

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N°289

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

MARTIN Camille

Née le 08/08/1993 à Charleville-Mézières

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS
AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES DU CHU DE STRASBOURG,
A L'AUBE DE LA MISE EN PLACE DE VIGILANS EN ALSACE.

Président de thèse : Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Docteur Anne SOUGY



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatogastro-intestinal de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVIER Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAUHLAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphanie M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01	Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie; Hépatologie; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2018 au 31 août 2021)
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENZI Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétiq.)/ 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétiq.) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Haute-pierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Aux membres de mon jury :

Au Professeur Pierre VIDAILHET, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse ainsi que pour ses conseils et sa bienveillance quant à l'élaboration et la finalisation de ce travail.

Au Docteur Alexandra DE HERBAY, pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour ton encadrement, tes conseils, tes partages d'expériences et ton accueil lors de mon stage aux urgences psychiatriques.

Au Docteur Anne SOUGY, pour avoir accepté de diriger ce travail et suscité mon intérêt pour la prévention suicidaire. Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et tes précieux conseils à chaque étape de la rédaction de ce travail.

A ma famille :

A mes parents, merci pour votre amour, pour tout ce que vous nous avez appris, pour les valeurs et les convictions que vous nous avez transmises. Pour ne nous avoir jamais poussé à rien mais encouragé et permis d'accomplir beaucoup. Merci d'avoir supporté mes sauts d'humeur durant mon adolescence et mes études de médecine... Maman, merci pour ta gentillesse, ta douceur, ton indéfectible soutien, et la patience dont tu fais preuve avec nous trois. Papa, merci pour ton humour, ton affection, pour répondre à mes appels désespérés et venir à ma rescousse quand le moindre problème se présente.

Merci pour votre relecture consciencieuse de ce travail.

A Salomé, ma petite sœur, mon petit chat... Pour notre complicité, pour ton intelligence et ton humour. Pour nos discussions interminables et endiablées, pour notre parfaite symbiose. Pour les conseils judicieux que tu m'as donnés et le soutien que tu m'as apporté lors de la rédaction de cette thèse.

A Mamie, pour sa force, sa détermination, sa vivacité d'esprit.

A Régine et Jeannot, pour les festins et les tours de manège tous les midis.

A tous les trois, pour nous avoir tant gâtés. Nous n'aurions pu rêver d'une enfance plus heureuse.

A Marion, de qui j'ai toujours cherché à emboîter le pas depuis notre enfance et de ce fait, sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui. **A Inès**, pour tout ce que nous partageons, pour les bons traquenards dans lesquels on s'est entraîné mutuellement. A vous deux, pour ce merveilleux quatuor que nous formons avec Salomé depuis notre plus jeune âge, pour nos jeux d'enfants, les repas de famille, les mariées fantômes et les invités mystères, les spectacles et les « pactages », les feux d'artifice maison, les soirées, les festivals et les voyages...

A mes cousins et cousines, à mes oncles et tantes.

A mes amis :

A mes amis de lycée.

A Antoine, pour nos années lycées, pour m'avoir fait découvrir Strasbourg et une bonne partie des choses que j'apprécie aujourd'hui.

A mes amies de P1, Justine, Mélanie et Priscille pour avoir su rendre agréable cette première année et les suivantes.

A Laura, mon bouletto préféré, pour tous les moments passés ensemble depuis notre rencontre à la prépa, pour ta bonne humeur et ton extrême gentillesse, je pourrai t'écrire 4 pages de remerciements...

A mes amis de la Faculté de Médecine de Reims, pour ces soirées mémorables et pour m'avoir permis de supporter mes stages d'externat.

A Camille et Justine (et Benjamin), pour leur gentillesse et les bons moments passés (et futurs) à Reims et à Strasbourg.

A mes co-internes de promo, à ceux des différents stages effectués.

A Aurore, merci pour ton amitié, pour toutes ces nouvelles expériences partagées ensemble, pour être là au quotidien. **A Fiona et Justine**, pour m'avoir fait découvrir l'Alsace (et la Lorraine), pour les cellules d'écoute et les soirées filles. **A François**, pour notre complicité. Merci à vous quatre pour m'avoir fait adorer mon internat, pour avoir fait en sorte que je ne regrette presque jamais mon déménagement en Alsace, pour tous ces bons moments passés ensemble et j'espère plus encore.

Aux équipes soignantes et aux médecins des services où j'ai effectué mes stages d'internat, pour leur accueil, leur bienveillance et leur apprentissage, merci...

Table des matières

Introduction	26
Première partie : Définitions et contexte	28
I / Définitions	28
1. Le suicide et le suicidé	28
2. La tentative de suicide et le suicidant	28
3. Les idées suicidaires et le suicidaire	28
4. La crise suicidaire	29
5. Les facteurs de risque	29
5.1. Les facteurs médicaux	29
5.1.1. Les facteurs psychiatriques	29
5.1.2. Les facteurs somatiques	30
5.2. Les facteurs psycho-sociaux	30
5.3. Les mécanismes neurobiologiques des conduites suicidaires	31
5.3.1. Le concept de vulnérabilité aux conduites suicidaires	31
5.3.2. Les biomarqueurs associés à la vulnérabilité suicidaire	32
5.3.3. La neuroanatomie des conduites suicidaires	32
5.4. Les facteurs protecteurs	32
II / Contexte	34
1. Epidémiologie	35
1.1. Les données mondiales	35
1.2. Les données nationales	35
1.2.1. Les bases de données	35
1.2.2. Suicides, tentatives de suicides et idées suicidaires	37
1.2.3. Les passages aux urgences et les hospitalisations pour tentative de suicide	38
1.2.4. Disparités territoriales	38
1.3. Les données régionales	40
1.3.1. Suicides, tentatives de suicides et idées suicidaires	40
1.3.2. Les passages aux urgences et les hospitalisations pour tentative de suicide	40
1.4. Sous-estimation des suicides et des tentatives de suicide	42
1.5. La récurrence suicidaire	45
2. Prévention suicidaire	46
2.1. Un enjeu mondial de santé publique	46
2.2. La prévention suicidaire en France	47
2.3. Les dispositifs de veille sanitaire	50

2.3.1. Quelques exemples de dispositif	51
i. Motto et ses « shorts letters »	51
ii. Carter et ses « post-cards »	52
iii. Evans et la délivrance d'une « crisis card »	52
2.3.2. AlgoS et Vigilans	53
i. AlgoS	53
ii. Vigilans	54
2.4. La prévention suicidaire en Alsace	57
2.4.1. Les associations locales de prévention suicidaire	57
2.4.2. L'offre de soins en Alsace	58
i. Démographie médicale en Alsace	58
ii. Structures hospitalières	58
iii. Service d'accueil des urgences psychiatriques	59
iv. Unité de crise	59
2.4.3. Le maintien du contact avec les suicidants	59
Deuxième partie : Étude	62
I/ Matériel et méthodes	62
1. Choix de la question	62
2. Choix de la méthode	62
3. Population étudiée	62
4. Recueil de données	63
5. Critères d'exclusion	66
6. Objectif principal	66
7. Objectifs secondaires	66
8. Méthode d'analyse des données recueillies	66
II/ Résultats	67
1. Caractéristiques de la population	67
1.1. Nombre de patients	67
1.2. Sexe	68
1.3. Age	68
1.4. Antécédents psychiatriques	68
1.5. Modes de tentative de suicide	70
1.6. Autres éléments contextuels	71
2. Intentionnalité suicidaire et diagnostic	71
2.1. Intentionnalité suicidaire	71
2.2. Diagnostic et codage	72
3. Prise en charge proposée	72

