

Sommaire

INTRODUCTION.....	17
PREMIERE PARTIE : ÉTUDE THEORIQUE	18
I. LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE	18
A. FACTEURS DE RISQUES DE COMPORTEMENT SUICIDAIRE	18
B. ÉPIDEMIOLOGIE MONDIALE DES CONDUITES SUICIDAIRES	21
1. <i>Differences selon le niveau de revenu du pays.....</i>	21
2. <i>Differences selon le sexe</i>	22
3. <i>Differences selon l'âge</i>	23
4. <i>Méthodes de suicide</i>	24
5. <i>Évolution du comportement suicidaire dans le monde</i>	24
6. <i>Les tentatives de suicide</i>	24
C. ÉPIDEMIOLOGIE EUROPEENNE DES CONDUITES SUICIDAIRES.....	25
D. ÉPIDEMIOLOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES EN FRANCE.....	26
1. <i>Differences selon le sexe</i>	26
2. <i>Differences selon l'âge</i>	27
3. <i>Méthodes de suicide</i>	27
4. <i>Évolution du comportement suicidaire</i>	28
5. <i>Les tentatives de suicide</i>	29
6. <i>Hospitalisations pour tentative de suicide</i>	31
7. <i>Idées suicidaires</i>	32
E. ÉPIDEMIOLOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES EN NORMANDIE	33
1. <i>Le suicide en Normandie</i>	33
2. <i>Les tentatives de suicide en Normandie.....</i>	34
3. <i>Données en Seine Maritime</i>	35
F. VALIDITE DES DONNEES :.....	35
II. LA CONSOMMATION D'ALCOOL.....	37
A. GENERALITES	37
1. <i>Facteurs de risque et de vulnérabilité</i>	38
2. <i>Mortalité & morbidité</i>	39
3. <i>Pathologies liées à l'alcool</i>	40
B. LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LE MONDE.....	41
1. <i>Modes de consommations d'alcool.....</i>	41
2. <i>Mortalité attribuable à la consommation d'alcool</i>	44
3. <i>Évolution de la consommation d'alcool</i>	45
C. CONSOMMATION D'ALCOOL EN EUROPE	46
D. CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE.....	47
1. <i>Modes de consommations</i>	47
2. <i>Consommation d'alcool selon l'âge</i>	48
3. <i>Mortalité attribuable à la consommation d'alcool</i>	49
4. <i>Évolution de la consommation d'alcool en France.....</i>	50
5. <i>Hospitalisations liées à l'alcool</i>	51
E. CONSOMMATION D'ALCOOL EN NORMANDIE	52
III. COMPORTEMENT SUICIDAIRE & CONSOMMATION D'ALCOOL	54
A. LIEN ENTRE CONSOMMATION D'ALCOOL ET DEPRESSION	54
1. <i>Impact de la consommation d'alcool sur la dépression</i>	55
B. LIEN ENTRE CONSOMMATION D'ALCOOL ET COMPORTEMENT SUICIDAIRE	56
1. <i>Impact de la consommation d'alcool sur le suicide.....</i>	56

a)	Effets de l'alcool à court terme	57
b)	Effets de l'alcool à long terme	57
c)	Impact de l'impulsivité	58
IV.	LE DISPOSITIF VIGILANS.....	60
A.	ORIGINES DE LA VEILLE SUICIDAIRE	60
1.	<i>Les dispositifs de veilles.....</i>	61
2.	<i>Élaboration d'un algorithme.....</i>	62
B.	MISE EN PLACE DU DISPOSITIF VIGILANS.....	63
1.	<i>Déroulement du dispositif.....</i>	63
2.	<i>« VigilanSeurs »</i>	65
3.	<i>Évaluation du dispositif VigilanS.....</i>	65
a)	Impact sur la morbidité suicidaire	66
b)	Impact sur la mortalité par suicide	66
c)	Impact sur la récidive suicidaire	66
C.	LE DISPOSITIF VIGILANS EN HAUTE-NORMANDIE	67
DEUXIEME PARTIE : ÉTUDE PRATIQUE.....		68
I.	PROBLEMATIQUE	68
II.	METHODOLOGIE	69
A.	CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	69
B.	RECUEILS DES DONNEES	69
C.	HYPOTHESES.....	70
D.	ANALYSES STATISTIQUES	71
E.	CONSIDERATIONS ETHIQUES ET CONSENTEMENT	71
III.	RESULTATS	72
A.	RESULTATS DESCRIPTIFS	73
1.	<i>Données sociodémographiques</i>	73
2.	<i>Données à l'inclusion</i>	76
3.	<i>Données à 6 mois.....</i>	83
4.	<i>Stratification selon la récidive.....</i>	85
IV.	DISCUSSION	86
A.	PRINCIPAUX RESULTATS	86
1.	<i>Population à l'inclusion.....</i>	86
2.	<i>Prise en charge.....</i>	87
3.	<i>Récidive suicidaire.....</i>	88
4.	<i>Consommation d'alcool et suicide</i>	88
5.	<i>Dispositif VigilanS</i>	90
B.	ORIGINALITE ET FORCES DE NOTRE ETUDE	91
C.	LIMITES DE NOTRE ETUDE	92
D.	PERSPECTIVES	93
V.	CONCLUSION :.....	94
ANNEXES.....		95
BIBLIOGRAPHIE		98
RESUME		109

Introduction

À l'occasion de la 23^e Journée nationale pour la prévention du suicide le 5 février 2019, Santé Publique France (1) révélait qu'en 2017, 7.2% des Français âgés de 18 à 75 ans avaient tenté de se suicider au cours de leur vie, soit plus de 3 millions de personnes. Au cours des douze derniers mois, ils étaient 4.7% à avoir pensé au suicide et 0.39% à avoir tenté de le faire.

Le suicide est un phénomène complexe, c'est l'interaction de divers facteurs, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou environnementaux.

Les études épidémiologiques ont permis de mieux identifier et comprendre les mécanismes impliqués dans la vulnérabilité aux idées suicidaires et à la crise suicidaire. Elles ont ainsi permis de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaire de façon efficace. Des groupes de travail comme « Prévention du suicide », constitué en 2016 par la Direction Générale de la Santé ont formulé des propositions stratégiques ciblant les personnes les plus à risque.

Le dispositif VigilanS fait partie de ces propositions pour créer et maintenir le lien avec les populations vulnérables. C'est un outil prometteur qui est amené à se développer à l'échelle nationale d'ici 2020.

L'alcool est une autre cause majeure de morbi-mortalité à l'échelle mondiale et nationale. Le dernier Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) publié en février 2019 (2) rappelle que l'alcool tue 41 000 personnes par an en France. Les troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool figurent dans 4.5% des causes de décès par suicide, avec une possible sous-estimation ou méconnaissance des problèmes d'alcoolo-dépendance au moment de la certification des causes de décès.

Dans ce contexte notre étude tentera d'analyser la prise en charge et le devenir des tentatives de suicide associées à la prise d'alcool inclus dans le cadre du dispositif VigilanS.

Ainsi, ce travail portera d'abord sur les données épidémiologiques en matière de comportement suicidaire et de consommation d'alcool. Nous tenterons ensuite de comprendre quel lien unit ces comportements. Nous présenterons alors la démarche à l'origine du dispositif VigilanS.

Enfin, nous analyserons les données issues de VigilanS sur le devenir des tentatives de suicide au cours des 6 mois de suivi, et tenterons d'objectiver l'impact de la consommation d'alcool au cours du suivi.

L'objectif de l'étude est de savoir si cette population de consommateurs d'alcool est plus à risque de comportement suicidaire.

Première partie : Étude théorique

I. Le comportement suicidaire

Le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires au suicide, en passant par la planification et la tentative de suicide.

A. Facteurs de risques de comportement suicidaire

Le comportement suicidaire est un continuum commençant par des idées suicidaires et pouvant se poursuivre avec la planification, les tentatives et le suicide.

Plusieurs facteurs sont associés à un risque accru de comportement suicidaire, les plus importants sont les maladies psychiatriques, les tentatives de suicide (TS) antérieures, la toxicomanie (3), les facteurs de stress aigus, la perturbation des relations interpersonnelles (4) et les antécédents d'abus (psychologiques, physiques ou sexuels) au cours de la vie (5).

Bien que les idées suicidaires soient souvent à l'origine de comportement suicidaire et constituent de bons indicateurs du risque de tentatives de suicide (6), seule une faible proportion passe de l'idéation au comportement (7). Environ un tiers des personnes ayant des idées suicidaires (IDS) au cours de leur vie tenteront de se suicider, dont 60% dans l'année suivant les premiers symptômes (7). Les caractéristiques qui influencent les pensées suicidaires peuvent différer de celles qui motivent l'action (8).

Un antécédent de TS est un facteur de risque majeur pour la survenue d'une autre tentative, mais aussi d'un décès par suicide (9). On estime qu'environ 10% des suicidants mourront de suicide, dont 1 à 2% dans l'année qui suit (10).

De même, 20 à 25% des victimes de suicides ont un antécédent de tentative de suicide dans l'année précédent leur décès (11).

Les enquêtes font état d'un risque de décès par suicide 30 fois supérieur à la population générale chez les personnes ayant déjà tenté de se suicider (11). Les taux de suicide sont plus élevés dans les 6 premiers mois suivant une TS. Les TS violentes et graves augmentent davantage le risque suicidaire de même que les TS multiples.

Une seule cause ou facteur de risque ne permet pas d'expliquer un acte suicidaire. Souvent, c'est un cumul de plusieurs facteurs de stress qui accentue la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. De même, l'existence d'un facteur de risque ne conduit pas nécessairement à un comportement suicidaire (8)(12).

Facteurs de risque liés aux sociétés et au système de santé :

- Les obstacles à l'accès aux soins de santé ;
- La stigmatisation associée à la demande d'aide : particulièrement pour les personnes en demande d'aide à la suite d'un comportement suicidaire, des problèmes de santé mentale ou d'abus de substance ;
- L'accès aux moyens létaux ;
- La couverture médiatique et l'utilisation inappropriée des médias sociaux : l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de comportement suicidaire ou bien l'utilisation de médias comme internet pour s'informer sur les moyens de suicide.

Facteurs de risques liés à la communauté et aux relations :

- Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits ;
- Les difficultés liées au déplacement et à l'acculturation ;
- La discrimination ;
- Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social : l'isolement peut précipiter le risque de comportement suicidaire en cas de stress psychologique ;
- Le conflit relationnel, la mésentente et la perte.

Facteurs de risques individuels :

- Antécédents de tentative de suicide : de loin le meilleur indicateur de risque de suicide.
- Les troubles mentaux : on estime que 90% des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux ;
- L'usage nocif d'alcool et d'autres substances psychoactives : environ 20% de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool ;
- La perte d'emploi et les pertes financières ;
- Le désespoir : notamment la vision en l'avenir, la perte de motivation et les attentes de la personne ;
- La douleur et les maladies chroniques : les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Les antécédents familiaux de décès par suicide ;
- Les traumatismes ou les abus : particulièrement les difficultés dans l'enfance ou au sein de la famille qui majorent les risques de troubles mentaux et de suicide ;
- Les facteurs biologiques et génétiques.

Facteurs protecteurs :

- Des relations personnelles solides ;
- Les croyances religieuses et spirituelles ;
- Les stratégies d'adaptation positives et le bien-être : un équilibre émotionnel, une vision optimiste et une forte identité personnelle pour faire face aux difficultés de la vie. De

même, une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences en résolution de problèmes.

Cette liste (12) n'est naturellement pas exhaustive, il existe de nombreux facteurs et de nombreuses classifications, on pourrait ainsi rajouter : le sexe masculin, les âges de vie extrêmes, le niveau socioculturel...

B. Épidémiologie mondiale des conduites suicidaires

Le suicide est un phénomène universel qui n'épargne aucune population. Il fait partie des grandes priorités de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui fixe dans son plan d'action un objectif de réduction de 10% du taux de suicide à l'échelle mondiale d'ici 2020 (12).

Selon l'OMS (13), près de 800 000 personnes décèdent chaque année par suicide dans le monde, soit une personne toutes les 40 secondes. En 2016, le suicide représentait 1.4% de tous les décès dans le monde, ce qui en faisait la 18^e cause de mortalité.

En 2016 (14), le taux mortalité par suicide à l'échelle mondiale était estimé à 10.6 décès pour 100 000 habitants, 13.5 chez les hommes et 7.7 chez les femmes.

1. Différences selon le niveau de revenu du pays

Les taux de suicide sont très variables selon les régions du monde, on fait notamment la distinction entre pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) et pays à revenu élevé (PRE).

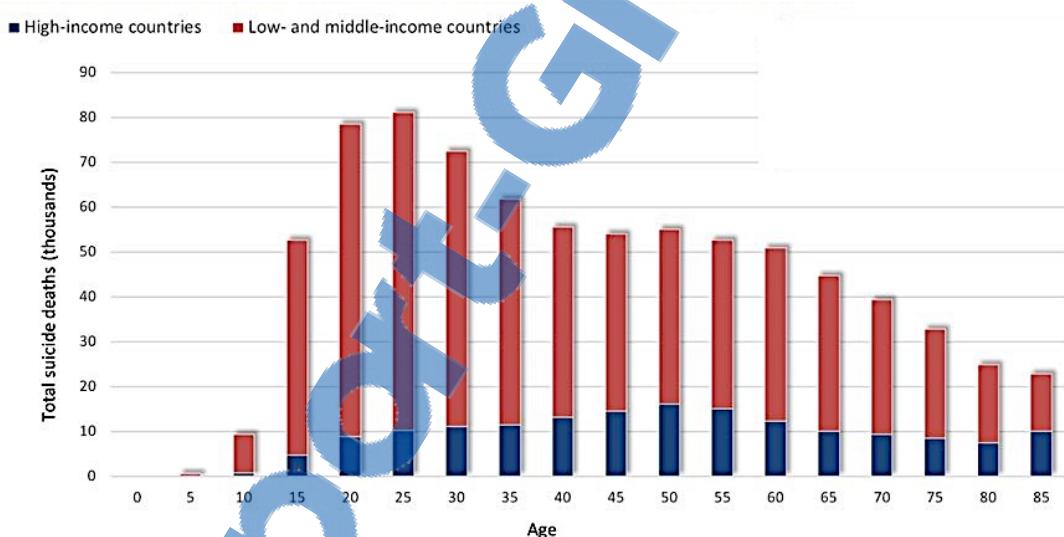


Figure 1: Taux de suicide dans le monde par âge et régions OMS (pour 100 000 habitants), 2016 (13)

En 2016 (14), 79% des suicides ont lieu dans les PRFI, cependant le taux de suicide standardisé selon l'âge est supérieur dans les PRE avec 12.7 suicides pour 100 000 habitants, contre 11.2 dans les PRFI. De même, le pourcentage de décès imputable au suicide est plus élevé dans les PRE (1.7%) que dans les PRFI (1.4%).

2. Différences selon le sexe

Dans la plupart des régions du monde, la part des décès imputable au suicide est plus grande chez les hommes que chez les femmes. En outre, on relève de grandes disparités entre les régions et les pays, ainsi que dans la répartition par tranches d'âge.

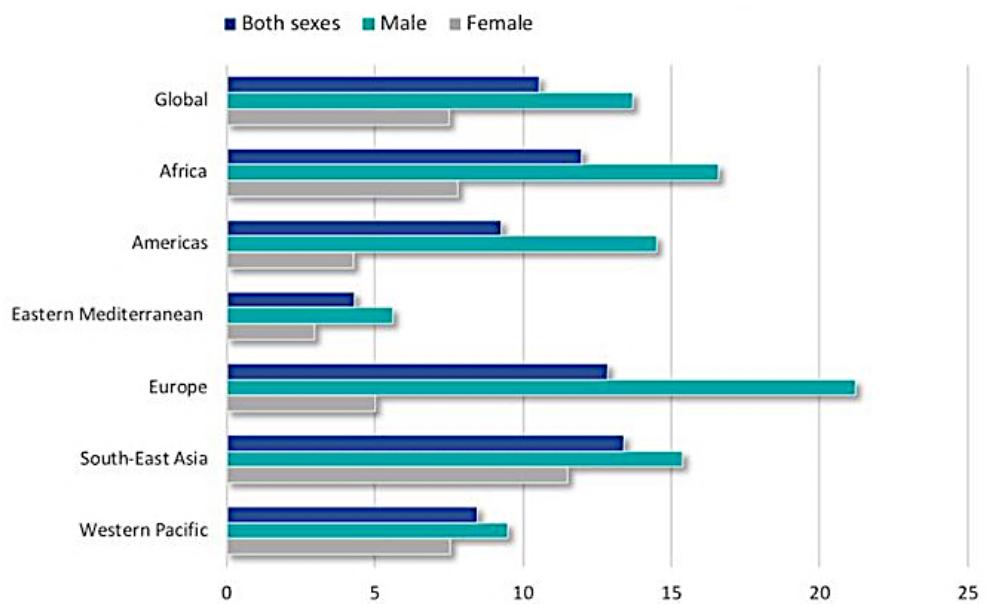


Figure 2: Taux de suicide dans le monde par régions OMS (pour 100 000 habitants), 2016 (13)

En 2016 (15)(14), 75% des décès par suicide dans le monde concernent les hommes, avec un rapport homme/femme des taux de suicide de 1.75. Cette prédominance masculine des décès par suicide était particulièrement observée dans les pays à revenu élevé, comme en Europe. Tandis que chez les femmes les taux augmentaient dans les PRFI, notamment en Asie du Sud-Est.

3. Différences selon l'âge

Dans toutes les régions du monde, le pourcentage de tous les décès par suicide et son importance en tant que cause de mortalité varient selon l'âge.

En 2016 (14), le suicide était la 2^e cause de mortalité (après les accidents de la route) chez les jeunes adultes de 19–29 ans à l'échelle mondiale, avec 8.5% de tous les décès. Dans cette population à faible taux de mortalité, le suicide reste un évènement rare.

Chez les 30-49 ans, il représentait 4.1% de tous les décès et constituait la 5^e cause de mortalité.

Les taux de suicide étaient plus bas chez les moins de 15 ans et plus élevés chez les plus de 70 ans, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et dans la plupart des régions du monde.

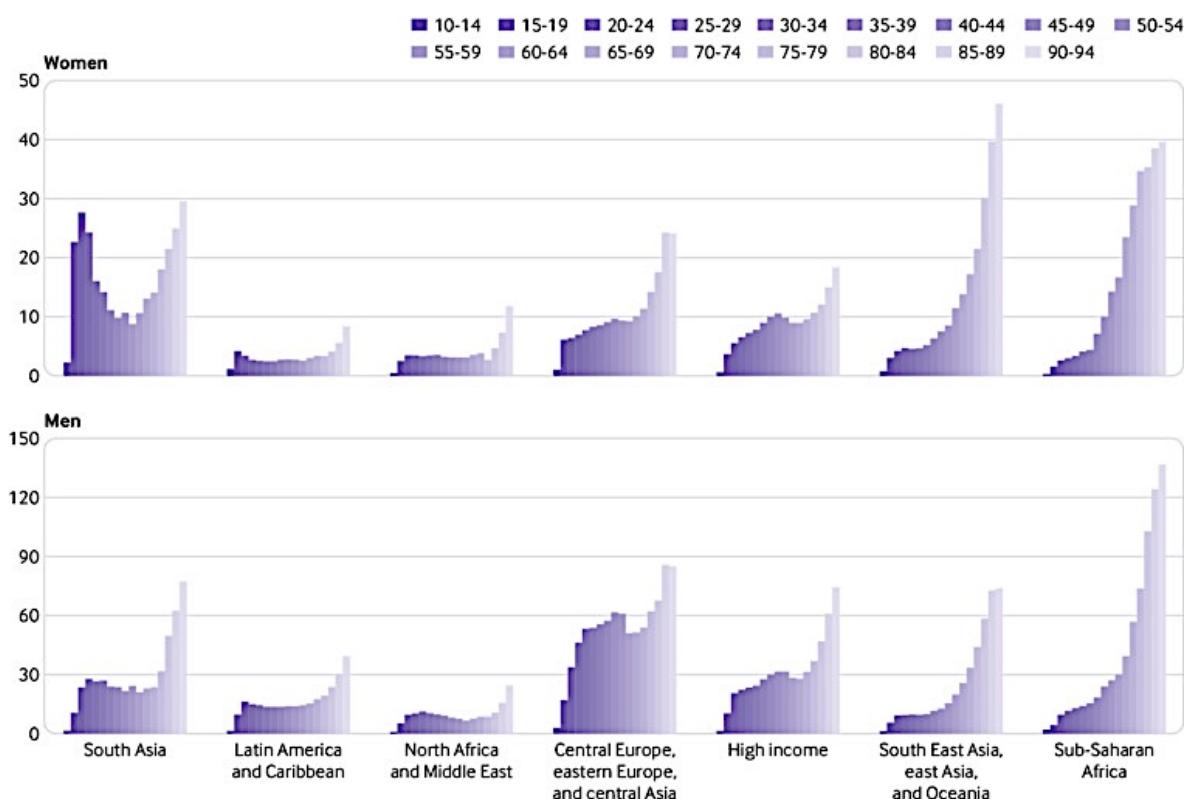


Figure 3: Taux de suicide standardisés dans le monde selon l'âge et la région OMS, 2016 (16)

Comme on peut le voir dans la figure 3, entre 15 et 70 ans, les schémas étaient variables selon les régions, avec soit une augmentation régulière avec l'âge, ou bien un pic des taux de suicide chez les jeunes adultes qui s'atténue chez les personnes d'âge moyen avant de progressivement remonter.

4. Méthodes de suicide

Les modes opératoires les plus utilisés à l'échelle mondiale sont par ordre de fréquence (17): la pendaison, l'ingestion de pesticides et les armes à feu. Les suicides par précipitation et par ingestion médicamenteuses sont des méthodes répandues dans certaines régions.

Cependant, il existe de nombreux moyens et la méthode varie souvent selon le type de population concerné. Dans les PRE, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux, et les armes à feux employées dans 18% des cas. À l'inverse, dans les PRFI, l'auto-intoxication par des pesticides est l'une des méthodes les plus utilisées, en particulier dans les zones rurales.

5. Évolution du comportement suicidaire dans le monde

On notera une baisse du nombre absolu de suicides à l'échelle mondiale, entre 2000 et 2016 (15), avec une baisse de près de 16% chez les hommes et de 20% chez les femmes sur cette même période.

Cependant, cette baisse est également observée à l'échelle régionale (hors PRFI d'Afrique), mais à l'échelle nationale on retrouve une réelle diminution dans moins de 50% des états membres.

6. Les tentatives de suicide

Les tentatives de suicide sont définies par la classification internationale des maladies 10^e révision (*CIM-10*) comme une intoxication ou une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu.

On estime que pour chaque suicide il y aurait plus de 20 tentatives de suicides. On notera qu'une tentative de suicide antérieure constitue l'un des plus importants facteurs de risque de suicide.

Selon les estimations de l'OMS (12), la prévalence annuelle mondiale des sujets ayant déclaré avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide est d'environ 4 pour 1 000 adultes. De plus, la prévalence des idéations suicidaires sur la vie est estimée à 9.2% (7).

Le rapport taux de suicide/décès et le taux de létalité des comportements suicidaires varient grandement en fonction de la région, du sexe, de l'âge et de la méthode utilisée.

Ainsi, le taux de tentatives de suicides chez les femmes à l'échelle mondiale est deux à quatre fois supérieur à celui des hommes, phénomène en partie justifié par l'utilisation de moyens plus létaux par les hommes (15).

C. Épidémiologie européenne des conduites suicidaires

La région Europe de l'OMS est particulièrement touchée par le suicide, de nombreuses mesures ont permis de réduire cette mortalité, et ce particulièrement dans les pays de l'Est, anciens membres du bloc soviétique. On notera que l'Europe au sens de l'OMS ne se limite pas aux pays de l'Union européenne.

Depuis 1994, Eurostat (18) inclut les données sur les décès par suicide en Europe.

En 2015, sur les 5.2 millions de décès survenus au sein de l'Union européenne, plus de 56 000 personnes, soit 1.1%, se sont suicidées. Le taux de suicide est de 11 décès pour 100 000 habitants, et ce malgré une baisse via des mesures de prévention initiées depuis les années 1980 (19).

Le suicide était en Union européenne la 10^e cause de décès.

L'Allemagne (10 200 décès) et la France (9 200) sont les deux états membres ayant connu le plus de décès en nombre absolu, suivi de la Pologne (5 400), du Royaume-Uni (4 700), de l'Italie (4 000) et de l'Espagne (3 600).

