

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**

**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1540

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Jeanne RUSE**

le 20 avril 2022

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES PATIENTS  
FAISANT APPEL AU DISPOSITIF VIGILANS : ANALYSE COMPARATIVE D'UNE  
COHORTE RÉTROSPECTIVE DE 579 PATIENTS ADRESSÉS PAR LE CHU DE TOULOUSE**

Directrices de thèse : Dr Adeline CLENET et Dr Juliette SALLES

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Madame le Docteur Adeline CLENET	Assesseur
Madame le Docteur Juliette SALLES	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**  
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2021

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLAUTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSCL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Émérites**

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARLET Philippe	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur MANELFE Claude
Professeur BONEU Bernard	Professeur MARCHOU Bruno
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur MURAT
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GRAND Alain	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SERRE Guy
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques



**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

**Doyen : Elie SERRANO**

**P.U. - P.H.**

2<sup>ème</sup> classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCABLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. CORRE Jil	Hématologie, Transfusion
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme LAFRIE Anne	Radiothérapie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DELORED Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme MARTNEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
Mme DJULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. PUGNET Grégory	Médecine Interne, Gériatrie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. GROLLEAU RADUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. SCLER Vincent	Ophthalmologie
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	<b>Professeur des Universités de Médecine générale</b>	
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
M. BUSCAL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. CURDT Jonathan	Neurologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie, Hygiène Hospit.
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	M. GASO David	Physiologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie	Mme OUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction	M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie, Addictologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme FERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique		
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie		
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie		
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie		
M. TRENER Emmanuel	Immunologie		
Mme VIJA Lavniã	Biophysique et médecine nucléaire		

**Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr FREYENS Anne  
Dr PIPONNER David  
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOUSSIER Nathalie  
Dr LATROUS Lefa

## REMERCIEMENTS

### *Aux membres du jury,*

Monsieur le Professeur Christophe Arbus, président du jury, vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je tiens à vous remercier pour votre authentique bienveillance et votre implication auprès de nous, les internes toulousains.

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric, membre du jury, merci d'avoir accepté d'intégrer le jury de ma thèse. Je mesure la chance que j'ai eu de découvrir la médecine générale à vos côtés, cette spécialité qui vous passionne et que j'admire tant. Le relationnel que vous avez instauré avec vos patients restera un modèle pour moi.

Madame le Docteur Adeline Clenet, directrice de thèse et membre du jury, je ne te remercierai jamais assez pour l'enthousiasme dont tu m'as fait part à l'égard de ce projet de thèse (sans être effrayée par le délai), et pour le grand soutien que tu m'as apporté tout au long de sa réalisation. Mes premiers pas aux urgences psychiatriques n'auraient pas pu être mieux guidés que par ton empathie, ton dévouement, tes connaissances et ta conscience professionnelle exemplaire.

Madame le Docteur Juliette Salles, directrice de thèse et membre du jury, je te suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de me guider dans ce travail réalisé grâce à ta disponibilité et à ta réactivité. Merci de m'avoir fait partager une petite partie de ton immense savoir scientifique. Je suis certaine que ton investissement auprès du service des urgences apporte déjà les prémices de l'efficacité et de la sérénité que tu espères y instaurer.

***A toutes les équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai eu la chance de travailler,***

Au service de neurologie B6, et particulièrement à Dr Cédric Gollion, avec qui j'ai appris à devenir interne. Merci pour ta patience et pour la rigueur que tu m'as transmise.

Au service de neurologie de Montauban, Dr Antoine Danielli, Dr Céline Bardou, Dr Philippe Martinez et Dr Ségolène Billot, dont je garde le merveilleux souvenir d'une équipe certes diversifiée, mais avant tout soudée, fonctionnant si bien ensemble. J'espère avoir la chance, un jour, de travailler avec des collègues comme vous.

Merci à Claire d'avoir égayé mes trajets en train, aux nombreuses péripéties, durant ces six mois.

Au service de l'UF4, et notamment à Dr Damien Pierre, pour m'avoir convaincue de faire de la psychiatrie.

A mes meilleurs co-internes, Laura, Marie et Till (ou Mich'), que je suis heureuse d'avoir rencontrés. Merci pour la bonne ambiance dans laquelle nous avons pu travailler pendant sept mois, avec le sourire.

Je remercie l'équipe de la MSPU, pour l'ambiance familiale et l'accueil chaleureux que j'ai reçu.

Dr Bénédicte Clairet-Oustric, j'ai aimé ces journées de consultations avec toi, et ta façon de toujours te montrer attentionnée envers moi.

A Dr Emile Escourrou, merci pour ta gentillesse et ta grande conscienciosité.

Au service de l'UF2, et tout particulièrement à Dr Clara Letamendia. J'ai eu beaucoup de chance de bénéficier de ta pédagogie et de ton dynamisme, et d'avoir pu assister à

tes entretiens, si bien maîtrisés, durant six mois. J'aimerais, un jour, devenir une psychiatre aussi avisée que toi.

A Dr Alice Rovira, merci pour ton encadrement et pour le temps pris pour notre formation.

A François, Isabelle et Marine, j'ai vraiment apprécié passer un semestre auprès de vous, et avec « Madaameuh ».

A l'équipe du Centre Pour Adolescents de Tahiti, qui a largement contribué au souvenir extraordinaire que je garde de ces six mois en Polynésie. Chacun, à sa manière, m'a apporté quelque chose, et m'a fait partager une petite partie de la vie polynésienne, que j'étais si triste de quitter (y compris le fafaru).

Bertrand et Agathe, l'équipe de choc de la liaison pédopsychiatrique, merci pour votre humour et votre bonne humeur, même lorsque je montrais mes qualités de pilote.

Dr Estelle Carron, merci de m'avoir accueillie, accompagnée et de m'avoir transmis tes connaissances, malgré le peu de temps que nous avons passé ensemble avant ton départ.

Je remercie enfin toute l'équipe des urgences psychiatriques.

Dr Nathalie Bounhoure, merci pour ton dynamisme, ta bonne humeur et le partage de ta vision des soins si singulière.

Dr Emmanuelle Bougon, merci pour ta pédagogie, ton efficacité et ton expérience, dont j'ai pu profiter avant ton départ.

Dr Anne Galvagnon, Dr Clémence Bichet, Dr Géraldine Pendaries, Dr Jean Olivier et Dr Nathalie Moliner, merci de vous montrer toujours soutenant, compréhensif et disponible. J'ai aimé les moments partagés durant ces six mois, de la cohérence cardiaque aux entretiens en duo.

Bien-sûr, merci à Jeanne, Julien, Juliette, Marie et Valentine, notre belle équipe d'internes. Je vous suis reconnaissante de m'avoir encouragée à me lancer dans ma thèse.

Merci à tous les autres professionnels, médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, assistantes sociales, psychologues et éducateurs, que j'ai rencontré lors de mon internat et qui auront égayé mon parcours.

### ***A ma famille,***

A mes parents, je vous dois tout, vous qui m'avez toujours encouragée, écoutée et épaulée. Vous êtes les piliers sur lesquels je sais que je pourrais toujours compter, merci d'être les meilleurs parents qu'on puisse imaginer.

A mes grands-parents, je suis si fière d'être votre petite-fille. Vous avoir comme modèle me permet d'avancer, en m'inspirant de la détermination de Papy et de la douceur de Mamie. Merci pour votre amour inconditionnel.

A ma sœur, à notre relation unique et tellement précieuse. Merci d'être toi, et d'être à mes côtés, tout simplement.

A Henri, je suis si heureuse de partager avec toi mon quotidien. Merci d'illuminer ma vie, de me faire rire en toutes circonstances, d'écouter mes récits et de toujours me soutenir. J'ai hâte de découvrir notre futur, que ce soit à Bayon, dans les Cévennes ou dans un van, et toutes les merveilleuses aventures qui nous attendent.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines ; à Fanny, ma marraine, à Lisbeth et Roland, mon parrain, à Cathie et Marc, à Musti et Léo, à Carine et Rudy, Anne et Julien, Carole et Ludo, malgré la distance, merci d'être toujours présents pour moi.

A Marie, mon Zinz', merci pour les fous rires que nous avons toujours partagés, et pour ceux à venir.

A Emilie, Juliette, Louise et Gaston, mon filleul, le plus mignon.

Aux amis de mes parents et leurs enfants, avec qui j'ai grandi.

