de suicide, ce qui déclenche l'appel des secours par le soignant de VigilanS.

Les données sociodémographiques et cliniques telles que décrites précédemment sont présentées à l'aide d'un diagramme de flux.

III Résultats

A) Diagramme de flux et description

Nous avons extrait 575 séjours Identifiant Externe Patient (IEP) au sein de la base de données PMSI de l'hôpital correspondant à des séjours de patients majeurs avec codages diagnostics de TS et codés au sein des urgences psychiatriques de Trousseau à Tours (UF 23-00, -01, -03-5, -53, -61, -73) sur la période d'inclusion. Cela correspondait à 485 Identifiant Personnel de Patients (IPP) soit 485 patients.

Nous avons extrait 377 séjours IEP au sein de l'entrepôt de données cliniques de l'hôpital eHOP®, soit 339 IPP patients sur la période d'inclusion. Ces séjours comprenaient la mention « tentative de suicide » ou la présence de mots clés relatif à une TS parmi les comptes rendus (CR) médicaux des séjours de patients adultes admis aux urgences psychiatriques.

→ La mise en commun de ces deux sources après retrait des doublons a donné 791 séjours pour 660 patients.

Nous avons ensuite extrait au sein de la base de données du service des urgences (SSU) 887 séjours pour 706 patients majeurs comprenant la mention de tentative de suicide ou des mots clés correspondants sur la période d'inclusion.

→ La mise en commun de cette troisième source d'extraction avec les deux précédentes a donné 1164 séjours pour 916 patients après retrait des doublons.

Nous avons alors exclu :

- Un patient pour refus d'utilisation des données
- 176 patients pour présence de comorbidités renseignées par codage diagnostic.

  Le codage diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé sévère s'est retrouvé chez 124 patients parmi eux. Celui de l'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques chez 9 patients. Celui du trouble psychotique chez 39 patients et celui du trouble de l'humeur bipolaire chez 34 patients.

Nous avons ainsi inclus 876 séjours (IEP) admis aux urgences psychiatriques de Trousseau (CHRU Tours) entre le 18/10/2021 et le 18/10/2022 ce qui correspondait à 748 patients (IPP).

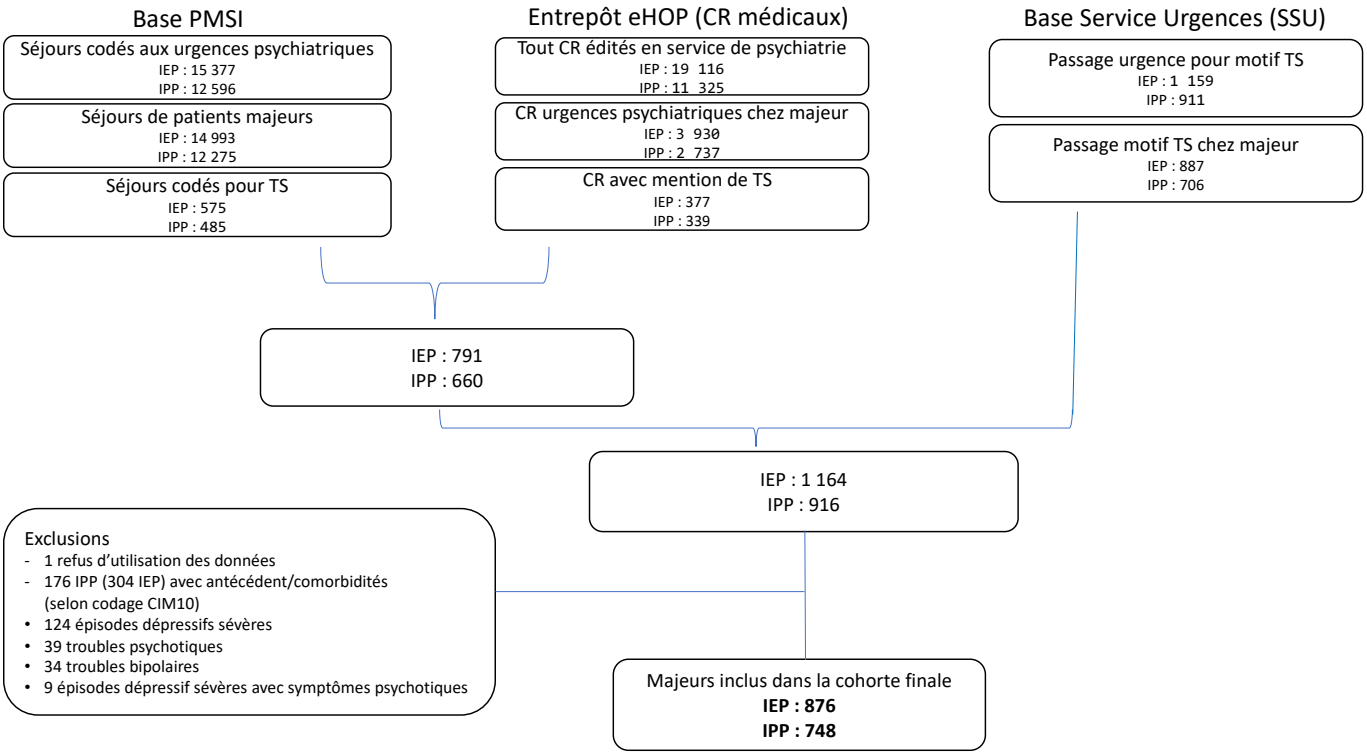


Figure 1 : Diagramme de flux de l'extraction sur les venues aux urgences du CHRU Tours pour TS entre le 18/10/21 et le 18/10/22

B) Caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients inclus

Nous avons résumé dans le Tableau 1 les données relatives au sexe, au statut marital, à la présence d'enfant et à la situation du logement.
Sont également présentés les facteurs de confusion : épisode dépressif caractérisé léger ou modéré, d'un trouble lié à l'utilisation de substance psycho active, ou de précarité sociale renseignée, d'une alcoolisation au cours du séjour. Pour rappel les épisodes dépressifs caractérisés sévères ne sont pas inclus en raison de recommandation allant dans le sens d'une hospitalisation qu'il y ait ou non un risque suicidaire.
Nous avons également fait apparaitre les informations sur la tentative de suicide avec le mode opératoire de celle-ci et sa prise en charge : durée en box des urgences, décision d'hospitalisation et durée de celle-ci le cas échéant.

On retrouve alors une légère prédominance féminine (53%) avec une structure familiale étayée en faible proportion : 12% des séjours de patients présentant un(e) conjoint(e) et environ 20% ayant des enfants. La moyenne d'âge est de 37 ans.

Une large majorité (88% des IEP) provenait du secteur de Tours et le diagnostic de trouble de la personnalité a été mis en évidence dans 14% des séjours (IEP).
Les facteurs de confusion se retrouvent en proportion non négligeable, allant de 18% des séjours pour une précarité sociale renseignée à 28% des séjours pour un trouble addictologique.

Concernant la prise en charge des TS une majorité (64% des IEP) étaient des IMV avec une moyenne de temps passé en box d'environ 17h (61371 sec). La décision d'hospitalisation s'est faite pour 56% des séjours et une moyenne de temps d'hospitalisation le cas échéant d'environ 61 h (218024 sec).

	Total
Nombre séjours (nombre patients)	876 (748)
Caractéristiques Socio Démographiques	
Sexe (%)	
Femme	467 (53.3)
Homme	409 (46.7)
Moyenne d'âge (SD)	37.11 (18.48)
Statut marital (%)	
Marié.e	111 (12.7)
Célibataire	765 (87.3)
Parentalité (%)	
Oui	179 (20.4)
Non	697 (79.6)
Sectorisation à Tours (%)	770 (87.9)
Mode opératoire de la TS (%)	
Feu	1 (0.1)
Défenestration	21 (2.4)
IMV	561 (64)
Inconnu	154 (17.6)
Noyade	3 (0.3)
Pendaison	24 (2.7)
Phlébotomie	109 (12.4)
Saut	3 (0.3)
Prise en charge	
Durée en box en sec (moyenne (SD))	61371.40 (66118.45)
Hospitalisation (%)	
Oui	491 (56.1)
Non	385 (43.9)
Durée d'hospitalisation en sec (moyenne (SD))	218023.63 (1058384.57)
Facteur de confusion (%)	
Trouble de la personnalité	119 (13.6)
Trouble à l'usage de substance psychoactive	246 (28.1)
Ethanolémie positive	241 (27.5)
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	214 (24.4)
Précarité sociale	154 (17.6)
Sans Domicile Fixe	34 (3.9)

Tableau 1 : Description des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et l'année suivante (n= 876)

C) Récidive de tentative suicidaire dans les six mois

Nous avons réuni les données sur la récidive suicidaire dans les six mois dans le Tableau 2.
Parmi nos patients 117 d'entre eux (16%) ont récidivé dans les six mois. Cela correspond à 234 séjours, soit 27% des séjours pour TS sur la période. Cette nuance s'explique par le fait qu'un patient a pu effectuer plusieurs séjours, et donc plusieurs TS, sur la période de l'étude.
Il est intéressant de noter que parmi ces 117 patients, une immense majorité (105 patients) relevaient de la sectorisation de Tours (Tableau 6).

Le critère de jugement principal de l'étude, à savoir la présence d'une récidive suicidaire à six mois (soit 183 jours) selon qu'il y ait eu ou non hospitalisation au décours de la TS précédente, n'est pas significatif. Sur les 234 séjours avec récidive, c'est-à-dire qui se sont suivis d'un autre séjour pour TS au cours des six mois suivants, 58% d'entre eux avaient eu une prise en charge avec décision d'hospitalisation. A l'inverse parmi les 642 séjours sans récidive c'est 56% d'entre eux qui avaient eu une prise charge hospitalière.

Plusieurs de nos résultats se sont avérés statistiquement significatifs :

- Les séjours de patients de sexe féminin ont représenté 61 % des récidivistes et 51 % des non-récidivistes, soit significativement plus de séjours de patientes sujettes à la récidive.
- Les autres caractéristiques socio démographiques et les facteurs de confusion étaient relativement similaires entre les séjours avec et sans récidives, à l'exception du statut marital et de l'âge. On retrouve significativement plus de patients célibataires parmi les récidivants (94%) que chez les non récidivants (85%), avec une moyenne d'âge plus jeune chez les récidivants (33 ans) que chez les non récidivants (39 ans).

- Concernant les sous-groupes étudiés :
    - La présence d'un trouble de la personnalité est significativement plus importante dans la population récidivante à six mois avec 29% des séjours contre 8% seulement parmi la population n'ayant pas récidivé.
    - Pour la question de la sectorisation, les séjours de patients récidivants sont dans leur grande majorité des secteurs tourangeaux (93 %). Ce taux est significativement plus important que le nombre de séjours de patients du secteur pour lequel il n'y a pas eu de récidive médicalisée au CHU de Tours dans les six mois (86%), ce qui constituait déjà un taux fortement majoritaire.

D'autres résultats ne sont pas significatifs mais il nous semble important de les rapporter :

- Le mode opératoire de la TS initiale n'a pas présenté de différence significative. Cependant il peut être noté que parmi les séjours de récidivants l'IMV reste majoritaire (68%) et qu'il y a moins de tentative de suicide non renseigné (14%).
- La prise en charge de la TS initiale n'a pas présenté de différence significative. La durée en box des urgences était de 17h à la fois pour les récidivants et les non récidivants.

	Absence de récidive	**Récidive**	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	642 (631)	234 (117)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	325 (50.6)	142 (60.7)	0.010
Homme	317 (49.4)	92 (39.3)	
Moyenne d'âge (SD)	38.7 (19.25)	32.71 (15.36)	<0.001
Statut marital (%)			
Marié.e	97 (15.1)	14 (6.0)	<0.001
Célibataire	545 (84.9)	220 (94)	
Parentalité (%)			
Oui	133 (20.7)	46 (19.7)	0.803
Non	509 (79.3)	188 (80.3)	
Sectorisation à Tours (%)	552 (86)	218 (93.2)	0.006
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	1 (0.2)	0 (0)	
Défenestration	18 (2.8)	3 (1.3)	
IMV	405 (63.1)	156 (66.7)	
Inconnu	121 (18.8)	33 (14.1)	0.252
Noyade	3 (0.5)	0 (0)	
Pendaison	18 (2.8)	6 (2.6)	
Phlébotomie	73 (11.4)	36 (15.4)	
Saut	3 (0.5)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	61661.92 (65061.66)	60595.83 (69000.01)	0.835
Hospitalisation (%)			
Oui	356 (55.5)	**135 (57.7)**	0.607
Non	286 (44.5)	**99 (42.3)**	
Durée d'hospitalisation en sec (moyenne (SD))	256530.34 (1234742.90)	116480 (206929.30)	0.191
Facteur de confusion (%)			
Trouble de la personnalité	51 (7.9)	68 (29.1)	<0.001
Trouble à l'usage de substance psychoactive	181 (28.2)	65 (27.8)	0.971
Ethanolémie positive	180 (28)	61 (26.1)	0.623
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	164 (25.5)	50 (21.4)	0.236
Précarité sociale	117 (18.2)	37 (15.8)	0.466
Sans Domicile Fixe	20 (3.1)	14 (6)	0.073

Tableau 2 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 (n=876) selon la survenue d'une récidive médicalisée dans le même établissement à six mois (n=234) ou non (n=642)

D) Présence d'une hospitalisation après tentative de suicide initiale

1) Concernant la population générale

Nous avons résumé les informations dans le tableau 3 pour nos 748 patients distincts. Concernant la présence d'une hospitalisation après une tentative de suicide médicalisée, 444 patients sont concernés pour 491 séjours au total, contre 346 patients pour lesquels il n'y a pas eu d'hospitalisation sur 385 séjours au total.
Il est important de comprendre qu'un patient peut appartenir aux deux catégories s'il a effectué plusieurs récidives et a bénéficié d'une prise en charge différente à chaque fois.

La durée du séjour, définie comme la durée que le patient a séjourné en box, est significativement supérieure en cas d'hospitalisation : 24h en moyenne contre 8h en moyenne lors d'absence d'hospitalisation à la fin du séjour.

Concernant les caractéristiques socio démographiques nous retrouvons une différence significative sur le statut marital, le sexe et l'âge.
Il y a plus de séjours de patients mariés avec hospitalisation à l'issue du passage aux urgences (15%) contre 9% en cas d'absence d'hospitalisation, avec des taux minoritaires dans les deux cas. Sur l'ensemble des IEP (séjours) avec hospitalisation, on retrouve une proportion majoritaire d'hommes hospitalisés : 51% des hospitalisations concernent un homme. Pourtant il faut rappeler qu'en nombre de séjours les femmes sont plus importantes dans notre étude. La moyenne d'âge est plus élevée chez les patients hospitalisés (40 ans) que chez les patients non hospitalisés (34 ans).