3.1. Orientation _____	72
3.2. Rappel téléphonique _____	73
3.3. Information au médecin traitant _____	74
4. Récidive suicidaire au cours de l'étude _____	74
4.1. Nombre de patients et délais de récurrence _____	74
4.2. Profil des suicidants ayant récidivé au cours de l'étude _____	74
III/ Discussion _____	76
1. Limites et points forts de l'étude _____	76
1.1. Points forts _____	76
1.2. Limites _____	76
1.2.1. Biais de sélection _____	76
1.2.2. Biais d'information _____	76
2. Les principaux résultats, les données de la littérature et les données antérieures _____	77
2.1. Objectif principal : Étude de pratique sur la prise en charge des patients supposés suicidants par les urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg _____	77
2.1.1. Le dossier patient _____	77
2.1.2. Orientation des patients _____	79
2.1.3. Rappel téléphonique _____	79
2.1.4. Courrier d'information au médecin traitant _____	80
2.2. Nombre de suicidant _____	81
2.3. Description de la population _____	82
2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques _____	82
2.3.2. Antécédents psychiatriques et suicidaires _____	83
2.3.3. Mode de tentative de suicide _____	85
2.3.4. Incidence de l'épidémie de Covid 19 et du confinement _____	85
2.3.5. L'effet désinhibiteur de l'alcool _____	86
2.4. Récidive suicidaire _____	86
3. Propositions d'amélioration _____	87
3.1. Privilégier un dossier unique informatisé _____	87
3.2. Modification du formulaire DX Care® pour favoriser la pénétrance de Vigilans _____	87
Conclusion _____	89
Annexes _____	91
Bibliographie _____	93

Liste des annexes

<i>Annexe I : Présentation du dispositif Vigilans Nord-Pas-de-Calais</i>	91
<i>Annexe II : Carte postale recto et verso envoyée par les urgences psychiatriques</i>	92

Liste des tableaux

<i>Tableau I : Composition CIM-10 du regroupement syndromique OSCOUR® « tentative de suicide » 2017</i>	36
<i>Tableau II : Modes de tentative de suicide selon le sexe en région Grand Est, 2017</i>	41
<i>Tableau III : Couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® dans le Grand-Est en 2017</i>	44
<i>Tableau IV : Estimations départementales du taux de récurrence de tentative de suicide dans les six mois parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 en région Grand-Est</i>	46
<i>Tableau V : Antécédents psychiatriques des suicidants</i>	69
<i>Tableau VI : Orientation à la sortie du service d'urgences</i>	73
<i>Tableau VII : Rappels téléphoniques avril - septembre 2020</i>	73

Liste des figures

<i>Figure 1 : Disparités départementales des taux de décès par suicide pour 100 000 habitants, tous âges confondus, sur la période 2014-2016, pour le sexe masculin et pour le sexe féminin</i>	39
<i>Figure 2 : Taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine pour 100 000 hommes et pour 100 000 femmes par région en 2011 avec représentation des variations régionales, PMSI-MCO 2011</i>	39
<i>Figure 4 : Taux départementaux standardisés d'hospitalisation pour TS, Grand-Est, 2015</i>	42
<i>Figure 3 : Taux départementaux standardisés de mortalité par suicide, Grand-Est, 2015</i>	42
<i>Figure 5 : recto carte ressource Vigilans</i>	55
<i>Figure 6 : Nombre de suicidants évalués par mois</i>	67
<i>Figure 7 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge</i>	68
<i>Figure 8 : Prévalence des différents diagnostics psychiatriques au sein de la population de l'étude ayant des antécédents psychiatriques connus hors TS</i>	70
<i>Figure 9 : Modes de tentative de suicide</i>	71
<i>Figure 10 : Orientation proposée aux suicidants récidivistes après admission pour tentative de suicide</i>	75

Abréviations

CépiDc : Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : 10^{ème} Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

DV : Dispositif de Veille

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

MCO : service de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie

MT : Médecin Traitant

NR : Non Renseigné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

OSCOUR : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences

PMSI : Programme de médicalisation du système d'informations

RAD : Retour A Domicile

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

RT : Rappel Téléphonique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TS : Tentative de Suicide

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UNPS : Union Nationale pour la Prévention du Suicide

*« La nuit n'est jamais complète.
Il y a toujours puisque je le dis,
Puisque je l'affirme,
Au bout du chagrin une fenêtre ouverte,
Une fenêtre éclairée.
Il y a toujours un rêve qui veille,
Désir à combler, faim à satisfaire,
Un cœur généreux,
Une main tendue, une main ouverte,
Des yeux attentifs,
Une vie, la vie à se partager. »*

Paul Éluard

Introduction

En France, chaque année, près de 9 000 personnes décèdent par suicide et plus de 200 000 sont adressées aux urgences pour une tentative de suicide. La prévention suicidaire constitue une priorité de santé publique, des plans d'action ont été mis en place ces dernières années.

Un des versants des stratégies de prévention cible les patients ayant déjà fait une tentative de suicide, en leur proposant notamment un suivi et le maintien d'un contact dans les mois suivant leur geste suicidaire. Dans cet esprit, depuis plusieurs dizaines d'années, des dispositifs de veille sanitaire ont vu le jour. Proposés aux patients en parallèle des interventions classiques, ces dispositifs visent une réduction des récurrences suicidaires par le maintien d'un contact avec le patient au décours de sa prise en charge pour une tentative de suicide. Parmi eux, le dispositif français Vigilans implanté dans plusieurs régions a d'ores et déjà montré des résultats probants justifiant son installation sur l'ensemble du territoire français.

Ce travail s'intéresse à la prévention du suicide, et plus particulièrement au pan de cette prévention qui cible les suicidants. A l'heure du déploiement du dispositif Vigilans en Alsace, ce travail a pour objectif de dresser un état de lieux de la prise en charge des suicidants aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg par les urgences psychiatriques. Il tentera de relever d'éventuels obstacles au bon fonctionnement du dispositif, et d'apprécier quelles améliorations pourraient être apportées à notre système actuel afin de favoriser la pénétrance de Vigilans au sein de notre structure.

Il se compose de deux parties. Dans un premier temps, nous proposerons quelques rappels de définitions sur le suicide. Ensuite, nous décrirons le contexte actuel en présentant les données épidémiologiques et les grandes lignes des plans de prévention suicidaire. Enfin, nous parlerons

des systèmes de maintien de contact avec les suicidants, notamment de Vigilans et du protocole de rappel téléphonique du CHU de Strasbourg.

La deuxième partie présentera une étude épidémiologique descriptive constituant un état des lieux de la prise en charge par les urgences psychiatriques des patients admis au CHU de Strasbourg pour une tentative de suicide. Cette étude permettra de décrire cette population et d'apprécier la prise en charge spécifique qui lui est proposée au sein de notre structure.

Première partie : Définitions et contexte

I / Définitions

1. Le suicide et le suicidé

Le suicide est l'acte auto-infligé avec intention de mourir, dont résulte le décès.

Le suicidé est la personne qui s'est donné volontairement la mort.

2. La tentative de suicide et le suicidant

La tentative de suicide est un comportement auto-infligé avec intention de mourir, dont l'issue n'est pas fatale. On distingue 3 niveaux de passage à l'acte : la tentative de suicide avérée quand le passage à l'acte est effectué ; la tentative de suicide interrompue lorsque le passage à l'acte est stoppé par un tiers ; et enfin, la tentative de suicide avortée quand le passage à l'acte est stoppé par l'individu lui-même. Certaines spécificités permettent de caractériser un geste suicidaire telles que la violence du geste (en fonction de la méthode utilisée), sa gravité (en fonction des conséquences médicales), le degré d'intentionnalité et de planification.

Le suicidant est l'individu qui survit à sa tentative de suicide. Il est qualifié de primo-suicidant lorsqu'il s'agit de sa première tentative de suicide, de non primo-suicidant dans le cas contraire.

3. Les idées suicidaires et le suicidaire

Les idées suicidaires correspondent aux pensées concernant le désir et la méthode de se donner la mort. Elles constituent un continuum allant des idées morbides floues et vagues jusqu'à une planification élevée avec un scénario établi.

Le suicidaire est l'individu ayant et/ou exprimant verbalement ou non verbalement des idées suicidaires.

