

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

Etude multicentrique rétrospective descriptive évaluant les caractéristiques des patients primo-suicidants ayant associés une consommation d'alcool ou non lors de leur passage à l'acte suicidaire.

Utilisation de la base de données du dispositif VigilanS
Pays de la Loire

TILLARD Jean-Baptiste

Né le 05 février 1992 à Orsay (91)

Sous la direction de M. Le Gal Dewi

Membres du jury

Professeur Gohier Bénédicte | Présidente

Docteur Le Gal Dewi | Directeur

Docteur Denes Damien | Membre

Docteur Kazour François | Membre

Soutenue publiquement le :
29 septembre 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Jean-Baptiste Tillard
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **23/07/2023**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverais l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
Laurent		
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
Françoise		
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
Pascale		
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN	MEDECINE GENERALE	Médecine
Aline		
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RESTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ András	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de thèse, le Dr Dewi Le Gal pour le temps investi dans le projet et ses précieux conseils. Je remercie aussi le Dr Kazour qui, avec ses remarques bien placées, a permis de rendre cette thèse bien plus compréhensive.

Je remercie le Professeur Gohier d'avoir acceptée de présider ce jury et les autres membres du jury d'avoir acceptés d'y participer.

Mais surtout je remercie ma femme qui a dû me supporter pendant cette période notamment lors de la réalisation de la partie statistique. Il en faut du courage pour tolérer quelqu'un qui peste pendant des heures sur un test statistique qu'il ne comprend pas. Merci pour la patience dont tu as fait preuve ces derniers mois.

Je remercie mes fils, Lucien et Eliott pour ces longues grasses matinées que vous m'avez laissé lorsque je travaillais tard la nuit. Mais surtout merci pour vos bisous et câlins qui motivent bien.

A toute ma famille et mes amis pour tout leur soutien.

Liste des abréviations

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

- a) Traitements de la base de données :
- b) Analyses statistiques :
- c) Considération éthique :

RÉSULTATS

DISCUSSION

- a) Objectif principal
- b) Données socio-démographiques :
- c) Données médicales :
- d) Limitations et forces de l'étude :

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

**Etude multicentrique rétrospective descriptive
évaluant les caractéristiques des patients
primo-suicidants ayant associés une
consommation d'alcool ou non lors de leur
passage à l'acte suicidaire.
Utilisation de la base de données du dispositif
VigilanS.**

Tillard Jb, Le Gal D, Kazour F, Gohier B

Résumé

Introduction :

La consommation d'alcool est un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. De nombreuses études ont recherché les différences socioéconomiques entre les patients suicidants souffrant, ou non, d'un trouble lié à l'usage de l'alcool (TLUA). Cette étude se focalise sur les patients faisant un premier geste suicidaire, en utilisant la base de données du dispositif Vigilans Pays de la Loire, dispositif de veille sanitaire pour les patients faisant un geste suicidaire.

Objectif :

Rechercher les différences socio-économiques et médicales entre les patients primo-suicidants ayant associés de l'alcool à leurs gestes et ceux n'en ayant pas associés.

Méthode :

Les patients pris en compte dans l'étude sont tous les primo-suicidants inclus dans la base de données du 1 janvier 2020 au 31 décembre 2022, qu'ils soient majeurs ou mineurs. Ils sont répartis en deux groupes : l'un associant une prise d'alcool au geste suicidaire et l'autre sans prise d'alcool.

Résultats :

L'étude comporte 2168 patients dont 684 dans le groupe associant l'alcool et 1484 dans le groupe n'utilisant pas d'alcool. Ceux associant de l'alcool au geste sont plus des hommes, solitaires. Ils ont plus tendance à vivre en zones rurales. Dans ce groupe, il y a en proportion, plus de patients issus du milieu ouvrier, des professions intermédiaires, des artisans ou des gérants. Ces patients ont moins de psychiatres traitants déclarés. Leurs gestes suicidaires sont plus graves mais les durées d'hospitalisation qui suivent sont plus courtes.

Discussion :

Les résultats retrouvés sont concordants avec la littérature se consacrant aux patients souffrants d'un TLUA. Quelques variations sont retrouvées et peuvent s'expliquer car les patients du groupe associant l'alcool au geste sont pour certains des consommateurs chroniques et d'autres des consommateurs occasionnels.

Conclusion :

Le caractère primo-suicidant ne fait pas ressortir de différences propres. Les différences objectivées sont en concordances avec les résultats de précédentes études concernant une population souffrant de TLUA. Il pourrait être intéressant de différencier les patients consommant de l'alcool de façon chronique et ceux ayant juste eu une consommation aigue au moment du geste suicidaire afin de pouvoir se concentrer sur cette population en particulier.

Mots-clefs : first suicide attempt, suicide attempt, alcohol use, VigilanS, risk factors

INTRODUCTION

La consommation d'alcool est un facteur de risque de conduite suicidaire (1). La consommation aigüe d'alcool est associée avec 6,97 fois plus de risque de faire un passage à l'acte (2). De plus, il est bien connu qu'après un premier geste suicidaire les semaines qui suivent sont une période à haut risque de nouvelles tentatives de suicide (TS). Le risque de passage à l'acte est ainsi multiplié de 130 à 200 par rapport à la population générale (3).

Le dispositif VIGILANS est un dispositif de veille destiné à la prévention de la récidive suicidaire. Il est né à Lille en 2015 puis a été progressivement étendu aux autres régions. Aujourd'hui, il est présent dans 17 régions et dans 92 départements. Dans les pays de la Loire, le CHU d'Angers déploie ce dispositif (Annexe n°1).

Ce dispositif consiste en une veille sanitaire de patients ayant été pris en charge pour une TS. Les patients inclus dans le dispositif sont recontactés téléphoniquement à 15 jours et/ou à 3 mois de leur TS par un professionnel de psychiatrie spécialement formé à la prévention de la récidive suicidaire. Parallèlement les patients disposent d'un numéro vert gratuit leur permettant d'être en contact avec un professionnel de psychiatrie qui pourra alors, après une écoute attentive et bienveillante, les rediriger vers les soins les plus adaptés (urgences, psychiatre, médecin traitant, etc.) (Annexe n°2). Le contact se fait soit par téléphone soit par carte postale s'ils ne répondent pas. Le dispositif a montré une réelle efficacité dans la prévention de la récidive suicidaire (4,5). Lors de leur inclusion dans le dispositif, un certain nombre de données personnelles sont recueillies et incluses dans une base de données (Annexe n°3).