A mes beaux-parents, Laurence et Bernard, merci pour votre extrême gentillesse, et de vous montrer toujours tellement attentionnés envers moi (malgré le fait que je sois partie à Toulouse, Laurence).

A Joseph et Salomé, que j'ai toujours plaisir à revoir lors de mes passages éclairs à Nancy, et à toute cette grande belle-famille qui m'a si bien accueillie.

A Thomas, mister comment', je suis très contente que tu fasses partie de la famille et qu'on puisse partager ces aventures tous les quatre.

### ***A mes amis,***

A mes copines de toujours, Laurine, Lisa et Marion, j'ai juste tellement de chance de vous avoir ; j'espère que rien ne changera jamais, et que vous serez toujours près de moi.

A Justine et Maurine, Dust et 55, merci de partager ma route depuis la maternelle, et pour nos moments passés ensemble qui sont toujours formidables.

A toute l'équipe de la Légion-Saint-Michel, avec qui j'ai vécu des aventures inoubliables.

Aux copains du lycée ; à Pauline, ma binôme ; à Nol, Chou, Redg et Gélab, pour les moments mémorables partagés, et au Tut', qui j'espère chante toujours quelque part Lady Lay.

Aux copains de fac ; Justine, rencontrée par chance dès le premier jour, Marie, ma partenaire privilégiée d'escalade, Margaux, ma motivation pour courir ou travailler, Thibault et Lucas, qui ont animé ces années et mes révisions pour l'ECN, et à tous les autres.

Aux copains de Toulouse,

A Laura, je suis heureuse de t'avoir maintenant dans ma vie, de partager ton quotidien et toutes tes fameuses trimardises.

Aux Droma (même si je ne sais pas d'où vient ce nom), Lélé, Jojo, Manus, Momo et Salo, merci pour ces moments exceptionnels que nous passons ensemble, à rire, à détecter les pelures, et même parfois à parler sérieusement. La vie est quand même bien faite !

A mes colocs, parce-que vous le resterez toujours, Asmâa, Célia, Malo, Marion et Tanguy. Merci aux si belles personnes que vous êtes, pour ces souvenirs inoubliables et pour ceux encore à venir.

A Coco et Philou, merci pour vos écoutes attentives et vos conseils avisés depuis le début de l'internat.

A toute la fine équipe de l'internat de Rangueil.

A toutes les autres personnes merveilleuses croisées ici et là, qui ont égayé mon chemin, et à celles que je rencontrerai à l'avenir.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>14</b>
Epidémiologie, définition et facteurs de risque du suicide .....	14
Epidémiologie, définition et facteurs de risque de TS et de réitération suicidaire .....	15
La prévention du suicide : un enjeu de santé publique majeur .....	17
Création du dispositif Vigilans.....	18
Vigilans Occitanie Ouest .....	21
Etudes existantes sur le dispositif Vigilans .....	22
Objectifs de notre étude .....	23
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>25</b>
Population .....	25
Variables d'intérêt .....	25
Recueil de données.....	26
Éthique .....	26
<b>RESULTATS .....</b>	<b>28</b>
Description de la population .....	28
Analyse comparative des appels entrants .....	28
Régression logistique multivariée .....	31
Réitération suicidaire .....	31
Analyse de la population.....	33
Analyse de la réitération suicidaire .....	33
Analyse comparative des appels entrants .....	35
Régression logistique multivariée .....	36
Limites .....	38
Conclusion .....	39
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>40</b>
Annexe 1 : Fiche délivrée au patient lors de son adressage à Vigilans.....	48
Annexe 2 : Exemples de cartes postales.....	49

## LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : agence régionale de santé

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

CHU : centre hospitalier universitaire

DPI : dossier patient informatisé

HAS : haute autorité de santé

IMV : intoxication médicamenteuse volontaire

InVS : institut de veille sanitaire

OMS : organisation mondiale de la santé

OR : odds ratio

Oscour® : organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PMSI-MCO : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

RIMP : recueil d'informations médicalisées en psychiatrie

Sursaud® : surveillance sanitaire des urgences et des décès

TPB : trouble de personnalité borderline

TS : tentative de suicide

TSPT : trouble de stress post-traumatique

## INTRODUCTION

### *Epidémiologie, définition et facteurs de risque du suicide*

Dans le monde, en 2019, 703 000 personnes sont décédées par suicide. Il s'agissait alors de l'une des principales causes de décès, devant le paludisme, l'infection par le VIH, le cancer du sein, la guerre et les homicides. Plus d'un décès sur 100 (1,3 %) était le résultat d'un suicide. Le taux de suicide standardisé pour l'âge était 2,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, la majorité survenait dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (77 %) et plus de la moitié (58%) avait lieu avant l'âge de 50 ans. Pourtant, le suicide est une cause de mortalité évitable, notamment grâce aux actions de prévention pouvant être mises en œuvre. Entre 2000 et 2019, le taux de suicide mondial normalisé selon l'âge a diminué de 36% (1).

En France métropolitaine, en 2017, les données du CépiDc font état de 8214 décès par suicide, dont 2047 femmes et 6167 hommes ; représentant l'un des taux les plus élevés d'Europe. Les troubles psychiatriques, en particulier la dépression et les troubles anxieux, étaient surreprésentés dans les 156 910 certificats de décès mentionnant le suicide comme cause de décès entre 2000 et 2014 (2).

En 2017, ont eu lieu 341 décès par suicide en Midi-Pyrénées ; 117 en Haute-Garonne et 35 à Toulouse.

Le terme suicidé fait état d'une personne qui est décédée par suicide. Le suicide, décès causé par un comportement autodirigé préjudiciable pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention de mourir, est un phénomène complexe résultant de l'interaction de nombreux facteurs. Il est le risque majeur lors d'une crise suicidaire ; état réversible et temporaire, pendant lequel la personne est en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son

environnement, en raison de l'insuffisance de ses moyens de défense et d'une vulnérabilité (3).

Les déterminants biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux du suicide sont de mieux en mieux connus. Parmi les principaux facteurs de risque figurent les idées suicidaires, les antécédents personnels de TS, les antécédents familiaux de comportements suicidaires, l'appartenance à un groupe vulnérable, la précarité sociale, l'isolement, le fait d'être un homme et l'âge avancé (4-7). Les troubles psychiatriques, tels que les troubles dépressifs et bipolaires, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances et les troubles de la personnalité, sont également des facteurs de risque importants (6,8). Selon Foster et coll, la majoration du risque suicidaire concerne en particulier les troubles de la personnalité antisociale, évitante et dépendante. Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité comorbide d'un autre trouble de santé mentale présenteraient un surrisque par rapport à ceux souffrant uniquement d'un trouble de santé mentale isolé (9).

### ***Epidémiologie, définition et facteurs de risque de TS et de réitération suicidaire***

En France, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2017, passant de plus de 100 000 par an en 2008, à environ 89 000, cette baisse étant plus marquée chez les femmes. La majorité des patients suicidants présentait une pathologie psychiatrique sous-jacente, en particulier une dépression (2).

En Occitanie en 2017, on comptait 24300 TS, qui concernaient majoritairement des femmes, avec l'IMV comme moyen le plus fréquemment retrouvé (86 % des séjours hospitaliers et 96 % des passages aux urgences pour TS). Un peu moins d'une personne suicidante sur 10 (9,1%), a réitéré au moins une fois son geste dans les 6 mois, selon la base de données du réseau Oscour<sup>®</sup>. Le taux de réitération à 6 mois était légèrement

supérieur chez les femmes (9,6 %) que chez les hommes (8,4 %) et il variait selon la classe d'âge ; il était maximum pour les deux sexes chez les trentenaires, plus élevé chez les femmes que chez les hommes de 10 à 69 ans, alors que l'on retrouvait l'inverse chez les personnes âgées de 70 ans ou plus (10).

Un suicidant est une personne qui a fait une TS, comportement autodirigé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale, et pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention de mourir. La réitération suicidaire est une nouvelle TS chez une personne qui présente un ou plusieurs antécédents de TS (3).

Les TS sont près de vingt fois plus fréquentes que les décès par suicide, qui surviennent généralement après plusieurs tentatives. Près de la moitié des réitérations se produisent dans les trois premiers mois suivant la première TS et près des deux tiers dans les six premiers mois (11). Le risque de réitération serait plus élevé immédiatement après la sortie de l'hôpital, un patient sur trois réitérant dans les 30 jours (12).