4. La crise suicidaire

Il s'agit d'une crise psychique, dans un contexte de vulnérabilité, avec émergence d'idées suicidaires, dont le risque majeur est le suicide. Cette crise est un état réversible et temporaire, à un instant donné, avec un début et une fin, dans la vie d'un individu où ses ressources adaptatives sont dépassées. Les idées suicidaires s'intensifient et deviennent de plus en plus envahissantes, parallèlement à l'échec des différentes alternatives envisagées. Le suicide va progressivement apparaître à l'individu comme l'unique solution permettant de sortir de l'état de crise dans lequel il se trouve.

Une évaluation du risque suicidaire est nécessaire avec la recherche de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, ainsi qu'une évaluation de l'urgence, c'est à dire l'existence d'un projet suicidaire avec recherche d'un scénario suicidaire et du délai de mise en œuvre de ce dernier. Enfin, il faudra évaluer la dangerosité du scénario par sa létalité potentielle et l'accessibilité au moyen suicidaire envisagé (1).

5. Les facteurs de risque

5.1. Les facteurs médicaux

5.1.1. Les facteurs psychiatriques

- Un antécédent personnel de tentative de suicide (TS) : il apparait comme le facteur de risque de suicide le plus important. Il multiplie par 60 le risque de décès par suicide dans les 5 ans par rapport à la population générale (2).

- Les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide.

- Les troubles mentaux comme les troubles de l'humeur, les troubles schizophréniques, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité (particulièrement les personnalités borderline et dyssoziale (3)) : selon un rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS), dans les pays développés, 90% des suicidés présentent des troubles mentaux (4). Toujours selon ce rapport, le risque de suicide varie selon les troubles cités précédemment, le plus fréquemment associé au comportement suicidaire étant la dépression (3,4). Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4% chez les patients atteints de troubles de l'humeur, 5% chez patients schizophrènes, 7% chez les patients alcooliques et 8% pour les personnes présentant un trouble bipolaire (4).

- L'abus de substances (alcool, drogues, médicaments) : une méta-analyse réalisée par Borges et al. estime qu'en moyenne, une personne a 7 fois plus de risque de commettre une tentative de suicide après avoir consommé de l'alcool. Dans le cas d'une consommation excessive, le risque de faire une tentative de suicide est multiplié par 37 (5).

5.1.2. Les facteurs somatiques

Certaines maladies chroniques favorisent les comportements suicidaires, principalement celles qui engendrent des douleurs ou un handicap, ou encore les maladies incurables (6,7).

5.2. Les facteurs psycho-sociaux

Des événements de vie douloureux comme une rupture sentimentale, un divorce, le veuvage, le décès ou la maladie d'un proche, ou encore les difficultés financières, l'absence d'emploi (chômage, licenciement) ou un emploi précaire sont des éléments favorisant l'apparition de pensées suicidaires et qui peuvent précipiter la crise suicidaire (8).

La discrimination, le harcèlement, ou encore les maltraitances pendant l'enfance et/ou l'adolescence constituent également des facteurs de risque suicidaire.

Les antécédents de traumatismes ou d'abus qu'ils soient physiques, psychiques ou sexuels sont fréquemment retrouvés comme éléments biographiques des suicidés, des suicidants et des suicidaires. Selon un sondage téléphonique aléatoire de 2017 réalisé par le Baromètre de Santé Publique France chez les 18-75 ans, le fait d'avoir été victime de violences sexuelles est le facteur le plus fortement associé aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide déclarées au cours de la vie. D'après ce sondage, il multiplie par 4,5 pour les hommes et par 3,5 pour les femmes le risque de TS (8,9).

5.3. Les mécanismes neurobiologiques des conduites suicidaires

Depuis quelques années, des travaux de recherche tentent d'identifier les caractéristiques neurobiologiques individuelles associées aux conduites suicidaires. Ces travaux découlent du constat que, pour un même contexte ou pour des facteurs de risque donnés semblables, les réactions, dont les comportements suicidaires, ne vont pas être identique d'un individu à l'autre.

5.3.1. Le concept de vulnérabilité aux conduites suicidaires

L'hypothèse est que seules les personnes porteuses d'une vulnérabilité spécifique vont réaliser un geste suicidaire lorsqu'elles vont être soumises à un facteur de stress, comme par exemple un des facteurs de risque mentionnés dans les parties précédentes (facteurs médicaux et psychosociaux). Le terme de vulnérabilité renvoie aux antécédents personnels ou familiaux de conduites suicidaires, à une personnalité caractérisée par une impulsivité ou un pessimisme, ou encore à l'existence d'abus ou de négligences sexuelles, physiques ou psychiques dans l'enfance (10–12).

L'association d'une vulnérabilité et d'un facteur de stress est une condition nécessaire mais non suffisante à la survenue d'un passage à l'acte suicidaire. Elle ne permet donc pas de prédire la survenue d'un tel événement.

5.3.2. Les biomarqueurs associés à la vulnérabilité suicidaire

Des dysfonctionnements de deux systèmes biologiques identifiés semblent être associés à la vulnérabilité suicidaire :

- Un hyperfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, communément dénommé « l'axe du stress » (13),
- Un hypofonctionnement de l'axe sérotoninergique (12,14,15).

Des travaux soulignent également l'implication de l'inflammation, déclenchée par des facteurs de stress, dans les conduites suicidaires. Une méta-analyse de 2015 retrouve une altération des marqueurs inflammatoires chez les patients suicidaires, à la fois pour les cytokines pro-inflammatoires (IL2) et anti-inflammatoires (IL4 et TGFbeta) (16).

5.3.3. La neuroanatomie des conduites suicidaires

Des études retrouvent un dysfonctionnement des cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur chez les patients suicidants, dysfonctionnement non retrouvé sur la population de contrôle constituée de non suicidant (17). Ce dysfonctionnement peut engendrer, notamment par le biais d'une hypersensibilité au rejet et de difficultés à identifier un soutien dans l'entourage, une altération des capacités de prise de décision et de résolution des problèmes (17,18).

5.4. Les facteurs protecteurs

Le sociologue français Émile Durkheim a dit : « Le suicide varie en fonction inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu ». Il considère l'intégration sociale comme un facteur protecteur des conduites suicidogènes. Pour lui, la famille et la religion constituent des instances d'intégration pour l'individu qui le protègent du suicide en lui interdisant moralement de se suicider. Les révolutions et les guerres, elles, ont tendance selon lui à diminuer les taux de suicide par l'intégration des individus autour d'enjeux nationaux ravivant le sentiment d'appartenance à une société (19).

Depuis Durkheim, d'autres études et travaux ont souligné que des relations sociales étroites et saines ainsi que les croyances religieuses ou spirituelles peuvent agir comme un facteur protecteur (4,20,21).

Le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces offrent une protection contre le suicide (4). Un solide équilibre émotionnel, une vision optimiste aident à faire face aux difficultés de la vie. Une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences efficaces en résolution de problèmes, qui incluent la capacité à demander de l'aide en cas de besoin, peuvent constituer également des facteurs protecteurs (22,23).

II / Contexte

Toutes les 40 secondes, une personne se suicide dans le monde. Le geste suicidaire est un acte de désespoir. Il est l'expression d'une souffrance importante et d'une conviction de se trouver dans une impasse existentielle.

N'épargnant aucune époque, aucune société, aucune région du monde, il est un drame considéré comme évitable, ayant par ailleurs des répercussions durables sur l'entourage du suicidé.

Dépénalisé en France sous Napoléon, il demeure encore aujourd'hui dans certains pays du monde pénalisé et reste considéré comme un pêché par les religions.

Il revêt plusieurs aspects. Ainsi, on peut parler par exemple de suicide médicalement assisté dans le cadre de la fin de la vie ou de pathologie reconnue incurable, de suicide politique comme l'immolation de Jan Palach lors du printemps de Prague, ou bien encore de suicide philosophique, geste perçu par certains philosophes comme un acte suprême de liberté.