Quasiment l'intégralité des facteurs de confusion sont significativement plus présents dans les séjours de patients ayant bénéficié de l'hospitalisation : on retrouve ainsi 42% des séjours avec trouble addictologique renseigné en cas d'hospitalisation contre 10% en cas d'absence d'hospitalisation, 33% de consommation éthylique aïgue en cas d'hospitalisation contre 20%, 31% de dépression renseignée en cas d'hospitalisation contre 17%, 26% de

situations appartenant au registre de la précarité sociale contre 7%. Le seul facteur non significatif concerne la présence ou non d'un logement pour le patient.

Pour les sous-groupes, c'est-à-dire la sectorisation géographique et la présence d'un trouble de personnalité, il n'y a pas de différence significative.

	Absence d'hospitalisation	Hospitalisation	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	385 (346)	491 (444)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	225 (58.4)	242 (49.3)	0.009
Homme	160 (41.6)	249 (50.7)	
Moyenne d'âge (SD)	33.69 (16.09)	39.79 (19.77)	< 0.001
Statut marital (%)			
Marié.e	36 (9.4)	75 (15.3)	0.010
Célibataire	349 (90.6)	416 (84.7)	
Parentalité (%)			
Oui	79 (20.5)	100 (20.4)	1.000
Non	306 (79.5)	391 (79.6)	
Sectorisation à Tours (%)	346 (89.9)	424 (86.4)	0.139
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	1 (0.3)	0 (0)	
Défenestration	10 (2.6)	9 (1.8)	
IMV	196 (50.9)	365 (74.3)	
Inconnu	72 (18.7)	89 (18.1)	<0.001
Noyade	3 (0.8)	0 (0)	
Pendaison	15 (3.9)	7 (1.4)	
Phlébotomie	85 (22.1)	21 (4.3)	
Saut	3 (0.8)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	29654.38 (22065.25)	90375.26 (79130.77)	<0.001
Facteur de confusion (%)			
Trouble de la personnalité	51 (13.2)	68 (13.8)	0.874
Trouble à l'usage de substance psychoactive	38 (9.9)	208 (42.4)	<0.001
Ethanolémie positive	78 (20.3)	163 (33.2)	<0.001
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	64 (16.6)	150 (30.5)	<0.001
Précarité sociale	26 (6.8)	128 (26.1)	<0.001
Sans Domicile Fixe	10 (2.6)	24 (4.9)	0.112

Tableau 3 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 (n=876) selon la réalisation d'une hospitalisation dans cet établissement (n = 491) ou non (n = 385)

2) Concernant le sous-groupe hospitalisé sur le secteur de Tours

Pour rappel ce sous-groupe comprend 646 patients distincts et nous le décrivons dans le Tableau 4. La présence d'une hospitalisation sur le secteur après une tentative de suicide s'est vérifiée chez 378 patients lors de 424 séjours contre 308 patients (346 séjours) sans hospitalisation. L'hospitalisation est donc majoritaire également après exclusion des séjours hors secteur.

Globalement les caractéristiques ne sont pas modifiées au sein de ce sous-groupe : significativité sur le mode opératoire (75% d'IMV chez les hospitalisés contre 50%), la durée en box des urgences (24h en moyenne pour les séjours avec hospitalisation contre 8h), le statut marital (15% de séjours avec patients mariés et hospitalisation contre 8%). La moyenne d'âge reste similaire avec 40 ans chez les hospitalisés contre 33 ans en l'absence d'hospitalisation.

Concernant les facteurs de confusion on retrouve respectivement 42%, 33%, 30% et 26% pour les troubles addictologiques renseignés, la consommation aïgue d'alcool lors du séjour, la présence de dépression renseignée et de situation enregistrée comme précarité sociale.

Il y a à nouveau une légère majorité masculine au sein des séjours avec hospitalisation : 52% contre 40% en cas d'absence d'hospitalisation.

	Absence d'hospitalisation	Hospitalisation	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	346 (308)	424 (378)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	207 (59.8)	204 (48.1)	0.002
Homme	139 (40.2)	220 (51.9)	
Moyenne d'âge (SD)	33.04 (15.72)	39.53 (19.60)	<0.001
Statut marital (%)			
Marié.e	29 (8.4)	62 (14.6)	0.010
Célibataire	317 (91.6)	362 (85.4)	
Parentalité (%)			
Oui	69 (19.9)	84 (19.8)	1.000
Non	277 (80.1)	340 (80.2)	
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	0 (0)	0 (0)	
Défenestration	11 (3.2)	8 (1.9)	
IMV	176 (50.9)	319 (75.2)	
Inconnu	56 (16.2)	74 (17.5)	<0.001
Noyade	3 (0.9)	0 (0)	
Pendaison	13 (3.8)	6 (1.4)	
Phlébotomie	84 (24.3)	17 (4.0)	
Saut	3 (0.9)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	29134.16 (21961.89)	86448.24 (72140.28)	<0.001
Facteur de confusion (%)			
Trouble de la personnalité	50 (14.5)	63 (14.9)	0.955
Trouble à l'usage de substance psychoactive	32 (9.2)	180 (42.5)	<0.001
Ethanolémie positive	69 (19.9)	139 (32.8)	<0.001
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	58 (16.8)	126 (29.7)	<0.001
Précarité sociale	24 (6.9)	108 (25.5)	<0.001
Sans Domicile Fixe	9 (2.6)	19 (4.5)	0.181

Tableau 4 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 chez les patients du secteur psychiatrique de Tours (n=770) selon la réalisation d'une hospitalisation dans cet établissement (n = 424) ou non (n = 346)

E) Présence d'un trouble de la personnalité

Concernant le sous-groupe déterminé par la présence d'un trouble de la personnalité, nous présentons les résultats dans le Tableau 5. On retrouve 119 séjours sur les 876, soit 14% des séjours, dans lesquels un trouble de la personnalité a été identifié selon la méthode préalablement exposée dans ce travail. Cela correspond à 76 patients parmi nos 748 de l'étude soit 10%.

On retrouve de manière significative plus de récidive suicidaire parmi les séjours avec trouble de personnalité identifié : la récidive dans les six mois a concerné 56% des séjours avec trouble de personnalité contre seulement 22% dans le groupe sans trouble.
Il y a significativement plus de séjours de patients habitant dans le secteur Tourangeaux dans le sous-groupe trouble de personnalité. Au sein des séjours dans lesquels un trouble de personnalité est identifié, 95 % d'entre eux sont sectorisés à Tours, contre seulement 86% pour les séjours sans trouble de personnalité.

Concernant les caractéristiques socio démographiques, on note une différence significative sur le statut marital avec moins de séjours de patients mariés lorsque la présence d'un trouble de la personnalité (seulement 3% contre 14% en cas d'absence de trouble de personnalité). La moyenne d'âge était significativement plus jeune en présence du trouble (33 ans contre 38 ans).

Il n'y a pas de différence retrouvée sur le sexe, le mode opératoire de la TS ou la prise en charge (présence d'une hospitalisation, durée de celle-ci, ou durée en box des urgences).

Concernant les facteurs de confusion, il y a une significativité pour la présence d'épisode dépressif caractérisé faible ou modéré, qui est moins importante au sein des séjours de patients présentant un trouble de la personnalité renseignée (13% contre 24% dans le groupe sans trouble de personnalité renseigné). Les autres facteurs de confusion ne présentent pas de différence.

	Absence de Trouble	Trouble de la Personnalité	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	757 (672)	119 (76)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	396 (52.3)	71 (59.7)	0.163
Homme	361 (47.7)	48 (40.3)	
Moyenne d'âge (SD)			
Statut marital (%)			
Marié.e	107 (14.1)	4 (3.4)	<0.001
Célibataire	650 (85.9)	115 (96.6)	
Parentalité (%)			
Oui	162 (21.4)	17 (14.3)	0.096
Non	585 (78.6)	102 (85.7)	
Sectorisation à Tours (%)	657 (86.8)	113 (95)	0.017
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	1 (0.1)	0 (0)	
Défenestration	20 (2.6)	1 (0.8)	
IMV	483 (63.8)	78 (65.5)	
Inconnu	133 (17.6)	21 (17.6)	0.855
Noyade	2 (0.3)	1 (0.8)	
Pendaison	20 (2.6)	4 (3.4)	
Phlébotomie	95 (12.5)	14 (11.8)	
Saut	3 (0.4)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	61630.83 (66744.10)	59775.25 (62377.36)	0.778
Hospitalisation (%)			
Oui	423 (55.9)	68 (57.1)	0.874
Non	334 (44.1)	51 (42.9)	
Durée d'hospitalisation en sec (moyenne (SD))	233668.09 (1136243.81)	120705.88 (222486.90)	0.415
Facteur de confusion (%)			
Trouble à l'usage de substance psychoactive	214 (28.3)	32 (26.9)	0.840
Ethanolémie positive	210 (27.7)	31 (26.1)	0.784
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	198 (26.2)	16 (13.4)	0.004
Précarité sociale	132 (17.4)	22 (18.5)	0.881
Sans Domicile Fixe	26 (3.4)	8 (6.7)	0.119
Récidive suicidaire (%)			
Oui	166 (21.9)	68 (57.1)	<0.001
Non	591 (78.1)	51 (42.9)	

Tableau 5 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre les 18/11/21 et l'année suivante (n= 876) selon la présence d'antécédent de trouble de la personnalité codé dans cet établissement (n= 119) ou non (n=757)

F) Analyse de survie pour délai avant récidive médicalisée ou décès

Nous avons étudié le délai entre l'admission aux urgences psychiatriques pour tentative de suicide et la première récidive suicidaire au cours des six mois suivants, ou le cas échéant leur décès.

Dans la Figure 2 nous affichons la courbe de survie pour les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation après TS, et celle pour les patients sans hospitalisation, selon la méthode de Kaplan-Meier avec test de Log Rank.

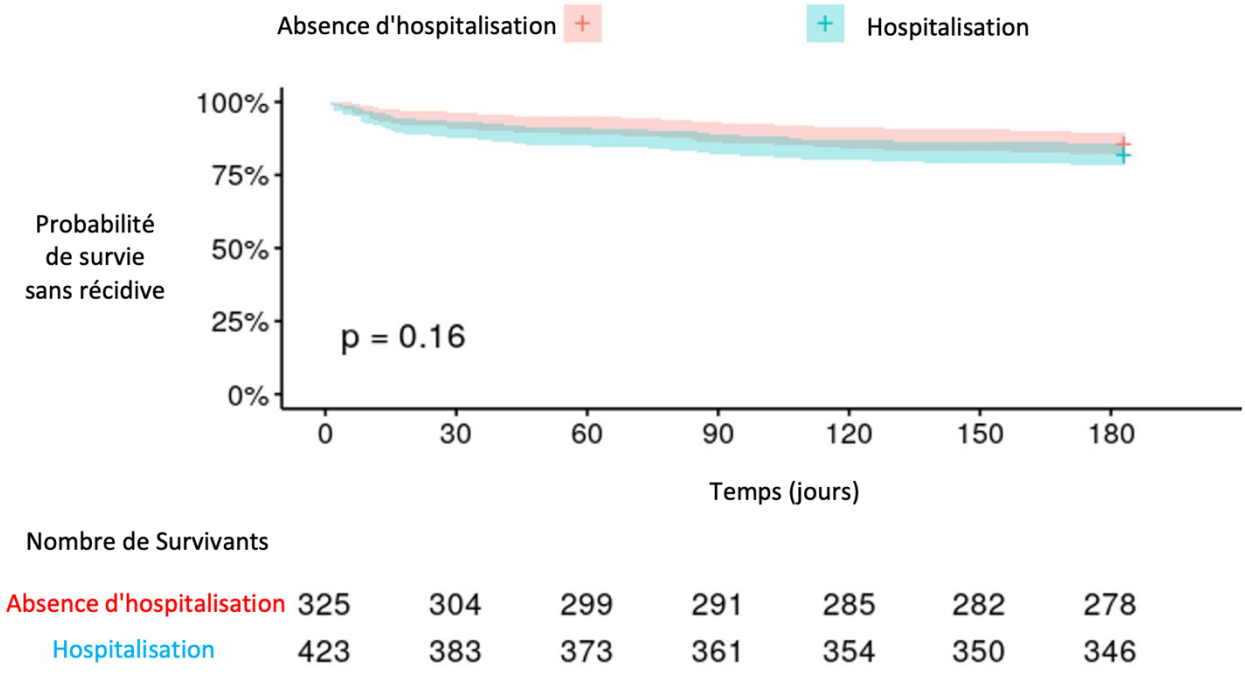


Figure 2 : Délais avant récidive médicalisée ou décès des patients après la TS initiale (n=748) selon la présence d'une hospitalisation (n=423) ou non (n=325)

Nous avons effectué dans la Figure 3 la même analyse dans un second temps dans le sous-groupe des patients identifiés comme appartenant au secteur d'hospitalisation de Tours selon la même méthode de Kaplan-Meier avec test de Log Rank.