L'objectif principal de cette étude est de voir s'il existe une différence significative dans les caractéristiques sociales, médicales et les caractéristiques du geste, entre les patients primo-suicidants associant de l'alcool et ceux n'en associant pas à leur geste suicidaire. Cette connaissance permettrait de mieux appréhender cette population de patients, à terme,

d'adapter les offres de soins à leur proposer et d'essayer de dégager des cibles de prévention. Les objectifs secondaires de l'étude seront de rechercher s'il existe une différence entre ces groupes selon le lieu de vie, rural ou urbain. Nous étudierons aussi s'il y a une différence significative en fonction de la catégorie professionnelle, de vivre seul, de la durée d'hospitalisation et de la gravité du geste suicidaire. Nous étudierons aussi s'il y a des différences entre ces groupes concernant le fait d'avoir un médecin traitant et de l'avoir consulté dans les 3 mois ainsi qu'un psychiatre et de l'avoir consulté dans les 3 mois. Et pour finir nous regarderons s'il existe des différences concernant les antécédents familiaux de suicide ou de TS, le fait d'avoir fait des récidives suicidaires ainsi que sur le type de gestes suicidaires.

MÉTHODES

Pour réaliser cette étude descriptive observationnelle, nous avons utilisé la base de données du dispositif VIGILANS Pays de la Loire. Elle utilise le logiciel Sys.Vision. Cette base de données collecte les données socio-économiques des patients ayant fait un geste suicidaire. Nous avons extrait les données pour les patients primo-suicidants, qui ont réalisé leur premier geste suicidaire entre le 1 janvier 2020 et le 31 décembre 2022. Nous y incluons aussi bien les patients majeurs que mineurs. Une fois extraites, ces données sont réparties en deux groupes. L'un ayant associé une consommation d'alcool au geste suicidaire et l'autre n'ayant pas associé de l'alcool au geste. Dans la base de données, il n'est pas fait de distinctions entre un patient ayant eu une consommation ponctuelle d'alcool et un autre patient ayant une consommation chronique.

a) Traitements de la base de données :

Nous avons réorganisé certaines données de la base, notamment les données concernant les professions, le lieu de vie, les antécédents familiaux, la gravité et le type du geste.

Concernant les professions, nous les avons classées en plusieurs catégories en suivant la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE). Cette dernière les divise en 6 catégories : agriculteurs, artisans/commerçants/chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers. Nous avons ajouté une catégorie pour les étudiants, pour les retraités et enfin une pour les personnes sans emploi ou en arrêt de travail. Nous avons ensuite catégorisé les communes d'habitation en rural et urbain pour la comparaison selon le lieu d'habitation. Pour effectuer cette classification nous avons utilisé la grille communale de densité à 4 niveaux de l'INSEE datant de 2022. Elle classe les communes en 4 catégories en fonction de leur densité d'habitants. L'INSEE considère les deux catégories

les plus denses comme constituant l'espace urbain tandis que les deux dernières catégories comme constituant l'espace rural. Pour les antécédents familiaux de suicides et TS nous avons considéré la famille uniquement sur le versant génétique. Les apparentés ne sont donc pas pris en compte. Concernant la classification des TS en grave ou non grave, cette donnée n'est pas directement dans la base de données. Pour classer la gravité d'un geste suicidaire le psychiatre responsable du dispositif VIGILANS relit les données enregistrées pour les patients et classe en fonction des données disponibles si le geste est grave ou non. Et enfin, pour classer le type de gestes suicidaires réalisé par les patients nous avons défini huit grandes catégories réparties comme suit : l'intoxication médicamenteuse volontaire, la phlébotomie, la pendaison/strangulation, l'accident sur la voie public, la précipitation, la noyade, la défenestration et enfin une catégorie « autre » dans laquelle sont mis les gestes ne rentrant pas dans les catégories précédentes.

b) Analyses statistiques :

Les données ainsi extraites de la base de données sont mises en forme dans un tableau EXCEL puis analysées par le logiciel JAMOVI. Nous utilisons des tableaux de contingence puis des tests statistiques CHI2 hormis pour l'analyse de la gravité du geste suicidaire ainsi que pour la comparaison selon les lieux d'habitation où un test de Fisher a été réalisé. Un test non paramétrique de Kruskal-Wallis a été réalisé pour l'étude des durées d'hospitalisation. Le risque alpha pris en compte pour cette étude est de 0,05.

c) Considération éthique :

Lorsque les patients sont inclus dans la base de données du dispositif VIGILANS, ils peuvent accepter ou non que leurs données y soient compilées. Ils peuvent à tout moment retirer leur consentement s'ils le désirent. Ces données ne sont pas nominatives. L'étude que nous

réalisons a reçu l'autorisation du comité d'éthique de l'hôpital d'Angers n°2023-102 (Annexe 3).

RÉSULTATS

Lors de l'extraction des données nous avons inclus 2285 patients primo-suicidants inclus dans la base de données entre le 01/01/2020 et le 31/12/2022 (figure 1). Parmi eux 117 patients ont été exclu car il n'y avait pas de renseignements sur la consommation ou non d'alcool concomitante au geste suicidaire. Il y a 684 patients dans le groupe avec alcool (PAA) et 1484 dans le groupe sans alcool (PNAA).

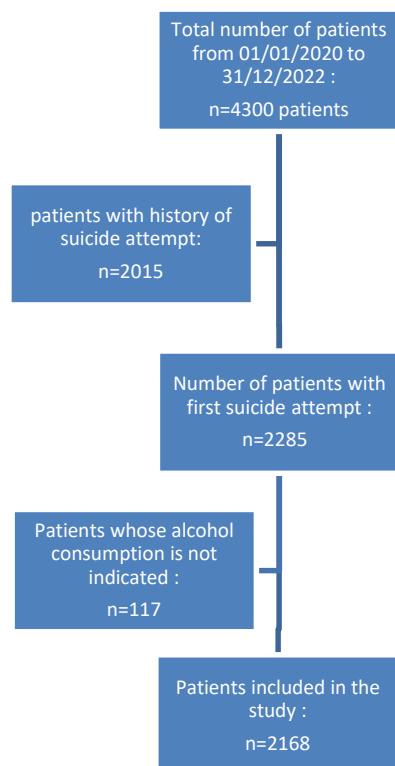


Figure 1 : Study selection flowchart

On constate que dans le groupe PAA la population est composée de plus de patients majeurs que dans le groupe PNAA (96,35% vs 77,22%) ($\chi^2=123$, $p<.001$).