Le suicide n'a eu de cesse de susciter l'interrogation de l'esprit humain et des sociétés.

L'OMS le reconnaît comme un problème de santé publique en publiant en 1969, puis en 1975, un document consacré à sa prévention. Cette dernière représente depuis quelques années une priorité mondiale de santé publique.

1. Epidémiologie

1.1. Les données mondiales

Selon l'OMS, chaque année, plus de 800 000 décès sont attribuables à un suicide. Ce nombre est considéré comme étant sous-estimé. En effet, le suicide reste considéré comme illégal dans certains pays où les tentatives de suicide y sont, elles, parfois encore pénalisées. De plus, les systèmes d'enregistrement des causes de décès varient sensiblement entre les différents pays (4,24). En 2012, le suicide est à l'origine de 1,4% des décès dans le monde, ce qui en fait la quinzième cause de mortalité mondiale. Il représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans (24,25). 79% des suicides se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (4,24).

1.2. Les données nationales

1.2.1. Les bases de données

La mortalité par suicide est estimée à partir de l'analyse des certificats médicaux de décès. Cette information est disponible sur le site du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

L'estimation des taux nationaux et régionaux de tentative de suicide repose sur plusieurs sources de données :

- 1) L'analyse des résumés de passage aux urgences (RPU) des services participant au réseau OSCOUR®. Il s'agit d'un réseau national de surveillance permettant de recueillir des informations sur les passages aux urgences des services adhérant au dispositif. Le nombre de passage aux urgences pour une TS est estimé à partir du codage des champs « diagnostic principal » et « diagnostics associés » des RPU. Un patient est considéré suicidant si l'un de ces champs renseigne un des codages de la classification

internationale des maladies (CIM-10) appartenant au regroupement syndromique OSCOUR® « tentative de suicide » (tableau I).

Tableau I : Composition CIM-10 du regroupement syndromique OSCOUR® « tentative de suicide » 2017

Catégorie	Codes CIM-10	Libellés des diagnostics
regroupement syndromique « Tentative de suicide »	X60-X64, X66-X84	Auto-intoxications et lésions auto-infligées
	T39	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
	T42	Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens
	T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	T50	Intoxication par diurétiques et médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	T60	Effet toxique de pesticides
	T71	Asphyxie
	Y870	Séquelle de lésion auto infligée

Sources : CIM-10 ; Oscour® (Santé publique France).

Le nombre de suicidant estimé par ces données ne tient pas compte des suicidants ne consultant pas à l'hôpital, ni de ceux admis directement dans un service hospitalier sans passage par les urgences (par exemple, en unité psychiatrique, en réanimation ou en chirurgie), ni de ceux se présentant dans un service d'urgence n'adhérant pas au réseau OSCOUR®.

- 2) Les données d'hospitalisation en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) à partir du Programme de médicalisation du système d'informations (PMSI). Sont considérés comme suicidants, les patients hospitalisés dont le codage renseigné dans le PMSI appartient au sous-groupe CIM-10 des « lésions auto-infligées » (X60 à X84).

Ce système possède quelques limites puisqu'il dénombre uniquement les patients hospitalisés pour une tentative de suicide en service de médecine et de chirurgie (unité d'hospitalisation de courte durée inclus). A l'inverse, il ne tient pas compte des patients non hospitalisés après un passage aux urgences ni de ceux hospitalisés en unité psychiatrique, puisqu'il existe un PMSI propre à la psychiatrie.

- 3) Les enquêtes déclaratives en population générale, permettant d'obtenir la prévalence des tentatives de suicide dans cette population. Elles ont l'avantage de pouvoir appréhender les suicidants qui ne se sont pas rendus à l'hôpital après leur tentative de suicide, et qui n'ont, par conséquent, pas été dénombrés par les deux précédents systèmes présentés.

Les RPU et les données d'hospitalisation en MCO permettent une estimation imparfaite des suicidants reçus à l'hôpital. Par exemple, le codage CIM-10 ne permet pas de différencier un mésusage médicamenteux d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse.

Il existe peu d'information sur les personnes ayant fait une tentative de suicide et qui n'ont pas été adressées à l'hôpital. Une étude parue en 2004, réalisée auprès d'un réseau sentinelle de 500 médecins généralistes français, a retrouvé que seulement 80% des suicidants reçus par ces médecins sur la période 1999-2001, à l'occasion d'une tentative de suicide, ont été adressés à l'hôpital pour une évaluation spécialisée (26).

1.2.2. Suicides, tentatives de suicides et idées suicidaires

Les dernières données disponibles du CépiDc-Inserm font état de 8427 décès par suicide en 2016. Tous âges confondus, le suicide représente la troisième cause de mortalité prématurée après les tumeurs et les pathologies cardiovasculaires (27). Sur la période 2014-2016, le taux standardisé de décès par suicide en France métropolitaine est de 13,1 pour 100 000 habitants, (21,6 pour les hommes et de 5,9 pour les femmes) (27). La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Sur les 28 pays de l'Union européenne, elle figure en 2016 à la 12ème place en termes de taux de mortalité par suicide (28).

Selon une enquête téléphonique réalisée par le Baromètre de santé publique France en 2017 chez les 18-75 ans, 7,2% des personnes interrogées ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (9,9% des femmes vs 4,4% des hommes). Parmi ces personnes, plus d'un tiers

(37,7%) ont déclaré avoir fait au moins deux TS (39,9% des femmes vs 32,4% des hommes). Six suicidants sur dix ont estimé avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir. 59,8% ont déclaré s'être rendus à l'hôpital et 52,3% avoir été suivis par un spécialiste, médecin ou psychologue, (64,7% parmi ceux ayant été hospitalisés vs 34,1% parmi ceux n'ayant pas été hospitalisés) (6). 0,39% des personnes interrogées ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois (0,48% des femmes vs 0,29% des hommes vs) (8).

Toujours selon cette enquête, 4,7% des 18-75 ans interrogés ont rapporté avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 70,9% ont imaginé un scénario suicidaire et 47,3% en ont parlé à quelqu'un. Dans 54,0% des cas, cette personne a été un professionnel de santé, dans 46,2% un membre de la famille et dans 40,8% un ami. Le fait d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année a été le facteur étudié le plus fortement associé à la présence d'idées suicidaires dans l'année (8).

1.2.3. Les passages aux urgences et les hospitalisations pour tentative de suicide

En analysant les données du PMSI sur la période 2007-2011, l'Institut de veille sanitaire a estimé le nombre annuel de passage aux urgences pour TS à environ 200 000 (29).

89 000 hospitalisations pour tentative de suicide sont comptabilisées en 2017 en service de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie (MCO). Toujours en 2017, le taux d'hospitalisation pour TS est de 15,1 pour 100 000 habitants. Le taux d'hospitalisation est plus élevé pour les femmes (18,0 pour 100 000) que pour les hommes (12,2 pour 100 000).

L'évolution sur plusieurs dizaines d'années montre une diminution du nombre d'hospitalisation pour TS chez les femmes et les hommes (29,30).

1.2.4. Disparités territoriales

Les chiffres mentionnés précédemment dissimulent d'importantes disparités au niveau national.

Les cartes en figure 1 et 2 présentent respectivement les variations des taux départementaux de

décès par suicide et des taux régionaux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 100 000 habitants.