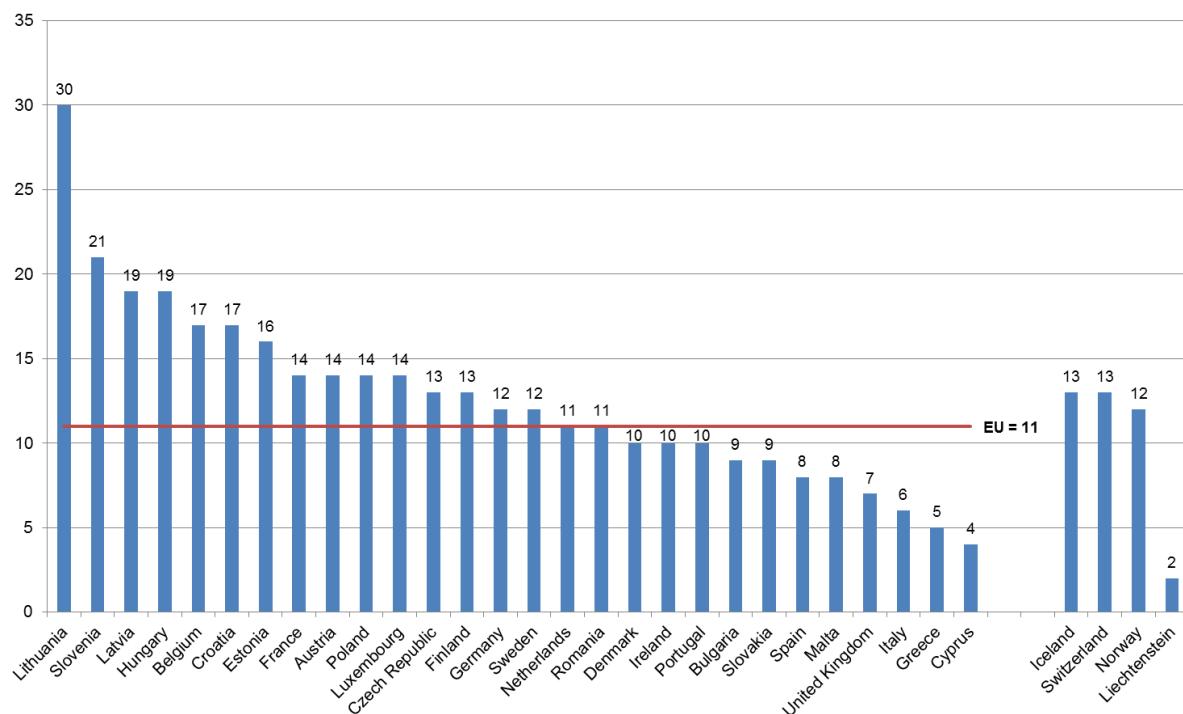


Figure 4: Taux de suicide en Union européenne (pour 100 000 habitants), 2015 (18)

D. Épidémiologie des conduites suicidaires en France

On dénombre en moyenne 25 décès par suicide quotidiennement en France.

En 2016 (20), les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (*CépiDc-Inserm*) faisaient état de 8 580 décès par suicide, soit un taux de suicide de 12.8 pour 100 000 habitants.

Tous âges confondus, c'est la 3^e cause de mortalité prématuée derrière les maladies cardiovasculaires et les tumeurs.

Les coûts financiers (directs et indirects) liés aux suicides et tentatives de suicide sont estimés à près de 10 milliards d'euros par an en France (21).

1. Différences selon le sexe

En 2016 (20), le nombre de suicides était trois fois plus élevé chez les hommes (6 566 décès) que chez les femmes (2 014), de même que le taux de décès standardisé par âge, respectivement de 20.3 et 5.8 décès pour 100 000 habitants.

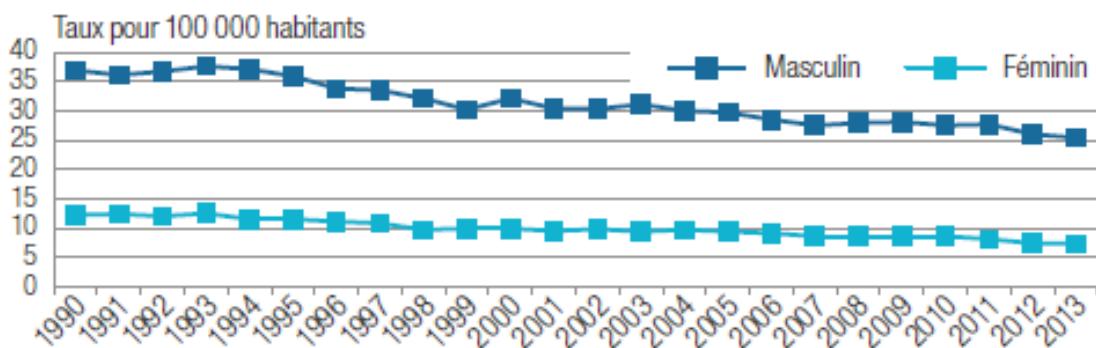


Figure 5 : Taux de décès par suicide en France selon le sexe (pour 100 000 habitants), de 1990 à 2013

Cependant, tous âges confondus, les femmes étaient plus nombreuses à faire des tentatives de suicide.

2. Différences selon l'âge

La part des suicides dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes, cependant les taux bruts de décès par suicides augmentent progressivement avec l'âge (20).

Entre 15 et 24 ans, le suicide est la 2^e cause de mortalité après les accidents de la route, avec 16.3% des décès, tous sexes confondus.

Chez les 25-34 ans, c'est la 1^{ère} cause de mortalité, avec 20% des décès dans cette tranche d'âge, suivis des accidents de la route.

On observe un pic du taux de mortalité par suicide à partir 45-54 ans avec un taux de suicide de 25.1 pour 100 000, qui se poursuit jusqu'à 75 ans avec un taux supérieur à 30 pour 100 000.

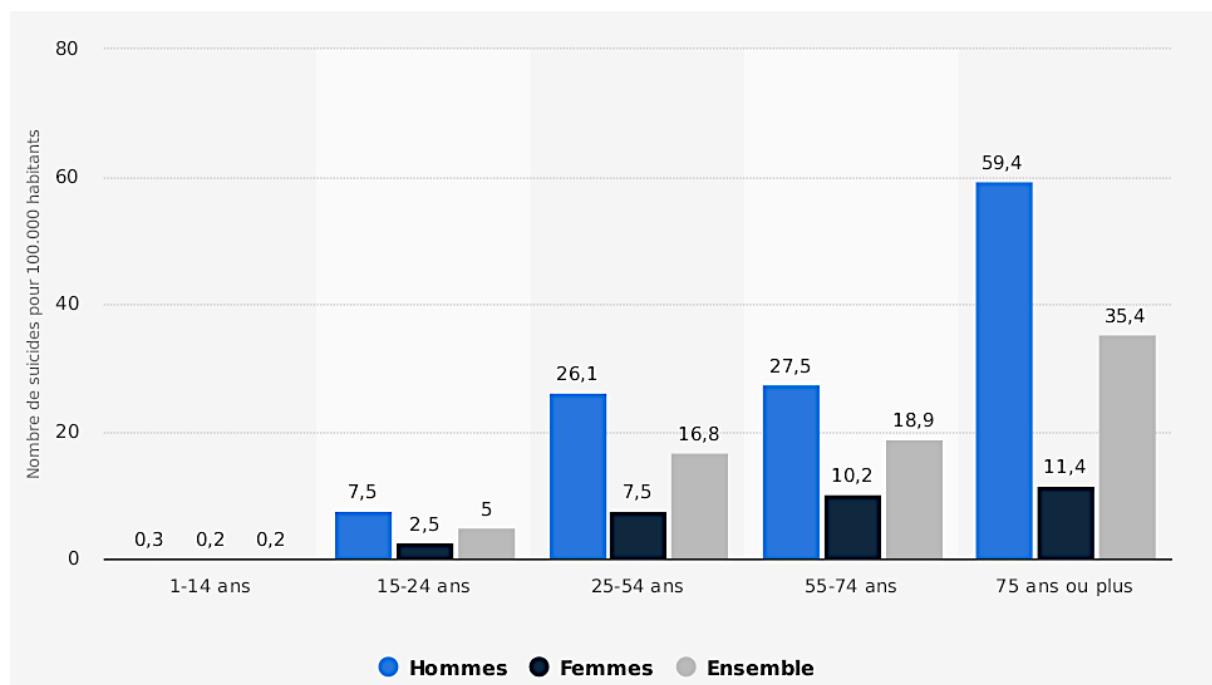


Figure 6 : Nombre de suicides en France selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants), 2014 (22)

3. Méthodes de suicide

La méthode suicidaire (23) la plus fréquente est la pendaison (57% des suicides), devant les armes à feu (12%), les prises de médicaments et autres substances (11%) et les sauts d'un lieu élevé (7%).

Selon le sexe, la pendaison (61%) et les armes à feu (16%) sont les moyens les plus utilisés par les hommes. Chez les femmes, on retrouve la pendaison (42%), la prise de médicaments et autres substances (24%) et le saut d'un lieu élevé (13%).

4. Évolution du comportement suicidaire

Le taux de décès par suicide à tendance à diminuer dans le temps, -37% entre 2003 et 2016, passant de 20.3 pour 100 000 habitants en 2003 à 12.8 en 2016, tous sexes confondus et pour toutes les classes d'âge, quelle que soit la région considérée (23).

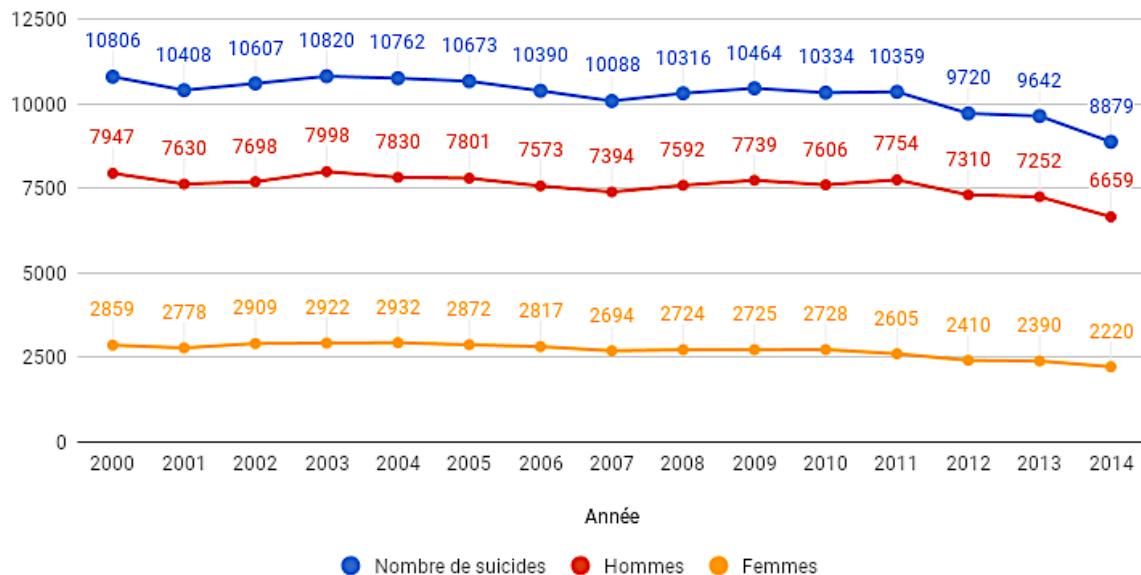


Figure 7 : Évolution du nombre de suicides en France selon le sexe, de 2000 à 2014 (24)

5. Les tentatives de suicide

L'estimation du nombre de tentatives de suicide en France via les passages aux urgences se situe à environ 200 000 par an, soit 20 fois plus que le nombre de décès par suicide.

En 2017, le Baromètre Santé Publique France (1), révélait que 7.2% des 18-75 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (9.9% des femmes contre 4.4% des hommes) et 0.39% au cours des 12 derniers mois (0.29% des hommes contre 0.48% des femmes). Plus d'un tiers (37.7%) déclaraient avoir fait plus d'une TS (39.9% des femmes contre 32.4% des hommes).

La majorité des TS ont lieu avant l'âge de 25 ans, et c'est entre 15 et 19 ans que la proportion de suicidants était la plus importante.

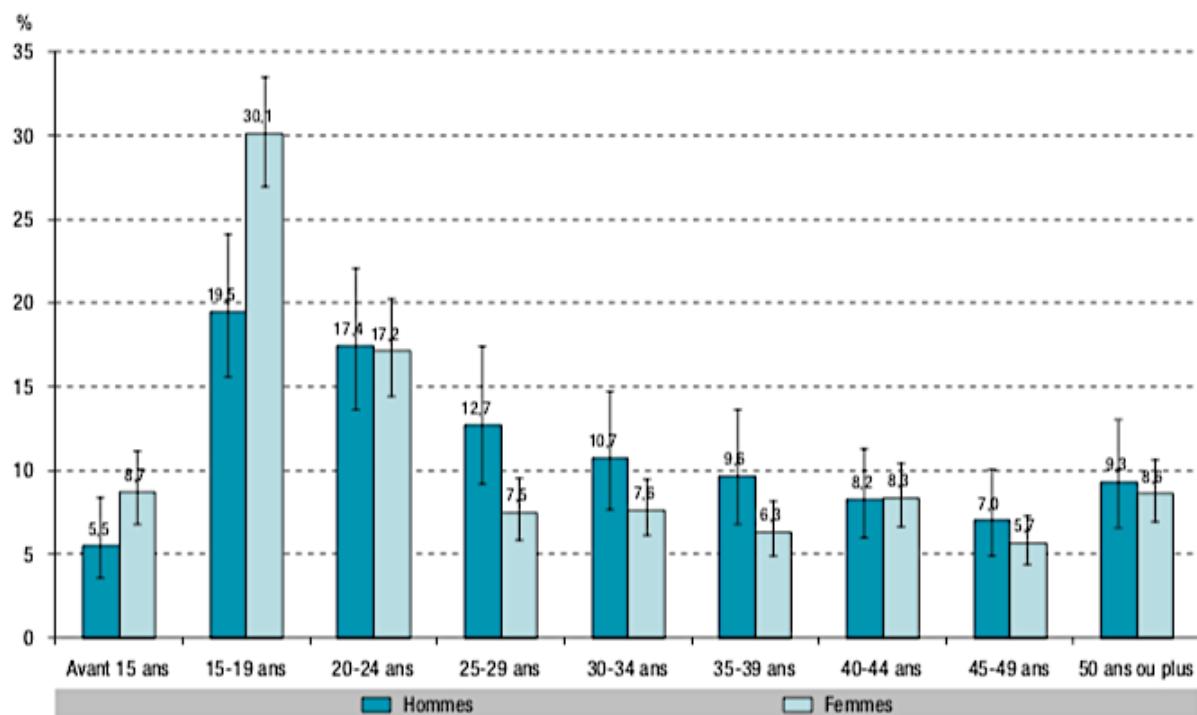


Figure 8 : Pourcentages de tentatives de suicide en France selon le sexe et la classe d'âge, 2017 (1)

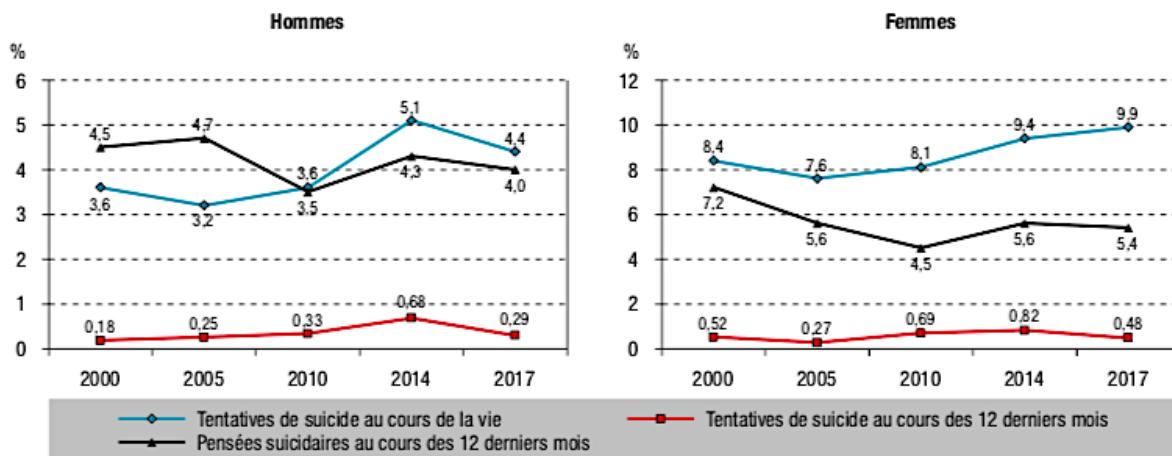


Figure 9 : Évolutions des comportements suicidaires en France selon le sexe, de 2000 à 2017 (1)

L'évolution depuis les années 2000 suggère une tendance continue à la hausse des TS déclarées au cours de la vie, en particulier chez les femmes.

Les principales raisons déclarées pour expliquer leur geste sont familiales (49.2%), sentimentales (40.8%), professionnelles (10.3%) ou bien liées à leur état de santé (10.3%). Le célibat, le divorce, l'inactivité professionnelle et une situation financière perçue comme « juste » ou « difficile » sont également associés aux tentatives de suicide.

Après leur TS, 59.8% des suicidants ont déclaré s'être rendus à l'hôpital et 52.3% avoir été suivis par un médecin ou un « psy ». Près de 6 suicidants sur 10 estimaient avoir reçu le soutien nécessaire pour « s'en sortir ».

On notera que 64.7% des patients hospitalisés après leur geste ont bénéficié d'un suivi médical, contre 34.1% chez ceux n'ayant pas été hospitalisés. Les 18-34 ans sont proportionnellement moins nombreux à s'être rendu à l'hôpital à la suite d'une TS.

Les modes opératoires des TS hospitalisées sont dominés par les intoxications médicamenteuses volontaire (IMV) particulièrement chez les femmes (87% des hospitalisations pour TS). On retrouve ensuite les intoxications par produits non médicamenteux (7% femmes et 12% des hommes), les lésions par objet tranchant (7% des femmes et 8% des hommes) et la pendaison (respectivement 1% et 4%).

En France, le risque de récidive dans l'année qui suit la survenue d'une TS est estimé à 20%.

6. Hospitalisations pour tentative de suicide

On retrouve une diminution progressive du nombre de séjours hospitaliers pour TS depuis 10 ans, pour atteindre un peu moins de 89 000 hospitalisations en 2017 (1), soit un taux d'hospitalisation pour TS de 151 pour 100 000 habitants. Elles concernaient 77 000 patients, ce qui représente un seul séjour pour TS chez 89.5% des patients.

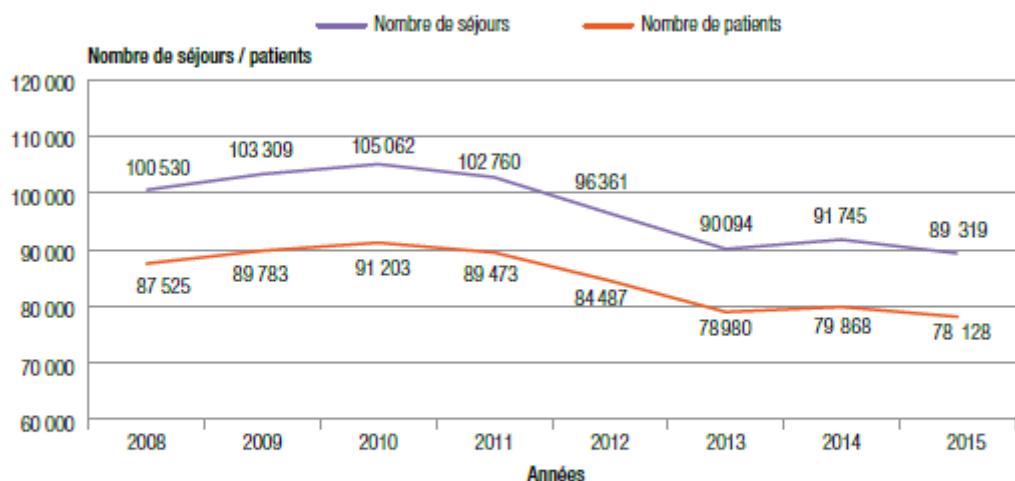


Figure 10 : Nombre de séjours et nombre de patients hospitalisés pour tentative de suicide en France, de 2008 à 2015 (23)

Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide concernaient à plus de 60% les femmes. Ce chiffre révèle le « gender paradox » systématique, entre le nombre de TS et les décès par suicide entre les hommes et les femmes, en partie lié à l'utilisation de moyens plus létaux chez les hommes.

La durée médiane de séjours était d'une journée sans différence selon le sexe. Elle était supérieure dans les classes d'âge extrême, passant à 3 jours chez les 10-14 ans et augmentait à partir de 70 ans, pour atteindre 5 jours chez les plus de 85 ans.

La létalité hospitalière à la suite d'une TS était en moyenne de 1.2% par an. Elle augmente systématiquement avec l'âge et le mode opératoire (arme à feu, pendaison, exposition aux flammes, à la fumée et au gaz).

Une pathologie psychiatrique était relevée dans 61% des séjours pour TS (59% des femmes et 64% des hommes). Les pathologies les plus fréquentes étant : la dépression (32%), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (23%) et les troubles anxieux (10%). On notait une faible proportion de troubles psychotiques (3%) et de troubles bipolaires (2%).

Après la sortie d'hospitalisation, moins de la moitié des patients pris en charge pour tentative de suicide suivaient l'orientation thérapeutique proposée (25).

7. Idées suicidaires

En 2017 (1), 4.7% des personnes de 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (5.4% des femmes et 4.0% des hommes).

Les pensées suicidaires étaient principalement liées à des raisons familiales (41.1%), sentimentales (32.3%), professionnelles (27.6%), financières (23.7%) et de santé (23.7%).

70.9% des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année avaient imaginé un moyen de passer à l'acte, et 47.3% en ont parlé à quelqu'un (54% professionnel de santé, 46.2% à un membre de sa famille, 40.8% à un ami).

Les facteurs associés à une occurrence plus élevée des pensées suicidaires sont le fait d'être une femme, la situation financière (« trop juste », dettes, problèmes financiers), la situation matrimoniale (célibataire, divorcé ou veuf) et l'inactivité au sens large. Ainsi, les « graves problèmes d'argent », les « menaces verbales », les « humiliations ou intimidations » et le fait d'avoir « vécu une séparation ou un divorce » au cours des 12 derniers mois double le risque d'idéations suicidaires.

E. Épidémiologie des conduites suicidaires en Normandie

La Normandie est parmi l'une des régions les plus fortement touchées par le suicide. Elle est en 2^e position après la Bretagne, avec des taux de plus de 20% supérieurs à ceux de la France métropolitaine (26).

1. Le suicide en Normandie

En 2015 (26), 578 personnes résidant en Normandie se sont suicidées, soit 2% des décès. Parmi lesquels 78.5% étaient des hommes.

Le taux de décès par suicide était de 19.5 pour 100 000 habitants, 33.6 pour 100 000 habitants chez les hommes (+28% par rapport à la France Métropolitaine) et de 7.7 pour 100 000 chez les femmes (+10%).

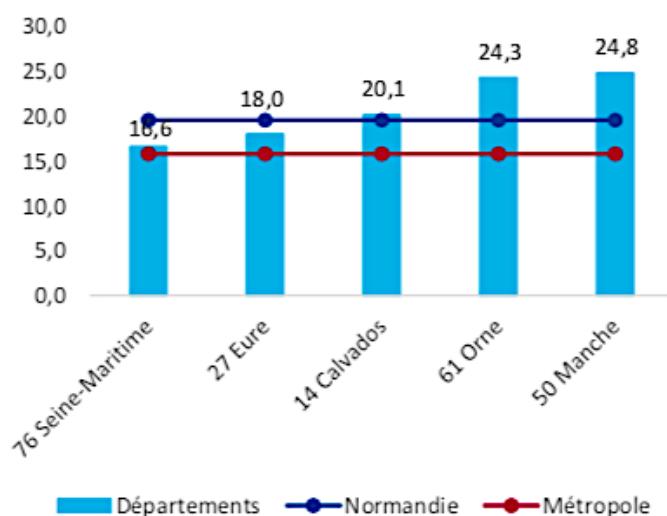


Figure 11 : Taux de mortalité par suicide standardisés selon l'âge et par département en Normandie (pour 100 000 habitants), 2015 (26)

La proportion de suicide était importante chez les jeunes où elle représentait entre 10 et 20% des décès chez les 10-34 ans. En revanche, le plus grand nombre de suicide survenait entre 40-59 ans, avec deux suicides sur cinq (41.3%) et après 50 ans avec plus d'un suicide sur deux (59.2%).

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a diminué de 18% en Normandie.

La pendaison était la première cause de décès par suicide en Normandie (68.9%), suivi des armes à feu chez les hommes (12%) et de l'IMV chez les femmes (21.2%).

En 2017, la prévalence des idées suicidaires au cours des douze derniers mois était de 5% en Normandie, elle n'a pas évolué depuis 2005. Il en était de même pour la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie (7.6%) ou au cours des douze derniers mois (0.53%).

2. Les tentatives de suicide en Normandie

En 2017, le taux standardisé d'hospitalisation pour TS selon l'âge était de 219.9 pour 100 000 habitants. Ce taux était bien supérieur à la moyenne nationale (+47%).

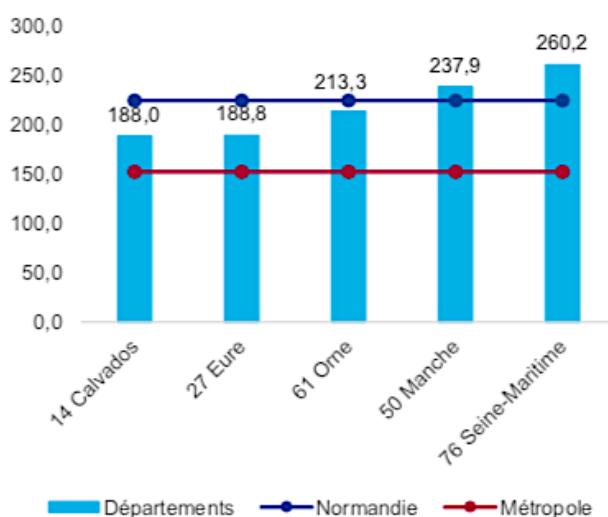


Figure 12 : Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide standardisé selon l'âge et par département en Normandie (pour 100 000 habitants), 2015 (26)

On enregistre 7 203 séjours hospitaliers pour TS en moyenne chaque année en Normandie.