Les patients du groupe PAA sont majoritairement des hommes à la différence des patients du groupe PNAA (56,14% vs 33,42%) ($\chi^2=100$, $p<.001$).

La population du groupe PAA est aussi majoritairement issue de zones rurales à la différence du groupe PNAA qui elle provient majoritairement de zones urbaines (51,17% vs 46,77% ; p=0.009).

Les patients du groupe PAA vivent aussi plus souvent seuls que les patients du groupe PNAA (31,43% vs 20,35%) ($\chi^2=33,4$, p<.001).

		Without alcohol	with alcohol	Total	P-value
age	Patient under 18	338 (22,78%)	25 (3,65%)	363	<.001
	Adult patient	1146 (77,22%)	659 (96,35%)	1805	
gender	Man	496 (33,42%)	384 (56,14%)	880	<.001
	woman	988 (66,58%)	300 (43,86%)	1288	
Place of residence	Urban	787 (53,03%)	328 (47,95%)	1115	0.008514
	rural	694 (46,77%)	350 (51,17%)	1044	
	NC	3 (0,2%)	6 (0,88%)	9	
Way of life	Live alone	302 (20,35%)	215 (31,43%)	517	<.001
	Live with a partner	1014 (68,33%)	390 (57,02%)	1404	
	NC	168 (11,32%)	79 (11,55%)	247	
Profession	farmer	17 (1,15%)	17 (2,43%)	34	<.001
	artisan/shopkeeper/patron	50 (3,37%)	61 (8,92%)	111	
	Executive and higher profession	47 (3,17%)	33 (4,82%)	80	
	intermediate profession	71 (4,78%)	55 (8,04%)	126	
	Employee	196 (13,2%)	106 (15,5%)	302	
	workman	140 (9,43%)	122 (17,84%)	262	
	retired	146 (9,84%)	45 (6,58%)	191	
	unemployed and out of work	124 (8,36%)	75 (10,96%)	199	
	NC	329 (22,17%)	119 (17,4%)	448	
	Student	364 (24,53%)	51 (7,46%)	415	
Family history of suicide	with	174 (11,73%)	91 (13,3%)	265	0.5703
	Without	1109 (74,73%)	504 (73,7%)	1613	
	NC	201 (13,54%)	89 (13,01%)	290	
Family history of suicide attempts	No	960 (64,7%)	448 (0,66%)	1408	0.419
	Yes	180 (12,1%)	70 (10,2%)	250	
	NC	344 (23,2%)	166 (24,3%)	510	

Tableau 1 : tableau de contingence des données démographiques

Nous avons étudié la différence entre les deux groupes en fonction de la profession des patients. Le test de Chi² réalisé retrouve une différence significative. Les patients du groupe PAA sont, en proportion, plus souvent des artisans/gérants/patrons (8,92% vs 3,37%), ou issue de professions intermédiaires (8,04% vs 4,78%) ou des ouvriers (17,84% vs 9,43%) ($\chi^2=160$, p<.001).

Les patients du groupe PAA n'avaient statistiquement pas plus d'antécédents familiaux de suicide ($\chi^2=1.12$, $p=0,57$) ou de tentatives de suicide ($\chi^2=1.74$, $p=0,42$) que les patients du groupe PNAA.

Concernant les données d'ordre médical (tableau 2), on ne retrouve pas de différence entre les deux groupes lorsqu'il s'agit d'avoir un médecin traitant ($\chi^2=1.89$, $p=0,17$) ou le fait de le consulter dans les 3 mois précédents le geste suicidaire ($\chi^2=0.911$, $p=0,63$).

		Without alcohol	with alcohol	Total	P-value
patient has a primary care physician	Yes	1309 (88,21%)	589 (86,11%)	1898	0,1695
	No	175 (11,79%)	95 (13,89%)	270	
patient has a psychiatrist	Yes	429 (28,91%)	152 (22,22%)	581	0,0011
	No	1055 (71,09%)	532 (77,78%)	1587	
consulted his referring physician within 3 months	Yes	740 (56,53%)	322 (54,67%)	1062	0,634
	No	267 (20,4%)	131 (22,24%)	398	
	NC	302 (23,07%)	136 (23,09%)	438	
consulted his psychiatrist within 3 months	Yes	218 (50,82%)	68 (44,74%)	286	0,43
	No	62 (14,45%)	24 (15,79%)	86	
	NC	149 (34,73%)	60 (39,47%)	247	
type of suicidal gesture	Drug intoxication	1097 (73,92%)	481 (70,32%)	1578	0,1455
	Phlebotomy	69 (4,65%)	38 (5,56%)	107	
	Hanging	91 (6,13%)	56 (8,19%)	147	
	Road accident	20 (1,35%)	9 (1,32%)	29	
	Precipitation	26 (1,75%)	20 (2,92%)	46	
	drowning	15 (1,01%)	4 (0,58%)	19	
	Defenestration	19 (1,28%)	4 (0,58%)	23	
	Autre	147 (9,91%)	72 (10,53%)	219	
Severity of suicide attempt	Serious attempt	101 (6,81%)	69 (10,09%)	170	0,0223
	Non-serious attempt	15 (1,01%)	4 (0,58%)	19	
	NC	1368 (92,18%)	611 (89,33%)	1979	
Recurrence of suicide attempt	Yes	96 (6,47%)	36 (5,26%)	132	0,2752
	No	1388 (93,53%)	648 (94,74%)	2036	
length of hospital stay (day)		5,07	3,63		<.001

Tableau 2 : tableau de contingence des données médicales

Nous avons réalisé la même analyse en regardant cette fois la présence ou non d'un psychiatre traitant. Les patients du groupe PAA avaient moins de psychiatre que les patients du groupe PNAA (22,22% vs 28,91%) ($\chi^2=10.7$, $p<.001$). On ne retrouvait pas de différence entre les deux groupes dans le fait de consulter son psychiatre dans les 3mois précédents le geste suicidaire ($\chi^2=1,68$, $p=0,43$).