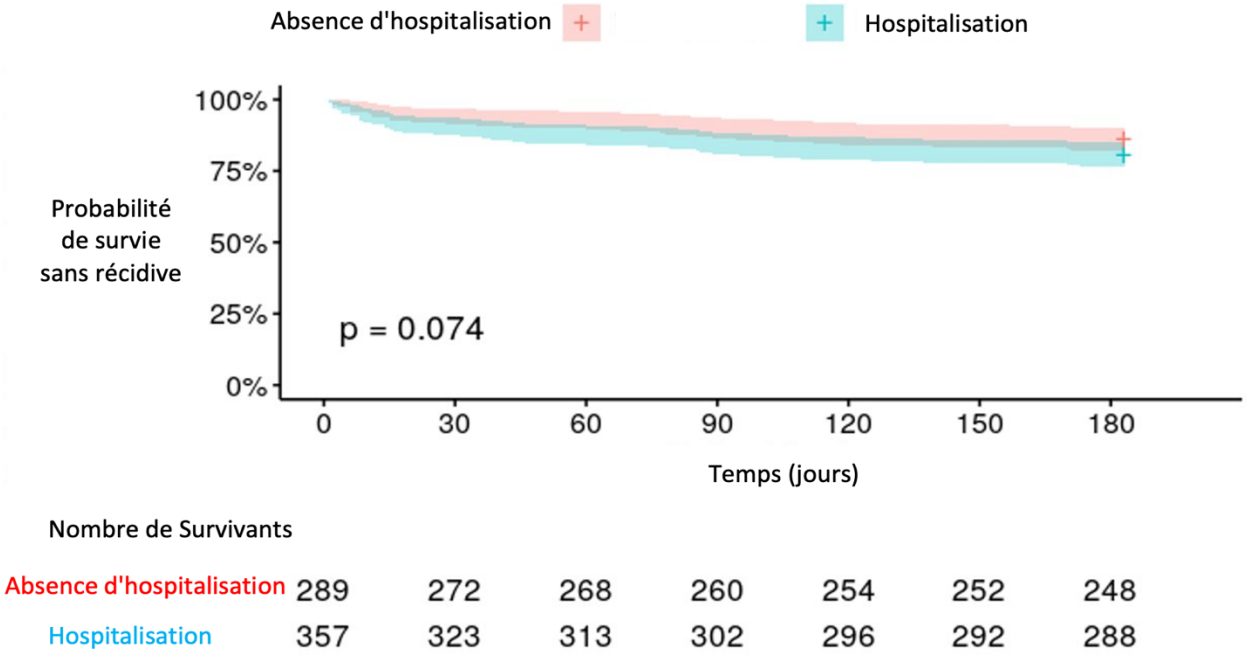


Figure 3 : Délais avant récidive médicalisée ou décès des patients du secteur de Tours après la TS initiale (n=646) selon la présence d'une hospitalisation (n=357) ou non (n=289)

Concernant ce critère de jugement secondaire à l'issue des 183 jours de suivi post inclusion, nous relevons la survenue de l'événement pour 124 patients dont 110 patients du secteur, avec 117 patients ayant récidivé et 7 patients décédés au cours du suivi (Tableau 6).

Evénement / IPP	Décès à 6 mois	Récidive à 6 mois	Total événement	Total Patient
Secteur Tours	5	105	110	646
Cohorte globale	7	117	124	748

Tableau 6 : Évènement survenu le plus précocement dans les six mois après TS initiale

Ici l'hypothèse analysée est l'hypothèse nulle « les deux courbes sont semblables ».
Nous retrouvons ici une absence de significativité concernant les deux figures avec « p= 0,16 » pour la population étudiée globale et « p=0,074 » pour la population domiciliée sur le secteur de Tours.

On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle, les délais avant récidive ou décès doivent donc être considérés comme semblables entre les groupes.

G) Concernant les données du programme VigilanS

1) Données générales après extraction

Après extraction nous retrouvons 358 patients ayant bénéficié d'une fiche VigilanS pour tentative de suicide sur la période d'inclusion. Cette fiche a été réalisée par des professionnels de santé au sein de différents services hospitaliers (urgences psychiatriques, réanimation médicale, psychiatrie de liaison...).

Parmi eux 239 patients possédaient une adresse postale appartenant au secteur d'hospitalisation de Tours tel qu'expliqué dans la méthode.

Concernant les caractéristiques socio démographiques parmi les 358 patients 87 patients ont déclaré vivre seuls lors de la constitution de la fiche de leur fiche VigilanS, et 113 patients présentent un manque d'informations et de remplissage sur cette donnée.
La cohorte présente une majorité de sexe féminin avec 213 patientes soit 59%.

Concernant les facteurs de confusion, sur 358 patients, 135 ont été rapportés comme associés à l'alcool au moment du passage à l'acte soit 38% d'entre eux.

Les informations récoltées par le programme VigilanS permettent d'apporter des précisions sur les antécédents des patients. Ainsi, on constate parmi la cohorte de 358 patients que 192 d'entre eux présentaient des antécédents de TS avant leurs inclusions soit 54% des patients. 46% peuvent alors être définis comme primo suicidants lors de notre inclusion.

Pour 40% de la cohorte (soit 144 patients) un psychiatre traitant a été enregistré témoignant d'un suivi psychiatrique préalable.

La présence d'antécédents familiaux de TS pouvait également figurer, cependant non rempli pour 104 patients de la cohorte. Il s'agit de patients pour lesquels l'information n'a pas été recueillie. Il y a seulement 29 patients pour lesquels nous savons qu'il y a des antécédents familiaux.

Enfin nous retrouvons 8 décès sur la période d'étude dont six patients par suicide abouti (4 par mode défini comme « autre », une par IMV et une par précipitation).

Age (ans) / Patient	Tous	18-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	>65
Tous	358	43	114	59	46	53	15	28
Hommes	145	12	33	37	22	23	6	12
Femmes	213	31	81	22	24	30	9	16
Primo Suicidants	166	21	47	32	25	19	9	13
Primo Suicidants Hommes	87	8	17	24	12	14	4	8
Primo Suicidants Femmes	79	13	30	8	13	5	5	5

Tableau A : Description des patients majeurs extraits de VigilanS entre le 18/10/21 et le 18/10/22

2) Récidive suicidaire

La récidive de TS est déterminée comme un évènement au sein du suivi du patient. Cela peut se faire soit par création d'une nouvelle fiche VigilanS par un soignant au sein d'un service, par appel des Vigilanseur selon le protocole des rappels, ou par appel du patient lui-même auprès de VigilanS.

Ici le nombre de récidives suicidaires reste très faible au total avec 50 récidives enregistrées seulement selon VigilanS pour 33 patients. La majorité des récidives (41 sur les 50) concerne des patients avec antécédents de tentatives de suicide, et de sexe féminin (37 sur les 50). La majorité de ces récidives concerne la tranche d'âge de moins de 25 ans (26 sur 50).

Concernant la récidive suicidaire, sur les 50 récidives renseignées, 42 correspondaient à des IMV soit 84%. Plus de la moitié également était des récidives chez des patients de moins de 25 ans (26 d'entre eux).

Age (ans) Récidive (évaluation ou appel)	Tous	18-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	>65
Nombre patients	33	4	15	4	5	3	0	2
Nombre total	50	2	30	7	5	2	0	4
Hommes	13	0	5	5	1	0	0	2
Femmes	37	2	25	2	4	2	0	2
Primo Suicidants Hommes	4	0	3	1	0	0	0	0
Primo Suicidants Femmes	5	0	3	1	1	0	0	0
Mode opératoire								
IMV	42	1	24	6	5	2	0	4
Précipitation	5	0	5	0	0	0	0	0
Défenestration	1	1	0	0	0	0	0	0
Pendaison	2	0	1	1	0	0	0	0

Tableau B : Récidive suicidaire extrait de VigilanS sur la période de suivi du 18/10/21 au 18/04/23

3) Mode opératoire de la TS et tranche d'âge

Concernant la tentative de suicide à l'inclusion, le passage à l'acte est renseigné pour 347 des 358 patients. Parmi eux, une grande majorité correspond à des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) avec 265 IMV soit 76% des modes opératoires renseignés. Un pourcentage conséquent de patients sont jeunes puisqu'un tiers des patients ont moins de 30 ans (33%).

Age (ans) / TS initiale	Tous	18-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	>65
Passage à l'acte renseigné	347	40	109	58	46	52	15	28
Mode opératoire								
IMV	265	29	90	33	33	45	12	23
Précipitation	6	0	1	3	0	1	1	0
Défenestration	5	1	2	0	1	1	0	0
Pendaison	28	2	3	12	6	1	2	2
Phlébotomie	17	1	8	3	3	1	0	1
Noyade	1	0	1	0	0	0	0	0
Autre	25	7	4	7	3	3	0	1

Tableau C : Mode opératoire de TS renseigné parmi les 358 patients extraits de VigilanS sur la période d'inclusion (18/10/21 au 18/10/22)

IV Discussion

A) Commentaire des résultats et comparaison à la littérature

Comme évoqué dans la revue de littérature, l'Institut de Veille Sanitaire (aujourd'hui Santé Publique France) dans son rapport d'hospitalisation et de passages aux urgences pour tentative de suicide de 2007 à 2011 (23) utilise le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) afin d'inclure les hospitalisations ayant un codage diagnostic en lien avec une tentative de suicide. Il collecte également les informations des services d'Urgences qui participent aux réseaux de collecte de données Oscour® via la présence d'un codage diagnostic aussi en lien avec une tentative de suicide (X60 à X84) ou par présence de mots clés (exemple « autolyse »).
Cette étude sera complétée pour englober les hospitalisations de 2008 à 2017 dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé Publique France de 2019 (22).

Le PMSI ne prenant pas en compte les patients hospitalisés pour TS en psychiatrie, que ce soit directement ou après un passage aux urgences, ce travail épidémiologique sera à nouveau complété par l'intégration du Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P) (61). Celui-ci se veut l'équivalent du PMSI en Psychiatrie et permet d'inclure l'activité réalisée en établissement psychiatrique privé ou public.

Ces publications nationales permettent un point de comparaison avec notre étude.

1) Concernant les données descriptives générales

Dans notre étude, aux urgences cependant, cette comparaison se trouve restreinte par l'absence de description socio démographique dans la base de données Oscour® en dehors des transferts vers des services hospitaliers.
Nous pouvons en revanche comparer avec des données précédemment récoltées dans un service d'urgences de Marseille entre 2001 et 2006 (62) une répartition équilibrée entre sexe des patients (51%), une structure familiale faiblement étayée avec un statut célibataire majoritairement présent (77%) et une grande proportion de facteurs de confusion : trouble en lien avec des substances psycho actives et précarité sociale (sous la quantification des ressources sociales AAH et invalidité par exemple).
Il était ainsi attendu de retrouver ces comorbidités dans des proportions importantes au sein de notre population étudiée, ces comorbidités étant plus présentes chez les patients consultants aux urgences psychiatriques, et constituant également des facteurs de risque de tentative de suicide (16).

Sur le plan de la prise en charge, Oscour® recense le mode de sortie du patient des urgences dans 90 % des cas. Ainsi 63 % des passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 ont été suivis d'une hospitalisation (9 % en psychiatrie et 54 % dans des unités médicales ou chirurgicales), pour 56% dans notre étude (23).
On remarque également dans la description de la prise en charge générale, que le temps moyen d'hospitalisation retrouvé se trouve entre 48 et 72h, proche de la définition d'urgence suicidaire proposée par l'ANESM (6).

2) Concernant le critère de jugement principal

Nous n'observons pas de différence significative concernant la récidive suicidaire dans les six mois selon la prise en charge au décours de la TS précédente : hospitalisation ou retour à domicile. En revanche, qu'il y ait eu récidive ou non, la décision d'hospitalisation a été majoritaire dans notre échantillon (56% en cas d'absence de récidive et 58% lorsque récidive).

Selon Santé Publique France (22) le ratio de la récidive suicidaire au niveau national, défini par le nombre de séjours sur nombre de patients entre 2008 et 2017 oscillait entre 1,15 et 1,16. Pour exemple, en 2017, 88 762 séjours ont concerné 77066 patients. Quelle que soit l'année, 89,5% des patients ont eu un seul séjour pour TS au cours de la même année civile, 8% en ont eu deux et 2,5% en ont eu trois ou plus.

Dans notre étude, le ratio de la récidive suicidaire s'élève à 1,17 avec un pourcentage de patients n'ayant effectué qu'un seul séjour dans les six mois de suivi de 84%. La récidive suicidaire semble alors plus élevée dans notre échantillon. Cependant la superposition de notre population avec celle nationale décrite par le bulletin de Santé Publique France n'est bien évidemment pas totale.

La correction de ce décalage avec l'intégration du RIM-P (et donc des hospitalisations en psychiatrie) nous permet de replacer notre ratio dans un contexte plus pertinent. En effet en 2012 à titre d'exemple 89 072 patients ont totalisé 134 051 séjours hospitaliers suite à une TS soit une moyenne de 1,5 séjour par patient selon l'étude RIM-P (61).

Pour les caractéristiques socio démographiques, nous notons une similitude sur le sexe avec la littérature. En effet, le pourcentage de ré-hospitalisation pour TS au niveau national est plus important chez les femmes (23). Cela peut être comparé à la récidive chez les femmes dans notre échantillon puisque parmi les séjours de patients ayant récidivé, 61% concernent des patientes.

Notons une moyenne d'âge plus jeune parmi les séjours de patients ayant récidivé (33 ans). Nous pouvons y faire un lien avec le facteur de risque de TS que constitue l'âge jeune (16).

Concernant le mode opératoire de la récidive celui-ci était majoritairement par IMV avec un nombre de TS non renseigné plus faible. Il est intéressant de faire ce lien lorsqu'on constate un taux de létalité plus faible pour les IMV. Le taux de létalité des IMV a été systématiquement le plus bas de tous les modes opératoires étudiés entre 2004 et 2011 (23), avec pour exemple l'année 2011 et un taux de létalité à 34 pour 10 000 hospitalisations.

3) Concernant les patients hospitalisés pour TS

Nous pouvons observer les données de l'outil RIM-P sur l'année 2012 (61) et étendre la comparaison avec les données de Santé Publique France entre 2008 et 2017.
On y retrouve un taux de patients hospitalisés pour TS majoritairement féminin avec 62% selon la RIM-P (entre 61 et 63% selon Santé Publique France), ce qui dénote avec notre échantillon au ratio de séjours masculins plus important en hospitalisation. Ce nombre de séjours de patients hommes concernés par l'hospitalisation peut s'interpréter par le facteur de risque de suicide abouti que constitue le sexe masculin. Il est alors possible d'envisager que le risque suicidaire est plus souvent considéré comme sévère chez ces patients. Il serait aussi intéressant d'avoir accès dans de futures recherches aux moyens létaux utilisés selon le sexe, dont la dangerosité peut être plus importante.

L'âge des patients hospitalisés semble plus élevé quand on regarde les séjours concernés (40 ans). Cela est comparable aux catégories d'âge présentant le plus d'hospitalisation pour TS dans les données nationales (23). L'InVS précise que la tranche des 35 à 40 ans est la plus touchée avec celle des 15 à 19 ans, non présente dans cette étude.

Le mode opératoire chez les patients hospitalisés reste l'IMV avec 86% des patientes et 73% des patients au niveau national (23) ce qui se retrouve dans notre échantillon avec 74% d'IMV. Il peut être étonnant d'envisager l'IMV comme majoritaire en hospitalisation devant son faible taux de létalité, et donc un risque suicidaire moindre. Dans le cas de notre étude, il faut tenir compte de l'absence des services médicaux de réanimation, et donc de prise en compte des TS présentant le plus de risque vital.