Un antécédent de TS est le plus grand facteur de risque de TS ultérieure. Dans l'étude de Ribeiro et coll., les personnes multi-suicidantes avaient 3,6 fois plus de risque de réitérer, et plus le nombre d'antécédents de TS était élevé, plus le risque était grand (13,14). Plusieurs autres facteurs de risque de réitération ont pu être mis en avant. Selon Esmaili et coll., l'âge inférieur à 25 ans, le faible revenu, le faible niveau d'éducation, les événements de vie stressants, le trouble lié à l'usage de l'alcool et le tabagisme étaient les prédicteurs les plus fiables de la réitération (15). Le chômage, le statut de célibataire et les antécédents familiaux de comportement suicidaire sont également des facteurs de risque (16). De plus, Lui et coll. ont montré que le désespoir évalué par l'échelle de Beck et le manque de soutien social repéré par l'échelle de soutien social de Duke (DSSI) sont des prédicteurs significatifs de TS multiples (17).

D'après Cornaggia et coll., l'origine ethnique caucasienne, l'existence d'un casier judiciaire et l'impulsivité semblent également corrélés au risque de réitération (18).

Le fait de présenter une pathologie psychiatrique est également un facteur de risque majeur de réitération. La cohorte ALGOS met en évidence un risque de réitération suicidaire à 6 mois après une TS augmenté chez les patients qui ont un trouble lié à l'usage de l'alcool avec un antécédent de TS lors d'une alcoolisation aiguë, ou un trouble anxieux (19). La dépression serait davantage liée à l'idéation suicidaire, alors que les troubles anxieux, notamment les TSPT et les troubles somatoformes, et les difficultés de contrôle des impulsions seraient liés à un risque accru de TS (7,20). Selon Hawton et coll., parmi les patients qui ont fait des TS, 44% présentaient des troubles de la personnalité et les patients présentant des troubles psychiatriques et de la personnalité comorbides ont répété leurs TS plus souvent que les patients ne présentant pas cette comorbidité (21). Les personnes ayant réitéré étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées avec des troubles de la personnalité cluster B (22).

### ***La prévention du suicide : un enjeu de santé publique majeur***

Le comportement suicidaire a un impact important sur le sujet, sa famille et son groupe social, puisqu'on considère qu'un suicide endeuille en moyenne sept proches et impacte plus de vingt personnes (23). Le suicide a un coût social et financier élevé, ainsi qu'une morbi-mortalité importante. Ceci a conduit un grand nombre de professionnels à considérer le sujet comme une priorité de santé publique.

Le suicide s'inscrivait comme l'un des problèmes de santé publique prioritaires dans le plan d'action de l'OMS pour la Santé Mentale 2013-2020. Les états membres de l'OMS, dont la France, s'étaient engagés à suivre l'objectif de diminuer de 10% le taux de suicide d'ici 2020.

Le groupe de travail « Prévention du suicide », constitué en 2016 par la Direction générale de la Santé, proposait plusieurs stratégies. L'une d'elle consistait à diminuer l'accès aux moyens létaux, comme les armes à feu, et à œuvrer pour rendre plus difficile l'accès aux hot spot : lieux connus pour attirer les suicidaires, comme les falaises d'Étretat ou les parties accessibles des voies ferrées (2).

La feuille de route Santé mentale et Psychiatrie publiée le 28 juin 2018 privilégiait la combinaison d'actions telles que :

- la mise en place du numéro national de prévention du suicide « 3114 » ;
- la formation actualisée des professionnels au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire ;
- la prévention de la contagion suicidaire via les médias par le déploiement du programme « PAPAGENO » ;
- le déploiement du dispositif Vigilans de maintien du contact avec les suicidants après leur hospitalisation, au plus près de leur lieu de vie (24).

La prévention du suicide a également été identifiée par l'ARS Occitanie comme une priorité du plan régional de santé 2018-2022.

### ***Création du dispositif Vigilans***

A partir des années 1980, des études expérimentales ont testé les avantages du maintien du contact à la sortie de l'hôpital après une TS, par l'envoi de lettres ou de cartes postales et par des appels téléphoniques.

Jérome Motto était l'un des pionniers dans la mise en place d'un dispositif de contact à San Fransisco dans les années 1970, grâce à l'envoi postal de lettres à un groupe de patients souffrant de dépression ou crise suicidaire, comparé à un groupe n'en recevant pas. Une différence significative était obtenue entre les deux groupes, avec un taux de suicide moindre dans le groupe ayant reçu les lettres à deux ans (25).

A la fin des années 1990 en Australie, Carter et coll. ont évalué de la même manière l'impact sur le taux de réitération suicidaire de l'envoi de cartes postales à des patients suicidants, ne retrouvant pas de différence significative entre les deux groupes (26).

A la même époque à Bristol, une étude comparait un groupe de patients suicidants recevant une carte ressource, avec le numéro d'un interne joignable, à un groupe ne recevant pas cette carte. A un an, on ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes, mais les analyses en sous-groupe suggéraient une diminution de la réitération suicidaire chez les primo-suicidants ayant reçu la carte ressource (27,28).

En 2008, Fleischmann et coll. ont montré une réduction significative de la mortalité par suicide chez les personnes ayant fait une TS, en se basant sur une séance d'éducation thérapeutique suivie de contacts réguliers durant 18 mois selon un calendrier précis (29).

L'étude d'Exbrayat et coll., réalisée en 2010 sur des patients admis dans un service d'urgence psychiatrique après une TS, établissait que le taux de réitération à douze mois de ceux ayant été recontactés par téléphone 8, 30, et 60 jours après leur sortie était plus faible que dans le groupe contrôle. Le contact par téléphone était le seul facteur significativement associé au taux de réitération parmi un total de onze variables introduites dans le modèle de régression logistique (30).

En 2013, Cebria et coll. ont mis en évidence une diminution du nombre de réitérations liée aux appels téléphoniques (31).

D'autre part, en 2014, malgré le fait que Moussavi et coll. ne trouvaient pas de différence significative dans la réduction de la récurrence de TS entre un groupe

d'intervention recevant un appel téléphonique et un groupe contrôle ; ils mettaient en évidence une diminution des pensées suicidaires dans le groupe d'intervention (32).

Etant donné les résultats divergents de ces études, le professeur Vaiva et coll., du CHU de Lille, ont proposé un algorithme décisionnel de prise en charge des suicidants nommés « ALGOS », en s'appuyant sur les forces et les limites de chacune des stratégies de contact. Il reposait sur trois types d'intervention: la remise d'une carte ressource pour les primo-suicidant, un appel téléphonique 10 à 20 jours après la TS pour les non primo-suicidants et l'envoi d'une série de cartes postales lorsque le patient n'était pas joignable ou n'adhérait pas au traitement après la sortie de l'hôpital (33).

L'intervention a par la suite été améliorée et rebaptisée Vigilans, un système de veille par une équipe de professionnels de la santé mentale spécialement formés à la gestion de la crise suicidaire. Le but est de favoriser le lien avec les patients et de permettre le partage d'informations avec ses professionnels référents, notamment à la sortie des dispositifs hospitaliers, pendant cette période de vulnérabilité augmentée. La vulnérabilité serait liée à la notion complexe de douleur psychologique, telle qu'explorée dans la revue de littérature de Conejero, et définie comme « un sentiment persistant, désagréable et insupportable, caractérisé par une perception d'incapacité ou de déficience de soi, par des besoins psychologiques insatisfaits et une déconnexion sociale. » (34). Vigilans tente d'apporter une réponse au moins partielle à cette douleur psychologique en renforçant les notions de « connectivité » et de « rester en lien », perçues par le sujet comme l'impression de « toujours compter pour quelqu'un d'autre » (35).

Vigilans a été mis en place en janvier 2015 dans la région des Hauts-de-France avec le soutien de l'ARS. À partir de 2016, il a été déployé dans les régions Normandie,

Bretagne, Languedoc-Roussillon et dans le département du Jura en tant que territoires pilotes. En 2018, la ministre chargée de la santé a annoncé sa généralisation sur l'ensemble du territoire national, conduisant à l'ouverture du dispositif en Occitanie Ouest en juin 2020.

### ***VigilanS Occitanie Ouest***

VigilanS Occitanie Ouest utilise trois moyens de prise de contact ayant pour objectif un effet protecteur vis-à-vis d'un risque de nouveau passage à l'acte.

Premièrement, à la suite d'une prise en charge pour TS, chaque patient se voit remettre par les professionnels une "carte ressource" indiquant un numéro à contacter en cas de besoin, les jours ouvrés, du lundi au vendredi de 10h à 18h. Il sera en lien avec des infirmiers formés à la gestion de la crise pouvant l'aider à trouver des stratégies alternatives.