Comme à l'échelle nationale, le taux d'hospitalisation pour TS est à la baisse depuis 2010, dans tous les départements de la région. Les hospitalisations concernent majoritairement les femmes (62%), avec un taux élevé chez les adolescentes de 15-19 ans.

Le mode de TS le plus fréquent était l'IMV (80%), suivi de l'automutilation par objets tranchants (12%), les intoxications non médicamenteuses (5%) et les pendaisons (4%).

La durée médiane de séjour était de 2 jours, quel que soit l'âge, avec un retour à domicile dans 68% des cas.

3. Données en Seine Maritime

Sur le plan départemental (26), en 2015 la Seine-Maritime présentait le plus faible taux de suicide (16.6 pour 100 000), mais le plus fort taux d'hospitalisation pour TS (260.2 pour 100 000).

En 2012 (27), on retrouvait 183 décès par suicide, avec un taux standardisé de 14.8 pour 100 000 habitants, proche du taux national. Le taux de suicide était de 24.7 chez les hommes et de 6.9 chez les femmes.

Les taux de suicide augmentaient progressivement avec l'âge, malgré un léger déclin entre 50-70 ans avant de bondir à partir de 70 ans.

Les modes opératoires étaient dominés par la pendaison à 58.6% (64.9% hommes et 40% des femmes), les armes à feu à 10.1% (12.5% hommes et 2.9% femmes), l'IMV et le saut dans le vide à 8.3%. Les femmes ont particulièrement recours à l'IMV (20%) et la noyade (12.9%). Tandis que les hommes ont recours aux méthodes plus violentes : pendaison, arme à feu puis saut dans le vide (4.3%).

De janvier 2017 à juin 2018, 1 187 patients ont eu recours au service des urgences pour tentative de suicide, avec un taux de récidive estimé à 7.5%.

F. Validité des données :

À l'échelle mondiale, l'OMS est la principale source de données sur les comportements suicidaires dans le monde. Leurs données sont fournies par les états membres et sont susceptibles de sous estimations dans certaines régions, le suicide reste un sujet sensible, parfois stigmatisé ou illégal.

Il n'existe pas de méthode standardisée au niveau international pour le recueil des données relatives aux tentatives de suicide. De même, les taux de tentatives de suicide varient grandement selon les procédures d'enregistrement.

En France, les données sont issues des certificats de décès dont la base de données est gérée par le CépicDc-Inserm. Une sous-évaluation est estimée à 10%. Elle est due aux décès dont la cause reste indéterminée, à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été transmise, ou bien au défaut de déclaration des suicides lors du codage des décès (28).

De plus les données concernant les hospitalisations pour tentative de suicide, sont à nuancer car issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO), et n'intègrent pas les données des services de psychiatrie ou les TS non médicalisées.

Synthèse :

Les comportements suicidaires ont un impact important que ce soit à l'échelle mondiale, nationale et même individuelle. On estime que pour chaque suicide, 7 personnes sont endeuillés et plus de 20 sont impactés (1).

Le suicide est évitable, c'est en ce sens que la communauté internationale est incitée par l'OMS à se mobiliser et à placer la prévention du suicide parmi les priorités nationales. Dans le cadre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, les états membres de l'OMS se sont engagés à réduire de 10% les taux de suicide d'ici 2020.

Les mesures préconisées visent à :

- *Restreindre l'accès aux moyens de suicide ;*
- *Mobiliser les services de santé pour la prévention du suicide, la détection et la prise en charge précoce des troubles mentaux et de l'usage nocif d'alcool ;*
- *Mobiliser la communauté pour apporter du soutien aux personnes vulnérables, lutter contre la stigmatisation et s'impliquer dans les soins de suivi.*

Ainsi la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool fait partie des mesures préconisées pour réduire efficacement l'incidence des comportements suicidaires.

II. La consommation d'alcool

A. Généralités

Il existe un continuum (29) entre l'usage « simple » d'alcool, associé à un niveau de risque faible, et les formes les plus sévères de troubles liés à l'usage d'alcool, avec des répercussions plus sévères.

- Non-usage ou abstinence : primaire ou secondaire ;
- Usage asymptomatique : usage simple ou à risque, pour lesquels il n'existe pas ou pas encore de conséquences manifestes ;
- Troubles liés à l'usage d'alcool : usage nocif et dépendance. Présence de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer malgré des problèmes liés aux consommations.

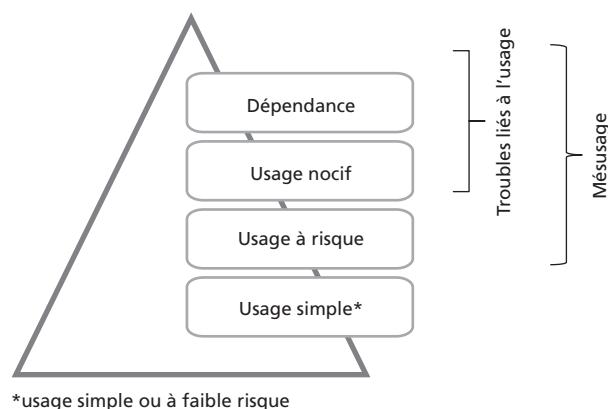


Figure 13 : Continuum entre usage simple et dépendance (29)

L'addiction (30) se définit comme un trouble caractérisé par un processus récurrent, comprenant un phénomène de consommation répétée d'intensité variable puis l'installation progressive d'une dépendance physiologique avec des phénomènes de tolérance et/ou de sevrage, d'un craving (envie irrépressible de consommer), d'une perte de contrôle, d'un déni et de la recherche du produit ou du comportement, et ce malgré les risques médicaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux encourus et connus.

Le risque de dépendance à l'alcool augmente de manière linéaire avec le niveau de consommation et serait plus élevé à partir d'une consommation de 5 verres par jour (31).

1. Facteurs de risque et de vulnérabilité

Les facteurs de risque et de vulnérabilité d'une conduite addictive sont multiples (32)(33) :

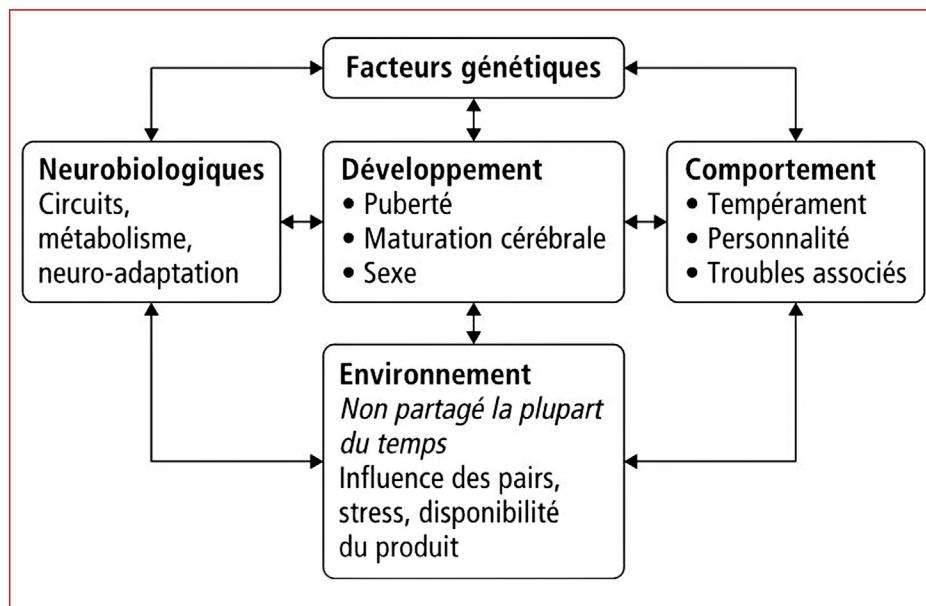


Figure 14 : Facteurs de risques et de vulnérabilité des addictions (32)

Facteurs de risques et de vulnérabilité :

- Facteurs individuels : prédispositions génétiques, mais aussi les expériences de vie négatives, stress précoce ou chronique ;
- Les premiers effets ressentis lors de l'expérimentation ;
- La précocité des consommations ;
- Le contexte de la consommation ;
- Les produits consommés ;
- La disponibilité des produits ;
- La valorisation des produits ;
- Les modalités de consommations ;
- La polyconsommation.

Facteurs de protection :

- Les connaissances vis-à-vis du produit ;
- Les compétences psychosociales ;
- Les relations avec les proches ;
- L'insertion sociale ou professionnelle.

2. Mortalité & morbidité

L'alcool serait la substance présentant le niveau de risque le plus élevé sur le plan individuel et pour la société (34).

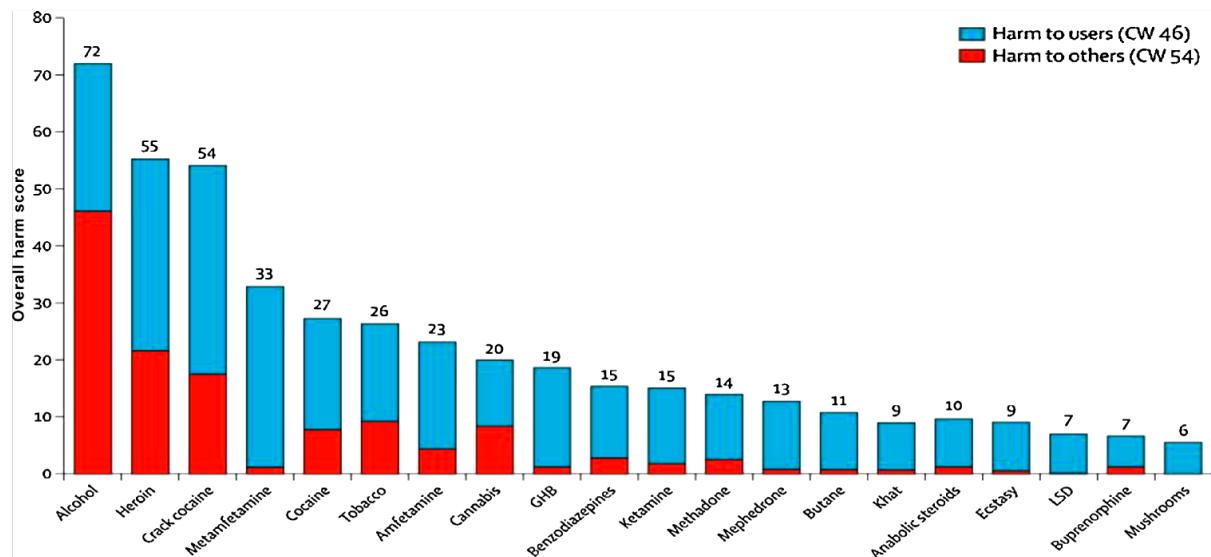


Figure 15 : Classification de la dangerosité des drogues (34)

La consommation d'alcool est impliquée dans une grande variété de troubles physiques et psychiques (35) en fonction de nombreux facteurs biologiques mais également des modes de consommation. Il existe une relation directe dose-dépendante entre le niveau de consommation en quantité, la fréquence et le risque de certaines pathologies.

L'espérance de vie chez les patients alcoololo-dépendants est globalement diminuée de 22 ans chez les femmes et de 20 ans chez l'homme (36).

Le risque de mortalité et de décès prématuré (<65 ans) augmente à partir de 30 à 40 g d'alcool pur par jour.

Parmi les décès attribuables à l'alcool, 77% seraient dus à une consommation excessive dont environ deux tiers à l'alcoololo-dépendance (37).

Les troubles liés à l'usage d'alcool sont l'une des principales causes d'incapacité et d'invalidité, derrière les troubles dépressifs (38).

3. Pathologies liées à l'alcool

La consommation d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes (39). Elle est associée au risque d'apparition de troubles mentaux et du comportementaux, de maladies non transmissibles telles que la cirrhose du foie, de certains cancers et de maladies cardiovasculaires, ainsi qu'à des traumatismes résultant d'actes de violence et d'accidents de la circulation. On retrouve également un lien entre consommation d'alcool et l'incidence de maladies infectieuses telles que la tuberculose, le VIH. L'alcool est aussi responsable de syndrome d'alcoolisation fœtale et de complications liés à la prématureté.

Une proportion importante de la morbidité attribuable à la consommation d'alcool provient des traumatismes intentionnels ou non intentionnels, dans le cadre d'accidents de la circulation routière, de violence ou de suicides.

Les effets néfastes de la consommation d'alcool sur la santé et la société résultent de trois mécanismes principaux interdépendants (40) :

- Les effets toxiques directs de l'alcool sur l'organisme du consommateur à l'origine de nombreuses pathologies ;
- Par l'intoxication aiguë et les effets psychoactifs de l'alcool dans les heures qui suivent la consommation, sur l'agressivité, l'impulsivité et les traumatismes ;
- Le développement d'une dépendance à l'alcool : altère la maîtrise de soi, souvent à l'origine des troubles mentaux liés à l'alcool, tels que la dépression ou les psychoses, mais également de problèmes sociaux.

B. La consommation d'alcool dans le monde

En 2016 selon l'OMS (39), la consommation d'alcool au niveau mondial était estimée à 6.4 litres d'alcool pur par an et par habitant de 15 ans et plus, soit 13.9 grammes d'alcool pur par jour, consommation stable depuis 2010.

L'abus d'alcool aurait entraîné plus de 3 millions de décès et représenterait plus de 5.3% de la totalité des décès au niveau mondial.

La charge mondiale des maladies et traumatismes attribuables à l'alcool, tels que mesurés par les années de vie ajustées sur l'incapacité (*Disability Adjusted Life Years : DALY*), était de 5.1%.

Chez les hommes, l'alcool était responsable de 2.3 millions de décès, soit 7.7% des décès et de 106.5 millions de DALY (7.6%). Chez les femmes, la mortalité due à l'alcool était de 0.7 millions, soit 2.6% de la mortalité mondiale et 26.1 millions de DALY (2.2%).

1. Modes de consommations d'alcool

En 2016 (39), 43% de la population mondiale âgée de 15 ans et plus consommait de l'alcool au cours des 12 derniers mois.

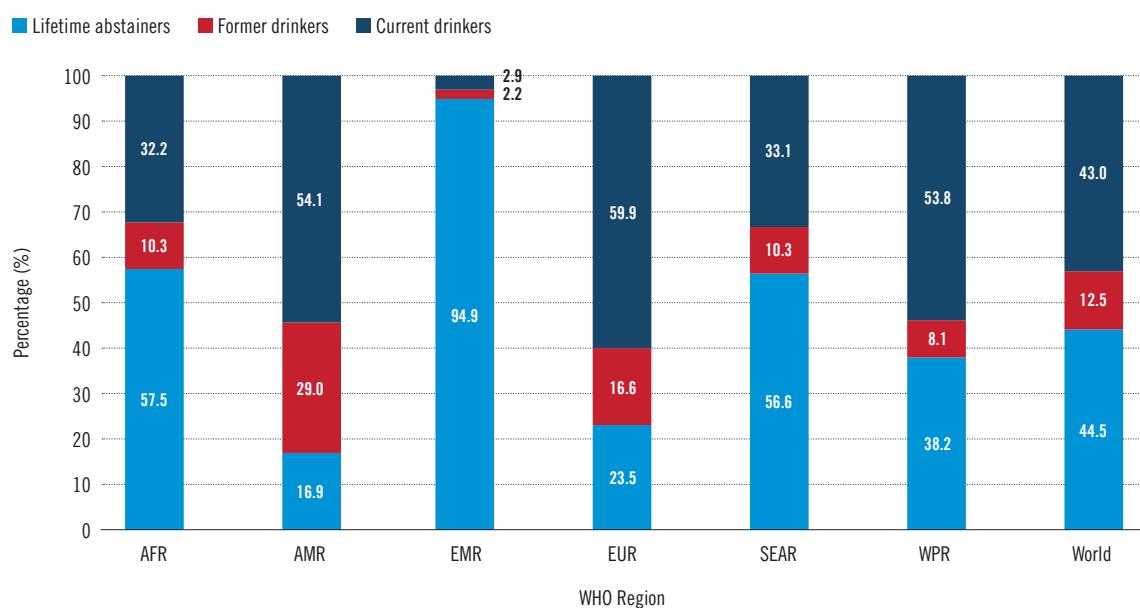
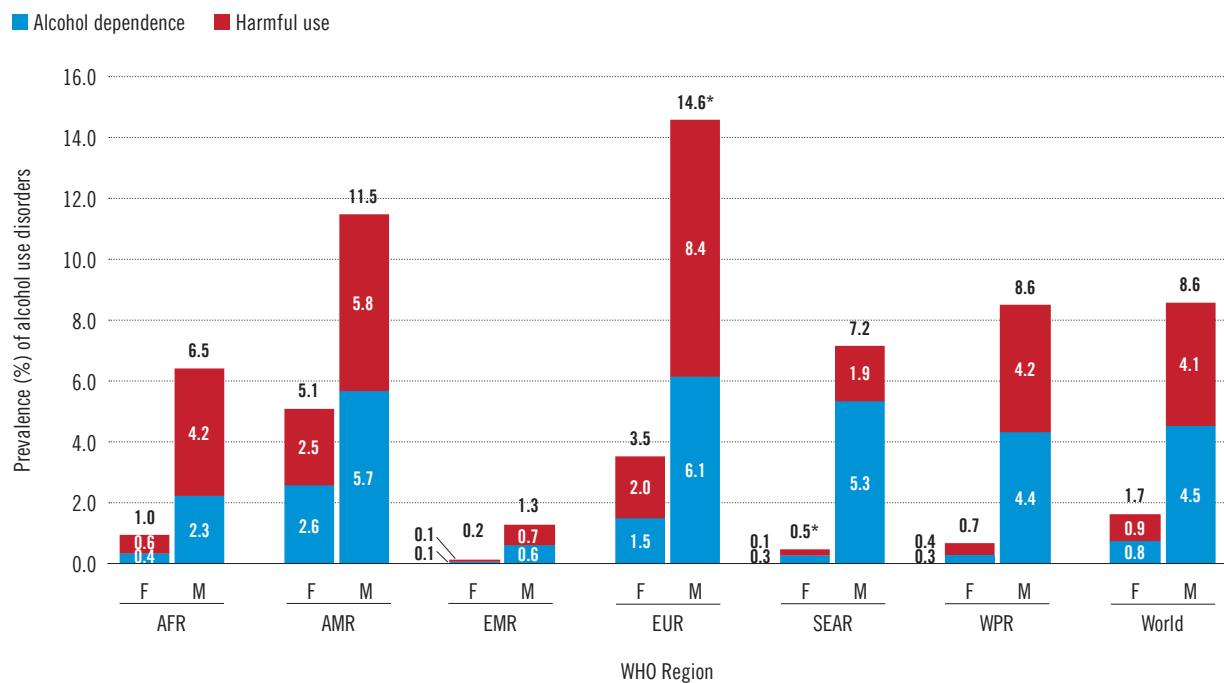


Figure 16 : Pourcentage de consommateurs d'alcool, d'anciens consommateurs et d'abstinent dans le monde, par région de l'OMS, 2016. (39)

Les troubles liés à l'usage d'alcool (*Alcohol Use Disorder* : AUD) concernaient environ 283 millions de personnes de 15 ans et plus, soit 5.1% de la population mondiale. Cela représentait respectivement 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes.

La dépendance à l'alcool était estimée à 2.6% de la population, et ce particulièrement sur le continent Américain (4.1%) et Européen (3.7%).



F = Female; M = Male.

* Note: The discrepancy between categories and total number can be explained due to rounding of numbers.

Figure 17 : Prévalence (%) des troubles liés à l'usage d'alcool dans le monde, par sexe et région de l'OMS, 2016. (39)

La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (API ou Heavy Episodic Drinking : HED), définie comme 60 grammes ou plus d'alcool pur en une occasion au moins une fois par mois, a diminué, passant de 22.6% en 2000 à 18.2% en 2016 dans la population générale. Mais elle reste élevée parmi les consommateurs d'alcool, particulièrement dans les régions d'Europe de l'Est.

Comme le montre la figure 18, la richesse économique des pays est associée à une consommation accrue d'alcool et à une prévalence élevée de consommateurs. De même, les troubles liés à l'usage d'alcool sont plus courants dans les pays à revenu élevé.

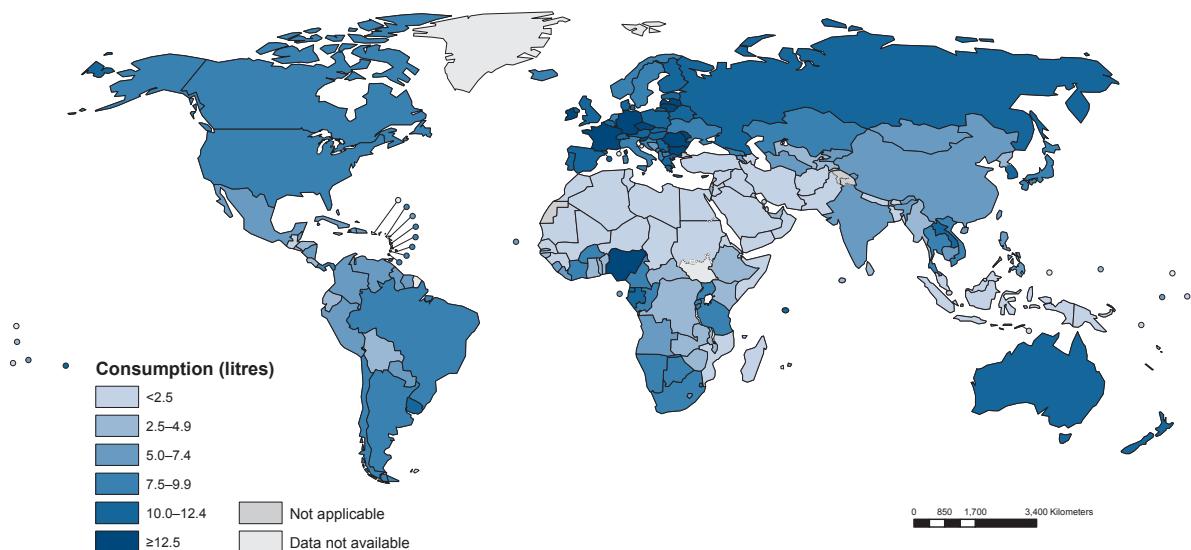


Figure 18 : Consommation d'alcool per capita dans le monde (en litres d'alcool pur par habitant), 2016. (39)

Dans les toutes les régions du monde, la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes a diminué, elles sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à consommer. De plus, parmi les consommatrices les quantités d'alcool ingérées sont moins importantes.

Dans le monde, les spiritueux représentent 45% de la consommation totale d'alcool, suivi de la bière (34%), et du vin (12%). Les principaux changements depuis 2010 ont eu lieu en Europe avec une diminution de la consommation de spiritueux au profit du vin et de la bière.

2. Mortalité attribuable à la consommation d'alcool

À l'échelle mondiale, l'alcool était responsable de 7.2% de la mortalité prématuée et plus des trois quarts des décès concernaient les hommes. C'est la 7^e cause de décès prématués et d'invalidité.

La consommation d'alcool entraîne des décès et des incapacités relativement tôt dans la vie. Dans la tranche d'âge 20-39 ans, près de 25% du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool. C'est le premier facteur de risque de mortalité prématuée et d'incapacité parmi les 15-49 ans (41).

En 2016 (39), parmi les décès attribuables à l'alcool, 28.7% étaient dus à des traumatismes, 21.3% à des pathologies digestives, 19 % à des maladies cardiovasculaires, 12.6% à des cancers, et le reste des décès étaient consécutifs à des maladies infectieuses, à des troubles mentaux ou à d'autres affections.