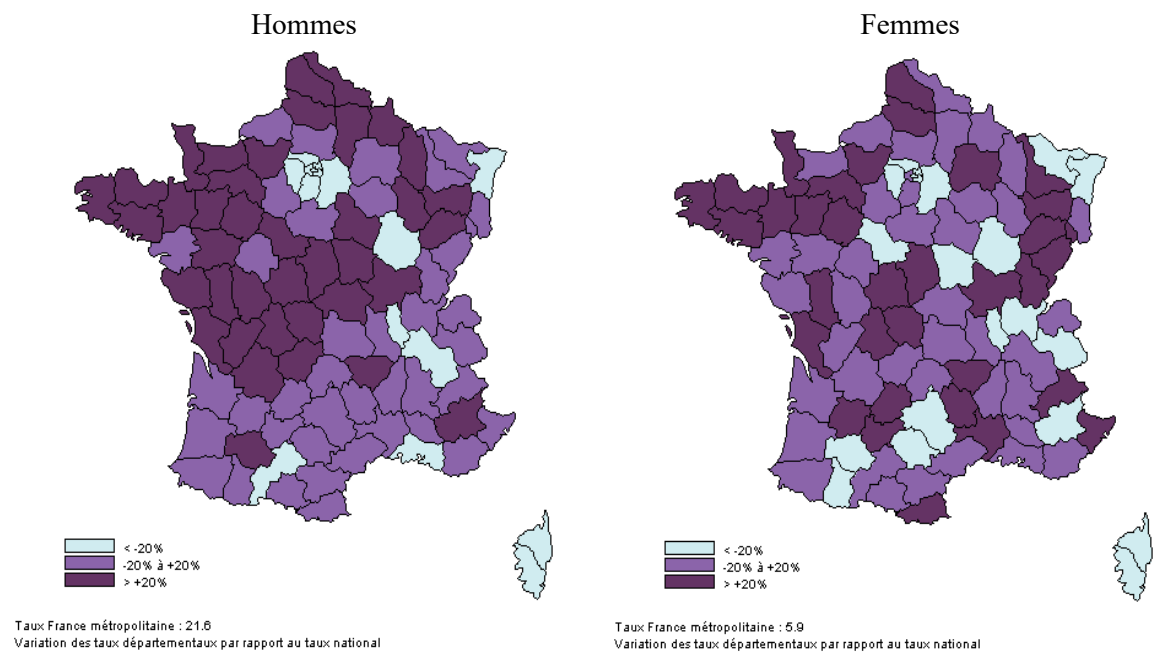


Figure 1 : Disparités départementales des taux de décès par suicide pour 100 000 habitants, tous âges confondus, sur la période 2014-2016, pour le sexe masculin et pour le sexe féminin

Source : CépiDc-INSERM

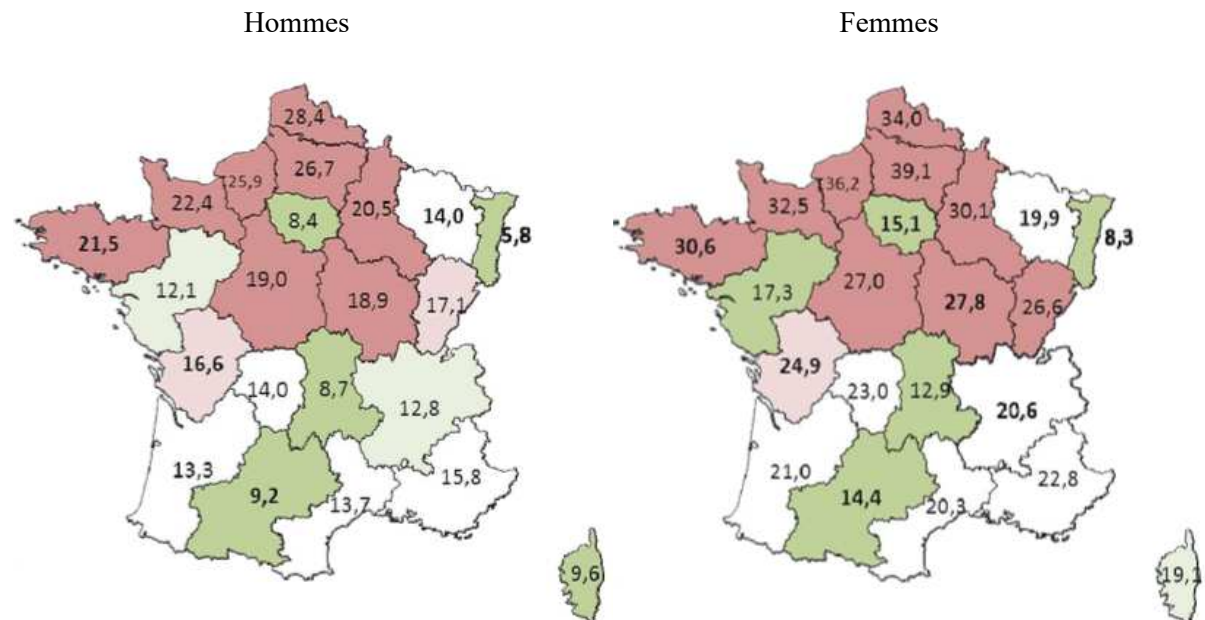


Figure 2 : Taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine pour 100 000 hommes et pour 100 000 femmes par région en 2011 avec représentation des variations régionales, PMSI-MCO 2011

Source : InVS, PMSI-MCO 2011.

1.3. Les données régionales

Dans la région Grand Est, les conduites suicidaires représentent en moyenne un décès par suicide toutes les 12 heures, un passage aux urgences et/ou une hospitalisation complète pour TS toutes les 80 minutes (31).

1.3.1 Suicides, tentatives de suicides et idées suicidaires

En 2016, 765 habitants de la région Grand-Est sont décédés par suicide. Un peu plus de trois quarts d'entre eux sont de sexe masculin (75,3% d'homme vs 24,7% de femme) (27). Toujours en 2016, on recense 222 suicides en Alsace (111 pour le Bas-Rhin et autant pour le Haut-Rhin), avec une répartition par sexe similaire à la répartition régionale (77% d'homme vs 23% de femme) (27). La mortalité par suicide dans le Grand-Est est proche de la moyenne nationale avec un taux de mortalité par suicide respectivement de 13,8 et de 13,1 pour 100 000 habitants. En Alsace, il est de 11,3 (27,31).

Selon l'enquête du Baromètre de Santé Publique France de 2017 mentionnée précédemment, parmi les personnes interrogées originaires de la région Grand Est, 8,2% ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,63% en avoir fait une au cours de l'année écoulée (6).

Enfin, 4,9% ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (8).

1.3.2. Les passages aux urgences et les hospitalisations pour tentative de suicide

Selon le bulletin de santé publique France de 2019 sur les conduites suicidaires pour la région Grand-Est, on dénombre sur l'année 2017, 6522 passages aux urgences pour TS, correspondant à 5778 suicidants identifiés. Dans 62,5% des passages, le suicidant était de sexe féminin (4073/6522 passages) (31).

Parmi eux, 1354 suicidants ont été reçus dans un des services d'urgence Alsacien, 602 dans le Bas-Rhin, 752 suicidants dans le Haut-Rhin (14).

Le mode de TS le plus fréquent a été une auto-intoxication médicamenteuse. Il a représenté 94% des passages aux urgences pour TS, tous sexes confondus. Parmi les classes médicamenteuses utilisées par les suicidants, les médicaments antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens ont représenté à eux seuls 36,9% des auto-intoxications médicamenteuses (2274/6159) dont 96% (2186/2274) d'intoxications aux benzodiazépines (31). Les autres modes de TS sont répartis comme le présente le tableau II.