Les comorbidités psychiatriques étaient retrouvées au niveau national chez 75% des patients en tenant compte des services médicaux et psychiatriques cumulés (61). Dans 42% des cas était retrouvé un épisode dépressif contre 30% dans notre échantillon, et dans 25% des cas un trouble à l'usage contre 42% dans ce travail. L'InVS avait également estimé les intoxications éthyliques aïgues lors des passages à l'acte à 40% des TS contre 33% chez nos patients hospitalisés.

Les comorbidités ont été en effet plus présentes lors de la décision d'hospitalisation dans notre étude ce qui reste cohérent : la présence de comorbidité est un signe de sévérité majorée chez le patient. Ces comorbidités représentent également des facteurs de risque de récidive suicidaire. Enfin on peut supposer que leurs présences compliquent la prise en charge aux urgences et le désamorçage de la crise suicidaire, ce qui nécessite un temps d'hospitalisation pour être traitée.

Concernant les autres caractéristiques démographiques, notons une proportion plus élevée de patients mariés parmi les patients hospitalisés par rapport aux patients rentrés au domicile. Cela peut paraitre étonnant car une situation familiale stable, et notamment le mariage, constitue un facteur protecteur dans l'évaluation du risque suicidaire (63). Il peut être envisagé dans notre échantillon que le membre familial ait été à l'origine de la demande d'hospitalisation, exerçant de manière indirecte une source de pression dans la prise de décision avec un partenaire inquiet ou présentant un épuisement au domicile. Il faut envisager que cette pression puisse entrainer une interrogation du clinicien et une volonté de se protéger sur le plan médico-légal. En effet le niveau émotionnel des proches ne reflète pas le degré d'urgence médicale, mais uniquement le stress vécu par la famille en réaction à la situation.

Concernant la prise en charge, on retrouve une durée en box des urgences plus importante lorsque les patients ont été hospitalisés. Cela est cohérent avec l'idée que la présence en box permet un désamorçage de la crise suicidaire, et lorsque celui-ci est un échec, la décision d'hospitalisation va s'imposer. Les patients avec un temps important en box des urgences auraient donc plus de risque d'être hospitalisés pour la suite de la prise en charge. En pratique, on peut également imaginer que cette durée en box s'explique de manière technique par une pénurie de lits d'hospitalisation. Il y aurait alors nécessité de garder le patient en box le temps qu'une place d'hospitalisation se libère.

Enfin, on constate, comme dit précédemment, un temps d'hospitalisation le cas échéant d'en moyenne 61 h. Nous pouvons en partie faire la comparaison avec les données RIM-P () qui retrouvent un temps d'hospitalisation médian de 10 jours en service de psychiatrie après une TS avec hospitalisation. Cet écart pourrait être en réalité moins grand si nous avions accès au temps moyen au niveau national.

Nous retrouvons les mêmes constats concernant les patients hospitalisés dans le sous-groupe appartenant au secteur de Tours en termes de caractéristiques socio démographiques, de comorbidités et de prises en charge.

Nous conservons la majorité des séjours avec hospitalisation après exclusion des patients hors secteur (424 séjours contre 491 séjours avant exclusion), ce qui est cohérent avec le concept de sectorisation et la plus grande facilité à avoir accès à l'hospitalisation lorsque nécessaire dans son secteur correspondant. La moyenne d'âge des patients hospitalisés à 40 ans est similaire à notre échantillon global et à la littérature.

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les patients hospitalisés et ceux rentrés au domicile après la TS en fonction de la présence d'une récidive à six mois.

4) Concernant le sous-groupe présentant un trouble de la personnalité

Notre échantillon retrouve 119 séjours de patients au sein du sous-groupe « trouble de personnalité » parmi les 876 séjours, pour 76 patients sur 748. Cela représente alors 14% des séjours et 10% des patients.
Malgré la difficulté pour transposer ce chiffre sur le nombre de patients, le trouble est probablement sous diagnostiqué dans notre échantillon si on considère les données de littérature. A propos du nombre de patients avec trouble de la personnalité en psychiatrie : entre 10% des patients dans la population ambulatoire et 28% en population hospitalisée seraient concernés (15).
Nous pourrions nous attendre à une proportion similaire de patients dans notre échantillon et donc à un nombre encore plus important de séjours, en comparaison avec celui retrouvé ici. En effet rappelons que la récidive de passage à l'acte suicidaire peut constituer un critère de trouble de personnalité, notamment du trouble borderline qui est le plus concerné par le risque de TS (15). Pour rappel dans notre échantillon le nombre de récidives est important avec 234 séjours concernés au total pour 117 patients récidivants au total.

Comme il était attendu, la récidive a été plus importante dans ce sous-groupe, en cohérence avec la notion de facteur de risque suicidaire majeur que représente un trouble de la personnalité (25).

Il y a plus de séjours de patients habitants dans le secteur de Tours au sein de sous-groupe trouble de personnalité. Il est possible d'émettre l'hypothèse de la récurrence de leurs passages aux urgences psychiatriques et donc d'un meilleur étiquetage par les organismes d'adressage aux urgences (secours, régulation des urgences, équipes médicales des urgences psychiatriques). Les patients eux-mêmes peuvent aussi avoir une meilleure connaissance des structures de soins. Il faut envisager aussi que la présence d'un diagnostic ou d'un codage « trouble de personnalité » signifie que le patient a été vu à plusieurs reprises et donc plus de séjours aux urgences psychiatriques.

Détaillons les caractéristiques socio démographiques :

Les séjours en question concernent moins souvent des patients mariés lorsqu'il y a trouble de la personnalité. Cela est cohérent avec l'idée de relations sociales plus instables dans ce sous-groupe, notamment pour le Cluster B et le trouble borderline chez qui l'instabilité relationnelle constitue un critère diagnostique. Cela peut également s'expliquer par une inhibition sociale dans le Cluster A (trouble schizotypique par exemple) ou dans le Cluster C (personnalité évitante) (4).

L'absence de différence concernant le sexe dans notre échantillon est contraire aux données de la littérature où les patientes femmes sont majoritaire (12).

L'âge des patients semble être de 33 ans en regardant la moyenne d'âge des séjours concernés par un trouble de personnalité. Cela est inférieur à la moyenne d'âge de découverte et diagnostic d'un trouble de la personnalité dans la littérature, qui évoquait 40 ans (12). Il est possible que le diagnostic de trouble de personnalité soit évoqué plus tôt dans la prise en charge de nos patients pris en charge à Tours, mais il est aussi probable que notre méthode par mots clés permette de mettre en évidence des diagnostics qui ne soient pas encore officiellement codés sur le plan administratif.

Il est étonnant de ne pas retrouver de différence concernant la prise en charge et la décision d'hospitalisation. Comme nous l'avions développé, le trouble de la personnalité constitue un facteur de risque pouvant rendre complexe la prise en charge de la crise suicidaire (49). Il est envisageable que notre échantillon de taille réduite n'ait pas permis de mettre en évidence ce point. Ou de considérer que les cliniciens tourangeaux, conscients de la problématique que posent les hospitalisations sur les patients souffrant de ce trouble, ne laissent pas leur décision être influencée par ce critère.

Pour les facteurs de confusion, la présence d'épisode dépressif caractérisé léger ou modéré est plus importante chez les séjours de patients ne présentant pas de trouble de la personnalité renseigné. Plusieurs explications possibles :

D'abord un sous diagnostic chez les patients avec trouble de la personnalité. Il peut en effet y avoir des confusions entre les critères diagnostics (thymie basse et instabilité émotionnelle notamment).

On peut également envisager une minimisation des symptômes devant les difficultés que peuvent représenter les troubles de la personnalité dans leurs prises en charge (49).

Enfin on peut aussi envisager que les épisodes dépressifs légers et modérés ont été moins présents chez nos patients avec trouble de la personnalité de type borderline, les plus retrouvés en soin psychiatriques (15). En effet, si on regarde la physiopathologie on retrouve une thymie fluctuante dans le temps de manière importante avec fluctuation des fonctions instinctuelles, de la présence de ruminations… Le critère temporel de diagnostic aurait alors pu être insuffisant pour poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé.

5) Concernant nos courbes de survie

Nos deux courbes de survie présentant le délai avant l'événement « récidive ou décès » en fonction de la prise en charge (courbe pour patient hospitalisé et courbe pour retour au domicile) doivent être considérées comme similaires devant l'absence de significativité, ce qui se vérifie visuellement avec des courbes de même aspect. La constitution d'une courbe spécifique au patient du secteur géographique de Tours nous permet d'éviter un biais de perdus de vue et de mieux observer la récidive lorsqu'elle survient, puisqu'en théorie les patients récidivants devraient être adressés sur les services d'urgences de Tours.

Pour la courbe de survie de l'ensemble des patients (748), l'événement est survenu chez 14,5 % des patients rentrés au domicile après la TS initiale, et chez 18,2% des patients ayant été hospitalisés. Au total l'événement est donc survenu chez 16,6 % des patients à six mois et chez 12,8 % à trois mois soit la majorité des récidives sur notre période de suivi dans les trois mois. L'événement « récidive » seul quant à lui est survenu chez 15,6% de la cohorte.

Dans le sous-groupe de notre secteur d'étude (646 patients), l'événement est survenu chez 14,2% des patients rentrés au domicile après la TS initiale, et chez 19,3% des patients ayant été hospitalisés. Au total l'événement est survenu chez 17 % des patients du secteur à six mois et 13 % des patients à trois mois. Ici encore, la majorité des récidives sur notre période de suivi s'est faite dans les trois mois.
L'événement « décès » présente un impact très limité avec 7 patients au total, nous pouvons donc approcher notre résultat d'événement de la récidive suicidaire.

Ce taux de récidive à 15,6% à six mois rappelle celui de Rodante et al (15) dans leur étude qui estimaient la récidive de leur cohorte à 18,7% à six mois de suivi en 2019.
Vuagnat et al (3) précisaient que 75% des récidives avaient lieu dans les six mois et environ la moitié dans les trois mois après TS. Sans pouvoir faire de parfait rapprochement nous constatons une tendance similaire avec la majorité des récidives de notre période d'inclusion dans les trois premiers mois. Enfin, citons qu'entre 2004 et 2011, environ 20% des patients ayant été hospitalisés pour TS l'ont été à nouveau pour une récidive en France (23), ce qui est proche de notre taux retrouvé ici chez les patients hospitalisés.

6) Concernant les données VigilanS

Avec 358 patients extraits sur notre période d'inclusion, il y a deux fois moins de patients majeurs pour lesquels une fiche VigilanS a été constituée par rapport aux données du CHU. Cela reste pertinent lorsqu'on compare au relevé de VigilanS qui estimait à 855 le nombre de patients inclus dans leur programme entre le 18/10/21 et le 31/03/23 dans leur Newsletter numéro 6 datant du 1er trimestre 2023 (64).
Parmi ces patients 440 ont moins de 25 ans dont 101 de moins de 15 ans ce qui apparait cohérent avec notre chiffre de patients majeurs sur une période d'inclusion plus courte.

On estime alors une population incluse particulièrement jeune, ce qui se retrouve dans nos données extraites avec un tiers des TS chez des patients de moins de 30 ans et la moitié des récidives chez des patients de moins de 25 ans.

Cela est cohérent avec l'idée que l'âge jeune représente un facteur de risque de TS, et que la part de suicides aboutis est plus importante en terme de mortalité chez le jeune : 13,5 % du total des décès entre 15 et 24 ans contre 0,4% chez les plus de 75% (65). Il est donc bien important de rappeler ici la distinction entre TS et suicide abouti, ainsi que prévalence et part de mortalité.

De même l'HCSP (16) rappelle que le premier pic de tentative de suicide se produit entre 15 et 19 ans.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les praticiens pédopsychiatres sont plus sensibilisés à l'utilisation du programme VigilanS. En pratique, le remplissage d'une fiche VigilanS pour les adolescents de moins de 15 ans au CHU Clocheville de Tours est systématique en cas de TS.

Ici encore, une majorité de patients de sexe féminin et avec présence de comorbidités rejoignent nos données précédentes. La présence de 38% d'intoxication éthylique aïgue lors du passage à l'acte suicidaire témoigne en effet d'un usage nocif devant les conséquences de la désinhibition avec idées suicidaires. Une part importante (40%) des patients avaient un psychiatre traitant témoignant aussi de possible trouble psychiatrique ou d'un suivi préalable.

La majorité des récidives a été faites par IMV là encore, par des patients non primo suicidants lors de la TS initiale, en cohérence avec le facteur de risque suicidaire constitué par la présence de TS préalable (16). Le relevé de VigilanS (64) retrouve également un taux de non primo suicidants majoritaire avec 440 patients entre le 18/10/21 et le 31/03/23.

B) Forces et limites

1) Sur les critères de jugement

Notre étude retrouve une absence de significativité concernant la présence ou l'absence d'hospitalisation sur la récidive suicidaire. De même pour la survie sans récidive.
Elle rejoint l'idée émise par la littérature (37) sur l'absence de bénéfice d'une hospitalisation systématique à l'issue d'un passage à l'acte suicidaire.
Considérant les potentiels effets délétères de l'hospitalisation chez les patients récidivants évoqués dans la littérature que nous avions évoqués (50), et devant l'absence de bénéfice démontrée de manière significative (39) la décision d'hospitalisation se devrait de suivre les recommandations HAS (5) et se proposer d'être la plus brève possible.
Il serait incorrect de parler d'effet délétère au sein de ce travail devant cette absence de significativité, cependant on peut émettre l'idée que l'hospitalisation n'apporte pas de bénéfice sur la récidive suicidaire et ne constitue alors pas un facteur protecteur suicidaire.

Nos résultats permettent d'obtenir des chiffres plus précis du phénomène de récidive suicidaire au sein de la population Tourangelle. Ils nous permettent également d'obtenir pour la première fois à notre connaissance, un aperçu du délai avant récidive suicidaire dans notre population de patients récidivants.

2) Sur la comparaison avec la littérature

Comme nous l'évoquions, les résultats de ce travail avec les données nationales de l'InVS et de Santé Publique France ne peuvent pas être clairement superposables, en lien avec l'absence de prise en compte des hospitalisations en psychiatrie. Nous avons tenté de réduire ce décalage en intégrant les données de l'étude RIM-P.
De plus, la comparaison va se limiter aux patients ayant bénéficié d'une hospitalisation, et non pas l'ensemble des patients admis aux urgences.
Enfin, nos critères d'inclusion et d'exclusion limitent également cette comparaison : la décision de ne garder que les patients majeurs et d'exclure les pathologies psychiatriques sévères ne concordent pas avec la méthodologie des études nationales.