Le deuxième outil consiste en un rappel téléphonique entre le 10ème et le 21ème jour suivant la TS, ainsi qu'un appel à 6 mois. Le premier appel entre J10 et J21 est effectué pour tous les patients, et non seulement pour les multi-suicidants comme dans l'algorithme lillois. Au cours de ces appels, selon les situations cliniques, des actions sont mises en place : une orientation vers les urgences peut être organisée, un appel téléphonique intermédiaire programmé, un appel à un proche effectué, ou encore des cartes postales personnalisées envoyées. Le programme peut être prolongé sur décision du Vigilant selon l'état clinique du patient à six mois.

Enfin, lorsque les patients sont injoignables, une série de quatre cartes postales leur est adressée, de manière mensuelle, pour leur rappeler la présence de l'équipe à leur côté, et susciter un contact s'ils le souhaitent.

En parallèle, lors de chaque échange entre le dispositif et le patient, avec son accord, son médecin généraliste et son psychiatre traitants en sont informés par courrier.

En cas de nouvelle TS, pendant la période de suivi ou ultérieurement, l'ensemble du programme est réinitialisé pour 6 mois supplémentaires ; il n'y a pas de limite au nombre d'entrées.

### ***Etudes existantes sur le dispositif Vigilans***

Duhem et coll. ont constaté une baisse moyenne de la mortalité par suicide de 9,9% entre 2012 et 2017 dans la région Nord-Pas-de-Calais. Le taux de mortalité par suicide dans la cohorte Vigilans en 2016 était de 0,4%, ce qui se trouvait significativement en dessous du seuil attendu dans la littérature de 1 à 2% dans l'année qui suit la TS (36).

Vaiva et coll. retrouvaient une diminution du nombre de passage aux urgences pour TS de 13,3% entre 2014 et 2017. Cette diminution pourrait être mise en lien avec l'implantation de Vigilans, car elle se montrait proportionnelle à la pénétrance du dispositif dans les différents centres (37).

L'article publié en 2020 par Fossi Djembi et coll. sur 21 centres exploitant Vigilans en 2018 avec une pénétrance moyenne de 32%, montrait également une relation significative entre le nombre de TS et la pénétrance. Le modèle suggérait qu'une pénétrance de 25% entraînerait une diminution de 41% du nombre de TS. Cependant, elle ne tenait pas compte des caractéristiques des patients ni de suivi, qui pourraient faire varier cette relation (38).

L'article publié par Plancke et coll. en 2021 présentait une étude longitudinale rétrospective multicentrique réalisée pour établir les taux de TS parmi les personnes qui avaient fait une TS en 2016, suivies jusqu'en avril 2017, en comparant ceux inclus dans Vigilans à ceux non inclus. Il montrait un effet protecteur significatif du programme, dès le premier mois après la sortie de l'hôpital. Environ quatre fois moins

de réitérations ont été enregistrées chez les personnes suivies que chez les personnes non exposées dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital et plus de six fois moins après appariement par score de propension (39).

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à l'article de Fossi et coll. publié en 2021, étudiant la réitération suicidaire dans le dispositif Vigilans en région Nord-Pas-De-Calais, chez les patients inclus dans le dispositif durant quatre ans. Il retrouvait un taux de réitération suicidaire à 8%, avec près de 26% de ces patients ayant fait une nouvelle TS au cours des 6 premiers mois de suivi et près de 42% dans les 12 mois. Le délai moyen de réitération suicidaire était à 18 mois. Ce taux de réitération était inférieur aux taux obtenus dans d'autres études, ce qui suggérait l'efficacité du dispositif.

Une augmentation significative du risque de réitération suicidaire était identifiée pour les caractéristiques suivantes dans l'analyse multivariée: être multi-suicidant (les multi-suicidants étaient quatre fois plus susceptibles de réitérer), avoir fait une TS par IMV ou phlébotomie, avoir consommé de l'alcool lors de la TS chez les primo-suicidants, ne pas avoir d'entourage aux urgences chez les multi-suicidants et le fait que les proches n'aient pas été appelés par le dispositif. La pendaison comme méthode de TS et l'absence d'appel entrant à Vigilans étaient des facteurs de protection (40).

### ***Objectifs de notre étude***

Ce dernier point a retenu notre attention. Les appels entrants semblent associés à un risque de nouvelle TS, alors qu'il était admis que les contacts après une TS préviendraient la réitération. Cependant, les caractéristiques socio-démographiques et diagnostiques des personnes ayant passées des appels entrants n'ont pas été décrites, ce qui permettrait de mieux comprendre ce résultat.

L'objectif principal de notre étude était donc d'identifier le profil des patients ayant effectué des appels entrants en les comparant aux autres patients. Nous voulions vérifier l'hypothèse selon laquelle les patients appelants le dispositif réitèrent plus fréquemment parce qu'ils présentent davantage de facteurs de risque de comportement suicidaire. L'objectif secondaire était d'étudier plus précisément la relation entre les principaux diagnostics retrouvés et le risque de réitération.

En effet, le problème majeur dans la prévention du suicide restant la réitération suicidaire, il est important d'identifier quels types de patients sont à risque malgré l'entrée dans un dispositif de veille. De plus, la description du profil des patients ainsi que l'analyse des TS après entrée dans le dispositif Vigilans n'ont que peu été explorées.

## **MATERIEL ET METHODE**

### ***Population***

Le CHU de Toulouse assure l'évaluation psychiatrique de l'ensemble de la population de la ville et de l'agglomération toulousaine, comprenant 1,2 millions d'habitants. Nous avons constitué une cohorte rétrospective composée de tous les patients entrés dans le dispositif Vigilans par le CHU de Toulouse après une TS entre le 1<sup>er</sup> juin 2020 et le 30 juin 2021 ; le 31 décembre 2021 marquant la fin du suivi. Le même patient pouvant être adressé plusieurs fois dans Vigilans en cas de TS répétées, pour notre étude, un seul enregistrement était constitué de toutes les entrées successives, en retenant les caractéristiques du patient lors de sa première entrée.

Les patients enregistrés dans le dispositif alors qu'ils n'avaient pas fait de TS ont été exclus.

### ***Variables d'intérêt***

L'issue principale, à savoir l'appel entrant, a été déterminée en utilisant la base de données Vigilans ; il s'agissait d'une variable binaire, nous ayant permis d'identifier deux groupes. Nous avons constitué le groupe des appels entrants (AE), défini par la réception d'au moins un appel entrant pendant les 6 mois de suivi, et le groupe sans appel entrant (SAE).

Les variables explicatives étaient les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques, les caractéristiques de la TS indexe et les modalités de suivi. Parmi les caractéristiques du suivi, nous nous sommes intéressés spécifiquement à la répétition suicidaire.

## ***Recueil de données***

Les données ont été extraites à partir du logiciel d'exploitation Orbis<sup>®</sup>, dans le DPI de chaque patient.

La fiche d'entrée dans le dispositif Vigilans nous a permis de recueillir l'âge, le sexe, le fait de déclarer ou non une personne de confiance, le statut de primo- ou multi-suicidant, ainsi que les caractéristiques de la TS: l'association avec une consommation d'alcool, le moyen utilisé, la nécessité d'un passage en réanimation et la nécessité d'une hospitalisation.

La « consultation psychiatrique initiale » nous a permis de connaître le diagnostic déclaré en lien avec la TS, sous la forme du code CIM10.

Grâce au dossier Vigilans, nous avons recueilli les éléments suivants : la date d'entrée et de premier contact avec le dispositif, la réponse téléphonique entre le 10ème et le 21ème jour après la TS, la réponse téléphonique au sixième mois, l'envoi, la réception ou le retour de cartes postales, le nombre d'appels intermédiaires programmés par l'équipe, le nombre d'appels entrants de la part du patient, le nombre d'appels entrants ou sortants vers ses proches, le nombre d'appels entrants ou sortants vers les professionnels de santé référents, le nombre d'adressage aux urgences ou appels au SAMU, et le nombre de ré-entrées dans le dispositif.

Afin d'obtenir le nombre de réitérations suicidaires et leur date, nous avons vérifié chaque séjour enregistré pour chaque patient entre le 1<sup>er</sup> juin 2020 et le 31 décembre 2021, en s'intéressant aux motifs d'entrée à l'hôpital.

## ***Éthique***

L'utilisation des données a été approuvée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), conformément à la législation française MR-004.