Tableau II : Modes de tentative de suicide selon le sexe en région Grand Est, 2017

Mode de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	3 914 (96%)	2 245 (91%)	6 159 (94%)
Objets tranchants, contondants	36 (1%)	42 (2%)	78 (1%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	33 (1%)	42 (2%)	75 (1%)
Pendaison	21 (1%)	43 (2%)	64 (1%)
Sauts dans le vide	8 (0%)	11 (0%)	19 (0%)
Armes à feu	0 (0%)	12 (0%)	12 (0%)
Noyades	5 (0%)	2 (0%)	7 (0%)
Collisions intentionnelles	1 (0%)	4 (0%)	5 (0%)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	71 (2%)	51 (2%)	122 (2%)

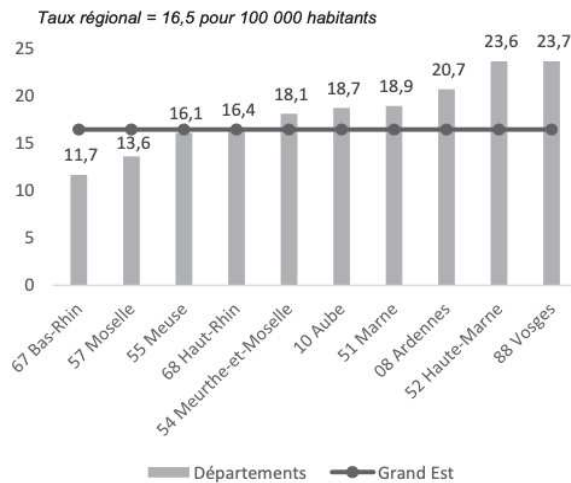
*Champ : Structures d'urgences du Grand-Est participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 et plus.
Source : Oscour® (Santé publique France).*

L'orientation à la sortie du service des urgences a été renseignée dans 96% des RPU pour TS. Une grande majorité des suicidants a été hospitalisée à l'issue du passage aux urgences (76,6% des RPU où le mode de sortie a été précisé). Cette hospitalisation a eu lieu dans un service de MCO dans 89% des cas, dont 69% en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 13,5% en unités de réanimation ou de soins continus. 10% des suicidants hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences ont été quant à eux transférés dans une unité psychiatrique (31).

Dans la région Grand-Est chaque année, on dénombre en moyenne 7167 hospitalisations pour tentative de suicide. Dans cette région en 2017, le taux d'hospitalisation standardisé (sur l'âge et sur le sexe) en MCO pour TS est de 136,3 pour 100000 habitants (164,0 pour les femmes, 109,5 pour les hommes). Il se situe donc légèrement en dessous du taux national estimé à 148,0 (31).

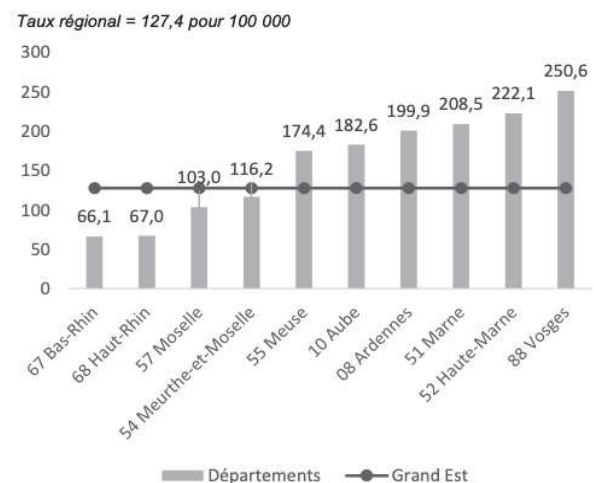
1.3.3. Disparités régionales

On retrouve également des disparités entre les dix départements qui composent la nouvelle région Grand-Est en termes de mortalité suicidaire et d'hospitalisation pour TS comme le montrent les figures 3 et 4.



*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100000 habitants. Source des données : CépiDc. Source figure : Santé publique France

Figure 3 : Taux départementaux standardisés de mortalité par suicide, Grand-Est, 2015



*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100000 habitants. Source des données : PMSI-MCO. Source figure : Santé publique France

Figure 4 : Taux départementaux standardisés d'hospitalisation pour TS, Grand-Est, 2015

1.4. Sous-estimation des suicides et des tentatives de suicide

Les données épidémiologiques que nous possédons sur les taux de suicide et de tentatives de suicide sont basées sur l'étude des certificats médicaux de décès, sur le codage PMSI des séjours hospitaliers et des résumés de passage aux urgences. Elles dépendent donc de l'identification correcte du geste suicidaire et de sa bonne déclaration par le médecin qui les renseigne.

Une étude de 2006 réalisée par l'INSERM a mis en évidence une sous-estimation potentielle des décès par suicide en France de 9,4% (32). Cette dernière a été par ailleurs estimée à 20% dans les années 1990. Certains suicides sont en effet enregistrés par exemple comme « Morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée » (codes Y10-Y34 de la CIM-10) ou encore comme « Causes inconnues de décès » (code R99). Cette étude souligne également des disparités régionales dans l'enregistrement des causes de décès. La sous-déclaration du taux de suicide pour les anciennes régions qui composent aujourd'hui le Grand-Est, a été estimée à 13% pour l'Alsace, à 6,5% pour la Champagne-Ardenne et à 5% pour la Lorraine (32). Les disparités en termes de mortalité suicidaire semblent donc à nuancer. En effet, si l'on prend l'exemple du Bas-Rhin, on constate un taux de mortalité par suicide inférieur à celui des autres départements de la région, mais en parallèle une sous-déclaration des suicides estimée plus importante que dans le reste du Grand-Est.

En ce qui concerne les données épidémiologiques extraites des résumés d'hospitalisation ou de passages aux urgences, l'éventualité d'une sous-déclaration est également envisagée notamment en raison du non-renseignement ou d'un renseignement incomplet des diagnostics des RPU. Là encore, la complétude des RPU est hétérogène au sein de la région Grand-Est comme le présente le tableau III.

Tableau III : Couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® dans le Grand-Est en 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Ardennes	4/4 (100%)	93,2 %
Aube	2/2 (100%)	94,1 %
Marne	8/8 (100%)	58,3 %
Haute-Marne	3/3 (100%)	81,6 %
Meuse	2/2 (100%)	99,3 %
Meurthe-et-Moselle	8/8 (100%)	90,1%
Moselle	8/8 (100%)	96,9%
Bas-Rhin	9/9 (100%)	65,7%
Haut-Rhin	8/8 (100%)	81,2%
Vosges	5/5 (100%)	96,6%

DP : Diagnostic principal ; DA : Diagnostic associé. SU : Structure d'Urgence. Champ : Tous passages, toutes causes, tous âges. Source : Oscour® (Santé publique France).

Si on prend l'exemple du Bas-Rhin, en 2017, neuf structures d'accueil des urgences adhèrent à Oscour®. Cinq sont situées à Strasbourg, dont trois aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) : le SAU adultes et pédiatriques d'Hautepierre (HTP) et le SAU adultes du Nouvel Hôpital Civil (NHC). Quatre sont situées dans le reste du Bas-Rhin au niveau des CH d'Haguenau, de Saverne, de Sélestat et de Wissembourg. Les patients reçus aux urgences psychiatriques des HUS ne sont donc pas comptabilisés dans ces chiffres puisque cette structure ne participe pas au réseau Oscour®.

Une sous-estimation épidémiologique des tentatives de suicide est donc plus que probable. D'abord, une proportion non négligeable de données manquantes, notamment le codage diagnostique, ne permet pas de comptabiliser comme tel l'ensemble des suicidants pris en charge dans les structures du réseau Oscour®. D'autre part, les suicidants se présentant dans un service d'urgence qui n'appartient pas au réseau, ne sont pas comptabilisés. Enfin, tous les suicidants ne sont pas adressés à l'hôpital (26).

1.5. La récurrence suicidaire

Deux revues de la littérature, comprenant 90 patients pour l'une et 177 pour l'autre, ont estimé le taux de récurrence après une TS à respectivement 15% et 16,3% à 1 an du premier geste. (33,34). La seconde revue estime la récurrence à 22,4% à 5 ans (34).

En France, l'institut de veille sanitaire, a publié un rapport sur les ré-hospitalisations pour tentative de suicide sur la période 2004-2011 à partir de l'analyse du PMSI. Parmi les suicidants qui ont été réadmis pour une nouvelle TS, la réadmission a eu lieu dans les 5 mois pour 1 homme sur 2, et dans les 6 mois pour 1 femme sur 2 (29).

Par ailleurs, selon une étude danoise de 2005 (Qin et al), pour les patients hospitalisés au décours d'une tentative de suicide, le risque de récurrence est particulièrement augmenté la semaine suivant leur sortie d'hospitalisation (35).