Cependant, ce manque d'exhaustivité est restreint. En effet selon l'InVS et le RIM-P l'absence d'hospitalisation après une TS n'impliquerait que 10% des patients, sur les passages à l'acte les plus bénins. Ce chiffre peut paraître surprenant en pratique et reste bien supérieur à ce qu'on retrouve dans notre travail (56% d'hospitalisation). Il faut cependant se souvenir de l'absence de prise en compte des services hospitaliers dans notre étude, comme la réanimation, qui peut créer un biais de sélection et une proportion accrue de TS moins graves.

3) Utilisation du programme VigilanS au sein de notre travail

La principale limite perçue dans les données de VigilanS se voit dans l'absence d'exhaustivité des passages à l'acte suicidaire.

La constitution d'une fiche VigilanS en cas de TS reste au bon vouloir et la pratique du clinicien ayant reçu le patient suicidant. On constate ainsi un faible nombre de TS sur la période de suivi en comparaison avec les données recueillies depuis le logiciel hospitalier (358 patients) malgré une période de suivi plus longue (du 18/10/21 au 18/04/23).
De manière plus radicale, la récidive suicidaire apparait très peu dans l'extraction VigilanS, avec une cinquantaine de patients concernés, alors même que la période étudiée pour l'événement « récidive » est plus large dans l'extraction des données VigilanS que dans le logiciel hospitalier.
Il en est de même pour certaines caractéristiques épidémiologiques tel que le statut marital ou les antécédents familiaux de TS, données uniquement retrouvées dans notre étude à l'aide du programme VigilanS mais qui n'ont malheureusement pas été suffisamment remplis par les praticiens à l'origine de la fiche.

Du fait d'une constance des appels de VigilanS, ce déficit est très probablement en lien avec le manque de nouvelle constitution VigilanS lors de récidive suicidaire. Notre travail met donc en exergue le manque d'utilisation par les soignants du programme VigilanS et il serait intéressant de compléter par une étude de la pratique soignante pour tenter de comprendre cela.

Le programme VigilanS apporte une force non négligeable à ce travail en intégrant les passages à l'acte dans les services intra-hospitaliers n'étant pas passés par les urgences psychiatriques pour améliorer notre exhaustivité. Il intègre aussi des données plus difficiles à extraire dans un dossier médical informatisé, tel que les antécédents psychiatriques familiaux et personnels des patients comme la présence d'un psychiatre traitant.

4) Sur la méthodologie de ce travail

- Critères d'inclusion

Nous avons décidé de définir le critère d'inclusion comme un passage à l'acte suicidaire médicalisé.
Inclure la notion de médicalisation du passage à l'acte s'est justifié en raison de la possibilité d'antécédent de passage à l'acte auto agressif, notamment par scarification. Devant l'absence de prise en compte de l'intentionnalité létale dans la définition de l'OMS, et notre volonté de respecter cette définition officielle, il a semblé pertinent de ne sélectionner que les passages à l'acte suicidaires médicalisés afin de s'affranchir le plus possible des passages à l'acte pour lesquels le risque suicidaire ne serait pas avéré.

Cette interrogation pose également la limite des TS médicalisées uniquement en ambulatoire, avec consultation en médecine générale. En effet les TS en ambulatoire représenteraient la moitié des patients selon certaines estimations (38) (23). Cependant ce biais de sélection est restreint par un adressage très majoritaire de ces patients pour TS vers les services d'urgences, qui serait de 80% (66).
Nous n'avons pas souhaité définir dans les critères d'inclusion la notion de primo suicidant, c'est-à-dire d'absence de TS précédent l'inclusion. En effet après avoir effectué un essai informatique il apparaissait un faible nombre de patients dans le sous-groupe présentant un trouble de la personnalité.
Cela peut s'expliquer par la forte proportion de personnalité émotionnellement labile aux urgences psychiatriques (15) dont la récurrence des TS constitue un critère diagnostic. Ne sélectionner que les premiers passages à l'acte suicidaire médicalisés était alors un frein dans ce contexte pour étudier le sous-groupe présentant un trouble de la personnalité.

La recherche d'un passage à l'acte suicidaire s'est faite à l'aide du codage diagnostic et de mots clés afin de respecter la méthodologie effectuée dans études épidémiologiques au niveau national (22).

- Méthode d'identification des TS

La méthode d'identification des cas de tentative de suicide est semblable à celle proposée par l'Institut de Veille Sanitaire dans son rapport « hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 » (23) qui utilisait l'extraction des tentatives de suicide au sein du PMSI et du réseau Oscour (système de collecte d'informations sur les services d'urgences français) à l'aide de codage diagnostic et de recherche par mots clés. Grâce à l'entrepôt de données cliniques dont dispose le CHRU de Tours, une 3eme source de données a pu être utilisée pour tendre vers davantage d'exhaustivité par les techniques de traitement automatique du langage naturel à partir des comptes rendus médicaux.

Afin de ne méconnaitre aucun passage à l'acte suicidaire aux urgences psychiatriques nous avons effectué le recensement des patients sur l'un des trois axes de recueil afin d'identifier les passages aux urgences pour tentative de suicide, un même patient pouvant être concerné par plusieurs venues aux urgences.

La principale limite de cette méthode est d'empêcher la constitution d'un groupe de suicidants exhaustif en ne prenant pas en compte les services de médecine susceptibles d'accueillir des TS tel que la Psychiatrie de Liaison sur le CHU de Tours.
Cependant il faut rappeler que le but de notre étude était de pouvoir interroger la prise en charge et notamment la décision d'hospitalisation après TS dans le contexte d'un passage aux urgences psychiatriques. Adopter cette méthode nous aurait éloigné de cet objectif.

N'ont pas été inclus également les hospitalisations en clinique psychiatrique privé. Celles-ci constituent un outil disponible auprès du clinicien décisionnaire, lorsqu'un temps d'hospitalisation peut apporter un bénéfice, ou lorsqu'un éloignement du milieu de vie est jugé utile. L'absence de leur prise en compte dans notre étude pourrait constituer un frein important. Cependant, il convient de rappeler en pratique que les cliniques privées d'Indre et Loire présentent la présence d'un risque suicidaire élevé comme une contre-indication à l'admission du patient dans leur structure. Ainsi il apparait pertinent de ne pas inclure ces structures comme des structures participant au désamorçage de crise suicidaire.

Nous avons recherché l'ensemble des séjours IEP pour TS sur notre période d'observation et avons présenté les résultats sous cette forme. Cette méthode a permis de recenser l'ensemble des passages aux urgences pour TS et d'être exhaustif. Elle a aussi permis de regarder la proportion de récidives par patient (nombre de séjours sur nombre de patients).
En revanche, cela pose une limite devant l'absence de nombre absolu de patients pour toutes les caractéristiques présentées, et notamment pour la variable du sexe. Concrètement les proportions sur le sexe sous forme de séjours nous donne la tendance sexuelle des passages aux urgences, mais pas le nombre absolu de patients en fonction de cette donnée.

- Période d'inclusion

Nous avons choisi d'inclure les patients sur une année à partir de la date de mise en place du programme VigilanS le 18/10/22. Le but était de pouvoir observer la survenue des TS et des récidives après installation de ce programme de veille et son utilisation aux urgences psychiatriques de Trousseau. Il était alors possible de récolter les données correspondantes au sein de VigilanS en complément de celles informatisées et d'obtenir des informations supplémentaires sur les antécédents et la prise en charge des patients (antécédents familiaux, présence d'un psychiatre traitant, primo suicidant).
La fin de la période d'inclusion a été calculée afin que la période de suivi ne dépasse pas le mois de mai 2023, afin d'extraire la totalité des données à l'issue de ce mois. Nous avons alors fixé la fin de la période d'inclusion au 18/10/23 soit un an.

- Durée de suivi pour l'événement principal

Nous avons choisi une période de suivi pour le critère de jugement principal de six mois.
Il semblait cohérent de s'intéresser à cette période en raison de la littérature mettant en avant que la récidive a lieu dans les trois quarts des cas au cours des six premiers mois (3).
Cette période étayée sur le plan littéraire a ainsi été choisie par plusieurs études s'intéressant elles aussi à la récidive suicidaire et aux hospitalisations après passage à l'acte telle que l'étude de la cohorte French Crisis (67). La période des six mois permettait alors également de pouvoir se comparer avec les études pré existantes.

- Critères d'exclusion

Les troubles psychiatriques tel que trouble psychotique ou trouble de l'humeur bipolaire ont été exclus afin d'éviter un biais de sélection dans la prise en charge aux urgences. La probabilité d'hospitalisation est bien plus élevée lors de la présence de ces troubles qui constituent des facteurs de risque de passage à l'acte important : risque multiplié par 28 lors de la présence d'un trouble de l'humeur bipolaire par rapport à la population générale (16). Par ailleurs, la présence d'un trouble psychiatrique décompensé va constituer une indication à une hospitalisation (5).
Nous avons également séparé les épisodes dépressifs caractérisés en fonction de leur intensité devant leur différence de prise en charge recommandée : un épisode d'intensité sévère peut constituer une indication à une hospitalisation selon les recommandations de l'HAS (5) et a également été exclu.

- Facteurs de confusion

Malgré leurs participations en tant que facteur de risque suicidaire, nous avons décidé de conserver certaines comorbidités afin de ne pas trop nous éloigner de notre population cible. Ainsi les comorbidités les plus fréquentes telles que les épisodes dépressifs, les troubles à l'usage ou l'intoxication éthylique aïgue au moment du passage à l'acte ont constitué des facteurs de confusion que nous avons pris en compte.
Certains facteurs de risque suicidaire sociaux tels que la précarité ou la condition de sans domicile fixe ont également été recherchés en tant que facteur de confusion.

Notre limite évidente dans cette recherche de facteur de confusion tient de la méthode de recherche par codage CIM 10. Il est apparu complexe et peu fiable de rechercher par mots clés devant le manque de sensibilité de cette méthode dans ce cas présent : en effet à titre d'exemple, une recherche de précarité sociale aurait nécessité un nombre important de mots clés différents avec un risque de faux positifs, et une absence de rigueur dans la démarche en fonction du clinicien remplissant l'observation.
Il a en revanche été possible d'intégrer la recherche de l'alcoolémie lorsque présente pour déterminer de manière sûre la présence d'une intoxication éthylique au moment des faits.

- Sectorisation géographique

La constitution d'un sous-groupe de patients ayant pour adresse un lieu de vie appartenant au secteur géographique de Tours a répondu à deux objectifs. Tout d'abord de nous intéresser spécifiquement à la population tourangelle afin d'obtenir un aperçu épidémiologique de cette population, chose encore inédite à notre connaissance.
Ensuite, cette démarche a permis de limiter le biais des perdus de vue : en effet les patients d'un secteur donné ont logiquement plus de chance d'être pris en charge sur les urgences de ce secteur.

- Trouble de personnalité

Nous avons mis en avant la spécificité des TS et de leur prise en charge en cas de trouble de personnalité. L'idée de ce travail était de pouvoir avoir un aperçu de la population souffrant de ce trouble et utilisatrice de nos services de soins : nous avons ainsi pu comparer leurs caractéristiques avec le reste de la population suicidante.

Lors de nos premiers essais informatiques nous avions tenté d'identifier les suicidants avec trouble de la personnalité uniquement à l'aide du codage diagnostic CIM 10. Devant un faible nombre de patients ainsi sélectionnés (moins d'une cinquantaine) nous avons étendu notre recherche par l'outil REGEX afin d'inclure des mots clés présents de manière affirmative dans les observations des patients et montrant la présence du diagnostic.

Cette difficulté avec le codage simple peut s'expliquer de plusieurs manières.

Tout d'abord, il faut rappeler que les services d'urgences s'inscrivent par définition dans une temporalité courte qui n'est pas le lieu de diagnostic nécessitant une connaissance du patient et une observation prolongée. Le trouble de la personnalité présente justement cette caractéristique avec la notion de chronicité (4).

Ensuite, nous pouvons également envisager qu'il y ait un défaut de remplissage par les cliniciens évaluateurs. Celui-ci peut se justifier de plusieurs manières : dans le contexte

d'urgences un oubli est envisageable car en pratique le remplissage du codage diagnostic aux urgences psychiatrique de Tours se fait sur papier, et qu'il n'y a pas de temps spécifique dédié à cette tâche administrative. Elle se fait entre deux entretiens, ou en fin de garde par exemple. Les cliniciens peuvent aussi ne pas indiquer le codage de trouble de la personnalité car ils considèrent qu'il ne s'agit pas du motif psychiatrique justifiant l'urgence.

Enfin nous pouvons aussi suggérer que ce codage est volontairement évité devant le risque persistant de stigmatisation qu'il peut entrainer. En effet la présence d'un trouble de la personnalité peut être sujet à une attitude de la part de l'équipe soignante différente des autres patients et entrainer du rejet (68). Les cliniciens peuvent vouloir ne pas mettre volontairement en avant un tel diagnostic en cas de prise en charge hospitalière.

- Appariement aux données VigilanS

Une limite réglementaire s'est imposée au cours de la réalisation de ce travail, nous empêchant de pouvoir procéder à un appariement entre les bases de données du DPP et celle de Vigilans.

En effet, plusieurs services sont impliqués dans ces deux bases distinctes ce qui qualifie l'étude de multicentrique (69). Une étude multicentrique implique notamment la réalisation d'une analyse d'impact sur la protection des données (AIPD) et un engagement de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à une méthodologie de référence (MR), dans notre cas MR-004 : « recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé ».

L'alternative est un dépôt auprès de l'Institut National des Données de Santé (INDS) d'une demande d'autorisation « recherche » avec un avis du CERESS, puis transmission à la CNIL (70), imposant une contrainte temporelle forte. L'idée initiale était de pouvoir définir pour chaque IEP de séjour la réalisation d'une fiche Vigilans et l'inscription au programme, afin d'observer l'influence de celle-ci sur la récidive.

Cependant les données récoltées tendent à montrer la proportion faible du recueil au sein de Vigilans Centre Val de Loire sur la période d'inclusion ce qui minimise l'impact qu'aurait pu avoir cet appariement.

V Perspectives

Lésion auto infligée et tentative de suicide

Il est intéressant de séparer lésion auto infligée et conduite suicidaire malgré la définition officielle, tel que cela est déjà fait dans certaines littératures.