## ***Analyses statistiques***

Les variables continues sont décrites à l'aide de la moyenne (+/- l'écart-type) ou de la médiane (+/- l'écart interquartile), selon leurs distributions, et les variables catégorielles à l'aide des nombres et pourcentages.

Les associations entre les caractéristiques des patients et les appels entrants ont été testées à l'aide du test du khi carré ou du test exact de Fischer lorsque les valeurs attendues étaient inférieures à cinq.

Un modèle de régression logistique multivariée a été utilisé pour évaluer le lien entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et les appels entrants. Les variables jugées significativement associées dans les analyses bivariées ont été incluses dans le modèle de régression initial, ainsi que les facteurs de confusion potentiels liés à l'émission d'appels entrants. Nous avons ensuite effectué une sélection manuelle pas à pas pour produire notre modèle final, en contrôlant les variables confondantes à chaque étape.

Nous avons effectué une analyse supplémentaire sur les données de réitération afin de caractériser plus particulièrement par un modèle de régression le profil clinique (diagnostic psychiatrique) qui y est associé. Dans ce modèle, nous avons introduit les données qui présentaient une différence significative dans l'analyse bivariée.

Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant la version 1.3.1093 © 2009-2020 de RStudio. La signification statistique a été fixée à  $p < 0,05$ .

## RESULTATS

### *Description de la population*

Sur 580 patients inclus dans le dispositif Vigilans entre le 1er juin 2020 et le 30 juin 2021, nous en avons analysé 579. Un patient a été exclu alors qu'il avait été admis par erreur et n'avait pas fait de TS.

Dans la cohorte, l'âge moyen était de 38,5 ans ( $\pm 16$ ) et 385 (66%) étaient des femmes. Le mode de TS principal était l'IMV, n= 502 (86%), suivi par la pendaison ou strangulation, n=23 (4%), la phlébotomie, n= 21 (4%), le saut dans le vide ou défenestration, n= 20 (3%) et les autres, n= 14 (3%) (collision intentionnelle, noyade, armes à feu, exposition aux fumées, gaz, flammes ou mode non précisé). 42 (7%) patients ont nécessité une hospitalisation en soins intensifs, 217 (37%) des TS étaient associées à une alcoolisation aiguë et 172 (29%) patients ont été hospitalisés dans un service psychiatrique après la TS. 134 (23%) patients ont été diagnostiqués avec un trouble de l'adaptation, 199 (34%) avec une dépression et 122 (21%) avec un TPB. 334 (57%) avaient des antécédents de TS. 105 (18%) patients ont fait une nouvelle TS au cours des 6 mois. 347 (60%) patients ont répondu à l'appel téléphonique à J10-21 et 317 (55%) à l'appel à 6 mois.

### *Analyse comparative des appels entrants*

107 (22%) patients ont appelé le dispositif Vigilans.

Nous avons retrouvé une différence significative entre les deux groupes concernant l'âge, 37,9 ans ( $\pm 15,9$ ) dans le groupe SAE contre 41,5 ans ( $\pm 16,2$ ) dans le groupe AE ( $p=0,04$ ), le diagnostic de trouble de l'adaptation, n= 117 (24,7%) dans le groupe SAE contre n= 17 (15,8%) dans le groupe AE ( $p=0,03$ ), le diagnostic de TPB, n= 91 (19,3%) dans le groupe SAE contre n=31 (28,9%) dans le groupe AE ( $p= 0,04$ ). Les patients du

groupe AE étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents de TS,  $n = 77$  (71,9%) contre  $n = 258$  (54,6%) dans le groupe SAE ( $p < 0,01$ ), de faire une nouvelle TS,  $n = 38$  (35,5%) contre  $n = 67$  (14,1%) dans le groupe SAE ( $p < 0,01$ ), de répondre à l'appel à J10-21,  $n = 76$  (71,0%) contre  $n = 271$  (57,4%) dans le groupe SAE ( $p < 0,01$ ) et à l'appel à 6 mois,  $n = 72$  (67,2%) contre  $n = 245$  (51,9%) dans le groupe SAE ( $p < 0,01$ ). Pour les patients du groupe AE, l'équipe de Vigilans était plus susceptible d'avoir un contact avec les professionnels,  $n = 44$  (41,1%) contre  $n = 52$  (11,1%) dans le groupe SAE ( $p < 0,01$ ) et d'appeler le SAMU ou les urgences,  $n = 28$  (26,1%) contre  $n = 5$  (1,05%) dans le groupe SAE ( $p < 0,01$ ).

Les deux groupes ne différaient pas concernant le sexe, le fait de déclarer une personne de confiance, d'avoir un diagnostic de dépression, un trouble lié à l'usage de l'alcool, un TSPT, ni sur l'envoi de cartes postales et les appels aux proches.

Les résultats complets sont détaillés dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des patients selon le groupe (DS : écart-type, AE : Appel entrant, SAE : sans appel entrant).

Données: nombre (%) ou moyenne ( $\pm$ DS)	SAE n = 472	AE n = 107	p
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>			
Age (années)	37,9 ( $\pm$ 15,9)	41,5 ( $\pm$ 16,2)	<b>0.04</b>
Sexe féminin	309 (65,4)	76 (61,2)	0.26
<b>Caractéristiques de la TS</b>			
Alcoolisation aigüe	180 (38,1)	37 (34,6)	0.13
Hospitalisation en soins intensifs	31 (6,6)	11 (10,3)	0.24
Hospitalisation en psychiatrie	135 (28,6)	37 (34,6)	0.24
<b>Mode de TS</b>			
Armes à feu	2 (0,42)	0 (0)	0.15
IMV	408 (86,4)	93 (86,9)	0.69
Collision intentionnelle	5 (1,05)	1 (0,93)	0.90
Saut dans le vide/ défenestration	14 (2,96)	6 (5,60)	0.43
Noyade	2 (0,42)	0 (0)	0.15
Phlébotomie	19 (4,02)	2 (1,86)	0.17
Pendaison/ Strangulation	19 (4,02)	4 (3,73)	0.88
Autres	3 (0,63)	1 (0,93)	0.76
<b>Caractéristiques cliniques</b>			
Trouble de l'adaptation	117 (24,7)	17 (15,8)	<b>0.03</b>
TPB	91 (19,3)	31 (28,9)	<b>0.04</b>
Dépression	160 (33,9)	39 (36,4)	0.07
Trouble lié à l'usage de l'alcool	14 (2,96)	3 (2,80)	0.92
TSPT	5 (1,05)	2 (1,86)	0.56
Antécédent de TS	258 (54,6)	77 (71,9)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Caractéristiques de suivi</b>			
Réitération	67 (14,1)	38 (35,5)	<b>&lt;0.001</b>
Nombre de réitération	0,22 ( $\pm$ 0,04)	0,79 ( $\pm$ 0,74)	<b>&lt;0.001</b>
Réponse à J10-J21	271 (57,4)	76 (71,0)	<b>&lt;0.001</b>
Réponse à M6	245 (51,9)	72 (67,2)	<b>&lt;0.001</b>
Envoi de cartes postales	250 (52,9)	49 (45,7)	0.18
Appels aux professionnels	52 (11,1)	44 (41,1)	<b>&lt;0.001</b>
Appels aux urgences ou SAMU	5 (1,05)	28 (26,1)	<b>&lt;0.001</b>
Appels aux proches	23 (4,87)	13 (12,1)	0.07
Personne de confiance	443 (93,8)	96 (89,7)	0.19

### ***Régression logistique multivariée***

Le modèle de régression a montré que le TPB (OR=1,8, IC95%=[1,02-3,06]), l'âge (OR=1,01, IC95%=[1,01-1,03]) et les antécédents de TS (OR=1,9, IC95%=[1,2-3,05]) étaient associés de manière indépendante au groupe AE.

Le trouble de l'adaptation n'était plus associé à l'absence d'appel entrant dans ce modèle (p=0,22).

### ***Réitération suicidaire***

Nous avons analysé les diagnostics cliniques associés aux réitérations de TS dans les 6 mois. Nous retrouvons que le diagnostic de TPB est plus fréquent chez les patients qui font une nouvelle TS, 35% contre 17% (p<0,01). A l'inverse, le diagnostic de trouble de l'adaptation est plus fréquent dans le groupe de patients n'ayant pas fait de nouvelle TS, 12% contre 25% (p<0,01). Nous avons également constaté que la réitération est plus fréquente chez les femmes et chez les patients ayant des antécédents de TS, 73% contre 54% (p<0,01).