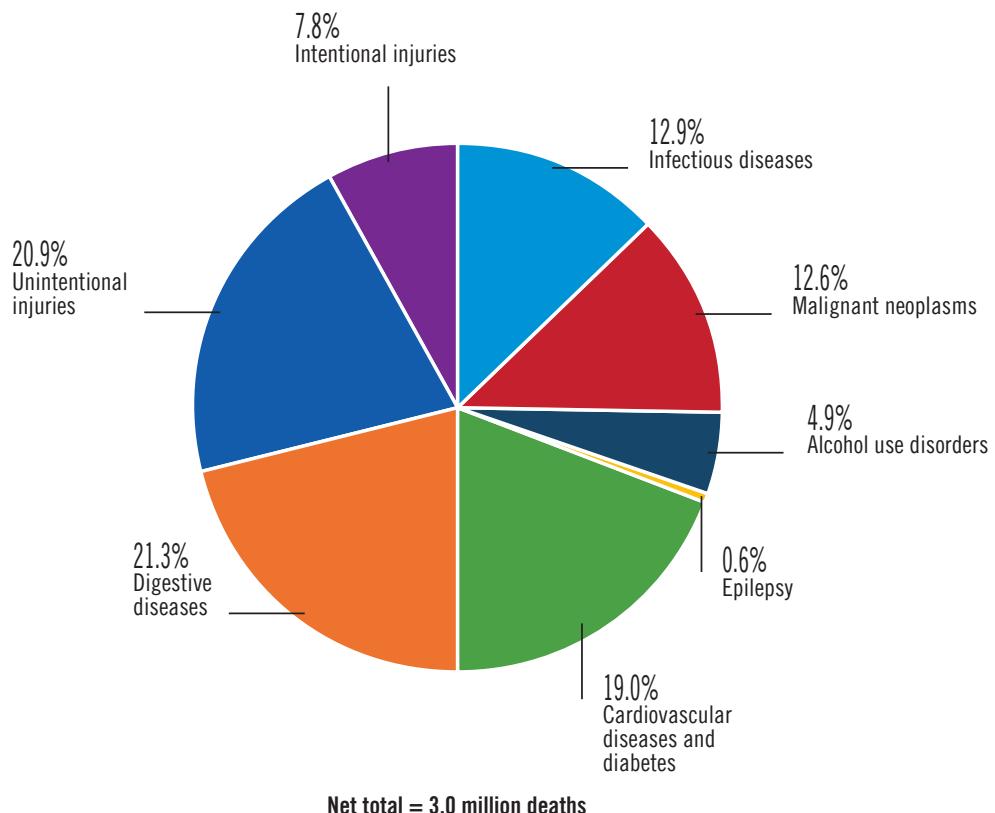


Figure 19 : Pourcentages de décès attribuables à l'alcool dans le monde par catégories de maladies, 2016 (39)

La mortalité due à la consommation d'alcool est supérieure à celle provoquée par des maladies telles que la tuberculose, le VIH/sida et le diabète.

3. Évolution de la consommation d'alcool

Depuis les années 2000, le pourcentage de buveurs dans le monde a diminué de près de 5%, passant de 47.6% à 43% en 2016. En revanche, la consommation totale d'alcool par habitant de 15 ans et plus est passée de 5.5 litres d'alcool pur en 2005 à 6.4 litres en 2016.

Comme le montre la figure 20, la consommation d'alcool est très variable selon les régions. Elle est en hausse dans les régions d'Asie du Sud-Est (30% depuis 2010), ou bien en baisse comme en Europe (-12%).

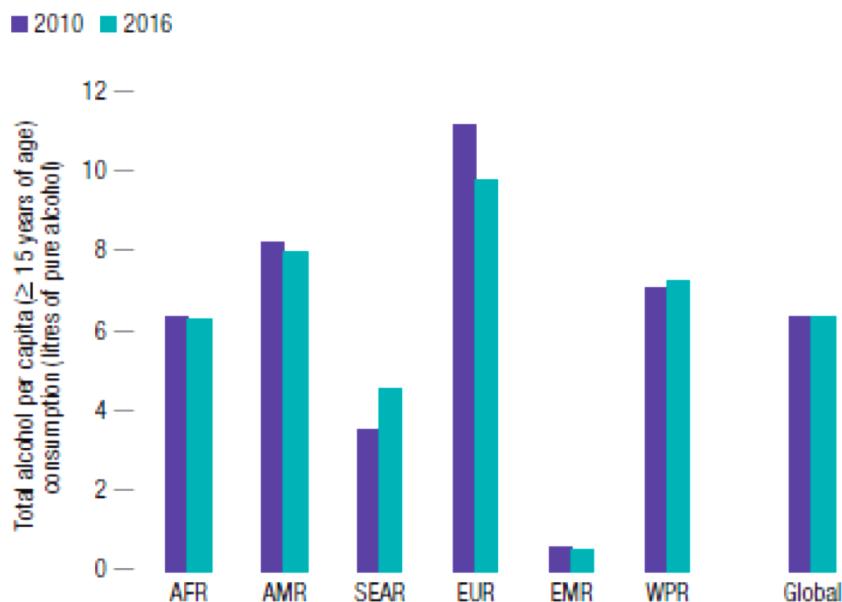


Figure 20: Tendances de consommation d'alcool par habitant de 15 ans et plus dans le monde, par régions de l'OMS, entre 2010 et 2016. (42)

La proportion des décès attribuables à l'alcool a légèrement diminué depuis 2010, tandis que la proportion de DALY est restée relativement stable.

Malgré une diminution de la prévalence des fortes consommations d'alcool et du nombre de décès liés à l'alcool depuis 2010, la charge globale des maladies et des traumatismes causés par l'abus d'alcool atteint un niveau important, particulièrement dans la région européenne et des Amériques.

C. Consommation d'alcool en Europe

En 2016 (39), dans la région européenne, l'alcool a toujours un impact important sur la population et ce malgré une baisse de la consommation d'alcool de plus de 10% entre 2010 et 2016.

La proportion de décès et de DALY attribuables à la consommation d'alcool était la plus élevée à l'échelle mondiale. Elle représentait 10.1% de tous les décès et 10.8% de toutes les DALY.

La consommation d'alcool par habitant était la plus élevée à l'échelle mondiale, avec 9.8 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus. La prévalence de la consommation d'alcool était de 59.9% chez les 15 ans et plus.

Depuis les années 2000, le pourcentage de consommateurs a diminué d'environ 10.2%, passant de 70.1% à 59.9%, en raison d'une augmentation de la proportion d'anciens consommateurs (+6.7%) et du taux d'abstinentes (+3.5%).

La consommation d'alcool est passée de 12.3 litres en 2005 à 9.8 litres en 2016. Cette diminution concerne les trois quarts des pays de la région, mais particulièrement les pays de l'Est (Ex républiques soviétique : Russie, Moldavie ou bien Biélorussie).

En Europe, la prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool était la plus élevée à l'échelle mondiale. Elle concernait 66.2 millions de personnes de 15 ans et plus, soit 8.8% de la population. La prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool était de 14.8% chez les hommes et 3.5% chez les femmes. La dépendance à l'alcool était élevée et concernait 3.7% de la population.

L'alcool est le quatrième facteur de risque de morbidité et de mortalité, après le tabagisme, l'hypertension artérielle et le surpoids. Elle serait responsable d'un décès sur 7 chez les hommes et un décès sur 13 chez les femmes (37).

En Union européenne seulement 10% des patients alcoolo-dépendants sont traités, mais l'alcool est à l'origine de nombreux recours aux soins (43).

D. Consommation d'alcool en France

La France est parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde.

En 2017 (44), la consommation d'alcool restait à un niveau élevé par rapport aux années précédentes. La quantité d'alcool pur consommée par habitant de 15 ans et plus était estimée à 11.7 litres. Soit 26 grammes d'alcool pur par adulte et par jour.

1. Modes de consommations

En 2017 (44), 86.5% des personnes de 18 à 75 ans déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année, 40% au moins une fois par semaine, et 10% consommaient de l'alcool quotidiennement.

L'écart de consommation d'alcool entre les hommes et les femmes est d'autant plus marqué que la fréquence de consommation augmente. La consommation moyenne d'alcool par jour est de 2.8 verres chez les hommes contre 1.8 chez les femmes.

La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (API), consommation de plus de 6 verres en une même occasion, était de 35.2% dans l'année et de 4.6% au moins une fois par semaine, et ce particulièrement chez les hommes (sex-ratio respectivement de 2.3 et 4.7).

1 personne sur 5 déclarait avoir connu une ivresse dans l'année. Les ivresses régulières concernent principalement les jeunes de 18 à 24 ans (19.4%).

63.4% des 18-75 ans déclarent avoir été ivres au cours de leur vie, 20.7% au cours des 12 derniers mois et 4.1% au moins 10 fois dans l'année.

En France 4.7% des hommes et 2.9% des femmes remplissent les critères d'alcooldépendance.

On note de grandes disparités à l'échelle nationale sur les volumes consommés, ainsi 49% de la population consommerait 3% de volume total de l'année, tandis que 10% de la population consommerait 58% du volume annuel.

En France, le vin représente 58% de la consommation totale d'alcool, suivi des spiritueux (21%) et de la bière (19%) (45).

En France, le coût social de l'alcool est estimé à 120 milliards d'euros (45).

2. Consommation d'alcool selon l'âge

Comme le montre la figure 21, la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois fluctue selon les classes d'âge (44), ainsi la part des API est de 54.1% parmi les 18-24 ans puis décroît régulièrement avec l'âge atteignant 19.7% chez les 65-75 ans.

À l'inverse, la consommation quotidienne d'alcool est de 2.3% chez les 18-24 ans et augmente régulièrement pour atteindre 26% chez les 65-75 ans.

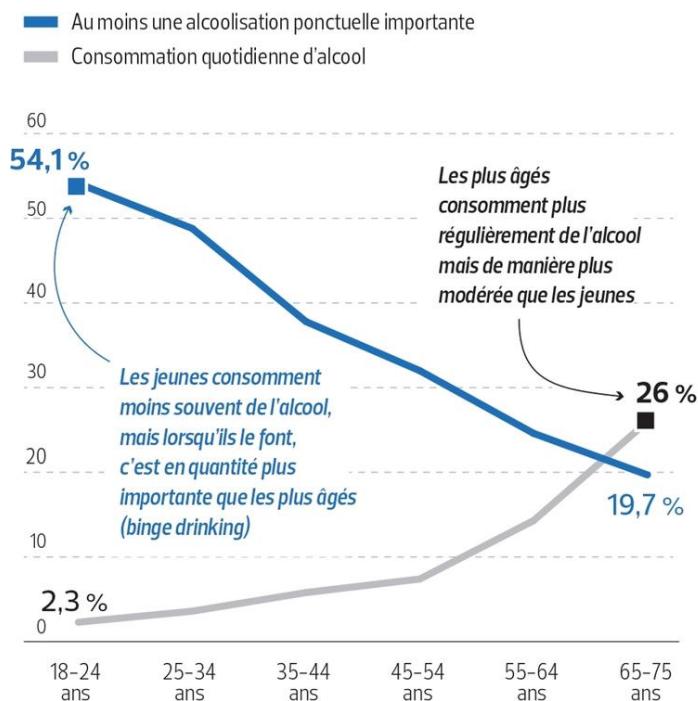


Figure 21 : Pourcentage de consommateurs d'alcool en France selon l'âge, 2017 (46)

Les plus jeunes consomment plus d'alcool par occasion, mais ont moins d'occasions que les plus âgés. Les ivresses aiguës sont de plus en plus fréquentes chez les moins de 25 ans, notamment avec le développement du « binge drinking » depuis la fin des années 90.

3. Mortalité attribuable à la consommation d'alcool

En France, l'alcool était responsable de 7% des décès chez les 15 ans et plus, et ce malgré une diminution de la consommation depuis les années 1960. L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabagisme.

En 2015 (47), on estimait que 41 000 décès étaient attribuables à l'alcool, 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes, soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de 15 ans et plus.

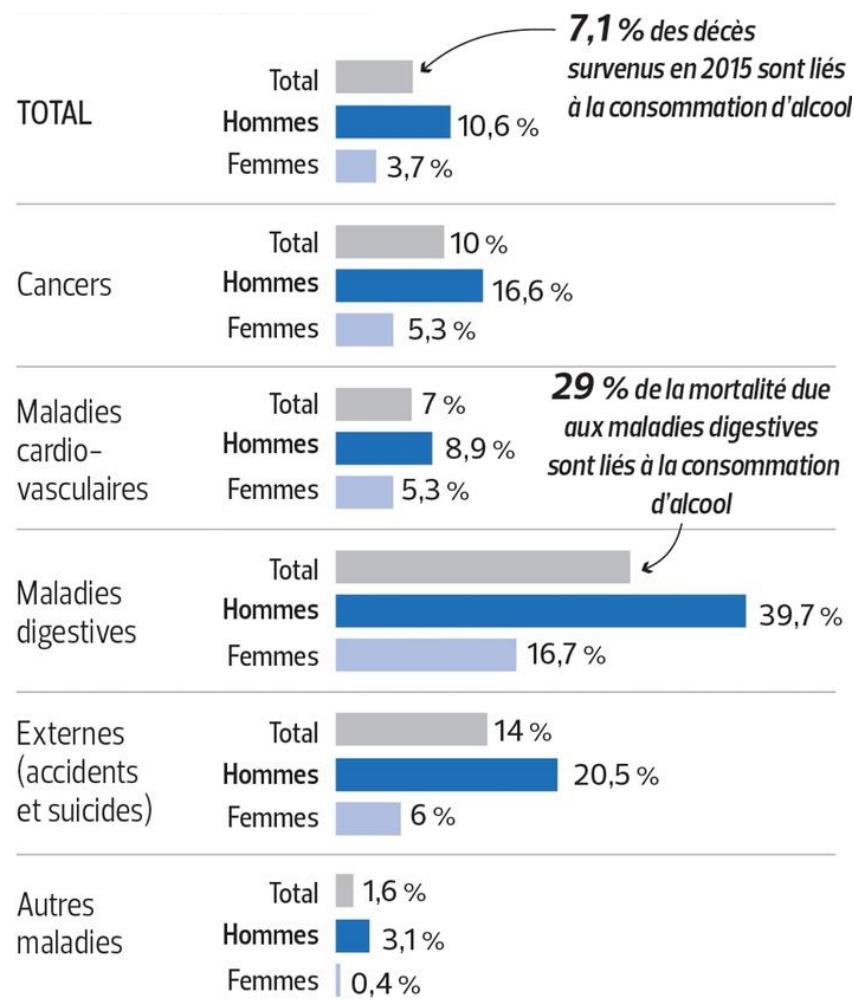


Figure 22 : Pourcentage de décès attribuables à l'alcool en France chez les personnes de plus de 15 ans, 2015 (46)

La fraction de décès attribuable à l'alcool, hors cause externe, augmente avec la dose d'alcool, 90% des décès attribuables à l'alcool sont liés à des consommations de plus de 5 verres par jour.

4. Évolution de la consommation d'alcool en France

Comme on peut le voir sur la figure 23, la consommation quotidienne d'alcool diminue régulièrement depuis 1960. Elle est passée de 24% de la population en 1994 à 10% en 2017, soit 1 adulte sur 4 début 1990 à 1 sur 10 depuis 2010.

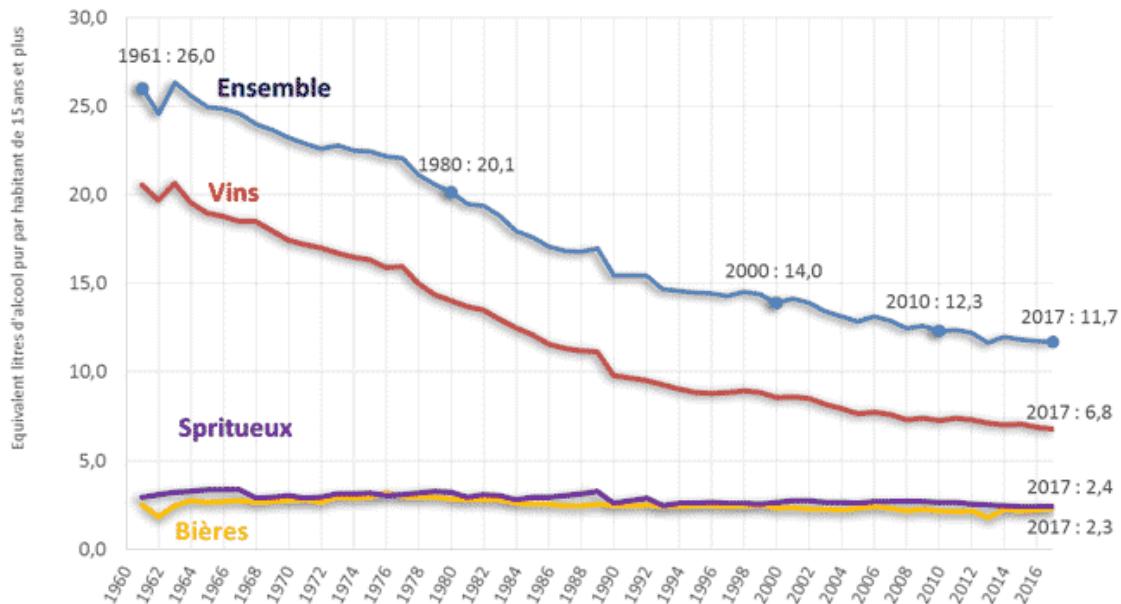


Figure 23 : Évolution de la quantité d'alcool consommée en France (en litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus), 2017 (48)

Malgré une diminution régulière du volume d'alcool consommé depuis 50 ans, passé de 26 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus en 1961 à 11.7 litres en 2017, la consommation d'alcool reste profondément ancrée dans les pratiques culturelles françaises.

La baisse constante de la consommation d'alcool en France est essentiellement liée à celle des quantités de vin.

On notera une tendance à la hausse des ivresses dans l'année (20.7%) depuis le début des années 2000.

5. Hospitalisations liées à l'alcool

En France (49), 23% des patients hospitalisés dans des hôpitaux généraux (50) et 25 à 50% des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie présenteraient un usage à risque d'alcool. Des fréquences comparables sont retrouvées au niveau européen (43).

En 2012, les hospitalisations pour prise en charge d'une alcoolisation aiguë ou d'une dépendance à l'alcool étaient plus nombreuses que celles pour prise en charge du diabète, une des pathologies considérées comme induisant le plus d'hospitalisations. 2.2% de l'ensemble des séjours hospitaliers dans les services de médecine/chirurgie/obstétriques (MCO) étaient liés à l'alcool, particulièrement en lien avec des intoxications aiguës ou des complications (84%) plus qu'au traitement de la dépendance à l'alcool (16%).

En psychiatrie, 10.4% du total des journées et 3.7% des actes ambulatoires sont en lien avec l'alcool. On estime que 68% des séjours sont liés au traitement de la dépendance.

Le coût des maladies directement associées à l'alcool est estimé à près de 2.64 milliards d'euros en 2012, soit 3.6% de l'ensemble des dépenses hospitalières, coûts probablement sous-estimés.

En 2011 (51), le réseau Oscour (*Organisation de la surveillance coordonnée des urgences*) estimait que 30% des passages aux urgences seraient en lien direct (15-20%) ou indirect avec une consommation d'alcool, dont 1% pour une intoxication éthylique aiguë. 17% chez les personnes âgées de 15 à 24 ans.

Les problématiques liées à l'utilisation d'alcool sont fréquentes dans les services d'accueil urgences (SAU), que ce soit pour des alcoolisations aiguës ou bien pour des troubles en rapport avec une consommation chronique d'alcool.

Les états d'alcoolisations aiguës sont fréquents dans les blessures, les traumatismes et accidents (50%). Ils sont aussi liés à des manifestations psychiatriques, notamment suicidaires, et concerneraient 60% des TS (52).

On estime que 80% des patients admis pour intoxication éthylique aiguë présenteraient un trouble de l'usage d'alcool (abus ou dépendance) (53).

E. Consommation d'alcool en Normandie

La Normandie est historiquement marquée par les conséquences liées aux consommations d'alcool et de tabac.

Cependant, en Haute-Normandie, en 2010 (54), on retrouvait des valeurs inférieures à celles de la France. La consommation quotidienne d'alcool concernait 8.5% des 15-75 ans. Ils étaient moins concernés par les ivresses répétées (5.6%) et présentaient moins d'API hebdomadaires que dans le reste de la France (3.2%). Le taux d'usage à risque chronique ou de dépendance était estimé à 5.7%.

En 2015, le taux de recours hospitalier en MCO pour éthylose aigu ou pour une dépendance à l'alcool s'élevait en région à 4.8 séjours pour 1 000 habitants contre 3.2 au plan national. Le territoire de Rouen-Elbeuf était particulièrement touché.

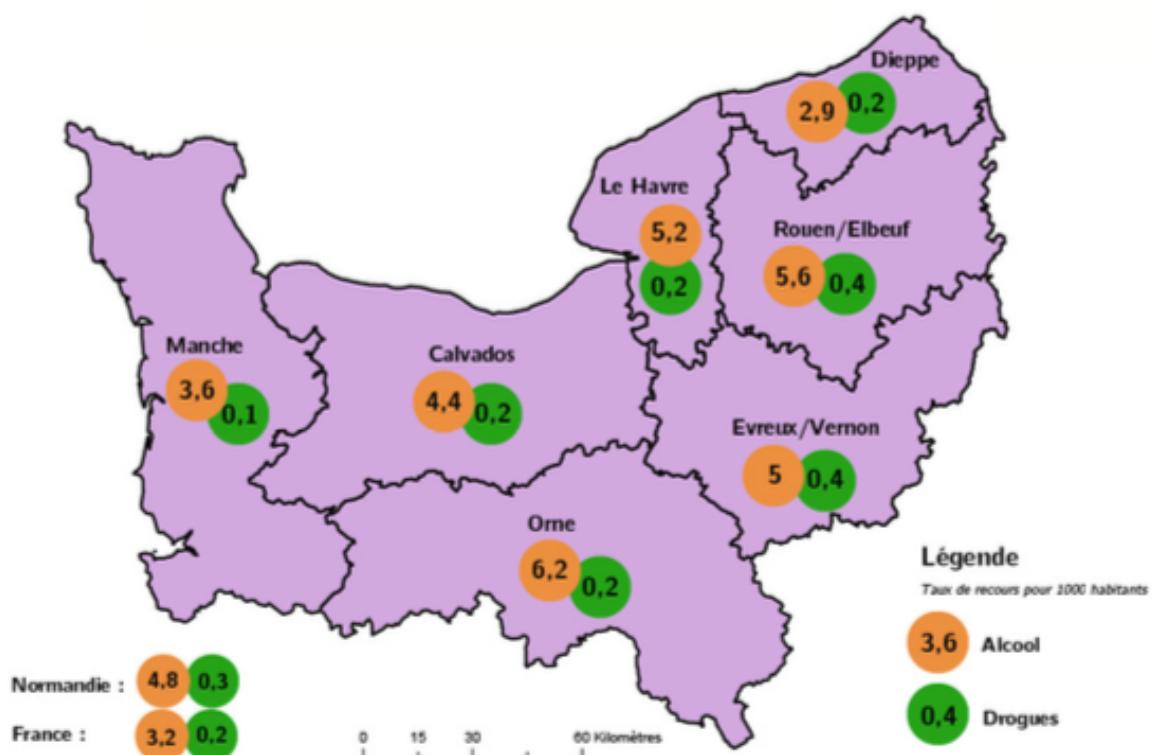


Figure 24 : Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en MCO par territoire en Normandie (pour 100 000 habitants), 2015 (54)

En Normandie, 1 242 décès en lien avec une consommation excessive d'alcool étaient recensés en moyenne chaque année entre 2011 et 2013. Un décès sur deux lié à cette consommation était survenu avant 65 ans. L'alcool serait responsable de près de 5% des décès en région.

Surmortalité significative de +28% chez les hommes et de +16% chez les femmes par rapport au niveau national. La région est en 3^e position des régions les plus touchées chez les hommes

comme chez les femmes (après les Hauts-de-France et la Bretagne). Il en est de même pour la mortalité prématuée (avant 65 ans).

Depuis le début des années 2000, la mortalité prématuée liée à une consommation excessive d'alcool a diminué de plus de 30% chez les hommes et les femmes.

Synthèse :

Malgré certaines tendances mondiales positives en matière de prévalence de la mortalité et de la morbidité liées à l'alcool, la consommation totale d'alcool par habitant reste élevée depuis 2010, et la charge de morbidité imputable à l'alcool reste importante.

Dans la région européenne, l'objectif d'une réduction de 10% de la consommation d'alcool par rapport à 2010 a été atteint en 2016.

En France, le seuil de consommation à risque est de 20g/j pour les femmes et de 30g/j chez les hommes. Depuis 2017, la Direction Générale de la Santé et la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) recommandent des seuils de consommations à risque de 100g d'alcool par semaine, en ne dépassant pas 20g d'alcool pur par jour (hommes et femmes) (55).

On retrouve de nombreuses similitudes à l'échelle mondiale comme régionale entre les comportements suicidaires et les troubles liés à l'usage d'alcool, que ce soit sur le plan épidémiologique, ou bien par son impact sur les populations, mais également par les mesures prises pour diminuer leurs incidences.

III. Comportement suicidaire & consommation d'alcool

L'abus de substances est souvent considéré comme un trouble psychiatrique, mais il peut aussi être considéré comme secondaire par rapport aux troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire), à la schizophrénie et aux troubles anxieux (27).

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide, ils sont présents dans 20 à 60% de tous les cas de suicide (56). De plus, le risque de suicide augmente si s'ajoutent d'autres troubles psychiatriques (57)(58).

On estime que près de 18% de tous les décès par suicide seraient attribuables à la consommation d'alcool, on peut imaginer qu'un cinquième des décès par suicide serait évitable si la population ne buvait pas d'alcool (59). Cependant comme nous allons le voir, la relation entre consommation d'alcool et suicide n'est pas aussi linéaire.

A. Lien entre consommation d'alcool et dépression

La plupart des troubles mentaux, notamment les troubles dépressifs, peuvent être en lien avec la consommation d'alcool, particulièrement les troubles liés à l'usage d'alcool et la consommation excessive d'alcool.

Les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool qu'en population générale. De même la dépendance à l'alcool est plus fréquente chez les sujets présentant des troubles psychiatriques (60)(61).

Des études épidémiologiques ont montré une association positive entre une forte consommation d'alcool, les troubles de l'usage d'alcool et la survenue de troubles dépressifs majeurs (62).