Cette séparation ne doit pas être perçue comme un signe de minimisation des conduites auto agressives, mais de s'accorder sur la différence entre lésion auto infligée et tentative de suicide en termes de pronostic et d'impact. La présence d'antécédents de lésions auto infligées constitue ainsi un facteur de risque à part entière de TS, comme les antécédents de tentatives de suicide, mais également un facteur de risque de TS médicalisée et requérant plus de soins (2).

Cette différence est notable et étudiée : il est intéressant de constater que nos critères diagnostics par codage CIM 10 ont été considérés comme définition du « deliberate self harm » ou « lésion auto infligée » pour Vuagnat et al dans leur méthodologie (3). Ce qui suggère l'impossibilité de définir l'intentionnalité létale. La méthodologie dans ce cas se présente en opposition une fois encore avec la définition voulue comme officielle.

Cela permettrait de mieux définir notre population cible pour mieux approcher de la tentative de suicide à inclure comme entité diagnostique distincte, se séparer des biais des patients non inclus en ambulatoire ou mieux les sélectionner, et avoir une meilleure estimation du taux de récidive suicidaire propre.

Amélioration de la prise en charge après passage aux urgences pour TS

En questionnant la récidive suicidaire en fonction de la prise en charge initiale et de personnalité comorbide, nous abordons inévitablement la question de l'amélioration en pratique de cette prise en charge. C'est à nouveau vers la littérature existante que nous pouvons nous tourner pour entrevoir des réponses.

Lorillard et al dans leur revue systématique (37) s'intéressent à la prise en charge des TS après passage par les urgences.

Deux méthodes d'interventions sont alors mises en avant. Ils distinguent les techniques d'intervention dites simples à but préventif. En se fondant sur une éthique « de l'inquiétude » mise en avant lors de la journée de Prévention du Suicide de 2009 à Genève, l'idée est l'instauration de traitements ambulatoires simples visant à assurer le suivi et la fidélisation des patients par « case management » : un soignant instaure un lien de confiance via contacts téléphoniques, des visites à domiciles, ou une correspondance soutenue.

De l'autre côté, les techniques psychothérapeutiques structurées tel que les thérapies cognitives brèves peuvent aussi être aussi mises en place à la sortie des urgences mais nécessitent des moyens plus conséquents et une organisation soutenue avec des soignants nombreux et disponibles.

Il semble alors difficile de mettre en avant une intervention en particulier plus efficace que l'autre. Le principal facteur dans la décision doit être la population de patients concernée : les interventions simples à but préventif semblent adaptées en population générale, tandis que les interventions plus structurées semblent se justifier chez les patients non primo suicidants qui présentent des antécédents de passages à l'acte suicidaire répétés.

Vis-à-vis de notre travail, cela renforce premièrement l'intérêt de diagnostiquer les troubles de la personnalité, ou au minimum de mettre en avant la tendance au passage à l'acte répété dans la population consultant aux urgences, dans cette perspective de pouvoir à terme leur proposer des interventions psychothérapeutiques adaptées.

Deuxièmement, cela montre l'intérêt de développer le programme VigilanS qui constitue une technique d'intervention préventive accessible à Tours. L'efficacité de ce programme d'intervention a déjà montré ses résultats à travers son installation nationale. Dans l'analyse des résultats post implantation de 2018 au sein de la région Nord Pas de Calais (59), le programme VigilanS met ainsi en avant un taux de récidive de seulement 8%, inférieur au taux de récidive national connu.

Par ailleurs, une extension et une sensibilisation à ce programme permettraient une meilleure exhaustivité dans le remplissage des fiches de signalement des TS, ce qui constituerait une base de données pertinente pour des futures recherches.

Il serait pertinent de compléter ce travail avec une cohorte plus importante, en agrandissant la période d'inclusion par exemple afin de retrouver une éventuelle significativité.
Cette extension de la période d'inclusion serait aussi utile pour obtenir une cohorte de patients présentant un trouble de la personnalité plus important. L'objectif serait d'utiliser notre critère de jugement principal sur une population avec trouble de la personnalité. Alors il s'agirait de mettre en avant un potentiel lien entre récidive et hospitalisation en défaveur de celle-ci, pour interroger ce risque de « psychiatrisation » décrit par Paris (50) que nous avions précédemment évoqué en revue de bibliographie.

Enfin, se pose la question de la durée d'hospitalisation. Williams en 1998 (50) préconisait une hospitalisation de 48h au maximum afin de désamorcer la crise suicidaire. Savoir si la durée d'hospitalisation après TS a également une influence sur la récidive à six mois permettrait de dépasser la question binaire « hospitalisation contre retour à domicile » et vérifier l'hypothèse de l'inefficacité et de la contre productivité prêtées aux hospitalisations.

VI Conclusion

Ce travail nous a permis un état des lieux sur le seul centre universitaire de la région Centre (sur l'année d'inclusion) avec offre de soins structurée, en utilisant à la fois les données du PMSI, de l'hôpital, celles des urgences, et celles du programme VigilanS en permettant un recul sur la première année après son implantation dans la région.

Ce travail permet d'étudier la population de patients après passage aux urgences psychiatriques pour tentative de suicide. Peu de données sont disponibles dans ce sens au niveau national, et cela n'a pas, à notre connaissance, d'équivalent en termes de publication à l'échelle de la ville de Tours.

Nous nous sommes intéressés à la survenue et au délai de récidive après une tentative suicidaire, en fonction de la prise en charge effectuée. Nos résultats constituent un aperçu inédit des caractéristiques de nos patients du secteur de Tours, en renseignant leurs données socio-démographiques, leurs comorbidités, les modalités du passage à l'acte, et leurs prises en charges par le service de soins.

Nous nous sommes ensuite concentrés sur la population souffrant de trouble de la personnalité afin de questionner la prise en charge et la présence de récidive suicidaire.

Devant l'absence de résultats significatifs, malgré un échantillon de patients conséquent, nous ne pouvons confirmer ou infirmer les données de la littérature qui suggèrent un effet possiblement délétère de l'hospitalisation sur les récidives suicidaires, et particulièrement chez les personnalités présentant des récurrences de tentatives de suicide. Cependant, nos résultats semblent suggérer l'absence d'effet protecteur de l'hospitalisation que ce soit dans la population de suicidants en général ou chez les patients souffrant de trouble de la personnalité.

VII Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 28 déc 2022]. 89 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801

2. Ward-Ciesielski EF, Schumacher JA, Bagge CL. Relations Between Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Characteristics in a Sample of Recent Suicide Attempters. Crisis. juill 2016;37(4):310-3.

3. 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.

4. Manus JM. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Rev Francoph Lab. juin 2019;2019(513):14.

5. Haute Autorité de Santé HAS. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2000. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

6. Haute Autorité de Santé HAS. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014. (Chapitre 4). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement

7. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Fifth edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.

8. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. atih.santé.fr. CIM-10 FR à usage PMSI, 10e révision, France Volume1 Table Analytique Edition 2022. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4216/cim-10-fr_2022_a_usage_pmsi.pdf

9. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM–IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry. juill 2009;195(1):46-53.

10. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry. 2005;

11. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. BMC Med Inform Decis Mak. nov 2021;21(S6):206.

12. Chauca GMC, Moreno MJJ, Lobato PA. Borderline personality disorder and psychiatric hospitalization. Eur Neuropsychopharmacol. oct 2016;26:S750-1.

13. Brahim S, Aoun MH, Charaa O, Henia M, Abid A, Zarrouk L. Factors for suicide attempt recurrence among patients with borderline personality disorder. Eur Psychiatry. 2021;64(S1):S585-S585.

14. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. The Lancet. janv 2011;377(9759):74-84.

15. Rodante DE, Grendas LN, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Rojas SM, et al. Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand. août 2019;140(2):158-68.

16. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

17. Haute autorité de sante [Internet]. Les suicides et tentatives de suicide de patients Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf

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

19. Østergaard MLD, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personal: Substance use and suicide behaviour. Addiction. juill 2017;112(7):1250-9.

20. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug Alcohol Depend. déc 2004;76:S11-9.

21. santé publique france [Internet]. Suicide et tentative de suicide. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/la-maladie/#tabs

22. Santé Publique France. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes / Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. 5 févr 2019;(3-4):52.

23. Chan Chee C, Jezewski Serra D. santé publique france. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/rapport-synthese/hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-france-metropolitaine-a-partir-du-pmsi-mco-2004-2011-et-d-oscour-R-2007-2011

24. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. Crisis. juill 2004;25(4):147-55.

25. Suominen KH, Isometsä ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lönnqvist JK. Suicide attempts and personality disorder: Suicide attempts and personality disorder. Acta Psychiatr Scand. août 2000;102(2):118-25.

26. Ansell EB, Wright AGC, Markowitz JC, Sanislow CA, Hopwood CJ, Zanarini MC, et al. Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. Personal Disord Theory Res Treat. avr 2015;6(2):161-7.

27. Krysinska K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders: Curr Opin Psychiatry. janv 2006;19(1):95-101.

28. Cheng TA, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide.

29. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry. 2002;181(Journal Article):193.

30. 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.

31. Arensman E, Corcoran P, Fitzgerald AP. Deliberate self-harm: Extent of the problem and prediction of repetition. In: International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice. Hoboken, NJ, US: Wiley Blackwell; 2011. p. 119-31.

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

33. Haw C, Bergen H, Casey D, Hawton K. Repetition of Deliberate Self-Harm: A Study of the Characteristics and Subsequent Deaths in Patients Presenting to a General Hospital According to Extent of Repetition. Suicide Life Threat Behav. août 2007;37(4):379-96.

34. Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ. 18 nov 2008;337(nov18 3):a2205-a2205.

35. Icick R, Vorspan F, Karsinti E, Ksouda K, Lépine JP, Brousse G, et al. Gender-specific study of recurrent suicide attempts in outpatients with multiple substance use disorders. J Affect Disord. déc 2018;241:546-53.

36. Chien WC, Lai CH, Chung CH, Pai L, Chang WT. A Nation-Wide Evidence-Based Data Analysis of Repeated Suicide Attempts. Crisis. 1 janv 2013;34(1):22-31.

37. Lorillard S, Schmitt L, Andreoli A. Comment traiter la tentative de suicide ? 1re partie : efficacité des interventions psychosociales chez des patients suicidants à la sortie des urgences. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2011;169(4):221-8.

38. VigilanS Centre-Val de Loire. chu-tours.fr. [Dispositif VigilanS] Le CHRU lance VigilanS en Centre-Val de Loire : le dispositif de veille et de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide. Disponible sur: https://www.chu-tours.fr/wp-content/uploads/2021/12/CdP-2021-VIGILANS.pdf

39. Sande R, Buskens E, Allart E, Graaf Y, Van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a svstematic review of treatment interventions. Acta Psychiatr Scand. juill 1997;96(1):43-50.

40. Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane F, Khiari G, Nouira S, et al. Les récidives suicidaires : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien. L'Encéphale. févr 2005;31(1):65-71.

41. Comtois KA, Carmel A. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. J Behav Health Serv Res. avr 2016;43(2):272-80.

42. van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. Eur Psychiatry. 1 sept 2007;22(6):354-61.

43. Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, Martín-Santos R, et al. Hospitalization and Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder in a Psychiatric Emergency Service. Psychiatr Serv. 2007;58(9).

44. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. Front Psychiatry. 4 août 2017;8:136.

45. Connexions Familiales. tpl-familles.org. Prévalence du trouble de la personnalité limite. Disponible sur: https://tpl-familles.org/prevalence-du-trouble-de-personnalite-limite/

46. Vinet MA, Le Jeanic A, Lefèvre T, Quelen C, Chevreul K. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. févr 2014;62:S62-3.

47. Soeteman DI, Verheul R. The Economic Burden of Personality Disorders in Mental Health Care. J Clin Psychiatry. 2008;

48. Van Der Sande R, Van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawton K, Van Der Graaf Y, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide: A randomised controlled intervention study. Br J Psychiatry. juill 1997;171(1):35-41.

49. Lorillard S, Schmitt L, Andreoli A. Comment traiter la tentative de suicide ? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2011;169(4):229-36.

50. Paris J. Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? J Personal Disord. juin 2004;18(3):240-7.

51. Mehran F, Guelfi JD. Les stratégies cognitivo-comportementales pour les comportements suicidaires et parasuicidaires chez la personnalité « borderline ». J Thérapie Comport Cogn. juin 2004;14(2):71-6.

52. Brasfield CR. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder: Marsha M. Linehan: Guilford Press, New York (1993). xvii + 558 pp. $39.50. Behav Res Ther. 1994;32(8):899-899.

53. Presses Universitaires François Rabelais. Asso-aesp.fr. 2014. Référentiel de Psychiatrie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. Disponible sur: http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf

54. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. L'Encéphale. juin 2010;36:D83-91.

55. Hendin H. Psychotherapy and Suicide. Am J Psychother. oct 1981;35(4):469-80.

56. Conseil national de l'Ordre des médecins. Conseil national de l'Ordre des médecins. 02/21. Code de Déontologie Médicale. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie

57. Gutheil TG. Suicide and suit: Liability after self-destruction. In: Suicide and clinical practice. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1992. p. 147-67. (Clinical practice, No. 21.).

58. Bongar B, Maris RW, Berman AL, Litman RE. Outpatient standards of care and the suicidal patient. New York, NY, US: Guilford Press; 1998. 4 p. (Risk management with suicidal patients.).

59. Fossi LD, Debien C, Demarty AL, Vaiva G, Messiah A. Suicide reattempt in a population-wide brief contact intervention to prevent suicide attempts: The VigilanS program, France. Eur Psychiatry. 2021;64(1):e57.

60. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : VigilanS. L'Encéphale. janv 2019;45:S13-21.

61. Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2017;65(5):349-59.

62. Schmoll S, Boyer L, Henry JM, Belzeaux R. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. L'Encéphale. avr 2015;41(2):123-9.

63. O'Connor RC, Platt S, Gordon J, éditeurs. Front Matter. In: International Handbook of Suicide Prevention [Internet]. 1re éd. Wiley; 2011 [cité 4 févr 2023]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119998556.fmatter

64. VigilanS Centre-Val de Loire. Newletter#6 1er Trimestre 2023. CHRU Tours.

65. Rey G. Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. 2017;

66. Flahault A. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999–200. Br J Gen Pract. 2004;3.

67. Cailhol L, Riedi G, Mathur A, Czapla P, Charpentier S, Genestal M, et al. Faut-il hospitaliser les patients suicidants avec trouble de personnalité borderline après leur prise en charge aux urgences (étude prospective FRENCH CRISIS) ? L'Encéphale. sept 2014;40(4):289-94.