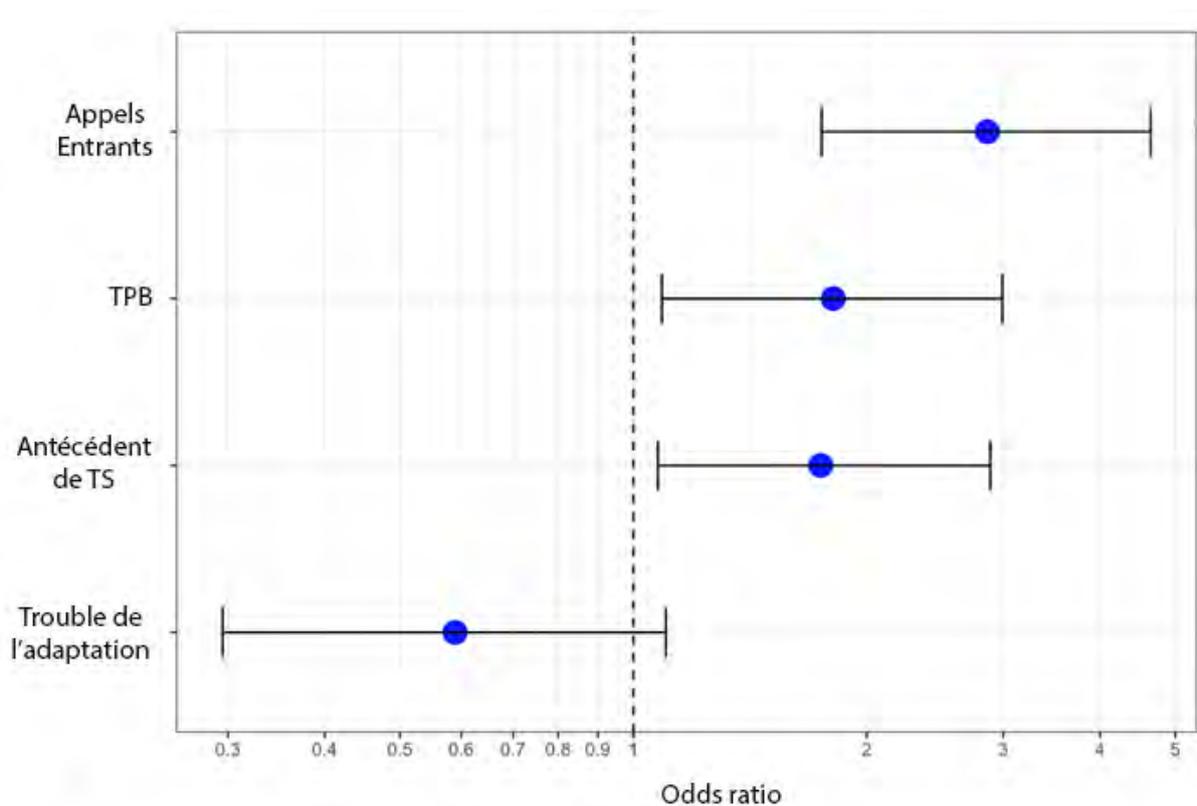
Un modèle de régression associant les caractéristiques et les appels entrants a montré que le diagnostic de TPB (OR=1,8, 95%IC=[1,1-3,0]), les antécédents de TS (OR=1,7, 95%IC=[1,1-2,9]) et les appels entrants (OR=2,9, 95%IC=[1,7-4,6]) étaient associés à la réitération.

L'analyse complète est présentée dans le tableau 2 et la figure 1.

Tableau 2 : résultats de l'analyse de régression pour la valeur indépendante de la répétition suicidaire.

	OR	2.5%	97.5%	p
Intercept	0.11	0.07	0.17	2.2e-16
AE	2.86	1.74	4.64	2.375e-05
Trouble de l'adaptation	0.58	0.29	1.10	0.11
TPB	1.81	1.08	2.99	<b>0.02</b>
Antécédent de TS	1.74	1.07	2.88	<b>0.02</b>

Figure 1 : représentation des odds ratios du modèle de régression avec la valeur indépendante de la répétition suicidaire.



## DISCUSSION

### ***Analyse de la population***

Notre objectif était d'étudier le profil des patients qui appelaient Vigilans grâce à une cohorte de 579 patients adressés au dispositif après une TS.

Cette cohorte était composée de 66% de femmes et l'âge moyen était d'environ 40 ans. Ces observations sont en adéquation avec les caractéristiques précédemment décrites dans les populations ayant fait des TS (41). La plupart des TS consistait en une IMV, ce qui concorde également avec les rapports précédents (42). Alors que les études rapportent des taux d'alcoolisation aigüe lors de TS variables, allant de 10% à 73%, une méta-analyse retrouvait un pourcentage moyen d'utilisation d'alcool de 40% (43). Ce taux est également proche de ce que nous retrouvions précédemment dans notre hôpital (44), et comparable au taux de 37% de notre étude actuelle. 29% des patients ont été hospitalisés après la TS indexe, ce qui est plus élevé que les taux précédemment décrits en Espagne (26,8%) (45) ou en Finlande (24%) (46), mais inférieur aux taux observés en Suisse, en Angleterre et dans l'étude multicentrique OMS/Euro, dans laquelle près de 50% des patients ont été hospitalisés après une TS (42,47,48). Le nombre de patients admis en soins intensifs après la TS, soit 7%, est comparable à un rapport précédent (49).

### ***Analyse de la réitération suicidaire***

Dans notre cohorte, 18% des patients suivis ont réitéré, ce qui est plus élevé que les 8% rapportés par Fossi et coll (40). Cela peut être dû à une part plus élevée de patients multi-suicidants à l'inclusion dans notre cohorte (57%) par rapport à la leur (47%). Cette différence pourrait également s'expliquer par un meilleur taux de contact dans notre étude, ayant permis un meilleur suivi de la réitération. En effet, notre taux

de réponse à 6 mois était de 55%, contre environ 20% dans leur étude, et notre pourcentage de patients ayant passé des appels entrants était plus important (22% contre 3,5%).

Le taux de réitération de Fossi et coll. a également pu être sous-estimé, en lien avec plusieurs limites qu'ils ont signalées. Les patients décédés au cours du suivi ont été exclus de l'analyse, alors qu'il pouvait s'agir de décès par suicide. De plus, ils ont compté le nombre de réitération grâce aux ré entrées dans le dispositif Vigilans, or tous les patients admis aux urgences pour TS n'ont probablement pas tous été ré adressés au dispositif. En effet, dans notre étude, alors que 105 patients ont réitéré au cours des six mois, 60 d'entre eux, soit 57%, ont été réadressés à Vigilans.

En 2017 en Occitanie, le réseau Oscour® retrouvait 9,1% de réitération suicidaire à six mois après une TS (10). Ce taux, inférieur à celui de notre étude, était probablement sous-estimé également. En effet, le nombre de TS et de réitération n'est pas connu exactement ; aucune des sources de données de surveillance des suicides et des TS n'étant exhaustive.

Les premières estimations nationales ont été réalisées depuis 2001 à partir de données hospitalières et d'enquêtes auprès de médecins généralistes et en population générale, permettant d'estimer une prévalence de déclaration des TS et des pensées suicidaires dans la population. L'InVS a ensuite engagé la production de données nationales à partir de 2004, via différentes sources de données comprenant le PMSI-MCO, le RIMP et les données du réseau Oscour®, afin d'estimer le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour TS. Le réseau Oscour® fait partie d'un dispositif plus large sur la surveillance syndromique Sursaud®, mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il s'est développé progressivement et, en juin 2014, il couvrait environ 70 % des passages aux urgences en France. Il permet de collecter les informations sur les passages dans les services des urgences hospitalières participants ; il ne s'agit donc pas d'un recueil exhaustif. A chaque passage d'un patient, il y a

production et enregistrement en routine d'un résumé de passage aux urgences. Ce résumé comprend les diagnostics médicaux inscrits en champ libre et codés selon la CIM-10. En ce qui concerne les recours aux urgences pour TS, la notion volontaire ou accidentelle des intoxications ou blessures est parfois inconnue ou difficile à apprécier (41).

Finalement, notre taux de 18% peut être comparé à des observations précédentes retrouvant des taux de réitération de patients pris en charge aux urgences variant de 14% à 25% (12,16,50,51).

Un des atouts de notre étude est donc l'analyse de la réitération suicidaire basée sur le recueil de données des urgences, ayant permis de tenir compte de tous les passages aux urgences pour TS, en plus des réitérations connues par le dispositif lors d'une ré entrée.