Les patients du groupe PAA faisaient plus de tentatives de suicide graves que ceux du groupe PNAA (10,09% vs 6,81% ; p=0,022).

Les durées d'hospitalisation étaient, en moyenne, plus courtes pour les patients du groupe PAA (3,63j vs 5,07j ; p<.001).

En ce qui concerne les récidives de tentatives de suicide, il n'y a pas de différence entre les deux groupes ($X^2=1.19$, p=0.28).

On ne retrouve pas de différence dans les types de gestes suicidaires réalisés par les patients du groupe PAA et les types de gestes suicides réalisés par les patients du groupe PNAA (p=0,145).

DISCUSSION

a) Objectif principal

Nous comparons, dans notre étude, les caractéristiques sociales et médicales dans une population de primo-suicidants selon leur consommation ou non d'alcool lors de leur TS. Les conséquences de la consommation d'alcool sur le risque suicidaire est une donnée bien documentée (2,6). L'usage d'alcool aigu peut alors provoquer un effet euphorisant, une irritabilité, une impulsivité propice au passage à l'acte impulsif (2). De plus, la consommation chronique d'alcool a un effet dépressogène. Les patients ayant, au minimum, un mésusage d'alcool présenteraient une augmentation de l'impulsivité mais aussi une intentionnalité suicidaires plus faible que les autres patients suicidaires (7). Il est important de noter que dans cette étude il n'est pas fait de distinction entre les patients ayant eu une prise occasionnelle d'alcool lors du passage à l'acte et les patients ayant une consommation chronique d'alcool. Cela constitue un biais dans notre étude. Bagge et al. ont montré que 70% des patients consommant de l'alcool avant le geste suicidaire le réalisait dans le cadre d'un trouble lié à l'usage de l'alcool (TLUA) ou lors d'une alcoolisation aigue entraînant le passage à l'acte et non comme un geste facilitant (8). Dans notre étude on ne sait pas dans quelle proportion les patients du groupe PAA ont un trouble lié à l'usage de l'alcool ou ont juste eu une consommation ponctuelle d'alcool. Une étude réalisée dans les années 1990 montrait que chez les patients présentant un TLUA, ceux qui passaient à l'acte étaient plus souvent des femmes, des personnes au niveau socio-économique bas et que ces patients avaient le plus souvent des apparentés souffrant de TLUA (9). Nous retrouvons dans la population de notre étude quelques variations avec ces résultats ce qui confirme qu'on ne peut pas être sûr du type de consommation de nos patients.

b) Données socio-démographiques :

Lors de cette étude nous retrouvons que la majorité des différences significatives entre les deux groupes sont principalement sur les variables socio-démographiques. On retrouve qu'il y a moins de mineurs dans le groupe associant l'alcool au geste suicidaire et qu'il y a, en proportion, plus d'hommes. Ces résultats sont en cohérence avec les données épidémiologiques françaises qui retrouvent une consommation d'alcool plus importante chez les hommes. Il est à noter que plus la quantité d'alcool ingérée est importante plus la prévalence des hommes est importante (10).

Les patients du groupe PAA n'ont pas plus d'antécédents familiaux de suicide ou de TS que ceux du groupe PNAA. Ces résultats vont dans le sens de précédentes études qui montraient que les personnes faisant une TS avaient, en proportion, plus d'antécédent familial de suicide ou de TS et ce peu importe s'ils avaient un trouble addictif sous-jacent (11).

Une étude épidémiologique réalisée en France démontrait que les patients consommateurs chroniques d'alcool avaient, en moyenne, un niveau socio-économique plus faible pour les hommes (l'inverse chez les femmes), vivaient seuls, étaient au chômage (12). Concernant la précarité financière elle était à la fois cause et facteur d'alcoolo-dépendance. La population de notre groupe PAA comporte de nombreuses similarités avec la population souffrant d'un TLUA décrite dans cette étude. Elle retrouvait aussi une consommation plus importante chez les artisans, commerçants et les agriculteurs. De précédentes études ajoutent que le chômage était un facteur de risque important de passage à l'acte chez les patients souffrant d'une addiction à l'alcool (13,14). Nos résultats sont en cohérence avec ces données, nous constatons les mêmes caractéristiques dans l'échantillon de patient du groupe PAA. Ainsi les patients du groupe PAA vivent plus seuls que ceux du groupe PNAA. Cependant dans notre étude, les agriculteurs ne sont pas plus représentés que dans le groupe PNAA. Cela peut, en partie, s'expliquer par l'échantillon relativement faible d'agriculteurs inclus dans la base de données (34 au total).

Il existe un biais de classement potentiel concernant la catégorie socioprofessionnelle étudiante. En effet les mineurs ont principalement été classés comme étudiant, or ils sont une catégorie ayant une consommation plus faible d'alcool (15).

Nous retrouvons que les patients du groupe PAA sont majoritairement issus du milieu rural alors que les patients du groupe PNAA sont principalement urbains. Ce résultat laisse présager une consommation d'alcool plus importante en milieu rural. Nous n'avons pas trouvé d'articles se focalisant sur cette problématique dans la population française mais une revue de la littérature réalisée en Australie retrouvait un nombre de cas de TLUA plus important dans les campagnes (16). Frisen et al retrouvent des données similaires avec des consommations en zone urbaines moins importantes que dans les zones rurales au niveau mondial, mais avec une différence moins marquée en Europe et Amérique du nord qu'en Océanie (17). Il pourrait être intéressant de réaliser une telle étude en France, car il existe une culture du vin très présente dans nos campagnes surtout dans une région viticole comme les pays de la Loire.

c) Données médicales :

Pour les données d'ordre médical on perçoit moins de différences significatives entre les deux groupes. Il n'y a pas de différence significative concernant le fait d'avoir un médecin généraliste. On aurait pu s'attendre à des taux plus élevés dans le groupe PAA. En effet certains patients de ce groupe ont une consommation chronique d'alcool, or on sait que cette population a un recours aux soins plus élevé que la population générale du fait des problèmes de santé qu'engendre cette addiction (12,18). On constate un plus faible taux de patients ayant un psychiatre dans le groupe PAA. Cela pourrait être en lien avec le fait que ces patients soient plus ruraux, or, actuellement en France il existe une très grande difficulté d'accès aux soins psychiatriques dans les territoires ruraux (19). Cela peut aussi être dû à la présence de patients souffrant d'un TLUA et présentant des idées suicidaires durant les phases d'alcoolisation aigue

sans pour autant avoir une pathologie psychiatrique aigue sous-jacent. Ces patients peuvent, une fois désenivrés, présenter un amendement des idées suicidaires et ne relèvent donc pas nécessairement de soins psychiatriques en dehors de la prise en charge de leur addiction.