68. Bodner E, Cohen-Fridel S, Mashiah M, Segal M, Grinshpoon A, Fischel T, et al. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. BMC Psychiatry. déc 2015;15(1):2.

69. Etude Multicentrique CNIL [Internet]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire

70. Demande autorisation CNIL [Internet]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-quel-est-le-cadre-legal

VIII Annexes

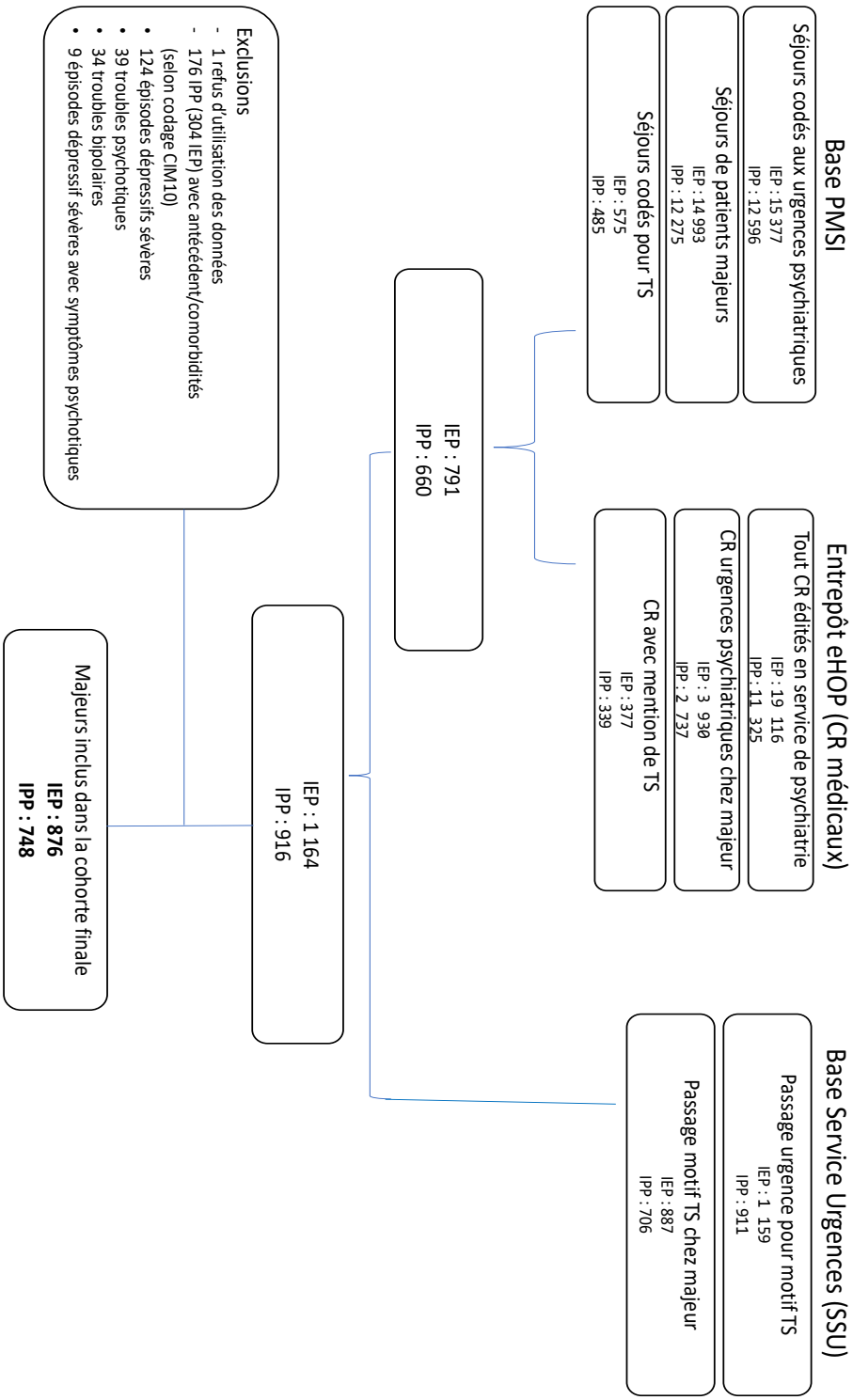


Figure 1 : Diagramme de flux de l'extraction sur les venues aux urgences du CHRU Tours pour TS entre le 18/10/21 et le 18/10/22

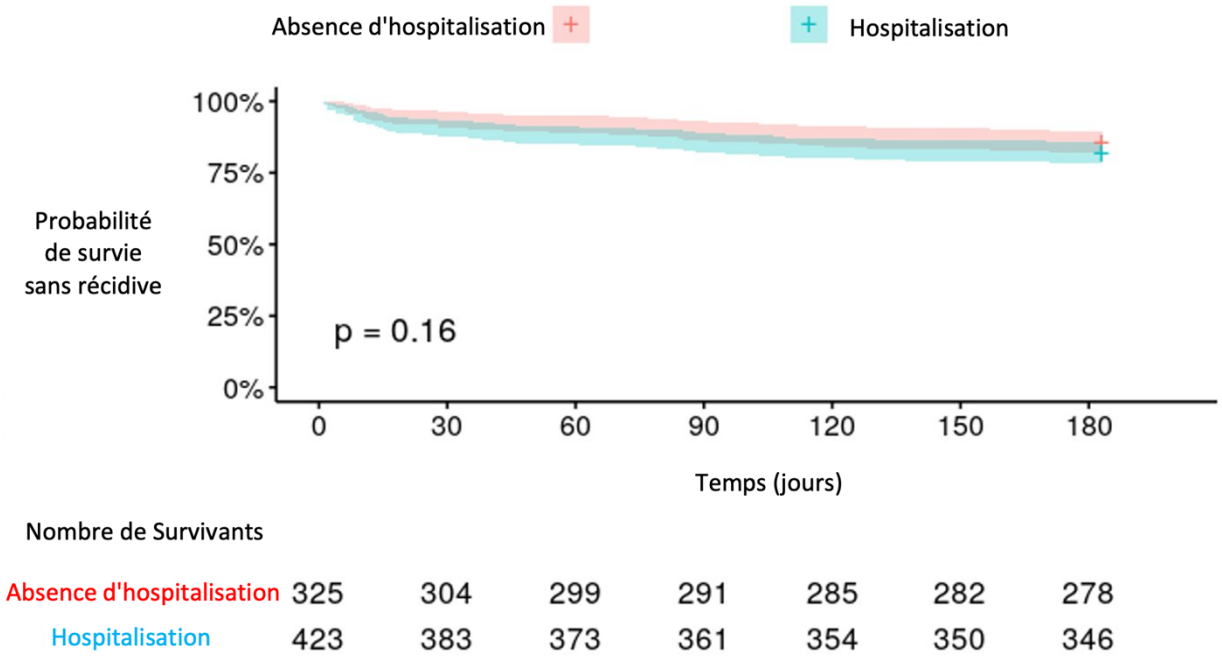


Figure 2 : Délais avant récidive médicalisée ou décès des patients après la TS initiale (n=748) selon la présence d'une hospitalisation (n=423) ou non (n=325)

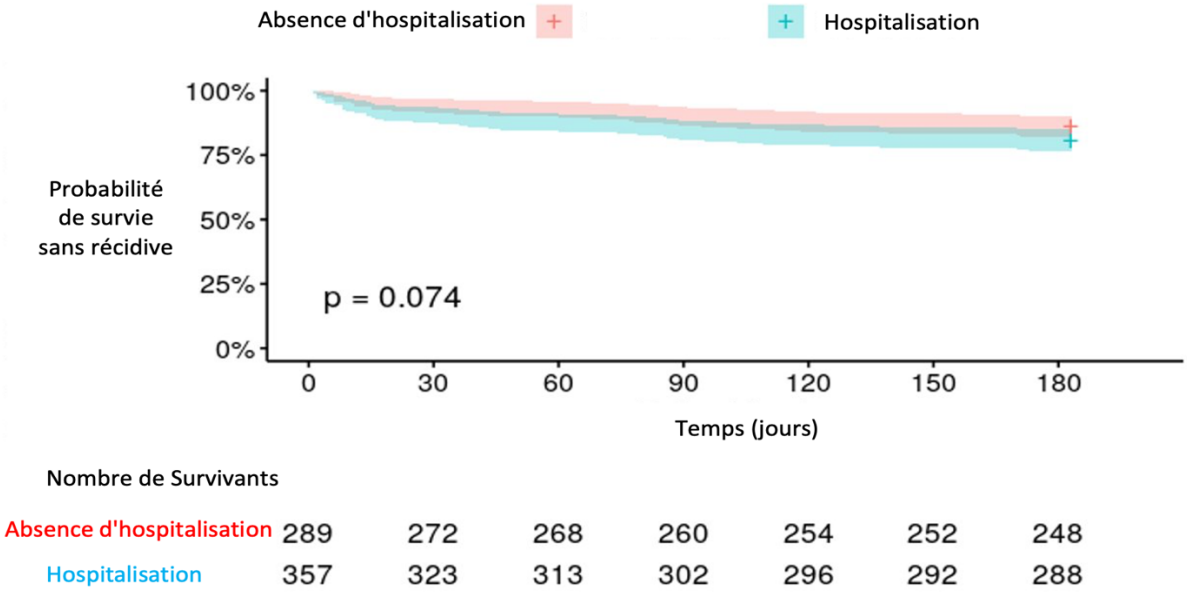


Figure 3 : Délais avant récidive médicalisée ou décès des patients du secteur de Tours après la TS initiale (n=646) selon la présence d'une hospitalisation (n=357) ou non (n=289)

	Total
Nombre séjours (nombre patients)	876 (748)
Caractéristiques Socio Démographiques	
Sexe (%)	
Femme	467 (53.3)
Homme	409 (46.7)
Moyenne d'âge (SD)	37.11 (18.48)
Statut marital (%)	
Marié.e	111 (12.7)
Célibataire	765 (87.3)
Parentalité (%)	
Oui	179 (20.4)
Non	697 (79.6)
Sectorisation à Tours (%)	770 (87.9)
Mode opératoire de la TS (%)	
Feu	1 (0.1)
Défenestration	21 (2.4)
IMV	561 (64)
Inconnu	154 (17.6)
Noyade	3 (0.3)
Pendaison	24 (2.7)
Phlébotomie	109 (12.4)
Saut	3 (0.3)
Prise en charge	
Durée en box en sec (moyenne (SD))	61371.40 (66118.45)
Hospitalisation (%)	
Oui	491 (56.1)
Non	385 (43.9)
Durée d'hospitalisation en sec (moyenne (SD))	218023.63 (1058384.57)
Facteur de confusion (%)	
Trouble de la personnalité	119 (13.6)
Trouble à l'usage de substance psychoactive	246 (28.1)
Ethanolémie positive	241 (27.5)
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	214 (24.4)
Précarité sociale	154 (17.6)
Sans Domicile Fixe	34 (3.9)

Tableau 1 : Description des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et l'année suivante (n= 876)

	Absence de récidive	**Récidive**	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	642 (631)	234 (117)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	325 (50.6)	142 (60.7)	0.010
Homme	317 (49.4)	92 (39.3)	
Moyenne d'âge (SD)	38.7 (19.25)	32.71 (15.36)	<0.001
Statut marital (%)			
Marié.e	97 (15.1)	14 (6.0)	<0.001
Célibataire	545 (84.9)	220 (94)	
Parentalité (%)			
Oui	133 (20.7)	46 (19.7)	0.803
Non	509 (79.3)	188 (80.3)	
Sectorisation à Tours (%)	552 (86)	218 (93.2)	0.006
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	1 (0.2)	0 (0)	
Défenestration	18 (2.8)	3 (1.3)	
IMV	405 (63.1)	156 (66.7)	
Inconnu	121 (18.8)	33 (14.1)	0.252
Noyade	3 (0.5)	0 (0)	
Pendaison	18 (2.8)	6 (2.6)	
Phlébotomie	73 (11.4)	36 (15.4)	
Saut	3 (0.5)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	61661.92 (65061.66)	60595.83 (69000.01)	0.835
Hospitalisation (%)			
Oui	356 (55.5)	**135 (57.7)**	0.607
Non	286 (44.5)	**99 (42.3)**	
Durée d'hospitalisation en sec (moyenne (SD))	256530.34 (1234742.90)	116480 (206929.30)	0.191
Facteur de confusion (%)			
Trouble de la personnalité	51 (7.9)	68 (29.1)	<0.001
Trouble à l'usage de substance psychoactive	181 (28.2)	65 (27.8)	0.971
Ethanolémie positive	180 (28)	61 (26.1)	0.623
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	164 (25.5)	50 (21.4)	0.236
Précarité sociale	117 (18.2)	37 (15.8)	0.466
Sans Domicile Fixe	20 (3.1)	14 (6)	0.073

Tableau 2 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 (n=876) selon la survenue d'une récidive médicalisée dans le même établissement à six mois (n=234) ou non (n=642)

	Absence d'hospitalisation	Hospitalisation	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	385 (346)	491 (444)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	225 (58.4)	242 (49.3)	0.009
Homme	160 (41.6)	249 (50.7)	
Moyenne d'âge (SD)	33.69 (16.09)	39.79 (19.77)	< 0.001
Statut marital (%)			
Marié.e	36 (9.4)	75 (15.3)	0.010
Célibataire	349 (90.6)	416 (84.7)	
Parentalité (%)			
Oui	79 (20.5)	100 (20.4)	1.000
Non	306 (79.5)	391 (79.6)	
Sectorisation à Tours (%)	346 (89.9)	424 (86.4)	0.139
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	1 (0.3)	0 (0)	
Défenestration	10 (2.6)	9 (1.8)	
IMV	196 (50.9)	365 (74.3)	
Inconnu	72 (18.7)	89 (18.1)	<0.001
Noyade	3 (0.8)	0 (0)	
Pendaison	15 (3.9)	7 (1.4)	
Phlébotomie	85 (22.1)	21 (4.3)	
Saut	3 (0.8)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	29654.38 (22065.25)	90375.26 (79130.77)	<0.001
Facteur de confusion (%)			
Trouble de la personnalité	51 (13.2)	68 (13.8)	0.874
Trouble à l'usage de substance psychoactive	38 (9.9)	208 (42.4)	<0.001
Ethanolémie positive	78 (20.3)	163 (33.2)	<0.001
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	64 (16.6)	150 (30.5)	<0.001
Précarité sociale	26 (6.8)	128 (26.1)	<0.001
Sans Domicile Fixe	10 (2.6)	24 (4.9)	0.112