En France, en 2017, parmi les suicidants ayant été hospitalisé en MCO pour une TS, 10,5% ont eu au moins une nouvelle admission pour TS au cours de la même année civile (30).

Au niveau du Grand-Est, toujours en 2017, 8,6% (499/5778) des suicidants admis aux urgences pour une TS ont réitéré leur geste au moins une fois à 6 mois de leur premier passage. Près de la moitié des patients récidivistes ont réitéré leur geste suicidaire dans les 3 mois suivant leur premier passage pour TS et 2/3 dans les 5 mois. Le taux de récurrence à 6 mois a été de 8,3% pour les hommes et de 8,8% pour les femmes (31).

Le taux de récurrence varie entre les différents départements du Grand-Est comme le présente le tableau IV.

Tableau IV : Estimations départementales du taux de récurrence de tentative de suicide dans les six mois parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 en région Grand-Est

Département	Patients avec passage aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Ardennes	424	30	7%
Aube	474	28	6%
Marne	460	34	7%
Haute-Marne	178	8	4%
Meurthe-et-Moselle	979	95	10%
Meuse	206	9	4%
Moselle	1 281	119	9%
Bas-Rhin	602	36	6%
Haut-Rhin	752	62	8%
Vosges	422	78	18%

Champ : Structures d'urgences du Grand-Est participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

2. Prévention suicidaire

2.1. Un enjeu mondial de santé publique

La prévention suicidaire constitue un véritable enjeu mondial de santé publique.

Actuellement la plupart des pays n'ont pas de stratégie de prévention du suicide (4). Dans son plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020, l'OMS vise une baisse de 10% des taux de suicide avec une approche associant notamment :

1) Au niveau des populations vulnérables, présentant des facteurs de risque suicidaires connus, souffrant de pathologie mentale :

- L'identification précoce et le traitement des maladies mentales,
- La formation des professionnels de santé au repérage, à l'évaluation ainsi qu'à la prise en charge de la crise et des conduites suicidaires,
- Le suivi des suicidants.

2) En termes de prévention universelle, l'OMS recommande :

- La restriction de l'accès aux moyens suicidaires comme la mise en place de législations encadrant la possession d'arme à feu ou encore la protection des « hot-spots suicidaires » (sites publics fréquemment utilisés comme lieu de suicide, les falaises d'Étretat en France, le Golden Gate Bridge à San Francisco...). Dans cet esprit, des barrières de protection ont été installées sur le pont Jacques-Cartier à Montréal (36). Une pancarte a été plantée à l'entrée de la forêt d'Aokigahara au Japon, surnommée la forêt des suicides, avec l'inscription suivante « Ta vie est un précieux cadeau de tes parents. S'il te plaît, parle-nous » associée au numéro de téléphone d'un centre anti-suicide de la région.
- La mise en place de politiques de réduction de l'usage nocif d'alcool.
- Enfin un dernier axe vise la responsabilisation des journalistes sur le traitement médiatique des suicides, notamment lorsqu'il s'agit d'une célébrité afin d'éviter une contagion suicidaire. En effet, plusieurs études ont démontré une augmentation des passages à l'acte à la suite de suicide de célébrités comme Kurt Cobain ou plus récemment Robin Williams (37,38), ou après la diffusion de la série « 13 Reasons Why » qui aborde le thème du suicide à travers l'un de ses personnages principaux que l'on voit se donner la mort à la fin de la première saison (39).

L'OMS publie ainsi une liste de 12 précautions à destination des professionnels des médias, pour un traitement médiatique plus responsable (40).

2.2. La prévention suicidaire en France

En France, l'intérêt du public et des politiques pour la prévention suicidaire émerge dans les années 1960 avec la création d'un Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS).

En 1971, une première étude commandée par le ministère de la santé relève qu'une politique de prévention du suicide est, au-delà des avantages attendus sur le plan humain, économiquement rentable pour la société (21). En effet à l'échelle humaine, sa prévention est primordiale puisque l'on estime que pour un suicide, ce sont sept personnes qui sont significativement impactées et vingt-six qui sont endeuillées. En termes d'économie de la santé, le suicide et les tentatives de suicide représentent un coût financier annuel estimé en 2009 à dix milliards d'euros. 88% de ce coût est sociétal (Perte de productivité pour la victime et son entourage, intervention de la police, etc.). 12% de ce chiffre est relatif au coût pour le système de soins (41). Pour une TS, le coût sociétal est estimé à 350 000 euros. Le coût sanitaire est quant à lui compris entre 5 000 et 15 000 euros (42).

Dans les années 1990, la prévention suicidaire a connu un regain d'intérêt sous l'impulsion de médecin comme Michel Debout et d'événement contribuant à sensibiliser le grand public sur la problématique suicidaire comme le suicide de l'ancien Premier ministre, Pierre Bérégovoy en 1993. Le suicide est reconnu priorité nationale de santé dès la fin des années 1990. L'union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) voit le jour en 1999. Un premier programme national de prévention et d'action face au suicide est mis en place au début des années 2000.

Des drames comme « la crise des suicides » à France Télécom en 2008-2009 mettent à nouveau la question suicidaire au cœur des débats avec notamment la prévention de ses facteurs de risque, en l'intégrant dans une politique plus large de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques en population générale.

Un programme national d'action contre le suicide a été mis en place sur la période 2011-2014 avec comme objectifs principaux une meilleure compréhension du suicide afin d'en assurer une meilleure prévention et une meilleure prise en charge. C'est dans cet esprit, que l'observatoire national du suicide (ONS) est créé en 2013.

Un nouveau plan d'action est publié en 2018. Cette feuille de route, intitulée « Santé mentale et psychiatrie », établit diverses actions à mettre en place sur l'ensemble du territoire français dans les années à venir, avec parmi elle les actions spécifiques suivantes pour prévenir le suicide :

1) Proposer aux professionnels qui sont au contact des personnes à risque suicidaire une formation actualisée. Trois types d'intervenant sont distingués : la sentinelle, l'évaluateur et l'intervenant de crise. Chacun assure une mission distincte. La sentinelle est formée au repérage et à l'orientation des personnes suicidaires. Il s'agit de citoyens ou de professionnels non soignants repérés dans leur communauté de vie et étant attentif à l'autre. L'évaluateur est formé à l'évaluation du risque suicidaire et oriente si besoin, en fonction de son évaluation, le patient vers différentes structures de soins. Cette formation cible les professionnels de santé amenés à être en contact avec des populations à risque suicidaire. L'intervenant de crise caractérise la crise (psychiatrique, psychosociale, psycho-traumatique) et propose les premiers gestes d'accompagnement. Il s'agit de professionnels de la santé mentale, particulièrement ceux réalisant régulièrement des interventions de crise (urgences psychiatriques, cellule d'urgence médico-psychologiques, unité d'hospitalisation de crise par exemple).

2) Expérimenter une formation des médecins généralistes à la prise en charge de la dépression incluant le repérage du risque suicidaire. Cette proposition découle du constat que 45% des personnes décédées par suicide ont consulté leur généraliste dans le mois qui précède leur décès, que 60% des suicidants ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur TS et 36% dans la semaine (1,43).

3) Poursuivre les formations croisées des médias (journalistes et internes en psychiatrie) dans l'objectif de prévenir la contagion suicidaire avec le déploiement du programme «PAPAGENO». Ce dernier vise plusieurs objectifs. D'une part, il propose la responsabilisation des médias sur le traitement de l'information suicidaire en les sensibilisant, au sein de leur

rédaction et des écoles de journalisme, aux effets Werther et Papageno ainsi qu'aux recommandations de l'OMS citées précédemment. L'effet Werther désigne le fait que la couverture médiatique d'un fait suicidaire peut être responsable d'un phénomène de contagion chez des personnes déjà vulnérables, notamment via les médias, les réseaux sociaux et la fiction (série, cinéma, livre, musique...). L'effet Papageno, à l'inverse, par une information respectueuse, non sensationnelle, et qui mentionne des ressources vers lesquelles peuvent se tourner les personnes vulnérables ou en souffrance, peut contribuer à prévenir les conduites suicidaires. D'autre part, il comprend également la formation des internes de psychiatrie et des psychiatres amenés à intervenir dans les médias, afin de leur permettre de répondre avec plus d'assurance et de leur donner des conseils pour limiter l'effet Werther et favoriser l'effet Papageno.