De précédentes études ont montré un risque de récidive de TS augmenté chez les patients consommant de l'alcool lors du geste suicidaire (20). Mais dans notre étude nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux groupes. Cela peut être dû à la construction même de l'étude. En effet nous ne recueillons les récidives de TS que sur la durée de l'étude, il est tout à fait possible que les patients aient fait une nouvelle tentative après la fin du recueil des données. Nous n'avons pas, non plus, pris en compte le nombre de récidives de chaque patient. En ce qui concerne la durée d'hospitalisation, on retrouve des résultats cohérents avec la littérature. Les patients faisant un geste suicidaire dans le cadre d'un trouble lié à l'usage de l'alcool ont des durées d'hospitalisation plus faibles que les patients n'ayant pas de consommations d'alcool (21).

L'alcool altérant les fonctions exécutives, la planification et la prise de décision, on s'attend à ce que cela impact le choix de la méthode utilisée. Il pourrait y avoir une variation sur la complexité de la préparation, de la planification et de l'exécution du geste suicidaire. Une étude montrait une augmentation de la létalité des geste suicidaires en fonction du taux d'alcoolémie, jusqu'à un point d'alcoolémie à partir duquel la létalité diminue (22). La léthalité des gestes suicidaires est la plus élevée pour des taux d'alcool compris entre 1,5 et 1,9g/l. Une revue de la littérature retrouvait que les gestes suicidaires les plus fréquents chez les patients alcoolisés étaient l'intoxication médicamenteuse volontaire suivi de la phlébotomie puis de la pendaison et enfin de la précipitation (23). Dans notre étude, on ne repère pas de différence dans le type de geste suicidaire mais la gravité des gestes est plus importante dans le groupe PAA. On constate, cependant, que l'intoxication médicamenteuse volontaire est légèrement plus présente dans le groupe PNAA et que la pendaison est un peu plus présente dans le groupe

PAA. Dans notre étude c'est le service de soins, qui inclut le patient dans la base de données, qui indique le moyen utilisé. Il peut donc y avoir des erreurs de cotation. Par exemple, une défenestration peut être classée comme une précipitation, ce qui peut altérer les résultats. La classification standardisée des gestes suicidaires est la CIM11 mais elle n'est pas nécessairement bien utilisée par tous. Concernant la gravité des gestes suicidaires il y a un biais important dans notre étude. En effet, lorsque les patients sont inclus dans la base de données ils peuvent être rappelés à 15 jours en fonction de plusieurs critères : s'ils ont moins de 21 ans ou bien plus de 21 ans et primo-suicidants ou encore en cas de geste grave. Les autres patients sont rappelés à 3 mois. La cotation de la gravité du geste n'a d'intérêt, dans le cadre du dispositif Vigilans, que pour savoir s'il faut rappeler le patient à 15 jours. Donc, pour de nombreux patients, la gravité du geste suicidaire n'a pas été évaluée car ils seront systématiquement rappelés à 15 jours. Il est probable que de nombreux patients, dont la donnée est manquante, aient fait un geste grave mais non évalué. Lorsqu'elle est effectuée, l'évaluation de la gravité se fait sur les seuls éléments fournis à la base de données. Il ne s'agit pas d'une classification standardisée.

On constate qu'il y a bien des différences significatives entre le groupe PNAA et le groupe PAA. La construction même de la base de données du dispositif VIGILANS fait qu'il n'est pas possible de distinguer des patients ayant un usage chronique de l'alcool et des patients ayant utilisé l'alcool de manière aigue pour faciliter le geste suicidaire (24). Cela se ressent dans les résultats car les différences que nous retrouvons sont celles régulièrement observées dans les études de suicidologie se consacrant aux patients avec un trouble lié à l'usage de l'alcool. Le fait de lier son premier geste suicidaire à de l'alcool retrouve des caractéristiques propres aux personnes souffrant d'un TLUA. Cela permet de dire qu'il est important, lorsqu'un patient primo suicidaire lie son geste à l'alcool, de bien rechercher un trouble lié à l'usage de l'alcool ou au moins d'axer des mesures de prévention addictologique car, s'il n'a pas encore ce trouble, il a

tous les facteurs de risques pour le développer. D'autant plus qu'il y a possiblement un maladie psychiatrique sous-jacent pouvant favoriser l'apparition d'un trouble addictif.

d) Limitations et forces de l'étude :

La principale force de cette étude est son nombre élevé de patients (2168 patients). Ils sont issus de divers centres hospitaliers localisés en zones rurales ou urbaines, universitaires ou non, ce qui en fait un panel représentatif de la population primo-suicidante de la région des pays de la Loire.

Le biais principal de l'étude est un biais de classification lié à des erreurs de notation lors de l'inclusion des patients. Il existe aussi un défaut de standardisation dans les données du formulaire d'inclusion laissant beaucoup de variabilité selon l'investigateur. Il n'existe pas de double codage pour permettre une vérification des données. On peut le constater sur les professions des patients et sur le type de gestes suicidaires où, d'un praticien à l'autre, la donnée aurait pu être inscrite différemment. L'autre limite de cette étude est le fait que la base de données ne différencie pas la consommation chronique d'alcool d'une consommation aigue. De plus, de nombreuses données restent manquantes, principalement dans le cadre de l'analyse de la gravité du geste suicidaire.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence des différences significatives entre les patients primo-suicidants associant de l'alcool à leurs gestes suicidaires et les patients primo-suicidants n'associant pas d'alcool à leurs gestes suicidaires. Ces différences sont celles retrouvées comme facteurs de risque dans les études portant sur les populations souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool. On remarque quelques différences avec ces études, notamment sur le sexe des patients et leurs recours aux médecins traitants. Cela peut s'expliquer par la non-différenciation dans la base de données du type de consommation de nos patients. Le fait

d'être primo-suicidant ne semble pas changer ces spécificités. Il serait donc intéressant d'axer l'étude sur la différence entre les patients primo-suicidants n'associant pas l'alcool à leur geste et les primo-suicidants associant, de façon ponctuelle, de l'alcool au geste afin de déterminer si une consommation occasionnelle lors d'un passage à l'acte est spécifique d'une population donnée. Cela nécessiterait, si l'on veut poursuivre l'utilisation de la base de données du dispositif Vigilans, la modification du document de recueil de données afin d'y inclure cette différentiation.