Tableau 3 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 (n=876) selon la réalisation d'une hospitalisation dans cet établissement (n = 491) ou non (n = 385)

	Absence d'hospitalisation	Hospitalisation	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	346 (308)	424 (378)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	207 (59.8)	204 (48.1)	0.002
Homme	139 (40.2)	220 (51.9)	
Moyenne d'âge (SD)	33.04 (15.72)	39.53 (19.60)	<0.001
Statut marital (%)			
Marié.e	29 (8.4)	62 (14.6)	0.010
Célibataire	317 (91.6)	362 (85.4)	
Parentalité (%)			
Oui	69 (19.9)	84 (19.8)	1.000
Non	277 (80.1)	340 (80.2)	
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	0 (0)	0 (0)	
Défenestration	11 (3.2)	8 (1.9)	
IMV	176 (50.9)	319 (75.2)	
Inconnu	56 (16.2)	74 (17.5)	<0.001
Noyade	3 (0.9)	0 (0)	
Pendaison	13 (3.8)	6 (1.4)	
Phlébotomie	84 (24.3)	17 (4.0)	
Saut	3 (0.9)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	29134.16 (21961.89)	86448.24 (72140.28)	<0.001
Facteur de confusion (%)			
Trouble de la personnalité	50 (14.5)	63 (14.9)	0.955
Trouble à l'usage de substance psychoactive	32 (9.2)	180 (42.5)	<0.001
Ethanolémie positive	69 (19.9)	139 (32.8)	<0.001
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	58 (16.8)	126 (29.7)	<0.001
Précarité sociale	24 (6.9)	108 (25.5)	<0.001
Sans Domicile Fixe	9 (2.6)	19 (4.5)	0.181

Tableau 4 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre le 18/10/21 et le 18/10/22 chez les patients du secteur psychiatrique de Tours (n=770) selon la réalisation d'une hospitalisation dans cet établissement (n = 424) ou non (n = 346)

	Absence de Trouble	Trouble de la Personnalité	Valeur de p
Nombre séjours (nombre patients)	757 (672)	119 (76)	
Caractéristiques Socio Démographiques			
Sexe (%)			
Femme	396 (52.3)	71 (59.7)	0.163
Homme	361 (47.7)	48 (40.3)	
Moyenne d'âge (SD)			
Statut marital (%)			
Marié.e	107 (14.1)	4 (3.4)	<0.001
Célibataire	650 (85.9)	115 (96.6)	
Parentalité (%)			
Oui	162 (21.4)	17 (14.3)	0.096
Non	585 (78.6)	102 (85.7)	
Sectorisation à Tours (%)	657 (86.8)	113 (95)	0.017
Mode opératoire de la TS (%)			
Feu	1 (0.1)	0 (0)	
Défenestration	20 (2.6)	1 (0.8)	
IMV	483 (63.8)	78 (65.5)	
Inconnu	133 (17.6)	21 (17.6)	0.855
Noyade	2 (0.3)	1 (0.8)	
Pendaison	20 (2.6)	4 (3.4)	
Phlébotomie	95 (12.5)	14 (11.8)	
Saut	3 (0.4)	0 (0)	
Prise en charge			
Durée en box en sec (moyenne (SD))	61630.83 (66744.10)	59775.25 (62377.36)	0.778
Hospitalisation (%)			
Oui	423 (55.9)	68 (57.1)	0.874
Non	334 (44.1)	51 (42.9)	
Durée d'hospitalisation en sec (moyenne (SD))	233668.09 (1136243.81)	120705.88 (222486.90)	0.415
Facteur de confusion (%)			
Trouble à l'usage de substance psychoactive	214 (28.3)	32 (26.9)	0.840
Ethanolémie positive	210 (27.7)	31 (26.1)	0.784
Episode dépressif caractérisé léger/modéré	198 (26.2)	16 (13.4)	0.004
Précarité sociale	132 (17.4)	22 (18.5)	0.881
Sans Domicile Fixe	26 (3.4)	8 (6.7)	0.119
Récidive suicidaire (%)			
Oui	166 (21.9)	68 (57.1)	<0.001
Non	591 (78.1)	51 (42.9)	

Tableau 5 : Comparaison des séjours pour TS médicalisées aux urgences du CHRU de Tours entre les 18/11/21 et l'année suivante (n= 876) selon la présence d'antécédent de trouble de la personnalité codé dans cet établissement (n= 119) ou non (n=757)

Evénement IPP	Décès à 6 mois	Récidive à 6 mois	Total événement	Total Patient
Secteur Tours	5	105	110	646
Cohorte globale	7	117	124	748

Tableau 6 : Évènement survenu le plus précocement dans les six mois après TS initiale

Tableau après extraction de la base de VigilanS

Age (ans) / Patient	Tous	18-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	>65
Tous	358	43	114	59	46	53	15	28
Hommes	145	12	33	37	22	23	6	12
Femmes	213	31	81	22	24	30	9	16
Primo Suicidants	166	21	47	32	25	19	9	13
Primo Suicidants Hommes	87	8	17	24	12	14	4	8
Primo Suicidants Femmes	79	13	30	8	13	5	5	5

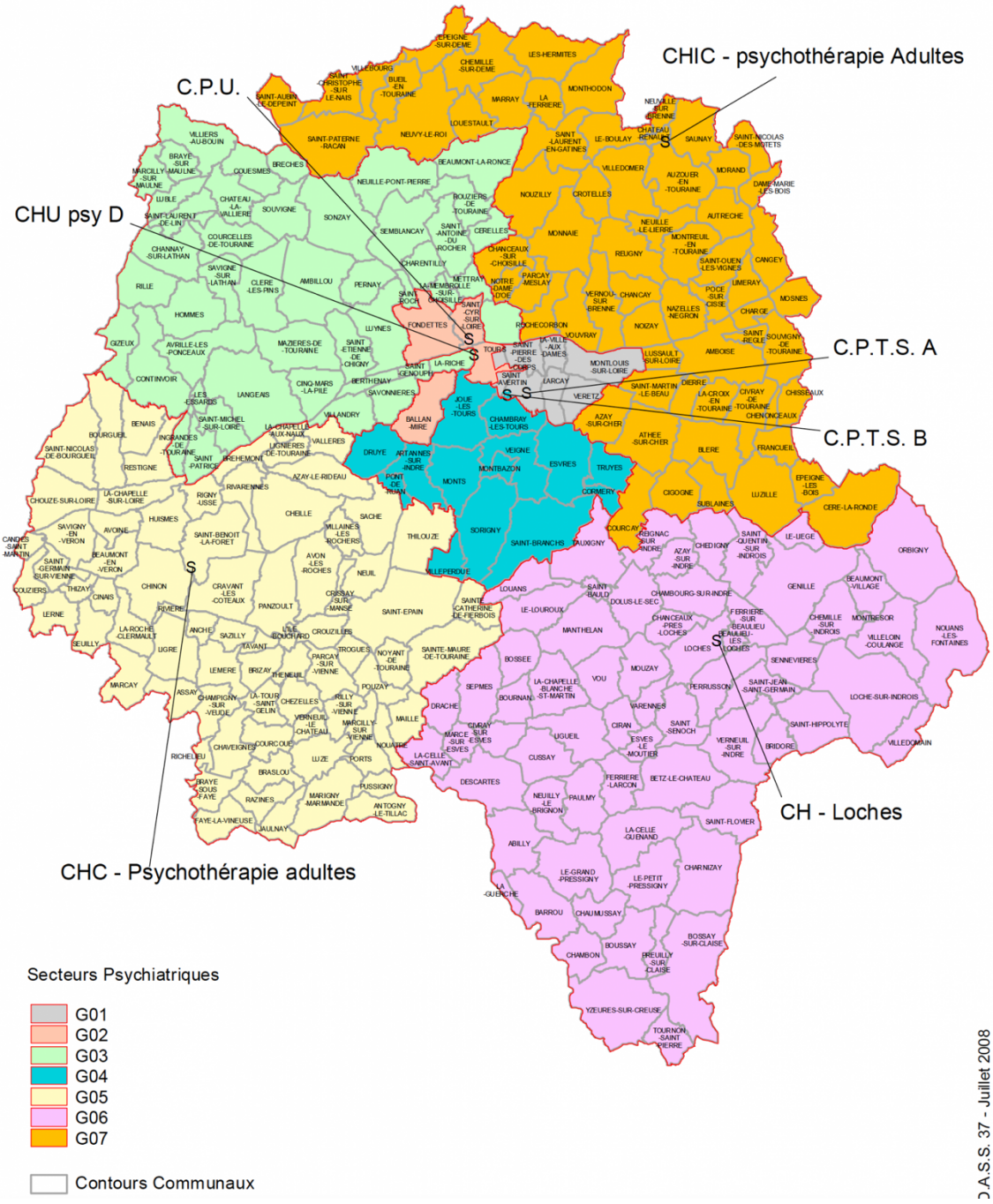
Tableau A : Description des patients majeurs extraits de VigilanS
entre le 18/10/21 et le 18/10/22

Age (ans) / Récidive (évaluation ou appel)	Tous	18-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	>65
Nombre patients	33	4	15	4	5	3	0	2
Nombre total	50	2	30	7	5	2	0	4
Hommes	13	0	5	5	1	0	0	2
Femmes	37	2	25	2	4	2	0	2
Primo Suicidants Hommes	4	0	3	1	0	0	0	0
Primo Suicidants Femmes	5	0	3	1	1	0	0	0
Mode opératoire								
IMV	42	1	24	6	5	2	0	4
Précipitation	5	0	5	0	0	0	0	0
Défenestration	1	1	0	0	0	0	0	0
Pendaison	2	0	1	1	0	0	0	0

Tableau B : Récidive suicidaire extrait de VigilanS sur la période de suivi
du 18/10/21 au 18/04/23

TS initiale \ Age (ans)	Tous	18-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	>65
Passage à l'acte renseigné	347	40	109	58	46	52	15	28
Mode opératoire								
IMV	265	29	90	33	33	45	12	23
Précipitation	6	0	1	3	0	1	1	0
Défenestration	5	1	2	0	1	1	0	0
Pendaison	28	2	3	12	6	1	2	2
Phlébotomie	17	1	8	3	3	1	0	1
Noyade	1	0	1	0	0	0	0	0
Autre	25	7	4	7	3	3	0	1

Tableau C : Mode opératoire de TS renseigné parmi les 358 patients extraits de VigilanS sur la période d'inclusion (18/10/21 au 18/10/22)

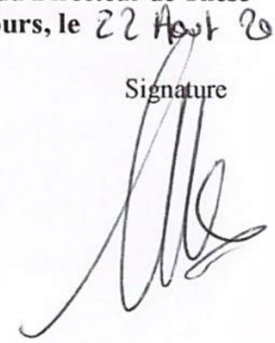


Carte de la sectorisation géographique pour les services d'hospitalisation psychiatrique du département d'Indre et Loire (37)

Les codes postaux utilisés pour constituer le sous-groupe du secteur d'hospitalisation de Tours correspondent aux légendes G01, G02, G03 et G04 ci-dessus.

Avis du Directeur de Thèse
À Tours, le 22 Août 2023

Signature



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

El Maziani Sami

126 pages – 9 tableaux – 3 figures – 1 carte

Résumé :

Introduction : La prise en charge avec décision d'hospitalisation ou de retour au domicile après une tentative de suicide (TS) est dépendante du clinicien, sans donnée publiée sur la récidive de passage à l'acte suicidaire concernant le CHRU de Tours. Une proportion non définie aux urgences psychiatriques de Tours est composée de patients souffrant de trouble de la personnalité, pour lesquels la pertinence de l'hospitalisation sur la récidive suicidaire est d'autant plus contestée. Le but de cette étude est de pouvoir rechercher la présence de récidives suicidaires dans les six mois après l'admission initiale en fonction de la décision d'hospitalisation ou non au décours de la TS précédente.
Méthode : Nous avons extrait les séjours de patients ayant été admis aux urgences psychiatriques de Trousseau à Tours pour TS entre le 18/10/21 et le 18/10/22, à partir de trois bases de données distinctes (PMSI, OSCOUR, entrepôt des données cliniques du CHRU Tours) à l'aide du codage diagnostic et par mots clés. La recherche de récidive de TS dans les six mois après inclusion s'est effectuée de la même manière. Nous avons décrit les caractéristiques cliniques, socio démographiques et de prises en charges (durée d'hospitalisation, durée en box) des patients inclus. Deux sous-groupes ont été constitués selon la présence d'un trouble de la personnalité et le secteur psychiatrique géographique du patient. Nous avons défini le délai avant récidive d'un geste suicidaire lorsque présent comme critère de jugement secondaire. Nous avons ensuite extrait les patients ayant présenté une TS dans la base de données du programme VigilanS.
Résultats : Nous avons inclus 748 patients sur la période pour 876 séjours aux urgences psychiatriques de Trousseau avec TS. 117 patients (16%) ont présenté une récidive suicidaire dans les six mois soit 234 séjours (27%). On y retrouvait une plus grande proportion de patients souffrant de trouble de la personnalité (10%), provenant du secteur géographique psychiatrique de Tours (93%). Les séjours aux urgences ont débouché dans une majorité des cas sur une hospitalisation à l'issue avec 491 séjours (56 %) sans significativité sur le critère de jugement principal. Les courbes de survie comparant patients hospitalisés ou non doivent être considéré comme semblable. Les données extraites du programme de VigilanS rapportent 358 patients avec TS sur la période d'inclusion. Peu de récidive ont été enregistrée au sein du programme (50 patients).
Discussion : Sans confirmer d'effet délétère de l'hospitalisation sur la récidive, nos résultats ne semble à l'inverse pas mettre en avant d'effet protecteur non plus. Notre travail se veut exhaustif dans l'extraction des TS. La période d'inclusion permet d'observer avec recul la première année d'implantation du programme VigilanS au CHU de Tours. Notre période de suivi est cohérent avec le délai de récidive dans la littérature. Le sous-groupe du secteur géographique limite les perdus de vue et celui du trouble de la personnalité permet un focus sur leurs prises en charge en cas de TS et l'influence sur la récidive.

Mots clés : Tentative de suicide, Récidive suicidaire, Hospitalisation, Trouble de la personnalité, Programme de veille VigilanS

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
Directeur de thèse :	Docteur Mériadec PIERRE LE SEAC'H
Membres du Jury :	Docteur Paul BRUNAULT
	Docteur Florence DUBOIS CARMAGNAT
Date de soutenance :	12/10/2023