Plus d'un tiers des sujets avec un mésusage de l'alcool présentent au cours de leur vie une comorbidité psychiatrique (63), en particulier des troubles dépressifs majeurs, avec un risque suicidaire accru (64). La présence d'un trouble lié à l'usage d'alcool double le risque de dépression, et inversement.

Les relations entre consommations excessives d'alcool, troubles liés à l'usage d'alcool et troubles dépressifs majeurs sont de plusieurs types et ne s'excluent pas (61)(62):

- Troubles dépressifs secondaires : induits par les consommations d'alcool.
- Troubles dépressifs primaires : les personnes souffrant de troubles dépressifs sont plus susceptibles de consommer de l'alcool en plus grandes quantités et de manière plus préjudiciable. Hypothèse de « l'automédication » (65).
- Relation bidirectionnelle : causalité réciproque où les consommations d'alcool et la dépression s'aggravent mutuellement.

Tous ces mécanismes dans la littérature semblent possibles, mais le premier est le plus répandu et le plus puissant (63)(66).

1. Impact de la consommation d'alcool sur la dépression

Les patients « comorbides » ou ayant un « double diagnostic » ont un pronostic et une évolution plus sévère, que ce soit sur l'évolution de la dépression ou sur le plan addictologique (67).

Les patients présentant un double diagnostic ont une symptomatologie plus sévère avec des conséquences plus graves telles que le risque de suicide, la perte de fonctionnement social et l'utilisation de soins (60). En cas d'association à un épisode dépressif le risque suicidaire est plus important.

On retrouve un impact du volume d'alcool consommé, et non de la fréquence de consommation, sur l'importance des symptômes dépressifs (68). De plus, l'apparition d'une dépendance à l'alcool est plus précoce chez les personnes souffrant également de dépression de même que l'usage concomitant d'autres drogues est plus élevé au sein de cette population (69).

La présence d'un trouble dépressif favorise les rechutes des patients alcoolo-dépendants. L'association des troubles diminue l'observance thérapeutique. (29)

Les patients avec un double diagnostic ont un plus grand taux d'incapacité et d'invalidité, et peuvent représenter une charge économique plus élevée (70).

La dépression chez l'alcoolo-dépendant est masquée tant que l'alcool apporte le soulagement attendu. La symptomatologie dépressive s'exprime souvent sur un mode comportemental avec irritabilité, conduites à risques, comportements agressifs, conduites suicidaires, intoxications massives, réveil de l'appétence pour les substances. Les signes dépressifs classiques sont au deuxième plan (tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, perte de l'élan vital, auto-dévalorisation...). (71)

Les effets dépressogènes de la consommation régulière d'alcool sont mal connus. Ils sont probablement multifactoriels : carences en thiamine, carences en folates, diminution de la transmission gabaergique et sérotoninergique, dysrégulation de l'axe hypothalamo-cortico-surrénalien (72). La consommation excessive d'alcool entraîne également des phénomènes inflammatoires, phénomènes retrouvés dans la dépression (73).

B. Lien entre consommation d'alcool et comportement suicidaire

Dans les enquêtes post-mortem, une consommation d'alcool est retrouvée en moyenne dans 37% des cas de suicide et 40% des cas de tentative de suicide (74). On retrouve également une prévalence élevée de troubles liés à l'usage d'alcool, c'est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvé dans les autopsies psychologiques (75) .

L'ingestion médicamenteuse volontaire est la première cause de décès par suicide chez les personnes ayant des consommations chroniques d'alcool.

Par rapport à la population générale, le risque d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicide est augmenté de 2 à 3 fois chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool (76).

Le trouble de l'usage d'alcool est un facteur de risque important de comportement suicidaire, notamment d'idées suicidaires, de tentative de suicide, de suicide et est une cause importante de décès prématuré (76)(77), et ce indépendamment des autres comorbidités psychiatriques (78).

De même, la dépendance à l'alcool au cours de la vie est un facteur de risque significatif de comportement suicidaire (79). Chez des patients présentant une dépendance à l'alcool la fréquence des IDS au début du traitement était d'au moins 15% pour les femmes et de 9.9% pour les hommes. Une étude témoigne que la dépendance à l'alcool confère un risque d'IDS 4.6 fois plus élevé et un risque de TS 6.5 fois plus élevé par rapport aux individus sans dépendance.

On estime que 80% des personnes dépendantes à l'alcool ayant fait une TS l'ont fait en état d'ébriété. (80)

Les taux de mortalité par suicide associés à l'alcool sont particulièrement importants, notamment chez les femmes.

1. Impact de la consommation d'alcool sur le suicide

L'alcool aggrave le tableau clinique de dépression et intensifie le risque suicidaire. Les patients consommateurs d'alcool ont un plus grand risque de conduites suicidaires, et une plus forte probabilité de tentatives de suicide (81) et de suicide (82), augmentant le risque de mortalité (83). Les passages à l'acte suicidaire sont notamment plus fréquents au décours des ivresses aiguës.

Les travaux recensant les liens entre abus d'alcool et comportement suicidaire sont difficilement comparables. Les résultats diffèrent grandement selon le type d'étude, avec de nombreuses limites méthodologiques : faible tailles des échantillons, biais de sélection, absence de groupe contrôle... (84)(74)

La relation entre abus d'alcool et comportement suicidaire est complexe. L'agressivité, l'impulsivité, la sévérité de l'alcoolisation, le désespoir et les affects négatifs seraient des facteurs prédisposants, qui augmenteraient la vulnérabilité au geste suicidaire. Tandis que les évènements interpersonnels au cours de la vie et la dépression seraient des facteurs précipitants, qui dans un contexte particulier provoqueraient le geste suicidaire. (85)

a) Effets de l'alcool à court terme

Un abus d'alcool chez un individu non alcoololo-dépendant pourrait constituer un risque accru de suicide du fait des effets directs à court terme de l'alcool sur l'humeur, les processus cognitifs et l'impulsivité. Cet effet est particulièrement fort chez les jeunes, notamment dans le contexte d'alcoolisation massive sur une période courte (*binge drinking*).

On retrouve une association positive entre un faible niveau de dépression, la consommation d'alcool et un passage à l'acte suicidaire (86). Cette association n'est pas significative à des niveaux de dépression plus élevée où le risque de TS déjà important dépasse celui lié à l'alcool, par un effet de plafonnement.

L'influence à court terme peut être due à des effets aigus sur le contrôle de l'impulsivité et de l'agressivité, susceptibles d'accroître le risque de TS. (87)

La quantité d'alcool consommée est un facteur prédictif d'un plus grand risque de TS (88). Le risque de tentative de suicide après avoir consommé de l'alcool est environ 7 fois supérieur, et ce risque augmente jusqu'à 37 fois après une consommation importante d'alcool (88).

De même, la concentration d'alcool dans le sang est en lien avec le risque de traumatismes. Elle altère la vision, les aptitudes et capacités psychomotrices et le temps de réaction. Ces processus sont affectés négativement à partir de 0.03% d'alcoolémie dans le sang (89), et la relation dose-effet est exponentielle (90).

On retrouve une forte corrélation entre une alcoolémie élevée et des méthodes de suicide violentes. (86)

Les personnes se présentant aux urgences en état d'ébriété ont tendance à montrer une amélioration plus rapide de leurs idées suicidaires et à être hospitalisées moins longtemps. (91)(92)

b) Effets de l'alcool à long terme

Les effets de l'abus d'alcool à long terme sont relayés par les effets associés à l'humeur et aux relations sociales.

Ils peuvent être dus à des facteurs tels que les effets chroniques de l'alcool sur la dépression et le stress. (87)

D'autre part, le degré de pessimisme, de désespoir et de soutien social perçu sont des facteurs de risques chez les patients déprimés et alcooliques. D'autres traits tel que la résilience et l'optimisme sont protecteurs.

Les patients avec un trouble de l'usage de substances ont souvent des symptômes dépressifs associés et de plus un certain nombre de facteurs de stress grave (perte de relation, perte d'emploi, problèmes de santé et problèmes financiers) qui les exposent à un risque plus élevé de comportement suicidaire.

Un pourcentage considérable de suicide avec un trouble de l'usage d'alcool a récemment subi une perte ou un conflit interpersonnel. Un tiers de suicidés alcoolodépendants a vécu la perte d'une relation dans les 6 semaines précédant leur décès. Les bouleversements dans les relations interpersonnelles, les discordes familiales, les problèmes financiers et le chômage sont plus fréquents dans les suicides liés à l'alcool que chez les victimes de suicides dépressives sans alcool.

Il existe de plus des facteurs de risque partagés entre comportement suicidaire et trouble de l'usage de substances : les troubles de la personnalité (impulsivité, agressivité, désespoir, pessimisme), maltraitance dans l'enfance, la perte de revenu, les ruptures familiales.

c) Impact de l'impulsivité

La consommation d'alcool dans son association au risque de TS semble aussi liée à l'interaction entre alcool et impulsivité. De fortes consommations d'alcool peuvent augmenter le risque de TS via les conséquences personnelles et sociales. La consommation d'alcool aiguë précède souvent un passage à l'acte suicidaire, car elle conduit à un comportement impulsif augmentant le risque de geste auto-agressif. (93)

L'alcool amplifie les comportements à risque et intensifie le risque de passage à l'acte suicidaire par la « levée d'inhibition » qu'il provoque. Ainsi, il est mis en évidence une plus grande prévalence de l'usage de substances chez les personnes qui font des TS par rapport à ceux ayant seulement des IDS. (94)

Les patients ayant fait plusieurs passages à l'acte suicidaire sont cinq fois plus susceptibles d'avoir un trouble lié à l'usage de substances par rapport à ceux n'ayant que des IDS. (94)

De plus, un épisode dépressif est associé à un niveau d'impulsivité plus élevé chez les patients avec des IDS, ce qui peut conduire à une consommation d'alcool accrue et donc à un risque de suicide accru.

L'impulsivité et l'agressivité augmenteraient la vulnérabilité personnelle au suicide. Les personnes qui décèdent par suicide ont des scores plus élevés de traits de personnalité tels que l'agressivité et l'impulsivité. (95)

Synthèse :

Le lien entre intoxication éthylique aiguë, trouble lié à l'usage d'alcool ou dépendance et comportement suicidaire : IDS, TS et suicide est établi, on le retrouve dans de nombreuses études.

L'alcool peut avoir un effet à court et long terme sur le risque de comportement suicidaire.

Selon le modèle de Hufford, l'alcool peut être considéré comme un facteur de risque précipitant de comportement suicidaire :

- Majoration du sentiment de détresse psychologique, de désespoir et de solitude ;
- Majoration des comportements agressifs ;
- Majoration des idées suicidaires ;
- Réduction des stratégies de coping.

L'alcool a également un impact, réciproque, sur l'évolution des pathologies psychiatriques. L'évaluation des comorbidités addictives doit être courante dans la prise en charge des patients.

Ainsi, les efforts en matière de prévention du suicide doivent être axés sur les troubles liés à l'usage de substances, que ce soit par le dépistage ou bien par l'information des patients.

IV. Le dispositif VigilanS

VigilanS est un dispositif de soins innovant implanté depuis 2015 dans la région Nord-Pas-de-Calais sous l'impulsion du Pr Vaiva et soutenu par l'Agence Régionale de Santé. Il va à la rencontre des personnes traversant une période de vulnérabilité après un passage à l'acte suicidaire.

Après une tentative de suicide et dans certains cas une hospitalisation, les patients retrouvent leur quotidien, avec leurs difficultés. C'est dans ce contexte qu'intervient le dispositif VigilanS, pour rester « en veille » auprès de ces personnes fragilisées, pour maintenir le lien et leur permettre un accompagnement personnalisé, et leur montrer qu'ils ne sont pas seuls pour traverser cette période sensible.

Ce dispositif de recontact des suicidants est destiné à prévenir la récidive suicidaire, il s'appuie sur les structures locales de soins, et propose d'en améliorer la coordination et d'aider à tisser un réseau autour de la personne en crise suicidaire.

A. Origines de la veille suicidaire

Un geste suicidaire correspond à une volonté de changement vécue comme impossible et qui se solde par une rupture brutale. L'intérêt d'un dispositif de recontact réside dans la proposition d'un changement tout en retissant du lien avec autrui (96).

Après un geste suicidaire, la grande majorité des patients quittent l'hôpital après un temps de séjour relativement court. L'adhésion des patients suicidaires au suivi est faible, particulièrement à la sortie des urgences où l'acceptation par le patient d'un suivi psychiatrique est difficile et reste de l'ordre du compromis entre le médecin et son patient.

Il existe un haut risque suicidaire des patients à la sortie du système de soin, d'autant plus s'ils présentent une pathologie psychiatrique (97).

Depuis les années 2000, de nouvelles propositions de soins pour les suicidants ont été évaluées. Parmi elles, deux types d'interventions ont montré leur efficacité :

- Les interventions consistant en une prise en charge intensive après un geste suicidaire (98)(99): intervention d'une infirmière au domicile du patient dans les suites d'une tentative de suicide, ou bien par des interventions psychothérapeutiques brèves dans les mois suivant la sortie du patient des urgences pour TS. Ces interventions intensives ont démontré leur efficacité mais ont comme inconvénient leur coût financier et la nécessité d'une organisation lourde pour le déploiement sur un territoire.

- Les dispositifs de veille se développent depuis une vingtaine d'années. Ils n'envahissent pas le quotidien du suicidant, s'inscrivent en parallèle d'une éventuelle prise en charge quand elle est indiquée et proposent des outils ou des recours fiables et efficaces en cas de crise suicidaire (100). L'objectif étant de maintenir un contact régulier avec les patients à risque de récidive suicidaire (101).

En 2013, Du Roscoat (101) posait les prérequis nécessaires à un système de veille efficace : un maintien du contact actif, non laissé à la seule initiative du patient, un contact régulier dans la durée et personnalisé.

Un dispositif de veille est beaucoup moins lourd financièrement qu'une intervention intensive, et est plus généralisable à un territoire. Il est applicable à l'ensemble des suicidants et peut se révéler efficient dans la prévention de la récidive suicidaire (102). Il ne se substitue pas aux soins et cherche au contraire à les compléter.

1. Les dispositifs de veilles

- L'envoi de courriers :

Initié par le psychiatre américain Jerome Motto (103) et suivi durant plus de 15 ans. Ce dispositif a initialement été mis en place pour rester en lien avec les patients réticents ou refusant le plan de soins défini pendant l'hospitalisation. Il vise à maintenir le contact avec ces patients au moyen de l'envoi régulier de lettres s'inquiétant de leur santé, de leur devenir, et ce de manière personnalisée. Ce dispositif a montré une réduction significative de la mortalité par suicide et ce durant plusieurs années après l'intervention.

Motto développe la notion de « connectedness ». Le patient se rend compte qu'une personne reste concernée par lui et son existence, et maintient des sentiments positifs à son égard.

- L'envoi de cartes postales :

Dispositif d'envoi de cartes postales (104) durant l'année suivant le geste suicidaire, avec un message identique. On retrouve un effet plus marqué chez les sujets récidivants avec moins de récidives de gestes suicidaires.

- « Crisis Card » ou « Cartes ressources » :

Remise à chaque patient suicidants d'une « carte ressource » mentionnant un numéro d'appel disponible 24h/24 (105). Celles-ci ont permis une diminution de la récidive suicidaire, notamment chez les patients primosuicidants.

- Recontact téléphonique des suicidants :

L'étude SYSCALL menée par l'équipe du Professeur Vaiva en région Nord Pas-de-Calais (106), mesurait l'impact d'un recontact téléphonique systématique après une TS sur la récidive précoce. Elle évaluait l'impact d'un recontact téléphonique à 1 ou 3 mois après la sortie du patient suite à une TS, pour un entretien de soutien et une réévaluation de la situation.

Le taux de récidives suicidaires dans l'année suivant le geste, était significativement plus faible après un recontact à un mois (107). De plus, à 1 an on constatait que le recontact téléphonique était bien accepté par les patients, 78.9% le considéraient comme bénéfique, 40.4% estimaient qu'il avait eu une influence positive sur leur vie. Plus d'un quart (29.4%) estimait qu'il leur avait permis d'éviter une récidive suicidaire (108).

- L'envoi de SMS :

Un dispositif d'envoi de messages piloté par le CHRU de Brest (109) est actuellement en cours d'évaluation dans une étude multicentrique. Ce dispositif consiste en l'envoi de SMS à J2, J7, J15 puis mensuellement. Ces messages se soucieront du bien-être du patient et lui rappelleront les coordonnées d'urgence en cas de besoin.

2. Élaboration d'un algorithme

Comme on vient de le voir, des programmes de recontact des suicidants ont montré leur efficacité. Chacun s'est avéré avoir des propriétés intrinsèques le rendant plus opérants sur certains patients cibles que ce soit sur le nombre de récidives, sur la baisse des sujets récidivants et sur la baisse de mortalité liée au suicide (110).

A partir de ces études, l'équipe du Professeur Vaiva a développé un algorithme de veille proposant plusieurs modalités de recontact : ALGOS (111). L'étude avait pour objectif principal de tester l'efficacité sur la récidive d'un algorithme de veille de patients suicidants dans les 6 mois suivant leur passage à l'acte et compilant différentes modalités de veille.

L'étude ALGOS déployait un algorithme différenciant la prise en charge selon que le patient soit primo-suicidant ou récidivant. Un protocole de rappels téléphoniques était mis en place pour les patients récidivants, tandis que les primosuicidants bénéficiaient d'une carte ressource.

Cette étude a démontré l'efficacité de la combinaison de plusieurs systèmes de veille dans la prévention de la récidive suicidaire, sa faisabilité à l'échelle d'une région et son acceptabilité auprès des patients (112).

Le protocole VigilanS est issu de cet algorithme (113).

B. Mise en place du dispositif VigilanS

Les objectifs du dispositif VigilanS sont multiples :

- Contribuer à la baisse de la mortalité et de la morbidité suicidaires (récidives), dans une population de sujets suicidants,
- Harmoniser les pratiques de soins régionales en proposant des réseaux d'alerte et des procédures de réponse innovantes réplifiables aux situations de crises suicidaires détectées,
- Coordonner l'action des différents partenaires de santé autour du patient,
- Maintenir un lien avec le patient suicidant, après les soins immédiats, sans se substituer à un système de soins.

1. Déroulement du dispositif

Tous les patients suicidants sont concernés par le dispositif (114): patients « survivant à un geste suicidaire » ou à un « geste auto-infligé, potentiellement préjudiciable, avec un résultat non mortel pour lequel il existe des preuves (explicites ou implicites) de l'intention de mourir ».

Après une tentative de suicide, le service ayant pris en charge la personne dans l'urgence, signale au dispositif VigilanS la sortie de ce dernier, via un formulaire d'entrée avec les informations essentielles concernant le patient et son geste.

Une « carte ressources prévention » est alors remise au patient, comportant un numéro d'appel gratuit et le numéro du Samu, ainsi qu'une lettre d'information indiquant les modalités du dispositif.

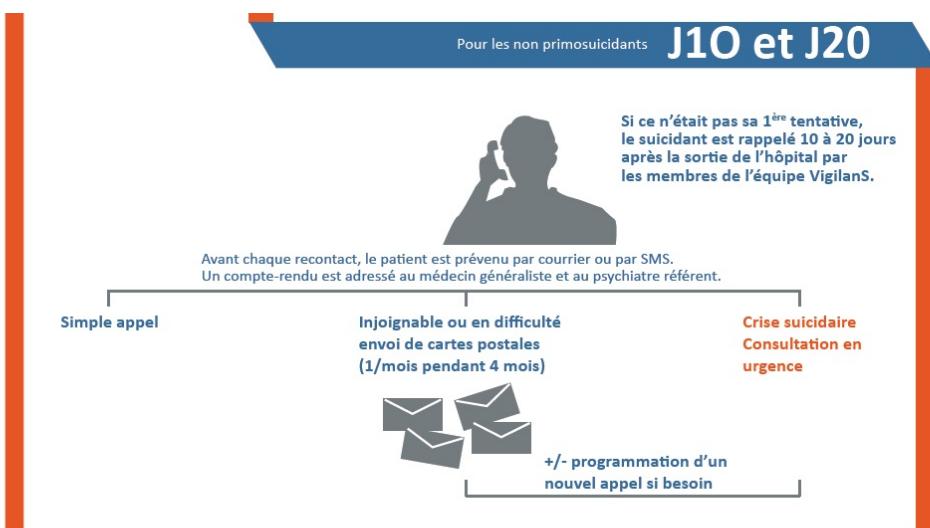
VigilanS informe par courrier les partenaires de soins identifiés (médecin généraliste et/ou psychiatre référent) de la mise en place du dispositif de veille, avec une plaquette de présentation du dispositif comportant un numéro dédié aux professionnels de santé.



Appels à J10-21 après la sortie de l'hôpital des sujets non primosuicidants par l'équipe de « VigilanSeurs », qui évalue l'état psychique du patient.

À ce moment, quatre cartes postales personnalisées sont envoyées dans les mois suivants si le patient ou son entourage sont enjoignables ou bien si le patient est jugé préoccupant. Un courrier de liaison est adressé aux partenaires de soins avec un compte rendu d'appel ou pour les informer que le sujet est enjoignable.

Si un sujet contacté se trouve en difficulté, VigilanS organise les recours adaptés.



Appel à 6 mois pour tous les suicidants, dans l'optique d'un bilan clinique et d'évaluation en vue de la clôture du dispositif, et si besoin de prolonger la veille pendant 6 mois. Cet appel est aussi le moment d'évaluer la satisfaction globale vis-à-vis du dispositif.

S'il survient une récidive suicidaire au cours des 6 mois de veille, le patient est de nouveau inclus dans le dispositif.



2. « VigilanSeurs »

Le « VigilanSeur » (115) a une place prépondérante dans le dispositif et auprès du patient, que ce soit durant les appels de J10-21, à 6 mois, ou lors des appels entrants.

Leur rôle est d'évaluer l'état de santé actuel du patient et de vérifier l'adéquation du projet de soins négocié à la sortie de l'hôpital. Ils identifient les facteurs de risques et les facteurs protecteurs d'un éventuel nouveau passage à l'acte. Ils évaluent la présence et la qualité de l'étayage familial et amical, l'accès et l'observance aux soins.

Ils sont amenés à gérer des situations de crises, pour en identifier et mobiliser les ressources de proximité, orienter vers des professionnels en fonction des besoins du patient. Ils sont aussi en lien avec les familles et les partenaires professionnels pour l'accompagnement des patients.

Le recontact téléphonique ne doit pas être considéré comme un entretien de suivi mais comme une procédure d'incitation aux soins chez les patients en souffrance et de réassurance chez les autres qui sont dans une phase de réaménagement psychosocial après leur geste (108).

3. Évaluation du dispositif VigilanS

Lancé par l'ARS en septembre 2014, VigilanS ouvre le 1^{er} site à Boulogne en février 2015, progressivement rejoins par tous les sites hospitaliers accueillant des suicidants de la région Nord Pas-de-Calais. 2016 sera la première année où la quasi-totalité des sites sont inclus dans le dispositif.

En 2015 (116), VigilanS enregistrait 2 039 entrées, pour 1 983 personnes distinctes. L'âge moyen était de 38 ans. On retrouvait un antécédent de TS dans 52% des cas. La probabilité de récidive à 6 mois était alors de 2.7% chez les patients suivis contre 7.9% chez les patients témoins.

Le nombre d'entrées dans le dispositif était alors modeste par rapport au nombre de séjours en MCO avec un diagnostic de TS sur la même année (37%). Cependant, le programme constituait déjà un facteur protecteur significatif vis-à-vis de la récidive suicidaire, indépendamment du sexe, de l'âge et de la durée d'hospitalisation après la TS.

L'année suivante (117), 3 144 patients suicidants entraient dans le dispositif (1 188 hommes et 1 956 femmes, dont 300 mineurs). On dénombrait alors plus de 2 000 patients contactés, plus de 700 appels entrants et plus de 1 500 cartes postales envoyées.

À 6 mois, 34% des patients étaient perdus de vue. Le nombre de décès connus était de 20 (0.6%).

a) Impact sur la morbidité suicidaire

Sur la période 2014-2017 (118), on observait une diminution de 13% des passages aux urgences pour TS, plus marquée chez les hommes (-14%) que chez les femmes (-10%). Cette diminution était en lien avec l'implantation du dispositif VigilanS, car proportionnelle à la pénétrance du dispositif dans les différents centres.

On notera une baisse des tentatives de suicides de 20% chez les patients n'ayant jamais commis de geste suicidaire. Baisse pouvant s'expliquer par un phénomène de « contagion », la mise en place de VigilanS mobilisant les ressources locales pour la prévention du suicide.

b) Impact sur la mortalité par suicide

On observerait une diminution de la mortalité par suicide (117), 9.9% de morts évitées entre 2012-2014 et 2015-2016. Cette diminution concernait les hommes (-12.1%) et non les femmes (+0.3%). Ces données sont confirmées par le CépiDc où l'on retrouve une diminution de la mortalité par suicide de 18% entre 2012 et 2016 dans la région Nord Pas-de-Calais (119).

Au cours de l'année 2016 (120), 0.4% des patients inclus sont décédés par suicide. Le taux observé de mortalité était significativement inférieur au seuil attendu (1-2%). Le dispositif se révèle protecteur en termes de mortalité par suicide.