BIBLIOGRAPHIE

1. SALLES J, TIRET B, GALLINI A, GANDIA P, ARBUS C, MATHUR A, ET AL. SUICIDE ATTEMPTS: HOW DOES THE ACUTE USE OF ALCOHOL AFFECT SUICIDE INTENT? *SUICIDE LIFE THREAT BEHAV.* FEVR 2020;50(1):315-28.
2. 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.
3. GOLDACRE M, SEAGROATT V, HAWTON K. SUICIDE AFTER DISCHARGE FROM PSYCHIATRIC INPATIENT CARE. *LANCET.* 31 JUILL 1993;342(8866):283-6.
4. PLANCKE L, AMARIEI A, DANIEL T, DEBIEN C, DUHEM S, NOTREDAME CE, ET AL. EFFECTIVENESS OF A FRENCH PROGRAM TO PREVENT SUICIDE REATTEMPT (VIGILANS). *ARCH SUICIDE RES.* 2021;25(3):570-81.
5. FOSSI DJEMBI L, VAIVA G, DEBIEN C, DUHEM S, DEMARTY AL, KOUDOU YA, ET AL. CHANGES IN THE NUMBER OF SUICIDE RE-ATTEMPTS IN A FRENCH REGION SINCE THE INCEPTION OF VIGILANS, A REGIONWIDE PROGRAM COMBINING BRIEF CONTACT INTERVENTIONS (BCI). *BMC PSYCHIATRY.* 28 JANV 2020;20(1):26.
6. ISAACS JY, SMITH MM, SHERRY SB, SENO M, MOORE ML, STEWART SH. ALCOHOL USE AND DEATH BY SUICIDE: A META-ANALYSIS OF 33 STUDIES. *SUICIDE LIFE THREAT BEHAV. AOUT* 2022;52(4):600-14.
7. SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, HENRIKSSON M, OSTAMO A, LÖNNQVIST J. HOPELESSNESS, IMPULSIVENESS AND INTENT AMONG SUICIDE ATTEMPTERS WITH MAJOR DEPRESSION, ALCOHOL DEPENDENCE, OR BOTH. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA.* 1997;96(2):142-9.
8. BAGGE CL, CONNER KR, REED L, DAWKINS M, MURRAY K. ALCOHOL USE TO FACILITATE A SUICIDE ATTEMPT: AN EVENT-BASED EXAMINATION. *J STUD ALCOHOL DRUGS. MAI* 2015;76(3):474-81.
9. ROY A, LAMPARSKI D, DEJONG J, MOORE V, LINNOILA M. CHARACTERISTICS OF ALCOHOLICS WHO ATTEMPT SUICIDE. *AM J PSYCHIATRY. JUIN* 1990;147(6):761-5.
10. ALCOOL - SYNTHESE DES CONNAISSANCES - OFDT [INTERNET]. [CITE 13 JUILL 2023]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.OFDT.FR/PRODUITS-ET-ADDICTIONS/DE-Z/ALCOOL/](https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/)
11. ROY A. RELATION OF FAMILY HISTORY OF SUICIDE TO SUICIDE ATTEMPTS IN ALCOHOLICS. *AM J PSYCHIATRY.* DEC 2000;157(12):2050-1.
12. BECK F, RICHARD JB. LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE. *LA PRESSE MEDICALE.* 1 OCT 2014;43(10, PART 1):1067-79.
13. HESSELBROCK M, HESSELBROCK V, SYZMANSKI K, WEIDENMAN M. SUICIDE ATTEMPTS AND ALCOHOLISM. *J STUD ALCOHOL. SEPT* 1988;49(5):436-42.
14. PREUSS UW, SCHUCKIT MA, SMITH TL, DANKO GP, BUCKMAN K, BIERUT L, ET AL. COMPARISON OF 3190 ALCOHOL-DEPENDENT INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT SUICIDE ATTEMPTS. *ALCOHOL: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH.* 2002;26(4):471-7.

15. L'ESSENTIEL SUR... LES JEUNES ET L'ALCOOL | MILDECA [INTERNET]. [CITE 3 SEPT 2023]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.DROGUES.GOUV.FR/LESSENTIEL-SUR-LES-JEUNES-ET-LALCOOL](https://www.drogues.gouv.fr/les-essentiels-sur-les-jeunes-et-l-alcool)
16. MILLER PG, COOMBER K, STAIGER P, ZINKIEWICZ L, TOUMBOUROU JW. REVIEW OF RURAL AND REGIONAL ALCOHOL RESEARCH IN AUSTRALIA. AUSTRALIAN JOURNAL OF RURAL HEALTH. 2010;18(3):110-7.
17. FRIESEN EL, BAILEY J, HYETT S, SEDIGHI S, SNOO ML DE, WILLIAMS K, ET AL. HAZARDOUS ALCOHOL USE AND ALCOHOL-RELATED HARM IN RURAL AND REMOTE COMMUNITIES: A SCOPING REVIEW. THE LANCET PUBLIC HEALTH. 1 FEVR 2022;7(2):e177-87.
18. REHM J, ROOM R, VAN DEN BRINK W, JACOBI F. ALCOHOL USE DISORDERS IN EU COUNTRIES AND NORWAY: AN OVERVIEW OF THE EPIDEMIOLOGY. EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY. 1 AOUT 2005;15(4):377-88.
19. NOMBRE DE PSYCHIATRES LIBERAUX | L'OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES [INTERNET]. [CITE 17 JUILL 2023]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.OBSERVATOIRE-DES-TERRITOIRES.GOUV.FR/NOMBRE-DE-PSYCHIATRES-LIBERAUX](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/nombre-de-psychiatres-liberaux)
20. HAWTON K, FAGG J, McKEOWN SP. ALCOHOLISM, ALCOHOL AND ATTEMPTED SUICIDE. ALCOHOL ALCOHOL. 1989;24(1):3-9.
21. 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.
22. PARK CHK, YOO SH, LEE J, CHO SJ, SHIN MS, KIM EY, ET AL. IMPACT OF ACUTE ALCOHOL CONSUMPTION ON LETHALITY OF SUICIDE METHODS. COMPR PSYCHIATRY. MAI 2017;75:27-34.
23. 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.
24. JARDON V, DEBIEN C, DUHEM S, MORGIEVE M, DUCROCQ F, VAIVA G. [AN EXAMPLE OF POST-DISCHARGE MONITORING AFTER A SUICIDE ATTEMPT: VIGILANS]. ENCEPHALE. JANV 2019;45 SUPPL 1:S13-21.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Study selection flowchart 9