### ***Analyse comparative des appels entrants***

Nous avons constaté que les patients qui appelaient le dispositif étaient plus âgés et plus susceptibles d'avoir des antécédents de TS et un diagnostic de TPB. Ces résultats indiquent un profil de patient à haut risque de décès par suicide, comme nous l'avons vu plus haut.

De plus, le diagnostic de TPB est associé à des comportements, gestes ou menaces suicidaires récurrents (52). Une histoire de comportement suicidaire se retrouve chez 60 à 70% des patients atteints de TPB (53) et ils font en moyenne trois TS au cours de leur vie (54). Selon Links et coll, parmi 180 patients présentant en TPB, environ 26% avait fait une TS durant la phase de traitement d'un an, tandis que 16,7 % effectuait une TS durant la période de suivi de deux ans (55). Ces taux sont comparables à ceux de Soloff et coll. qui rapportaient que 19% de leur échantillon avait fait une TS après un an de suivi et 24,8 % après deux ans (56). Le suicide chez les patients atteints de TPB est également plus fréquent que dans la population générale, avec un taux de mortalité

par suicide qui serait plus de 50 fois supérieur (57), variant entre 8 % à 10 % selon les études (58,59).

Dans notre échantillon, 21% des patients avaient un diagnostic de TPB, alors que la prévalence est estimée à 2% en population générale, et à 20% dans la population de patients souffrants de troubles psychiatriques (60). Cela peut expliquer notre taux de réitération élevé.

Notre résultat est intéressant car il indique que le système Vigilans est clairement identifié par cette population à haut risque. Il soutient la nécessité de former les équipes Vigilans sur les interventions spécifiques qui réduisent le risque suicidaire, en particulier dans la population souffrant d'un TPB, en suivant par exemple le Good Psychiatric Management (61). Il semble en effet nécessaire d'aller plus loin dans la personnalisation de la veille, en s'intéressant à quel type de contact conviendrait à quel profil psychopathologique, ou quels ajustements seraient nécessaire pour les patients souffrant d'un TPB.

### ***Régression logistique multivariée***

Nous avons constaté, comme dans le rapport de Fossi et coll. (40), que les appels entrants étaient associés à une nouvelle TS. De manière intrigante, ce facteur était significativement associé au risque de nouvelle TS indépendamment des autres caractéristiques cliniques, ce qui atteste d'un effet spécifique des appels entrants sur le risque de réitération. Cela rejoint notre hypothèse précédente selon laquelle le contact permettait une meilleure détection de la TS. Certains patients appelaient en effet pour signaler une TS, ce qui conduisait l'équipe Vigilans à les adresser aux urgences. Cette réalité de terrain est soutenue par la différence significative d'appel aux urgences et au SAMU retrouvée entre le groupe des appels entrants (26%) et celui sans appel entrant (1%). Nous supposons que ces appels ont également permis de diminuer la sévérité et les conséquences de la TS.

Cependant, il est intéressant de constater que les proches ont été très peu contactés par l'équipe de Vigilans dans notre étude. Alors que 90% des patients appelants le dispositif avaient déclaré une personne de confiance lors de l'entrée, seulement 12% d'appels aux proches ont été effectués. Étant donné que Fossi et coll. (40) retrouvaient une augmentation significative du risque de réitération suicidaire lorsque les proches n'avaient pas été contactés, les modalités de veille pourraient être rediscutées. Nous supposons qu'appeler systématiquement un proche lors d'un appel entrant au dispositif pourrait être bénéfique.

Dans notre cohorte, 23% des patients étaient diagnostiqués avec un trouble de l'adaptation. Cela concorde avec un article de Taggart et coll. qui retrouvait ce diagnostic pour 32% des patients admis aux urgences après une TS (62). Même si le trouble de l'adaptation n'était plus associé à l'absence d'appel entrant de manière significative dans notre modèle de régression, ces patients semblent tout de même moins appeler le dispositif, et moins réitérer. Dans la littérature, on retrouve en effet significativement moins de réadmission et de ré hospitalisation psychiatrique chez les patients souffrant d'un trouble de l'adaptation après une première admission par rapport à des sujets contrôles (63). Cela amène à réfléchir sur les modalités de contact pour ces patients. Appelleraient-ils le dispositif s'ils en ressentaient la nécessité ? Appelleraient-ils davantage plus tardivement, après six mois ? Quel est leur vécu des appels sortants ? Il pourrait être intéressant de réaliser une étude qualitative à ce sujet et d'interroger spécifiquement cette population à propos du dispositif Vigilans.

## ***Limites***

Malgré ces résultats intéressants, notre recherche présente certaines limites.

Premièrement, sa conception rétrospective et transversale nous a seulement permis d'identifier des associations, et non de tester les hypothèses explicatives.

Deuxièmement, il s'agit d'une étude uni-centrique, puisque nous avons accès aux dossiers médicaux du CHU de Toulouse, contrairement à ceux des autres centres partenaires de Vigilans.

De plus, nous avons étudié un faible nombre de patients, par rapport à Fossi et coll. qui analysaient 11 879 inclusions dans le dispositif (40). Cela nous a permis de réaliser une étude dossier par dossier, afin d'estimer au mieux le nombre de réitérations, tout en récoltant les diagnostics. Cependant, ce taux de réitération a pu être sous-estimé, puisque les données recueillies aux urgences pourraient être incomplètes. Jollant et coll. ont montré que 39,3% des personnes ayant fait une TS ne se sont pas présentées à l'hôpital (64).

Enfin, les diagnostics recueillis aux urgences sont possiblement imprécis. Alors que la marge d'erreur lors du relevé des caractéristiques socio-démographiques semble faible, elle est sûrement plus importante en ce qui concerne les caractéristiques cliniques, et notamment diagnostiques. Il est en effet difficile de poser un diagnostic psychiatrique franc lors d'un premier entretien aux urgences. De plus, un diagnostic posé auparavant par un confrère n'est que rarement remis en question, d'autant plus dans un contexte d'urgence. Quant aux patients récurrents et bien connus du service, l'anamnèse est probablement peu reprise, et le diagnostic également peu requestionné.

## Conclusion

En conclusion, nous avons constaté que les patients ayant effectué un ou plusieurs appels entrants au dispositif Vigilans étaient plus âgés et plus susceptibles d'avoir un ou plusieurs antécédents de TS et de souffrir d'un TPB. Il s'agit de patients à haut risque de réitération suicidaire et donc de décès par suicide. Cela atteste que Vigilans est clairement identifié par la population ciblée.

Indépendamment des caractéristiques de la population, les appels entrants sont associés à un plus grand nombre de TS et d'appels aux urgences et au SAMU, ce qui suggère que ce système participe à une meilleure détection des TS et à une meilleure prise en charge.

Ces nouvelles données permettraient de personnaliser davantage les modalités de la veille et d'appuyer la nécessité d'une formation spécifique des équipes Vigilans aux aspects psychothérapeutiques, notamment dans le cadre du TPB.

*Vu le président  
du jury le 28/03/22*

Professeur Christophe ARBUS  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE  
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE  
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne  
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
N° FINISS : 31 002 607 7 - N° RPPS : 10002909538

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

*E. SERRANO*  
30.03.2022

## BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Christine Chan-Chee et Enguerrand du Roscoät. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. BEH Santé Publique France; 2019.
3. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Recommandation; 2021.
4. 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.
5. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juill 1999;56(7):617.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* févr 2008;192(2):98-105.
7. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* août 2010;15(8):868-76.
8. 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.

9. Foster T, Gillespie K, McLelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM–III–R Axis I disorder: Case–control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*. août 1999;175(2):175-9.
10. Santé publique France. Conduites suicidaires. *Bulletin de Santé Publique Occitanie*; 2019.
11. O'Connor RC, Pirkis J, éditeurs. *The international handbook of suicide prevention*. Second edition. Chichester, West Sussex, UK Malden, MA, USA Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2016. 823 p.
12. 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*. 15 oct 2006;67(10):1599-609.
13. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. janv 2016;46(2):225-36.
14. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. mars 2007;41(3):257-65.
15. Esmaeili ED, Farahbakhsh M, Sarbazi E, Khodamoradi F, Gaffari fam S, Azizi H. Predictors and incidence rate of suicide re-attempt among suicide attempters: A prospective study. *Asian J Psychiatry*. mars 2022;69:102999.
16. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide Reattempters: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. nov 2013;21(6):281-95.