Les décès interviennent majoritairement dans les jours suivant la sortie de l'hôpital, ou bien à distance de la veille.

c) Impact sur la récidive suicidaire

6 mois après le premier séjour pour TS, la probabilité d'une récidive était de 4.1% pour les patients inclus dans le dispositif VigilanS contre 6.8% pour les patients de la région voisine (Picardie). Les patients pris en charge dans la région voisine ne disposant pas du dispositif avaient un risque de récidive 1.7 fois plus élevé que les personnes suivies dans VigilanS.

L'implantation du dispositif VigilanS depuis 2015 dans la région Nord-Pas-de-Calais montre une diminution globale des indicateurs de conduites suicidaires.

C. Le dispositif VigilanS en Haute-Normandie

Comme nous avons pu le voir, la Normandie demeure parmi l'une des régions les plus impactées en termes de mortalité par suicide.

Pour faire face à cet enjeu de santé publique, l'Agence régionale de santé de Normandie déploie depuis 2016 le dispositif VigilanS destiné à la prévention de la récidive suicidaire.

En fonctionnement depuis mars 2017, le dispositif VigilanS Eure Seine-Maritime est composé d'un psychiatre coordonnateur, d'une équipe de quatre infirmiers sur la plateforme téléphonique du SAMU 76, de 2 secrétaires pour un total de 2 ETP et de 0.2 ETP médecin.

Synthèse :

VigilanS en apportant une réponse, au moins partielle à la douleur psychologique, tente de renforcer la notion de « connectedness » ou de « rester en lien » perçu par le sujet comme l'impression de « compter pour quelqu'un d'autre ».

Ce dispositif s'appuie sur les structures de soins existantes dans la région, pour améliorer la coordination et aider à tisser un véritable réseau autour de la personne en crise suicidaire.

Il permet de plus de mieux appréhender les phénomènes suicidaires et de décrire plus spécifiquement les mécanismes sous-jacents à l'œuvre dans ce type de dispositif, avec l'objectif de toujours mieux personnaliser la veille.

En France, à ce jour 6 régions sont concernées par le dispositif VigilanS (Nord Pas-de-Calais, Normandie, Bretagne, Jura, Languedoc-Roussillon, Martinique). Agnès Buzin, ministre des solidarités et de la santé, a réaffirmé le 24 janvier 2019 lors du 16^{ème} congrès de l'Encéphale (121) son souhait de voir ce dispositif se généraliser sur l'ensemble du territoire national d'ici 2020.

Deuxième partie : Étude pratique

I. Problématique

Il existe de nombreuses études s'intéressant à l'association entre alcoolisation aigue et tentative de suicide. Ce lien est établi, cependant de nombreuses données sont contradictoires et certains éléments restent à éclaircir.

Par ailleurs, peu d'études évaluent le devenir des patients suite à une tentative de suicide, et notamment le risque de récidive suicidaire.

Que ce soit la consommation d'alcool ou les tentatives de suicide nous sommes sur deux problématiques prises individuellement ou conjointement, très fréquemment rencontrées en psychiatrie, mais également dans les autres spécialités que ce soit en urgence ou au cours du suivi des patients.

Dans cette étude, nous avons décidé d'étudier l'association entre consommation d'alcool et tentative de suicide. Pour ce faire, nous sommes partis des patients inclus dans le dispositif VigilanS au cours d'une année.

Nous souhaitons savoir si dans le cas précis des tentatives de suicide cette consommation d'alcool a eu un impact que ce soit à l'inclusion, sur la prise en charge ou le devenir des patients, et notamment sur la récidive suicidaire.

Cette étude permettra, nous l'espérons, de mieux appréhender la population de suicidants localement et d'avoir un retour sur nos prises en charge.

II. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle, incluant les sujets admis dans le dispositif VigilanS de mars 2017 à février 2018.

A. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les dossiers inclus dans le dispositif VigilanS Eure Seine-Maritime de mars 2017 à février 2018 étaient admissibles dans l'étude.

Toutes les tentatives de suicide médicalisées de l'Eure et de Seine Maritime sont éligibles à une inclusion dans le dispositif VigilanS sauf refus de la part du patient.

Les critères d'exclusion retenus après analyse des dossiers ont été :

- Patients « hors secteurs » : soit les patients inclus depuis d'autres structures que celles du territoire de santé Rouen-Elbeuf ;
- Patients « mineurs » : n'ayant pas la majorité (18 ans) au moment de la tentative de suicide.

B. Recueils des données

Toutes les « fiches » VigilanS de cette période ont été consultées chronologiquement. Les données ont été recueillies rétrospectivement, anonymisées et classées dans Excel.

Les « fiches » VigilanS sont remplies par le médecin responsable du patient à l'occasion de la sortie d'hospitalisation. Elles sont transmises au secrétariat de VigilanS et permettent l'inclusion du patient dans le dispositif. Elles sont sources d'informations essentielles pour le dispositif de veille téléphonique, car elles regroupent les informations suivantes :

- Les données sociodémographiques :
 - o Âge au moment de la tentative de suicide ;
 - o Situation familiale (En couple, vit seul) ;
 - o Suivi médical et psychiatrique.
- Les informations concernant la tentative de suicide :
 - o Date de la TS ;
 - o Notion de TS antérieure ;
 - o Consommation d'alcool au cours de la TS ;
 - o Modalité de TS ;
 - o Motif de TS.

- La prise en charge :
 - o Lieu et durée d'hospitalisation ;
 - o Compromis de soins à la sortie ;
 - o Présence ou non d'un accompagnant à la sortie.

Dans un deuxième temps, ces premières informations ont été confrontées au dossier médical informatique du patient :

- Vérification de la validité des informations initiales ;
- Recueil des données manquantes ;
- Recueil des codages diagnostiques psychiatriques au cours de l'hospitalisation (diagnostic psychiatrique et méthode de suicide) ;
- Recueil des codages diagnostiques en lien avec les troubles liés à l'usage de substance psychoactives (F10-F19) sur l'ensemble du dossier ;
- Nombre de récidives au cours des 6 mois suivant l'inclusion dans le dispositif.

Dans un troisième temps, à distance de l'inclusion dans le dispositif, les données à 6 mois ont été recueillies à partir des bases de données VigilanS. Ces données sont issues du rappel des patients à J10-J21 et 6 mois, mais aussi de tout évènement intercurrent comme un appel du patient auprès du dispositif :

- Données à J10-J21 :
 - o Patients appelés ;
 - o Patients contactés avec succès ;
 - o Envoi de cartes postales ;
 - o Appel entrant.
- Données à 6 mois :
 - o Patients contactés ;
 - o Récidives depuis l'inclusion ;
 - o Suivi médical et traitement médicamenteux depuis l'inclusion ;
 - o Satisfaction vis-à-vis du dispositif ;
 - o Commentaires.

C. Hypothèses

À travers cette étude nous souhaitons comparer deux populations de suicidants, selon la consommation ou non d'alcool au moment du passage à l'acte.

Nous cherchons à démontrer si cette consommation d'alcool associée au geste suicidaire à un impact au cours des 6 mois de suivi sur le devenir des patients.

Ces données nous permettront de savoir si le dispositif VigilanS est opérant pour cette population de patients ayant consommé de l'alcool, présentant un potentiel trouble de l'usage d'alcool.

Notre étude repose sur l'hypothèse initiale que la population de suicidants ayant consommé de l'alcool était plus à risque de récidive, car l'alcool est un facteur prédictif de tentative de suicide et de récidive.

D. Analyses statistiques

Les données ont été analysées par groupes, selon la consommation ou non d'alcool au cours de la tentative de suicide :

- Groupe alcool « OH + » regroupant les patients ayant fait une TS sous alcool ;
- Groupe sans alcool « OH - » comprenant les TS sans consommation d'alcool.

Les résultats sont présentés en valeur absolue et en pourcentage pour pouvoir faciliter la comparaison entre les deux groupes d'effectifs différents.

Des analyses univariées et multivariées ont été effectuées à partir de ces groupes.

D'autres analyses ont également été réalisées en partant de la récidive suicidaire au cours des 6 mois de suivi.

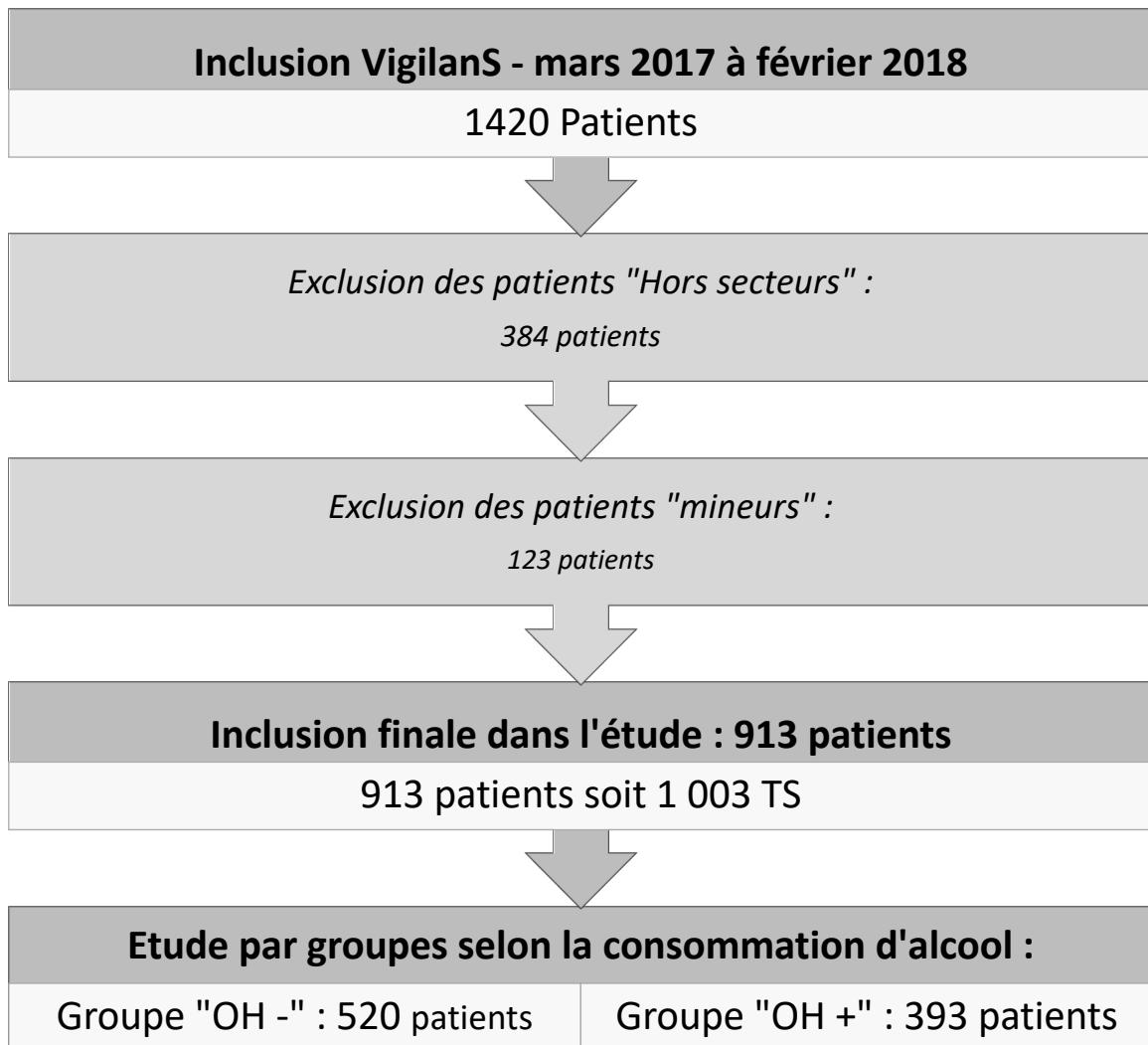
E. Considérations éthiques et consentement

Toutes les données recueillis ont été anonymisées. Conformément au dispositif VigilanS tous les patients ont été inclus avec leur consentement.

Ces données ont été recueillies uniquement en vue de la recherche et à aucun moment cette étude n'est entrée en conflit avec la prise en charge des patients.

III. Résultats

Figure 25 : Flow Chart d'inclusion dans l'étude



De mars 2017 à février 2018, 1420 patients ont été inclus dans le dispositif VigilanS.

507 patients ont été exclus de l'étude :

- 384 patients « hors secteurs » ;
- 123 patients « mineurs ».

Finalement, 913 patients ont été inclus soit 1 003 tentatives de suicide.

Dans notre étude 43% des patients ont consommé de l'alcool au cours de leur tentative de suicide.

A. Résultats descriptifs

Parmi les 913 patients inclus dans l'étude, 520 font partie du groupe sans alcool « OH - » n'ayant pas consommé d'alcool au cours de la tentative de suicide et 393 du groupe alcool « OH + » ayant consommé de l'alcool au cours de la TS.

1. Données sociodémographiques

Tableau 1 : Répartition selon le sexe et l'âge

	<i>OH – (n = 520)</i>	<i>OH + (n = 393)</i>	<i>p</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>Sex-ratio (H/F)</i>	164 / 356	180 / 213	<0.001*	[0.080 ; 0.217]
<i>Age (années)(m +/- s)</i>	40.88 +/- 17.53	43.48 +/- 13.27	<0.001*	[40.54 ; 42.60]

* Test de Student - m : moyenne, s : écart-type

- Sexe :

On retrouve une différence significative selon le sexe entre les deux groupes.

Les femmes sont plus nombreuses (62.3%) que les hommes (37.7%), à avoir fait une tentative de suicide dans notre étude.

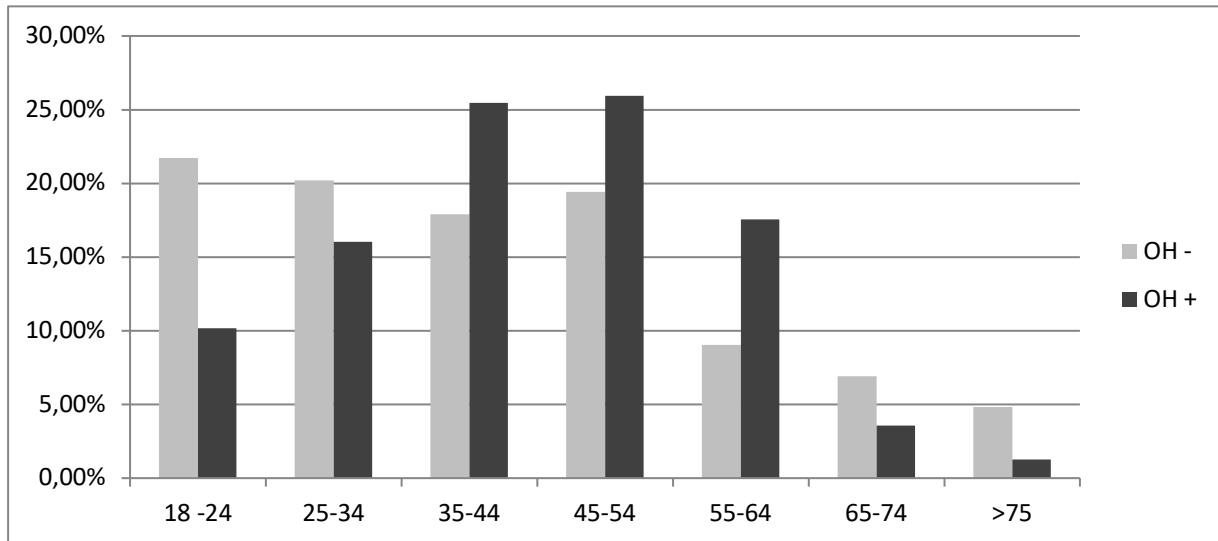
Dans le groupe Alcool « OH + », les hommes sont plus nombreux (45.8%) que dans le groupe sans alcool « OH - » (31.5%), mais restent minoritaires vis-à-vis des femmes dans les deux groupes (68.5% OH - / 54.5% OH +).

- Age :

Il existe une différence significative d'âge entre les deux groupes.

Les patients du groupes alcool « OH + » sont plus âgés (44 ans) que dans le groupe sans alcool « OH - » (41 ans).

Figure 26 : Comparaison des groupes selon l'âge (Voir Annexe 1)



- Répartition par groupes d'âge :

Dans le groupe sans alcool « OH - » le taux de TS selon l'âge est stable entre 18 et 54 ans autour de 20%, puis s'effondre à partir de 55 ans en dessous du seuil des 10% et décroît progressivement avec l'âge.

Dans le groupe alcool « OH + » la courbe est parabolique, avec une augmentation progressive du taux de suicide. Il passe de 10 à 25% entre 18 et 35 ans, se stabilise à 25% entre 35 et 54 ans et chute à partir de 55 ans.

Tableau 2 : Répartition selon la situation familiale et le suivi médical

	<i>OH -</i>		<i>OH +</i>		<i>p</i>	<i>IC à 95%</i>
	<i>n = 520</i>	<i>%</i>	<i>n = 393</i>	<i>%</i>		
Vit seul	189	36.3	171	43.5	0.028°	[0.005 ; 0.142]
En couple	261	50.2	195	49.6	0.916	
Situation matrimoniale					NS	
- Célibataire	171	32.9	97	24.7		
- Concubinage	31	6.0	38	9.7		
- Marié	111	21.3	73	18.6		
- Divorcé	31	6.0	45	11.5		
- Séparé	26	5.0	32	8.1		
- Veuf	16	3.1	3	0.8		
- Non Renseigné	134	25.8	105	26.7		
Enfants					NS	
- Aucun	70	13.5	30	7.6		
- > 1	167	32.1	161	41.0		
- Non renseigné	283	54.4	202	51.4		
Suivi médical						
- Médecin traitant	494	95.0	363	92.4	0.101	
- Psychiatre	302	58.1	196	49.9	0.014°	[-0.148 ; -0.014]

° Test de Chi-2 - NS : Non Significatif

- *Vit seul :*

Les patients du groupe Alcool « OH + » sont significativement plus nombreux à vivre seuls au domicile.

- *Situation matrimoniale :*

Il n'y a pas de différence significative d'un point de vue du statut de couple. Dans les deux groupes, la moitié des patients sont en couple.

Selon les déclarations des patients, dans groupe alcool « OH + » il y a moins de célibataires, en revanche ils semblent moins nombreux dans des relations stables et plus nombreux dans des situations de ruptures (divorce, séparation).

- *Enfants :*

Il n'y a pas de différence significative d'un point de vue de la parentalité.

Les patients du groupe alcool « OH + » sont plus nombreux à avoir un ou plusieurs enfants.

- *Suivi médical :*

D'un point de vue du suivi médical par un médecin généraliste il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes. On notera que les patients du groupe alcool « OH + » sont légèrement moins suivis par un médecin traitant.

En revanche, d'un point de vue du suivi psychiatrique, la différence est significative. Les patients du groupe alcool « OH + » ont moins de suivi psychiatrique.

2. Données à l'inclusion

Tableau 3 : Prise en charge à l'inclusion dans le protocole VigilanS

	OH -		OH +		p	IC à 95%
	n = 520	%	n = 393	%		
TS antérieurs	259	49.8	211	53.7	0.245	
- TS < 6 mois	42	8.1	35	8.9	0.744	
Provenance					0.253	
- CHU de Rouen	330	63.85	261	66.41		
- CH du Rouvray	176	33.85	117	29.77		
- UNACOR	14	2.69	15	3.82		
Hospitalisation	277	53.3	152	38.7	<0.001°	[−0.209 ; −0.078]
Durée d'hospitalisation (Jours) (m+/-s)	8.54 +/- 17.07		6.11 +/- 16.61		0.032*	[0.012 ; 0.275]
Accompagnement à la sortie	388	74.6	268	68.3	0.039°	[−0.152 ; −0.003]

* Test de Student / ° Test de Chi-2

- Tentatives de suicides antérieures :

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes vis-à-vis des antécédents de tentatives de suicide. Environ la moitié des patients inclus (51.5%) ont déclaré avoir fait une TS au cours de leur vie.

De même, il n'y a pas de différence significative vis-à-vis du nombre de TS au cours des 6 mois précédents l'inclusion dans le dispositif. Environ 8% des patients ont fait une TS dans les 6 mois précédents leur inclusion.

- Provenance :

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes vis-à-vis du lieu de l'inclusion.

- Hospitalisation :

On retrouve une différence significative entre les deux groupes du point de vue de l'hospitalisation. Les patients du groupe alcool « OH + » sont moins hospitalisés à la suite de leur geste suicidaire.

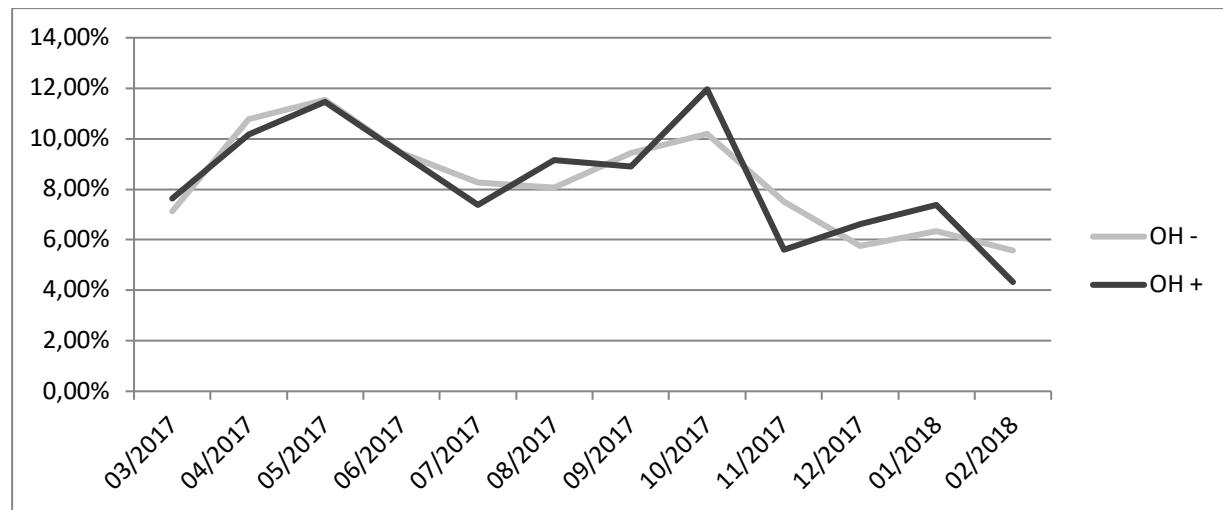
Par ailleurs, si une hospitalisation s'avère nécessaire, sa durée est significativement différente entre les deux groupes. Elle est diminuée de près de 2 jours chez les patients du groupe alcool « OH + ».

En ne prenant en compte que les patients hospitalisés, la durée moyenne d'hospitalisation était de 14.65 jours (+/- 20.71) dans le groupe « OH - » et de 13.87 jours (+/- 24.35) dans le groupe « OH + ».

- *Accompagnement à la sortie :*

On retrouve une différence significative d'un point de vue de l'accompagnement à la sortie. Les patients du groupe alcool « OH + » sont plus nombreux à sortir seuls d'hospitalisation, non accompagnés.

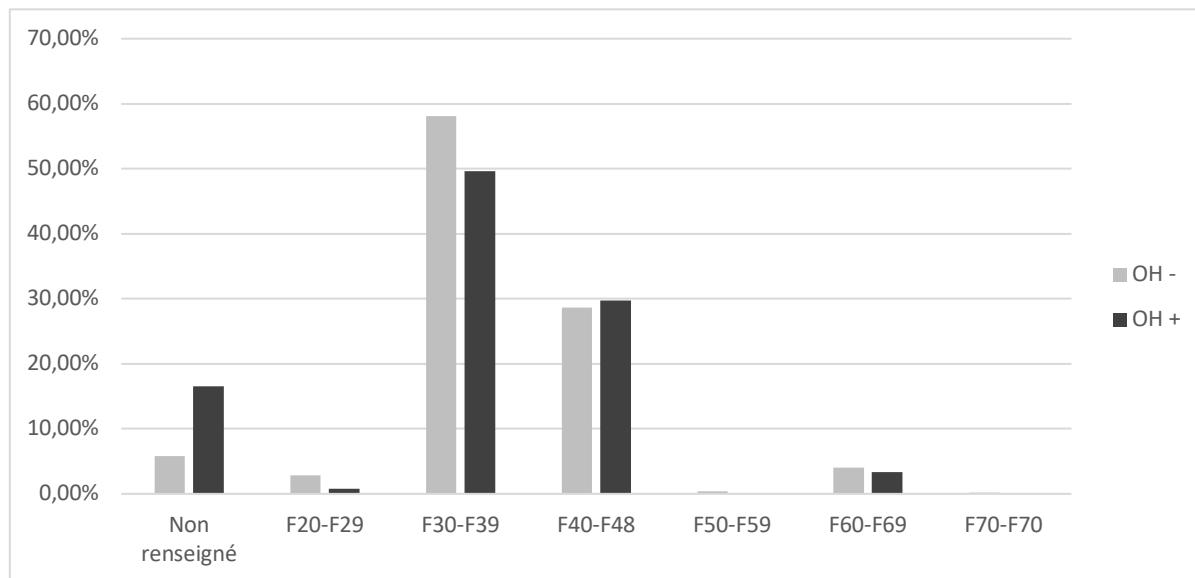
Figure 27 : Répartition des tentatives de suicide au cours de l'année (Voir Annexe 2)



- *Répartition des TS au cours de l'année :*

On ne retrouve pas de différence du nombre de TS par mois selon les groupes, les courbes sont superposables au cours de l'année.