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : tableau de contingence des données démographiques 10

Tableau 2 : tableau de contingence des données médicales..... 11

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	6
a) Traitements de la base de données :	6
b) Analyses statistiques :	7
c) Considération éthique :	7
RÉSULTATS	9
DISCUSSION	13
a) Objectif principal	13
b) Données socio-démographiques	13
c) Données médicales	15
d) Limitations et forces de l'étude :	18
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE.....	20
LISTE DES FIGURES	22
LISTE DES TABLEAUX.....	23
TABLE DES MATIERES	24
ANNEXES.....	I

ANNEXES



Programme VigilanS Pays de la Loire

VigilanS est un dispositif de veille post-hospitalière pour les patients suicidants. Soutenu par la politique nationale de santé, il vise à réduire la récidive et la mortalité suicidaires.

Basé au CHU d'Angers, **VigilanS** Pays de la Loire est composé d'une équipe de professionnels (appelés vigilanceurs) disponible du lundi au vendredi, de 9h à 18h, ils assurent par téléphone la veille des patients de la région ayant réalisé un geste suicidaire dans les 3 derniers mois et le recontact sur une période minimale de 6 mois.

VigilanS n'est pas une substitution au parcours de soin classique mais bien un complément à ce dernier. C'est pourquoi notre équipe travaille en lien avec les professionnels de santé de la région. Pour inclure l'un de vos patients ou pour plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter.

Pour les professionnels de santé :

VigilanS-Pays de la Loire
Tél. : 02 41 35 35 95
Fax : 02 49 05 53 48
VigilanS@chu-angers.fr

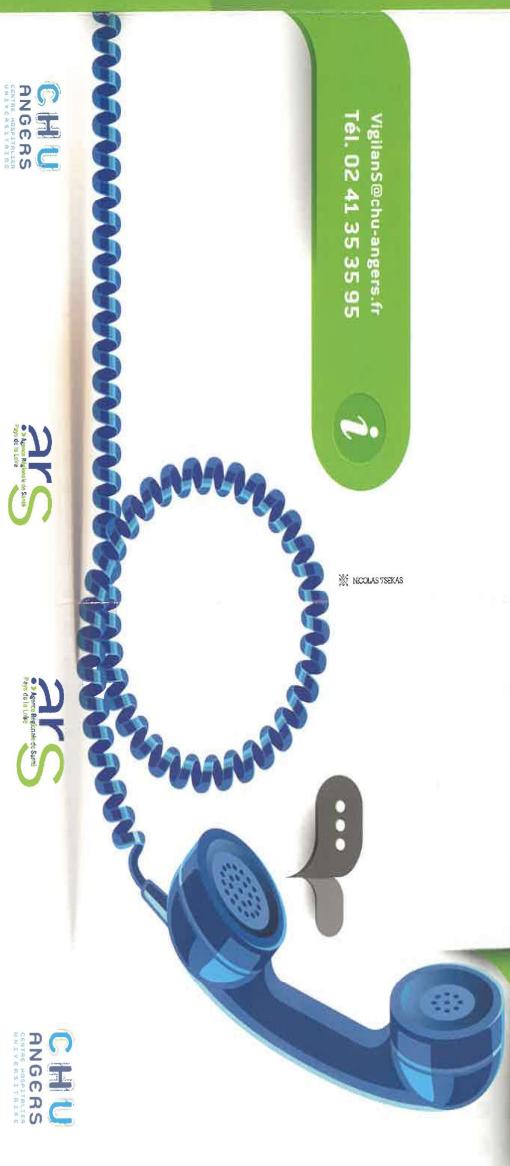
VigilanS@chu-angers.fr
Tél. 02 41 35 35 95



Dispositif de veille
post-hospitalière
auprès des suicidants

de la région
Pays de la Loire

VigilanS
Pays de la Loire



annexe 1 : brochure d'information du dispositif SigilanS



Etiquette patient

(À faxer au 02.41.35.53.48)

Hôpital et service : Date :

Nom du médecin ayant pris en charge le patient : Tél. :

Souhaite recevoir un compte-rendu : oui non Courriel :

Nom du patient :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :/...../.....	Lieu de naissance :	
Adresse :		
Code postal :	Ville :	Le patient vit-il seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléphone fixe :	Téléphone mobile :	
Profession:		
Personne de confiance (nom, lien de parenté et téléphone) :		

Si le patient est MINEURTitulaire de l'autorité parentale : père mère autre (.....)