17. Liu Y, Zhang J, Sun L. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. *Compr Psychiatry*. oct 2017;78:54-60.
18. Cornaggia C, Beghi, Rosenbaum, Cerri. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. nov 2013;1725.
19. Demesmaeker A, Chazard E, Vaiva G, Amad A. Risk Factors for Reattempt and Suicide Within 6 Months After an Attempt in the French ALGOS Cohort: A Survival Tree Analysis. *J Clin Psychiatry*. 18 févr 2021;82(1).
20. Park S, Lee Y, Youn T, Kim BS, Park JI, Kim H, et al. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. *BMC Public Health*. déc 2018;18(1):477.
21. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. *Am J Psychiatry*. août 2003;160(8):1494-500.
22. Parra-Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. déc 2017;17(1):163.
23. Direction générale de la santé. Stratégie nationale de prévention du suicide. Ministère des solidarités et de la santé; 2022.
24. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
25. Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr Serv*. juin 2001;52(6):828-33.

26. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, Este CD. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 8 oct 2005;331(7520):805.
27. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: Effects on repetition. *Br J Psychiatry*. juill 1999;175(1):23-7.
28. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. août 2005;187(2):186-7.
29. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 1 sept 2008;86(9):703-9.
30. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J, et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry*. déc 2017;17(1):96.
31. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. mai 2013;147(1-3):269-76.
32. Mousavi S, Zohreh R, Sharbafchi M, Ebrahimi A, Maracy M. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. *Adv Biomed Res*. 2014;3(1):198.

33. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. déc 2011;11(1):1.
34. Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. mai 2018;20(5):33.
35. 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.
36. Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. « Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans ». *L'Encéphale*. janv 2019;45:S38-41.
37. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-PasdeCalais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S22-6.
38. Fossi Djembi L, Vaiva G, Debien C, Duhem S, Demarty A-L, Koudou Y-A, et al. Changes in the number of suicide re-attempts in a French region since the inception of Vigilans, a regionwide program combining brief contact interventions (BCI). *BMC Psychiatry*. déc 2020;20(1):26.
39. Plancke L, Amariei A, Danel T, Debien C, Duhem S, Notredame C-E, et al. Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (Vigilans). *Arch Suicide Res*. 3 juill 2021;25(3):570-81.

40. Fossi LD, Debien C, Demarty A-L, 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.
41. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Observatoire national du suicide; 2014.
42. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepef P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. mai 1996;93(5):327-38.
43. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2004;28:18S-28S.
44. Salles J, Tiret B, Gallini A, Gandia P, Arbus C, Mathur A, et al. Suicide Attempts: How Does the Acute Use of Alcohol Affect Suicide Intent? *Suicide Life Threat Behav*. févr 2020;50(1):315-28.
45. Jiménez-Treviño L, Saiz PA, Corcoran P, Burón P, García-Portilla MP, Chinea ER, et al. Factors Associated with Hospitalization after Suicide Spectrum Behaviors: Results from a Multicenter Study in Spain. *Arch Suicide Res*. 2 janv 2015;19(1):17-34.
46. Suominen K, Lönnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. sept 2006;28(5):424-30.

47. Bennewith O, Gunnell D, Peters T, Hawton K, House A. Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study. *BMJ*. 8 mai 2004;328(7448):1108-9.
48. Hepp U, Moergeli H, Trier SN, Milos G, Schnyder U. Attempted Suicide: Factors Leading to Hospitalization. *Can J Psychiatry*. nov 2004;49(11):736-42.
49. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med*. oct 2005;46(4):369-75.
50. Cedereke M, Öjehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1–12 months. *Eur Psychiatry*. mars 2005;20(2):101-9.
51. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry*. janv 2009;194(1):73-9.
52. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. 5th Revised edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
53. Oldham JM. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry*. janv 2006;163(1):20-6.
54. Paul H. Soloff, M.D., Judiath A. Lis, M.S.N., Thomas Kelly, M.S.W., et al. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. sept 1994;151(9):1316-23.
55. Links PS, Kolla NJ, Guimond T, McMains S. Prospective Risk Factors for Suicide Attempts in a Treated Sample of Patients with Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. févr 2013;58(2):99-106.

56. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder at 6-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry*. mai 2012;169(5):484-90.
57. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. janv 2005;59(5):319-24.
58. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. oct 2001;158(10 Suppl):1-52.
59. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. nov 2001;42(6):482-7.
60. Gunderson, J. G., & Links, P. S. (Collaborator). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
61. Gunderson JG, Links PS. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Association Publishing; 2014.
62. Taggart C, O'Grady J, Stevenson M, Hand E, Mc Clelland R, Kelly C. Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. juill 2006;28(4):330-5.
63. William M. Greenberg, M.D., David N. Rosenfeld, M.D., and Eddy A. Ortega, M.D. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. mars 1995;152(3):459-61.
64. Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, du Roscoat E, Leon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. *Psychol Med*. 3 juill 2020;1-8.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Fiche délivrée au patient lors de son adressage à Vigilans



**Vous êtes sorti(e) de l'hôpital,  
vous allez bénéficier du dispositif de prévention « Vigilans ».**

Vous avez reçu cette carte  

*Si vous n'allez pas bien ou si vous êtes en crise,  
**APPELEZ-NOUS !***

Ce numéro est gratuit et joignable du lundi au vendredi de 10h à 18h.

Notre équipe d'infirmiers prendra de vos nouvelles dans les mois qui viennent par téléphone et/ou par courrier.

Vous serez recontacté(e) personnellement par téléphone au moins une fois par une personne de l'équipe Vigilans, spécialisée dans ces recontacts. Cet ou ces entretiens seront l'occasion de discuter des difficultés rencontrées ou non, mais aussi de la façon dont vous avez organisé -ou réorganisé- votre vie.

Si lors de cet appel vous présentez des difficultés, les différentes possibilités d'aide et de prise en charge seront évoquées pour vous, et si vous le souhaitez, nous pourrions programmer des appels téléphoniques supplémentaires, ou faciliter des prises de contact.

 Votre médecin traitant et/ou votre psychiatre sera informé de votre inclusion et recevra, si vous êtes d'accord, un compte-rendu de chaque contact.

En cas de changement de coordonnées, nous vous remercions de bien vouloir nous en informer.

*En vous souhaitant le meilleur rétablissement.*



Les informations recueillies vous concernant resteront strictement confidentielles et feront l'objet d'un traitement informatique destiné à votre suivi médical. Les destinataires des données sont des professionnels de santé soumis au secret médical. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction du CHU de Toulouse 31059 Toulouse Cedex 9. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**VigilanS - CHU de Toulouse - Site Hôpital Purpan - Pavillon Laporte - TSA 40031 - Place du Dr Baylac - 31059 Toulouse Cedex 9**

Code : 407462 - CHU de Toulouse 31 - 2023 - Direction de la Communication - Images : @Pflanzler - Infrasonic - Centre de Photographie du CHU de Toulouse

## Annexe 2 : Exemples de cartes postales



---

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES PATIENTS  
FAISANT APPEL AU DISPOSITIF VIGILANS : ANALYSE COMPARATIVE D'UNE  
COHORTE RÉTROSPECTIVE DE 579 PATIENTS ADRESSÉS PAR LE CHU DE TOULOUSE**

---

VigilanS est un dispositif de maintien du contact avec les patients après une tentative de suicide à visée de prévention de la réitération. Il est nécessaire d'identifier les facteurs associés à la réitération malgré cette veille, afin de l'améliorer. Selon une étude, les appels entrants étaient corrélés à un risque majoré de réitération. Nous avons pour objectif de caractériser le profil des appelants, grâce à une analyse rétrospective comparative de 579 patients adressés à Vigilans par le CHU de Toulouse. Ces appelants étaient plus âgés, plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble de la personnalité borderline et d'être multi-suicidants. Ces deux derniers éléments étaient associés à la réitération suicidaire. Les patients appelants étaient donc une population particulièrement à risque élevé de réitération. Les appels entrants étaient également associés à la réitération et ce indépendamment du profil clinique, ce qui suggère une meilleure détection des tentatives de suicide et donc leur meilleure prise en charge.

---

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTES CALLING THE VIGILANS SYSTEM: COMPARATIVE ANALYSIS OF A RETROSPECTIVE COHORT OF 579 PATIENTS REFERRED BY THE UNIVERSITY HOSPITAL OF TOULOUSE

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : suicide, réitération suicidaire, Vigilans, veille téléphonique

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :  
Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directrices de thèse : Adeline CLENET et Juliette SALLES