Figure 28 : Codages diagnostiques psychiatriques (CIM-10) au cours de la TS (Voir Annexe 3)



- *Codage diagnostique psychiatrique principal :*

On ne retrouve pas de différence majeure entre les deux groupes concernant le codage diagnostique principal au cours de la TS.

Les diagnostics retrouvés sont par ordre d'importance :

- *Épisodes dépressifs (F32) (43.4%) ;*
- *Troubles de l'adaptation (F43) (25.3%) ;*
- *Troubles bipolaires (F31) (5.4%) ;*
- *Troubles dépressifs récurrent (F33) (5.3%) ;*
- *Troubles anxieux (F41) (3.3%) ;*
- *Troubles de la personnalité (F60) (3%) ;*
- *Schizophrénie (F20) (1.6%).*

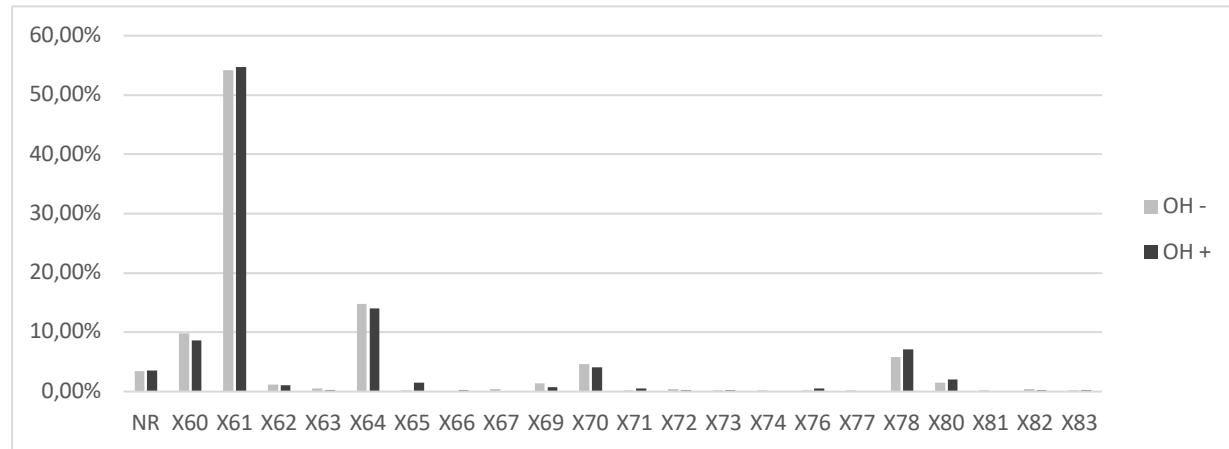
Ces diagnostics reflètent la pluralité des pathologies rencontrées en urgence ou suite à une tentative de suicide.

On notera tout de même qu'il y a moins de diagnostic de dépression (F32-F33) dans le groupe alcool « OH + », mais plus de troubles de l'adaptation (F43), et une part moindre de patients schizophrènes (F20).

Tableau 4 : Codages diagnostiques psychiatriques (CIM-10)

F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
<ul style="list-style-type: none"> - F20 Schizophrénie - F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires - F25 Troubles schizoaffectifs
F30-F39 : Troubles de l'humeur [affectifs]
<ul style="list-style-type: none"> - F30 Épisode maniaque - F31 Trouble affectif bipolaire - F32 Épisodes dépressifs - F33 Trouble dépressif récurrent - F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs] - F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision
F40- F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
<ul style="list-style-type: none"> - F40 Troubles anxieux phobiques - F41 Autres troubles anxieux - F42 Trouble obsessionnel-compulsif - F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation
F50-F59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
<ul style="list-style-type: none"> - F50 Troubles de l'alimentation - F51 Troubles du sommeil non organiques
F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
<ul style="list-style-type: none"> - F60 Troubles spécifiques de la personnalité - F63 Troubles des habitudes et des impulsions - F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision
F70-F79 : Retard mental
<ul style="list-style-type: none"> - F70 Retard mental léger

Figure 29 : Codages diagnostiques des méthodes de suicide (CIM-10)



- Méthodes de suicide :

D'un point de vue de la méthode de suicide on ne retrouve pas de différence entre les deux groupes, les méthodes utilisées sont proportionnellement équivalentes.

Les deux groupes sont dominés par les auto-intoxications médicamenteuses (68.4%) : en premier lieu aux antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes (X61), suivi par les médicaments et substances biologiques (X64), puis les analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés (X60). On retrouve une faible part d'auto-intoxication non-médicamenteuses (2.2%).

Concernant les méthodes non médicamenteuses, les objets tranchants (X78) (6.3%), la pendaison (X70) (4.4%) puis le saut dans le vide (X80) (1.7%) sont dominantes.

Il y a légèrement plus de lésions par objet tranchant dans le groupe alcool « OH+ », à cette exception les codages sont globalement similaires.

Tableau 5 : Codages diagnostiques des méthodes de suicide (CIM-10)

X60-X84 : Lésions auto-infligées

- X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits
- X61 Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits
- X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysleptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits
- X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits
- X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool
- X66 Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits
- X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
- X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
- X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion
- X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
- X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de grande taille
- X74 Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
- X76 Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- X77 Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants
- X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant
- X80 Lésion auto-infligée par saut dans le vide
- X81 Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement
- X82 Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur
- X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés

Tableau 6 : Codages diagnostiques des troubles liés à l'usage de substances (CIM-10)

Codes diagnostiques :	OH -		OH +	
	n = 520	%	n = 393	%
- F10	17	3.27	187	47.58
- F11	1	0.19	2	0.51
- F12	4	0.77	1	0.25
- F13	2	0.38	0	-
- F19	4	0.77	18	4.58
- Absent	492	94.62	185	47.07

- *Codage des troubles liés à l'usage de substances :*

À la différence des codages précédents recueillis suite à l'hospitalisation, ceux-ci ont été collectés sur l'ensemble du dossier médical du patient.

On retrouve naturellement une prédominance de codage en lien avec un trouble lié à l'usage de substances et particulièrement d'alcool (F10) dans le groupe alcool « OH + » ce qui valide la présence d'une comorbidité addictive chez près de 50% des patients de notre groupe.

Tableau 7 : Codages diagnostiques des troubles liés à l'usage de substances (CIM-10)

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
<ul style="list-style-type: none"> - F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - F11 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés - F12 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis - F13 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques - F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives

3. Données à 6 mois

Tableau 8 : Données à 6 mois de l'inclusion dans le dispositif Vigilans

	<i>OH -</i> <i>n = 520</i>	<i>%</i>	<i>OH +</i> <i>n = 393</i>	<i>%</i>	<i>p</i>
Réinclusion pour TS					0.134
- Aucune	476	91.5	370	94.1	
- 1	38	7.3	19	4.8	
- >1	6	1.2	4	1.1	
Appel J10-21	277	53.3	228	58.0	0.153
- Contacté	239	86.3	197	86.4	0.212
- Cartes postales	169	32.5	143	36.4	0.220
- Appel entrant	17	3.3	12	3.1	
Appel 6 mois	263	50.6	191	48.6	0.554
Suivi médical	207	78.7	150	78.5	0.147
- Médecin traitant	150	57.0	110	57.6	
- Psychiatre	38	14.4	35	18.3	
TraITEMENT	176	66.9	106	57.1	NS
Satisfaction à 6 mois	220	83.6	160	83.8	0.29

NS : Non significatif

- Réinclusion dans le dispositif :

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de patient de nouveau inclus dans le dispositif suite à une nouvelle tentative de suicide médicalisée.

Les patients du groupe alcool « OH + » sont moins nombreux à avoir été réinclus dans le dispositif. Sur les 10 patients ayant fait plus d'une récidive, le nombre maximal de réinclusion est de 5.

- Appel à J10-21 :

On ne retrouve pas de différence significative concernant les données à J10-J21, que ce soit les patients à contacter, les patients joignables, ou encore l'envoi de cartes postales et les appels entrants.

Une proportion plus importante de patients dans le groupe alcool « OH + » est appelée à J10-J21, sans différence concernant les patients joignables. Ils sont aussi plus nombreux à bénéficier de l'envoi de cartes postales.

- Appel à 6 mois :

Il n'y a pas de différence significative concernant le contact des patients à 6 mois, environ la moitié des patients a répondu à cet appel, avec une légère majorité de patients dans le groupe sans alcool « OH - ».

- *Suivi médical au cours des 6 mois :*

On ne retrouve pas de différence significative concernant le suivi médical au cours des 6 mois dans les deux groupes.

Plus de la moitié des patients dans les deux groupes ayant répondu à l'appel des 6 mois a déclaré avoir consulté son médecin traitant au cours de cette période. Concernant le suivi psychiatrique, une proportion plus importante de patients dans le groupe alcool « OH + » déclare avoir consulté.

De plus, une proportion plus importante de patients dans le groupe « OH - » a déclaré avoir un traitement psychotrope en cours.

- *Satisfaction vis-à-vis du dispositif :*

Près de 83% des patients ayant répondu à l'appel des 6 mois se déclarent satisfaits du dispositif VigilanS.

4. Stratification selon la récidive

Une seconde analyse statistique a été réalisée selon la récidive.

Parmi les 913 patients inclus dans l'étude : 820 patients font partie du groupe « Récidive - » n'ayant pas fait de récidive au cours des 6 mois de suivi dans le dispositif, et 93 patients du groupe « Récidive + » ayant fait une ou plusieurs TS au cours des 6 mois de suivi.

Le tableau ci-dessous présente les résultats significatifs uniquement :

Tableau 9 : Stratification selon la récidive

	Récidive -		Récidive +		p	IC à 95%
	n = 820	%	n = 93	%		
Suivi psychiatrique	432	52.7	66	71.0	0.001°	[0.027 ; 0.108]
TS antérieur	409	49.9	61	65.6	0.004°	[-0.098 ; -0.016]
- TS < 6 mois	60	7.3	17	18.3	0.001°	[0.028 ; 0.232]
Accompagnement à la sortie	600	73.2	56	60.2	0.012°	[-0.109 ; -0.008]
Appel J10-J21	440	53.7	65	69.9	0.003°	[0.020 ; 0.100]

° Test de Chi-2

Pour les patients du groupe « récidive + » :

- *Ils sont statistiquement plus nombreux à avoir un suivi psychiatrique en cours au moment de l'inclusion.*
- *Ils sont plus nombreux à avoir fait une précédente TS, et ce particulièrement dans les 6 mois précédent l'inclusion.*
- *Ils sont plus nombreux à être sortis d'hospitalisation sans accompagnement.*
- *Ils sont plus nombreux à avoir été appelés à J10-21.*

Une régression logistique a été réalisée. Le seul résultat significatif concerne l'accompagnement à la sortie, qui est un facteur protecteur vis-à-vis de la récidive (OR = 0.59 ; IC à 95% = [0.37 ; 0.95]).

IV. Discussion

A. Principaux résultats

Dans notre étude, on ne retrouve pas d'association entre la consommation d'alcool au cours de la tentative de suicide et le devenir du patient en terme de récidive suicidaire. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes au cours des 6 mois de suivi dans le dispositif VigilanS.

1. Population à l'inclusion

La population de notre étude présentait des similitudes avec les données de la littérature.

Ainsi notre population de suicidants était majoritairement de sexe féminin (62.3%). On retrouvait une plus grande part d'hommes dans le groupe des TS associés à l'alcool (45.8% contre 31.7% dans le groupe sans alcool), même s'ils sont minoritaires.

Ces résultats sont similaires aux données de la littérature. On constate que les tentatives de suicide sont majoritairement féminines à 65%, cependant les personnes consommant de l'alcool au cours des tentatives de suicides sont majoritairement des hommes. De plus, ils vivent majoritairement seuls, avec plusieurs antécédents de tentatives de suicide et les événements de vie négatifs comme les séparations sont des facteurs précipitants de TS. (85)(122)

La population consommant de l'alcool au cours de la TS était significativement plus âgée. La répartition par groupe d'âge était également différente, notre population consommant de l'alcool était moins uniforme et plus de 50% des patients avaient entre 35 et 54 ans.

Concernant la situation familiale, les patients ayant consommé de l'alcool sont plus isolés, plus nombreux à vivre seuls à domicile. Ils semblent aussi plus nombreux dans des situations instables ou de rupture d'un point de vue relationnel. Cette notion d'isolement est renforcée par le fait qu'ils sont plus nombreux à sortir seuls, sans accompagnement à la sortie d'hospitalisation.

D'un point de vue du suivi médical, dans l'étude, les patients consommant de l'alcool sont moins nombreux à disposer d'un suivi psychiatrique avant l'inclusion dans le dispositif, sans différence significative concernant le suivi par un médecin traitant. Différence non significative au cours du suivi.

À l'inclusion, on ne retrouve pas de différence concernant les antécédents de tentative de suicide entre les groupes, près de la moitié (51.5%) a déjà fait une tentative de suicide. Données cohérentes avec la littérature.

Concernant les codages diagnostiques à l'inclusion, les données sont globalement semblables entre les groupes. Le principal codage diagnostic retrouvé est celui d'épisode dépressif, suivi

des troubles de l'adaptation. Il en est de même concernant les méthodes de suicide, dominées par les auto-intoxications médicamenteuses diverses, puis les objets tranchants et la pendaison.

On remarquera que près de 95% des patients du groupe sans alcool bénéficient d'un diagnostic psychiatrique, contre 84% des patients ayant consommé de l'alcool. Cette différence se justifie par notre choix de séparer les codages liés à l'usage de substances.

D'un point de vue des codages psychiatrique, les résultats sont proches de la littérature, avec éventuellement une surestimation des troubles anxieux en partie liée au codage des troubles de l'adaptation (F43), un codage « générique » suite à une tentative de suicide associée à un facteur de stress.

Ces données sont comparables avec la littérature où 85% des suicidants souffrent d'au moins un diagnostic psychiatrique, avec une surreprésentation des épisodes dépressifs (123). Dans une autre étude près de 76% des patients ayant consommé de l'alcool bénéficiaient d'un diagnostic psychiatrique (124).

De même concernant les modes opératoires, ou près de 82% des TS hospitalisées sont liées à des IMV.

Dans la majorité des études, on retrouve que les patients souffrant de dépression et de trouble lié à l'usage d'alcool sont plus à risque de suicide, que dans le cas des deux pathologies prises indépendamment (125).

2. Prise en charge

L'une des principales observations concerne les hospitalisations qui sont significativement moins nombreuses pour les patients ayant consommé de l'alcool. Par ailleurs, si une indication d'hospitalisation était retenue, sa durée était réduite de près d'une journée comparativement aux suicidants non alcoolisés.

Au cours du suivi on retrouve peu de différences entre les groupes. On retiendra que plus de la moitié des patients (55.3%) sont appelés par VigilanS à J10-J21 et qu'une grande partie (86.3% des patients appelés) est joignable à cette occasion. Près d'un tiers des patients (34.2%) ont bénéficié de l'envoi de cartes postales. À 6 mois de l'inclusion dans le dispositif, un peu moins de la moitié des patients (49.7%) est joignable.

Il semble aussi important de mettre en valeur la faible proportion de suicidants, qui au cours des 6 mois de suivi a consulté un professionnel de santé. Ainsi, parmi les patients recontactés 57% ont consulté leur médecin traitant et seulement 17% ont consulté un psychiatre.

On peut souligner l'importance des retours positifs vis-à-vis du dispositif VigilanS au cours des appels à 6 mois, près de 83% des patients ayant été recontactés se déclaraient satisfaits du dispositif. À 6 mois, les principaux commentaires des patients sont axés sur leur satisfaction vis à vis du dispositif, cependant une partie plus faible, mais récurrente des patients

signalisaient avoir oublié le dispositif ou ne pas avoir reçu une bonne information concernant la mise en place du dispositif.

Le fait d'avoir été contacté par le dispositif à J10-21, ou d'avoir bénéficié de l'envoi de cartes postales, n'avait pas d'influence sur le taux de réponse à 6 mois.

3. Récidive suicidaire

Les résultats de la stratification selon la récidive sont peu informatifs, mais révèlent certaines limites de l'étude.

Les patients récidivants au cours du suivi sont réinclus dans le dispositif, leurs données sont mises à jour, c'est pourquoi ils sont significativement plus nombreux à être suivis et à avoir fait une tentative de suicide antérieure, notamment dans les 6 mois.

De même, ils sont plus nombreux à être appelés à J10-J21, car jugés à risque et donc systématiquement contactés.

Une donnée a cependant son importance, les patients sortis d'hospitalisation sans accompagnement sont plus nombreux à avoir récidivé. L'accompagnement à la sortie est le seul facteur significativement protecteur vis-à-vis de la récidive dans notre étude. On rappellera que c'est aussi une des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la prise en charge de la crise suicidaire (126).

Cependant, avec un taux de récidive de près de 7%, notre étude est inférieure aux 20% de récidive suicidaire estimée dans l'année en France. Cette information peut être contrastée par le fait que notre suivi ne concernait que les 6 premiers mois suivant le passage à l'acte.

4. Consommation d'alcool et suicide

Dans notre population, une consommation d'alcool précédait le geste suicidaire dans 43% des cas. Ce pourcentage est supérieur aux 37% estimés dans une revue de la littérature (74).

Dans notre étude, moins de la moitié (47.8%) des patients ayant consommé de l'alcool au cours de la tentative de suicide ont un antécédent de trouble lié à l'usage d'alcool. Cependant, près d'un quart des patients de notre étude (25.8%) a été diagnostiqué comme ayant un trouble de l'usage des substances, ce qui est compatible avec la littérature.

Ces données sont habituellement retrouvées dans la littérature, où les tentatives de suicides associées à une consommation d'alcool sont fréquentes chez des patients souffrant de trouble lié à l'usage d'alcool (124)(127). Près d'un tiers des décès par suicides ont un diagnostic de dépendance ou d'abus d'alcool (128). Un abus ou une dépendance à l'alcool est retrouvé chez 7 à 37% des suicidants, environ 40% des patients pris en charge pour un trouble lié à l'usage d'alcool ont un antécédent de TS (129).

On peut également retrouver, que l'intoxication éthylique est associée au risque de tentative de suicide, indépendamment d'un abus ou d'une dépendance (130)(131)(127). La dépendance peut être considérée comme un facteur prédisposant, et l'intoxication éthylique comme un facteur précipitant (87). Ainsi, on notera que le risque de passage à l'acte suite à une consommation d'alcool est plus important chez les consommateurs occasionnels en comparaison des consommateurs réguliers.

On retrouve également que près de 80% des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool, consommaient au cours de leur tentative de suicide. (132)

Le codage des troubles liés à l'usage de substances a été recueilli sur la vie entière pour limiter le biais d'information. Nos chiffres sont concordants avec la littérature, cependant on remarque qu'ils sont rarement codés en urgence, ce qui peut révéler une absence de codage des TUS ou une absence de recherche de ces troubles.

Concernant les moyens utilisés ils sont semblables entre les deux groupes. On peut retrouver, dans la littérature, qu'au cours des alcoolisations les moyens utilisés étaient de plus faible létalité, comme des IMV ou des phlébotomies (132). Cependant ces données sont contradictoires et l'on associe souvent l'alcool à des moyens létaux plus violents, mais on suppose que d'autres facteurs interviennent, tel que l'impulsivité, l'agressivité ou encore l'impact sur la prise de décision (133).

Une autre interrogation vient de la prise en charge de ces patients, avec une durée d'hospitalisation plus courte. Ces résultats sont retrouvés dans une étude où les patients étaient moins hospitalisés et moins suivis en psychiatrie. On retrouve également que les patients admis dans un service d'urgence suite à une TS associée à la prise d'alcool sont moins orientés vers un psychiatre, moins hospitalisés dans des services de psychiatrie, et par la suite moins pris en charge en ambulatoire (134). Ces sujets quittent plus tôt les structures hospitalières (135).

Une de nos hypothèses pour expliquer cette différence est que les patients consommateurs d'alcool récupèrent plus rapidement sur le plan thymique suite à un sevrage en alcool.

De plus, on soulignera que les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool ne bénéficient que tardivement de prise en charge adaptée (136), ou quittent le service des urgences avant la fin de la prise en charge (134).

Dans cette étude nous ne retrouvons pas de lien entre consommation d'alcool et comportement suicidaire, comme cela peut être le cas dans certaines études. Pour rappel, un antécédent de tentative de suicide est à risque de récidive (137), et ce particulièrement chez les patients sous l'effet de l'alcool, estimé à 2.5 fois plus important que chez les patients non consommateurs d'alcool (127)(134).

L'absence de majoration du risque de récidive dans notre population, et ce malgré le fait que les sujets concernés soient plus isolés familialement, plus nombreux à sortir seuls d'hospitalisation, un facteur pourtant protecteur vis-à-vis de la récidive et moins hospitalisés suite à leur tentative de suicide, peut être considéré comme un effet bénéfique du dispositif

VigilanS. On peut supposer que le dispositif se révèle efficace dans cette population également.

Tous ces éléments montrent la complexité du lien entre tentative de suicide et consommation d'alcool, et l'importance des travaux qui s'intéressent à ces problématiques afin de réduire l'incidence des tentatives de suicide dans cette population.

5. Dispositif VigilanS

On peut constater que dès les premiers mois d'inclusion un grand nombre de patients a été inclus dans le dispositif et ce de manière constante au cours de l'année.

On retrouve des différences comparativement à 2015, première année de mise en place du dispositif VigilanS en région Nord Pas-de-Calais (120).

Premièrement, notre population était plus âgée, mais cela se justifie par l'exclusion des patients mineurs de notre étude.

Avec un taux de récidive de près de 7%, nous sommes au-dessus de celui du Nord-Pas-de-Calais estimé à 2-4%.

Le taux de perdus de vue à 6 mois était de près de 50% dans notre étude, ce qui est bien supérieur aux 37% estimés par l'équipe du Pr Vaiva.

En 2016, 3 256 patients ont bénéficié de consultations psychiatriques aux urgences et à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), dont 1 365 en lien avec une tentative de suicide. Le nombre de patients inclus sur l'année 2017 est bien inférieur. En supposant que le nombre de TS sur l'année 2017 était équivalent, la pénétrance du dispositif était de 66.9%.

Naturellement notre estimation est très approximative, mais elle permet une estimation du taux de patients inclus dans le dispositif. Il semblerait important de comparer ces résultats à l'année précédente, ou aux régions voisines, pour conclure sur l'efficacité du dispositif vis-à-vis de la prévention du suicide dans la région.

Ces différences peuvent se justifier soit par la nouveauté du dispositif dans notre région, ou bien par les moyens attribués au recontact des patients, et il est peut-être nécessaire d'encourager les équipes à mieux informer le patient sur le déroulement du dispositif.

B. Originalité et forces de notre étude

L'originalité de cette étude réside dans l'utilisation des données du dispositif VigilanS, cela permet l'inclusion de patients sur plusieurs sites, dans les mêmes conditions, quel que soit les jours de la semaine et ce sans restriction d'horaires, ce qui participe à la force de l'étude en limitant les biais d'inclusion.

Ainsi une des principales forces de notre étude est sa puissance, par le nombre de patients que le dispositif VigilanS permet d'inclure.

La population de cette étude est fidèle à la population adulte du territoire de santé Rouen-Elbeuf, elle est représentative des tentatives de suicide ayant eu lieu durant la période de mars 2017 à février 2018.

De plus, c'est une des premières études centrées sur la première année de fonctionnement du dispositif VigilanS Eure Seine-Maritime.

Les données à l'inclusion ont pu être vérifiées et complétées à partir du dossier médical du patient, et les données au cours des 6 mois ont été recueillies par une équipe de professionnels de santé formés à cet exercice.

Les critères d'exclusion ont été sélectionnés suite à une étude préliminaire, de façon à limiter la perte d'informations et le biais de recrutement.

- Les patients « hors secteurs » ont été exclus car le dossier médical de ces patients ne pouvait pas être consulté, et malgré la communication autour du dispositif une faible proportion de patients a été inclus (27%).
- Les patients « mineurs » ont été exclus à plusieurs titres : dans cette population seulement 4 patients étaient concernés par la consommation d'alcool au cours d'une TS. De plus, cette population pourrait faire l'objet d'une étude à part entière car les modes de consommations d'alcool et la psychopathologie des comportements suicidaires est différente de celle des adultes. (23)(27)

C. Limites de notre étude

Plusieurs biais peuvent être reprochés à cette étude.

Certains dépendent directement des patients et sont difficilement limitables. Biais d'informations que ce soit à l'inclusion ou au cours des 6 mois lors du rappel, certaines informations ne peuvent être mesurées de manière objective. Biais de sélection lié au refus du patient d'être inclus dans le dispositif ou par les perdus de vue au cours du suivi.

Ainsi à 6 mois le taux de récidive déclaré par les patients est d'environ 7%, mais après vérification dans le dossier personnel du patient on l'estime à 10%.

De même, même s'ils sont sous représentés, on peut se poser la question de certains patients précarisés n'ayant pas de moyens de recontact.

Une autre limite concerne les TS non médicalisées, que ce soit au sein des patients inclus dans l'étude avec une sous déclaration des récidives ou bien une sous-estimation du nombre de TS sur le plan régional. Ce biais est supposé présent dans notre population de consommateurs d'alcool qui n'accède pas systématiquement aux soins.