Téléphone de l'autorité parentale :

Lieu de vie principal (domicile des parents, MECS, famille d'accueil, etc.) :

Suivi social (AEMO, IEAD, etc.) : oui non Suivi judiciaire : oui non

Référent social : Nom : Téléphone :

Scolarisation : ordinaire adaptée ou spécialisée déscolariséPrimosuicidant : oui non Date de la TS :/...../..... Association Alcool : oui non

Mode et lieu de la TS :

Cause de la TS alléguée par le patient :

Antécédents familiaux : - de suicide : oui (qui :.....) non - de TS : oui (qui :.....) non

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

Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie : oui (précisez :) non

Médecin traitant (nom, prénom) : Ville :

Psychiatre/psychologue traitant (nom, prénom) : Ville :

Consulté dans les 3 derniers mois : Médecin traitant : oui non Psychiatre/psychologue traitant : oui non

Compromis de sortie (plan de soins proposé, éléments cliniques notables à la sortie, etc.) :

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

Carte ressource remise à : patient accompagnant (précisez :Le patient accepte d'être recontacté par VigilanS Pays de la Loire : oui non

annexe 2 : fiche de renseignement pour l'inclusion dans le dispositif VigilanS

Comité d'Ethique
CHU d'Angers

comite-ethique@chu-angers.fr

COMITE D'ETHIQUE

Angers, Le 7 juillet 2023

Présidente :
Aurore Armand

Jean-Baptiste TILLARD
Dr Dewi LE GALL

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Chers Collègues,

Membres du Comité d'Ethique
restreint :

Alexis D'Escatha
Dominique Frisache
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Clotilde Rouge-Maillart

Membres du Comité d'Ethique :

Anne Barrio
William Bellanger
Anne-Bérengère Beucher
Mathilde Charpentier
Emmanuelle Courtillie
Elise Da Mota
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Emilie Furon-Maltaverne
Catherine Guillamet
Thierry Jeanfaivre
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Jean-Luc Kazakevicius
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothée Laurent
Dewi Le Gal
Agnès Marot
Jean-Marc Moulliez
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 05/07/2023 votre étude « *Etude multicentrique rétrospective descriptive évaluant les caractéristiques des patients primo-suicidants ayant associés une consommation d'alcool ou non lors de leur passage à l'acte* », enregistrée sous le numéro **2023-102**.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique
Dr Astrid DARSONVAL
Vice-présidente du Comité d'éthique



RÉSUMÉ

Tillard Jean-Baptiste

ETUDE MULTICENTRIQUE RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE EVALUANT LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS PRIMO-SUICIDANTS AYANT ASSOCIES UNE CONSOMMATION D'ALCOOL OU NON LORS DE LEUR PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE. UTILISATION DE LA BASE DE DONNÉES DU DISPOSITIF VIGILANS PAYS DE LA LOIRE

Introduction : La consommation d'alcool est un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. De nombreuses études ont recherché les différences socioéconomiques entre les patients suicidants souffrant, ou non, d'un trouble lié à l'usage de l'alcool (TLUA). Cette étude se focalise sur les patients faisant un premier geste suicidaire, en utilisant la base de données du dispositif Vigilans Pays de la Loire, dispositif de veille sanitaire pour les patients faisant un geste suicidaire.

Objectif : Rechercher les différences socio-économiques et médicales entre les patients primo-suicidants ayant associés de l'alcool à leurs gestes et ceux n'en ayant pas associés.

Méthode : Les patients pris en compte dans l'étude sont tous les primo-suicidants inclus dans la base de données du 1 janvier 2020 au 31 décembre 2022, qu'ils soient majeurs ou mineurs. Ils sont répartis en deux groupes : l'un associant une prise d'alcool au geste suicidaire et l'autre sans prise d'alcool.

Résultats : L'étude comporte 2168 patients dont 684 dans le groupe associant l'alcool et 1484 dans le groupe n'utilisant pas d'alcool. Ceux associant de l'alcool au geste sont plus des hommes, solitaires. Ils ont plus tendance à vivre en zones rurales. Dans ce groupe, il y a en proportion, plus de patients issus du milieu ouvrier, des professions intermédiaires, des artisans ou des gérants. Ces patients ont moins de psychiatres traitants déclarés. Leurs gestes suicidaires sont plus graves mais les durées d'hospitalisation qui suivent sont plus courtes.

Discussion : Les résultats retrouvés sont concordants avec la littérature se consacrant aux patients souffrant d'un TLUA. Quelques variations sont retrouvées et peuvent s'expliquer car les patients du groupe associant l'alcool au geste sont pour certains des consommateurs chroniques et d'autres des consommateurs occasionnels.

Conclusion : Le caractère primo-suicidant ne fait pas ressortir de différences propres. Les différences objectivées sont en concordances avec les résultats de précédentes études concernant une population souffrant de TLUA. Il pourrait être intéressant de différencier les patients consommant de l'alcool de façon chronique et ceux ayant juste eu une consommation aigüe au moment du geste suicidaire afin de pouvoir se concentrer sur cette population en particulier.

Mots-clés : first suicide attempt, suicide attempt, alcohol use, VigilanS, risk factors

MULTICENTRIC RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY EVALUATING THE CHARACTERISTICS OF SUICIDAL PATIENTS WHO ASSOCIATED ALCOHOL CONSUMPTION OR NOT DURING THEIR FIRST SUICIDE ATTEMPT. USE OF THE VIGILANS PAYS-DE-LA-LOIRE DEVICE DATABASE.

ABSTRACT

Introduction : Alcohol consumption is a risk factor for suicide attempts. Numerous studies have investigated socio-economic characteristics of suicidal patients with and without alcohol use disorders (AUDs). This study focuses on patients who commit their first suicidal attempt, using the Vigilans Pays de la Loire database health monitoring system for patients who commit suicide attempt.

Objectives : To identify socio-economic and medical differences between first-time suicide attempts patients who had alcohol associated with their attempts and those who had not.

Design : The patients included in the study were all first-time suicide attempts patients included in database between 1 January 2020 and 31 December 2022, whether they were adults or minors. They were divided into two groups: one in which alcohol was associated with the suicidal gesture and the other in which alcohol was not involved.

Results : The study included 2,168 patients, 684 in the alcohol group and 1,484 in the non-alcohol group. Those who combined alcohol with gestures were more likely to be male and alone. They are more likely to live in rural areas. In this group, there are proportionately more patients from working-class groups, intermediate professions, craftsmen or managers. These patients have fewer declared treating psychiatrists. Their suicidal acts are more serious, but the subsequent hospital lengths of stay are shorter.

Discussion : The results are consistent with the literature concerning patients suffering from AUD. There were some variations, which may be explained by the fact that some of the patients in the group associating alcohol with gestures are chronic users, while others are occasional users.

Conclusion : The study did not find the primary suicide factor to be discriminatory. The differences observed are consistent with the results of previous studies on a population suffering from AUD. It might be interesting to differentiate between chronic alcohol users and those who had just consumed alcohol acutely at the time of the suicidal act, in order to be able to focus on this population in particular.

Keywords : first suicide attempt, suicide attempt, alcohol use, VigilanS, risk factors