Des biais de sélection liés à l'exclusion des patients « hors secteur » : notre population est représentative de la population locale mais nos résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble du département ou de la région.

Un biais de déclaration possible, concerne les patients hospitalisés en psychiatrie, au moment de remplir la « fiche » VigilanS et à distance de la TS, l'information concernant la consommation d'alcool peut être sous-estimée par manque d'informations. Les données issues des urgences ne pouvant être consultées depuis le Rouvray.

De même concernant les codages diagnostiques, nous avons fait le choix de rechercher les diagnostics de troubles de l'usage de substances sur l'ensemble du dossier du patient et pas seulement au moment de la TS, car ces diagnostics sont sous représentés suite à une hospitalisation en urgences. Un des biais de cette étude réside en l'évaluation psychiatrique initiale et la recherche de comorbidités addictologiques.

Les informations issues du dispositif VigilanS étaient parfois absentes, les données n'étaient pas informées. Cela peut être dû à la difficulté de mettre en place un tel dispositif au sein d'une région.

Une autre difficulté a été d'évaluer la prise en charge addictologique des patients ayant fait une TS sous alcool, peu d'information concernant cette donnée ont été recueillies. En dehors de l'orientation préconisée suite à la TS, il n'était pas possible de vérifier si le patient était ou non pris en charge en addictologie.

D. Perspectives

Nos résultats sont encourageants vis-à-vis de la mise en place du dispositif VigilanS dans la région. Dès les premiers mois, le dispositif a eu un taux d'inclusion important. Il est de plus bien accepté par les patients, qui se montrent satisfaits.

Le dispositif est un outil précieux pour étudier et comprendre localement les populations de suicidants. En ce sens c'est un outil d'alerte et de prévention des comportements suicidaires.

Nos résultats sont encourageants localement concernant la prise en charge des patients suicidants consommateurs d'alcool, on ne retrouve pas de majoration du risque de récidive. Une amélioration de leur prise en charge pourrait notamment passer par un meilleur accompagnement chez ces patients isolés socialement et familialement. C'est dans cette optique que des dispositifs, proches de VigilanS, tendent à se développer dans le domaine des addictions.

On insistera sur l'importance du dépistage des comorbidités addictives que ce soit chez ces populations de suicidants ou toute autre pathologie, et leur prise en charge adaptée. Ainsi le taux de tentative de suicide est réduit de moitié dans l'année suivant la prise en charge d'un trouble lié à l'usage d'alcool. (138)(139)

Des mesures de santé publique vis-à-vis de l'alcool peuvent aussi avoir un impact sur les conduites suicidaires. L'association entre consommation d'alcool et taux de suicide est retrouvée dans de nombreux pays européens, on retrouve également qu'une diminution des habitudes de consommation entraîne un fléchissement du taux de suicide. (140)(141)(142)

V. Conclusion :

Mieux prendre en charge les patients suite à une tentative de suicide est depuis plusieurs années un des principaux enjeux de la psychiatrie. C'est dans ce contexte que le dispositif VigilanS a été mis en place dans la région.

Cette meilleure prise en charge passe aussi par une meilleure compréhension de certaines populations à risque, comme les patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool. Les addictions et notamment les consommations d'alcool représentent également un enjeu de santé. Leur détection et leur prise en charge précoce peuvent avoir un impact significatif dans la réduction des comportements suicidaires.

Le suicide et l'usage d'alcool sont responsables de nombreux décès à travers le monde, qu'ils soient pris individuellement ou associés. Il est donc primordial d'identifier ces deux problématiques précocement pour les prendre en charge efficacement.

Notre étude souhaitait mettre en parallèle ces deux problématiques pour, on l'espère, améliorer leurs prises en charges et notamment sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt de rechercher une comorbidité addictive.

Annexes

Annexe 1 : Répartition selon les groupes d'âge

	<i>OH -</i>		<i>OH +</i>	
	<i>n = 520</i>	<i>%</i>	<i>n = 393</i>	<i>%</i>
18 – 24 ans	113	21.73	40	10.18
25 – 34 ans	105	20.19	63	16.03
35 – 44 ans	93	17.88	100	25.45
45 – 54 ans	101	19.42	102	25.45
55 – 64 ans	47	9.04	69	17.56
65 – 74 ans	36	6.92	14	3.56
> 75 ans	25	4.81	5	1.27

Annexe 2 : Répartition des tentatives de suicide au cours de l'année

<i>Période :</i>	<i>OH -</i>		<i>OH +</i>	
	<i>n = 520</i>	<i>%</i>	<i>n = 393</i>	<i>%</i>
- 03/2017	37	7.12	30	7.63
- 04/2017	56	10.77	40	10.18
- 05/2017	60	11.54	45	11.45
- 06/2017	49	9.42	37	9.41
- 07/2017	43	8.27	29	7.38
- 08/2017	42	8.08	36	9.16
- 09/2017	49	9.42	35	8.91
- 10/2017	53	10.19	47	11.96
- 11/2017	39	7.50	22	5.6
- 12/2017	30	5.77	26	6.62
- 01/2018	33	6.35	29	7.38
- 02/2018	29	5.58	17	4.33

Annexe 3 : Codages diagnostiques psychiatriques (CIM-10) au cours de la TS

Codes Diagnostiques :	OH -		OH +	
	n = 520	%	n = 393	%
- F20 – F29	15	2.88	3	0.76
○ <i>F20</i>	13	2.5	2	0.5
○ <i>F23</i>	0	-	1	0.2
○ <i>F25</i>	2	0.4	0	-
- F30 – F39	302	58.08	195	49.62
○ <i>F30</i>	1	0.2	0	-
○ <i>F31</i>	30	5.8	19	4.8
○ <i>F32</i>	239	46.0	157	39.9
○ <i>F33</i>	29	5.6	19	4.8
○ <i>F38</i>	1	0.2	0	-
○ <i>F39</i>	2	0.4	0	-
- F40 – F48	149	28.65	117	29.77
○ <i>F40</i>	1	0.2	0	-
○ <i>F41</i>	19	3.6	11	2.8
○ <i>F42</i>	3	0.6	1	0.2
○ <i>F43</i>	126	24.2	105	2.7
- F50 – F59	2	0.38	0	-
○ <i>F50</i>	1	0.2	0	-
○ <i>F51</i>	1	0.2	0	-
- F60 – F69	21	4.04	13	3.31
○ <i>F60</i>	15	2.9	12	3.0
○ <i>F63</i>	1	0.2	0	-
○ <i>F69</i>	5	1.0	1	0.2
- F70 – F79	1	0.19	0	-
○ <i>F70</i>	1	0.2	0	-
- Non renseigné	30	5.77	65	16.54

Annexe 4 : Codages diagnostiques des méthodes de suicide (CIM-10)

Codes diagnostiques :	<i>OH -</i>		<i>OH +</i>	
	<i>n = 520</i>	%	<i>n = 393</i>	%
- X60	51	9.81	34	8.65
- X61	282	54.23	215	54.71
- X62	6	1.15	4	1.02
- X63	3	0.58	1	0.25
- X64	77	14.81	55	13.99
- X65	1	0.19	6	1.53
- X66	0	-	1	0.25
- X67	2	0.38	0	-
- X69	7	1.35	3	0.76
- X70	24	4.62	16	4.07
- X71	1	0.19	2	0.51
- X72	2	0.38	1	0.25
- X73	1	0.19	1	0.25
- X74	1	0.19	0	-
- X76	1	0.19	2	0.51
- X77	1	0.19	0	-
- X78	30	5.77	28	7.12
- X80	8	1.54	8	2.04
- X81	1	0.19	0	-
- X82	2	0.38	1	0.25
- X83	1	0.19	1	0.25
- Non renseigné	18	3.46	14	3.56

Bibliographie

1. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes / Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. :52.
2. Bourdillon F. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. Bulletin épidémiologique hebdomadaire N°5-6. 19 févr 2019;87-117.
3. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. Am J Addict. mars 2015;24(2):98-104.
4. Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. J Stud Alcohol. juill 2003;64(4):551-4.
5. Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. Arch Gen Psychiatry. juin 1996;53(6):550-5.
6. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ. Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. Suicide Life Threat Behav. 1999;29(2):131-40.
7. 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 J Ment Sci. févr 2008;192(2):98-105.
8. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. Lancet Psychiatry. juin 2014;1(1):73-85.
9. Christiansen E, Jensen BF. 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.
10. Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F. [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. L'Encephale. oct 1994;20(5):495-503.
11. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. Am J Psychiatry. févr 2005;162(2):297-303.
12. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. WHO [Internet]. 2014 [cité 30 juill 2019]; Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
13. WHO | Suicide data [Internet]. WHO. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
14. Organisation mondiale de la Santé. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs [Internet]. WHO. 2018 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/

15. WHO | World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs [Internet]. WHO. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/
16. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 6 févr 2019;364:i94.
17. Vladeta Ajdacic-Gross. Methods of suicide: international suicide patters derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ. 1 sept 2008;86(9):726-32.
18. Just over 56 000 persons in the EU committed suicide [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1?inheritRedirect=true>.
19. Matsubayashi T, Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. Soc Sci Med 1982. nov 2011;73(9):1395-400.
20. Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/>
21. Bourdillon F. Santé publique France : de la surveillance à la prévention des conduites suicidaires. Wwwwem-Premiumcomdatarevues00137006v45sS1S0013700618302318 [Internet]. 6 janv 2019 [cité 30 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1268143>
22. Suicide : taux de décès par âge et par sexe France 2014 [Internet]. Statista. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/509257/taux-de-deces-par-suicide-age-sexe-france/>
23. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
24. Il y a-t-il vraiment eu un suicide par heure en France ? [Internet]. Libération.fr. 2018 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/checknews/2018/02/12/il-y-a-t-il-vraiment-eu-un-suicide-par-heure-en-france_1653157
25. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. [Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. L'Encephale. févr 2017;43(1):75-80.
26. Santé Publique France. Bulletin de santé publique. Février 2019. Conduites suicidaires en Normandie. [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-conduites-suicidaire-en-normandie.-fevrier-2019>

27. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport / février 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>
28. Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Rev Epidemiol Sante Publique. déc 2014;62(6):351-60.
29. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 2015;37(1):5-84.
30. Michel Reynaud, Laurent Karila, Henri-Jean Aubin, Amine BENYAMINA. Traité d'addictologie. 2e édition. Lavoisier Médecine-Sciences Flammarion; 2016.
31. Caetano R, Tam T, Greenfield T, Cherpitel C, Midanik L. DSM-IV alcohol dependence and drinking in the U.S. population: a risk analysis. Ann Epidemiol. nov 1997;7(8):542-9.
32. Karila L, Benyamina A. Addictions. Rev Mal Respir. 1 févr 2019;36(2):233-40.
33. MILDECA. Facteurs de risque, facteurs de protection [Internet]. 2015 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/facteurs-de-risques-facteurs-de-protection>
34. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet Lond Engl. 6 nov 2010;376(9752):1558-65.
35. Parry CD, Patra J, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. Addict Abingdon Engl. oct 2011;106(10):1718-24.
36. Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, et al. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. Acta Psychiatr Scand. avr 2015;131(4):297-306.
37. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. févr 2013;23(2):89-97.
38. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet Lond Engl. 9 nov 2013;382(9904):1575-86.
39. World Health Organization, Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018. 2018.
40. Alcohol and Public Policy Group. Alcohol: No Ordinary Commodity - a summary of the second edition. Addiction. mai 2010;105(5):769-79.

41. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl.* 22 2018;392(10152):1015-35.
42. WHO | World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs [Internet]. WHO. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
43. Rosón B, Corbella X, Perney P, Santos A, Stauber R, Lember M, et al. Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Non-recording of Alcohol Use in Hospitals across Europe: The ALCHIMIE Study. *Alcohol Alcohol Oxf.* juill 2016;51(4):457-64.
44. BEH : Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>
45. Michot I. OFDT - Drogues, Chiffres clés. 2019;8.
46. En France, 7% des décès sont attribuables à l'alcool [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/en-france-7-des-deces-sont-attribuables-a-l-alcool/>
47. Bonaldi C, Hill C. LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE À L'ALCOOL EN FRANCE EN 2015. Unpublished [Internet]. 2019 [cité 31 juill 2019]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.34357.93921>
48. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) - OFDT [Internet]. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
49. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/l-alcool-une-des-toutes-premieres-causes-d-hospitalisation-en-france>
50. Thiercelin N, Lechevallier ZR, Rusch E, Plat A. Les consommations d'alcool et de tabac restent élevées en population hospitalière. /data/revues/07554982/v40i3/S0755498210006573/ [Internet]. 10 mars 2011 [cité 31 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/283485>
51. Perrine AL, Develay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®. *Bull Epidémiologique Hebd.* 7 mai 2013;n°16-17-18:195-8.
52. Zerhouni O, Bègue L, Brousse G, Carpentier F, Dematteis M, Pennel L, et al. Alcohol and

violence in the emergency room: a review and perspectives from psychological and social sciences. *Int J Environ Res Public Health.* 27 sept 2013;10(10):4584-606.

53. Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier MN, Albuisson E, Deteix P. Patients admitted to emergency services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *Am J Psychiatry.* janv 2001;158(1):96-9.

54. Rapport_EtatdesLieux_Normandie_Addiction_V2_0.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/index.php/system/files/2018-03/Rapport_EtatdesLieux_Normandie_Addiction_V2_0.pdf

55. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: /liste-des-actualites/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti

56. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2009;13(4):303-16.

57. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* août 1996;153(8):1009-14.

58. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse.* mars 2012;47(4):383-9.

59. WHO | Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. WHO. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

60. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med.* avr 2005;118(4):330-41.

61. Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, Bloch V, Lépine J-P. Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Curr Psychiatry Rep.* févr 2015;17(2):4.

62. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addict Abingdon Engl.* juin 2017;112(6):968-1001.

63. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addict Abingdon Engl.* mai 2011;106(5):906-14.

64. Goldstein BI, Levitt AJ. Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality? Results from a pilot community survey. *Compr Psychiatry.* 1 sept 2006;47(5):330-3.

65. Bolton JM, Robinson J, Sareen J. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Affect Disord.* juin 2009;115(3):367-75.
66. Falk DE, Yi H-Y, Hilton ME. Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2008;94(1-3):234-45.
67. Grant BF, Hasin DS, Dawson DA. The relationship between DSM-IV alcohol use disorders and DSM-IV major depression: examination of the primary-secondary distinction in a general population sample. *J Affect Disord.* 5 juin 1996;38(2-3):113-28.
68. Graham K, Schmidt G. Alcohol use and psychosocial well-being among older adults. *J Stud Alcohol.* mai 1999;60(3):345-51.
69. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry.* juill 1997;154(7):948-57.
70. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend.* 1 déc 2002;68(3):299-307.
71. Amine Benyamina et Mohammed Taleb - Alcool et dépression aspects épidémiologiques et.pdf.
72. Volkow ND, Wiers CE, Shokri-Kojori E, Tomasi D, Wang G-J, Baler R. Neurochemical and metabolic effects of acute and chronic alcohol in the human brain: Studies with positron emission tomography. *Neuropharmacology.* 1 août 2017;122:175-88.
73. Neupane SP. Neuroimmune Interface in the Comorbidity between Alcohol Use Disorder and Major Depression. *Front Immunol [Internet].* 27 déc 2016 [cité 6 août 2019];7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5186784/>
74. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res.* mai 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
75. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry.* août 1996;153(8):1001-8.
76. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS One.* 2015;10(5):e0126870.
77. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health Oxf Engl.* 2016;38(3):e282-91.

78. Flensborg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide--irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Res.* 15 mai 2009;167(1-2):123-30.
79. Hung GC-L, Cheng C-T, Jhong J-R, Tsai S-Y, Chen C-C, Kuo C-J. Risk and protective factors for suicide mortality among patients with alcohol dependence. *J Clin Psychiatry.* 2015;76(12):1687-93.
80. Sharma MK, Salim A. Suicidal behavior among alcohol dependents: Relationship with anger and personality dimensions. *Ind Psychiatry J.* 2014;23(1):61-4.
81. Conner KR, Hesselbrock VM, Meldrum SC, Schuckit MA, Bucholz KK, Gamble SA, et al. Transitions to, and correlates of, suicidal ideation, plans, and unplanned and planned suicide attempts among 3,729 men and women with alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs.* sept 2007;68(5):654-62.
82. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* mai 2004;28(5 Suppl):6S-17S.
83. Hjorthøj C, Østergaard MLD, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT, et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry.* sept 2015;2(9):801-8.
84. Cherpitel CJ. Focus on: The Burden of Alcohol Use—Trauma and Emergency Outcomes. *Alcohol Res Curr Rev.* 2014;35(2):150-4.
85. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* mai 2004;28(5 Suppl):6S-17S.
86. Conner KR, Bagge CL, Goldston DB, Ilgen MA. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. *Am J Prev Med.* sept 2014;47(3 Suppl 2):S204-208.
87. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev.* juill 2001;21(5):797-811.
88. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med.* avr 2017;47(5):949-57.
89. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res.* août 1998;22(5):998-1040.
90. Taylor B, Rehm J. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend [Internet].* 1 juill 2010 [cité 6 août 2019]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20236774>

91. Miller KA, Hitschfeld MJ, Lineberry TW, Palmer BA. How does active substance use at psychiatric admission impact suicide risk and hospital length-of-stay? *J Addict Dis.* déc 2016;35(4):291-7.
92. Ries RK, Yuodelis-Flores C, Roy-Byrne PP, Nilssen O, Russo J. Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry.* avr 2009;50(2):93-9.
93. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol Alcohol Oxf.* oct 2006;41(5):473-8.
94. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris Munfakh JL, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* janv 2008;47(1):32-40.
95. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Moeller FG, Swann AC. Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug Alcohol Depend.* 7 déc 2004;76 Suppl:S93-105.
96. Vaiva G. Prévention du suicide : du recontact à la santé connectée. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2015;30(8, Supplement):S11.
97. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu S-M, Gerhard T, et al. Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry.* 1 nov 2016;73(11):1119-26.
98. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ.* 21 juill 2001;323(7305):135-8.
99. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry.* 1 janv 2015;2(1):49-58.
100. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. [Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. *L'Encephale.* févr 2017;43(1):75-80.
101. du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique.* août 2013;61(4):363-74.
102. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2015;206(3):184-90.
103. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 2001;52(6):828-33.
104. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. 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.

105. 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 J Ment Sci.* août 2005;187:186-7.
106. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, et al. Systematic telephone contacting of patients leaving the Emergency Department after a suicide attempt: does it affect the one-year outcome ? SYSCALL, a randomized controlled study. :21.
107. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 27 mai 2006;332(7552):1241-5.
108. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. /data/revues/00137006/v36sS2/S001370060900219X/ [Internet]. 31 mai 2010 [cité 5 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/253297>
109. Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca Garcia E, Vidailhet P, et al. Développement d'un dispositif de veille par short message service (SMS) pour la prévention de la récidive suicidaire. Protocole d'étude Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM). *Eur Psychiatry.* 1 nov 2015;30(8, Supplement):S12.
110. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 avr 2015;175:66-78.
111. 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.* 2 janv 2011;11:1.
112. Vaiva G. ALGOS, un système qui veille après la tentative de suicide : essai randomisé contrôlé à partir des urgences. [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/resume_117.htm
113. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgièvre M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : VigilanS. *L'Encéphale.* 1 janv 2019;45:S13-21.
114. 2015 - Dossier de presse, lancement du dispositif VigilanS [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <http://dispositifvigilans.org/wp-content/uploads/2015/09/DP-VigilanS.pdf>
115. Debien C, Cleva E, Lalova M, Astier T, Germe A, Lamotte A, et al. « VigilanSeu.r.se » : un nouveau métier ? /data/revues/00137006/v45sS1/S001370061830201X/ [Internet]. 6 janv 2019 [cité 16 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1268142>
116. Plancke L, Amariei A, Guétière G, Danel T. Premiers résultats d'un programme de recontact des suicidants dans le Nord et le Pas-de-Calais (VigilanS). *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 mars 2017;65:S26-7.

117. Vaiva G, Debien Christophe. Rapport Evaluation VigilanS Nord Pas-de-Calais. 27 févr 2017;14.
118. 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. /data/revues/00137006/v45ss1/S0013700618302008/ [Internet]. 6 janv 2019 [cité 5 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1268136>
119. Interroger les données de mortalité | CépiDc [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
120. 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. 1 janv 2019;45:S38-41.
121. Discours de Madame Agnès BUZYN au Congrès de l'Encéphale le 24 janvier 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-madame-agnes-buzyn-au-congres-de-l-encephale-le-24-janvier-2019>
122. Heikkinen ME, Aro HM, Henriksson MM, Isometsä ET, Sarna SJ, Kuoppasalmi KI, et al. Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. Alcohol Clin Exp Res. oct 1994;18(5):1143-9.
123. Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. Acta Psychiatr Scand. oct 1996;94(4):234-40.
124. Lejoyeux M, Huet F, Claudon M, Fichelle A, Casalino E, Lequen V. Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2008;12(1):30-8.
125. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry. mars 1995;152(3):358-64.
126. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
127. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. Curr Opin Psychiatry [Internet]. mai 2010 [cité 5 août 2019]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20308904>
128. Pirkola SP, Suominen K, Isometsä ET. Suicide in alcohol-dependent individuals: epidemiology and management. CNS Drugs. 2004;18(7):423-36.
129. Driessen M, Veltrup C, Weber J, John U, Wetterling T, Dilling H. Psychiatric co-

morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addict Abingdon Engl.* juin 1998;93(6):889-94.

130. Borges G, Cherpitel CJ, MacDonald S, Giesbrecht N, Stockwell T, Wilcox HC. A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol.* nov 2004;65(6):708-14.

131. Powell KE, Kresnow MJ, Mercy JA, Potter LB, Swann AC, Frankowski RF, et al. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;32(1 Suppl):30-41.

132. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, et al. The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts--a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* nov 2010;25(7):414-20.

133. Sher L. Alcohol consumption and suicide. *QJM Mon J Assoc Physicians.* janv 2006;99(1):57-61.

134. Suokas J, Lönnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1995;91(1):36-40.

135. Ries RK, Yuodelis-Flores C, Comtois KA, Roy-Byrne PP, Russo JE. Substance-induced suicidal admissions to an acute psychiatric service: characteristics and outcomes. *J Subst Abuse Treat.* janv 2008;34(1):72-9.

136. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* oct 2007;6(3):177-85.

137. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry.* janv 2003;160(1):56-63.

138. Ilgen MA, Harris AHS, Moos RH, Tiet QQ. Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* avr 2007;31(4):635-42.

139. Ilgen MA, Jain A, Lucas E, Moos RH. Substance use-disorder treatment and a decline in attempted suicide during and after treatment. *J Stud Alcohol Drugs.* juill 2007;68(4):503-9.

140. Smart RG, Mann RE. Changes in suicide rates after reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975–1983. *Br J Addict.* 1990;85(4):463-8.

141. Wasserman D, Värnik A. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1998;394:1-4.

142. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999. *Drug Alcohol Depend.* 20 août 2003;71(2):161-8.

Résumé

Titre : Corrélation entre tentative de suicide et consommation d'alcool dans le cadre du dispositif VigilanS : Résultats à 6 mois.

Introduction : En France, le suicide reste l'une des premières causes de mortalité évitable, on recensait 8 580 décès par suicide en France en 2016, et plus de 200 000 tentatives de suicide (TS). Suite à une tentative de suicide le risque de récidive et de suicide est considérable, c'est dans cette optique que des dispositifs de veille tel que VigilanS se développent dans le pays pour prévenir la récidive suicidaire. L'association entre crise suicidaire et consommation d'alcool est depuis longtemps établie, même si le mécanisme n'est pas clairement expliqué. Or, en France la quantité d'alcool consommée par habitants, 11.7 litres d'alcool pur par habitants en 2017, reste importante malgré une diminution constante depuis les années 1960. L'objectif de cette étude est d'analyser la prise en charge des patients suite à une TS associée à la prise d'alcool inclus dans le dispositif VigilanS pour évaluer si cette population est plus à risque de récidive suicidaire.

Matériel et Méthode : Étude épidémiologique observationnelle des patients suicidants majeurs du secteur de santé Rouen-Elbeuf, inclus dans le dispositif VigilanS de mars 2017 à février 2018. Comparaison des données par groupes selon la consommation ou non d'alcool au moment de la TS, à l'inclusion et à 6 mois de suivi dans le dispositif.

Résultats : 913 patients ont été inclus dans l'étude. Les patients ayant consommés de l'alcool au cours de leur TS (43%) étaient significativement plus vieux (43 ans Vs 40 ans), il y avait proportionnellement plus d'hommes (45.8% Vs 31.7%), ils étaient significativement plus à vivre seul. Ils étaient significativement moins nombreux à être hospitalisés (38.7% Vs 53.3%), ou bien étaient hospitalisés moins longtemps (6 jours Vs 8 jours). On ne retrouvait pas de différence significative au cours des 6 mois de suivi dans le dispositif, ou sur le taux de récidive suicidaire à 6 mois.

Conclusion : Nous ne retrouvons pas d'association entre consommation d'alcool au cours de la TS et récidive suicidaire dans le cadre du suivi dans le dispositif VigilanS. Cependant, il semble important de mieux diagnostiquer les comorbidités addictives au cours des TS et d'insister sur l'accompagnement à la sortie d'hospitalisation dans cette population.

Mots clés :

Suicide – Tentative de suicide – Addiction – Alcool – Troubles liés à l'usage d'alcool – VigilanS