4) Intervenir sur les réseaux sociaux pour prévenir la contagion suicidaire.

5) Étudier les conditions de mise en place d'un numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême.

6) Généraliser dans les deux ans sur l'ensemble du territoire français le dispositif Vigilans. Ce dispositif de veille sanitaire à destination des suicidants est présenté en détail ci-après.

2.3. Les dispositifs de veille sanitaire

Les dispositifs de veille sont des protocoles permettant le maintien d'un lien avec le suicidant au décours de sa prise en charge pour une tentative de suicide. Leur intérêt est fondé sur plusieurs hypothèses. Tout d'abord, celle que le sentiment qu'un soignant est préoccupé par l'état de santé et le bien-être du patient peut prévenir un passage à l'acte suicidaire, notamment chez les personnes isolées sur le plan relationnel. Une autre hypothèse est que ces dispositifs facilitent le recours aux soins en cas de nécessité.

Ils sont mis en place en parallèle de la prise en charge proposée au patient à la suite de son geste suicidaire (hospitalisation, suivi ambulatoire, introduction d'un traitement, psychothérapie...), et n'ont pas vocation à s'y substituer. Ils constituent des dispositifs intéressants en termes d'économie de la santé, puisque leur coût est bien moindre en comparaison des coûts sanitaire et sociétal de prise en charge des suicidants.

Le maintien du contact peut se faire par le biais d'appels téléphoniques, laissés à l'initiative du patient avec la remise d'une carte ressource indiquant le numéro d'une hotline à contacter en cas d'urgence, ou programmés par le soignant qui réalise un rappel téléphonique. Cela peut se faire également par l'envoi de courrier postaux, de SMS ou de courriers électroniques contenant généralement un court texte exprimant l'intérêt du soignant pour l'état de santé du patient avec des coordonnées à contacter ou des structures vers lesquelles se référer en cas de besoin (44).

Une revue de la littérature a estimé que le maintien du contact avec les suicidants après leur sortie de l'hôpital fait partie des stratégies d'intervention les plus efficaces dans la prévention suicidaire. Ce dernier semble être plus efficace s'il est actif, c'est-à-dire non laissé à la seule initiative du patient, régulier, personnalisé au suicidant et s'il s'inscrit dans la durée (45).

2.3.1. Quelques exemples de dispositif

i. Motto et ses « shorts letters »

« I 'm going to walk to the bridge. If one person smiles at me on the way, I will not jump ». Ce sont ces quelques mots rédigés sur une lettre d'adieu par l'un de ses patients avant de se suicider qui ont inspiré à Jérôme Motto l'importance du sentiment de lien ou « connectedness » et l'idée de mise en place de dispositif de maintien de contact dont il est l'un des pionniers.

Dans les années 1970 à San Francisco, il met en place un protocole d'envoi postal de lettres personnalisées aux patients. Il propose dans un premier temps de contacter ces derniers à un mois de leur admission à l'hôpital pour « dépression » ou « crise suicidaire » de 1969 à 1974, afin d'évaluer leur compliance aux soins. Les patients identifiés comme étant non-compliant sont ensuite séparés en deux groupes. Le premier groupe a bénéficié de l'envoi de 24 lettres, réparti sur cinq années. Une lettre mensuelle est envoyée les quatre premiers mois, puis une lettre tous les deux mois jusqu'à la fin de la première année, ensuite une lettre est postée tous les trois mois pendant quatre années. Les patients randomisés dans le second groupe n'ont pas bénéficié d'envoi de lettre. L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer l'impact de cette stratégie sur le taux de suicide dans les années suivant l'inclusion. Une différence significative entre les deux groupes a été constatée les deux premières années, avec un taux de suicide moindre dans le groupe qui a reçu des lettres. Cette différence a diminué progressivement les années suivantes, pour ne plus être observée à 15 ans de la prise en charge initiale (46).

ii. Carter et ses « post-cards »

A la fin des années 1990 en Australie, Carter et son équipe proposent une étude évaluant l'impact sur le taux de récurrence suicidaire de l'envoi aux suicidants d'une même carte postale dans l'année qui suit leur tentative de suicide (une carte par mois pendant quatre mois, puis une carte tous les deux mois). Une différence non significative a été observée entre le groupe de patient ayant reçu les cartes postales et celui ne les ayant pas reçues (47).

iii. Evans et la délivrance d'une « crisis card »

A la fin des années 1990 à Bristol, une carte ressource a été remise aux suicidants avec le numéro d'un interne joignable 24H/24H en cas de besoin. A 6 mois, l'étude a révélé une différence significative entre le groupe ayant reçu la carte ressource et le groupe contrôle, uniquement chez les primo-suicidants. Cette différence a disparu à 1 an. Cette intervention n'a pas montré de bénéfice pour les patients non primo-suicidants (48,49).

2.3.2. AlgoS et Vigilans

i. AlgoS

S'inspirant des travaux de Motto, Carter ou encore Evans, le professeur Vaiva et son équipe du CHU de Lille ont proposé un algorithme décisionnel de prise en charge des suicidants nommé « ALGOS ». Cet algorithme intègre trois types de DV présentés précédemment : la remise d'une carte ressource, le rappel téléphonique et l'envoi de cartes postales (50).

ALGOS propose pour les primo-suicidants la remise d'une carte ressource contenant les coordonnées du service d'urgence de l'hôpital d'inclusion ; pour les non primo-suicidants un rappel téléphonique 10 à 21 jours après leur tentative de suicide. Le but de cet appel est d'apprécier si la prise en charge proposée au moment de l'admission à l'hôpital est toujours adaptée à la clinique actuelle, si le patient est compliant aux soins qui lui ont été proposés et s'il se trouve de nouveau dans un état de crise. En fonction de la situation, le soignant peut encourager le patient à prendre contact de nouveau avec un système de soins s'il en ressent le besoin. Il peut décider l'envoi de carte postale s'il perçoit le patient en difficultés ou non compliant aux soins proposés. Enfin, s'il identifie le patient en crise suicidaire, il l'oriente vers un psychiatre du centre d'inclusion. Si le patient refuse de consulter en urgence, l'appelant peut prendre l'initiative de contacter le 15 pour organiser une intervention en urgence au domicile du patient. Des cartes postales sont donc envoyées aux patients non compliants ou en refus de soins, à ceux identifiés comme en crise suicidaire ou en difficultés au cours d'un contact téléphonique. Elles sont également envoyées aux suicidants qui n'ont pas répondu aux appels téléphoniques. Elles contiennent un court message (sur les modèles de « post-cards » de Carter ou des « shorts letters » de Motto), le nom du patient, la signature du praticien qui s'est occupé du suicidant ainsi que le logo et les coordonnées du centre référence à contacter en cas de besoin. Elles sont envoyées à 2 mois, 3 mois, 4 mois et 5 mois de la TS.

Une étude a été réalisée à partir de 23 hôpitaux (plusieurs CHU et CH en France). Plus de 1000 patients majeurs ont été inclus et randomisés en deux groupes. Un groupe a bénéficié de l'intervention proposée selon l'algorithme ALGOS. Le groupe contrôle n'a bénéficié d'aucune intervention. Les patients ayant fait trois TS ou plus au cours des trois années précédentes ont été exclus. Cette étude a évalué le taux de récurrence suicidaire et le nombre de décès par suicide à 6 mois et à 13/14 mois du geste ayant entraîné l'inclusion. Les résultats de l'étude ont objectivé une réduction significative des récurrences suicidaires chez les primo-suicidants avec la remise d'une carte ressource. En revanche, les rappels téléphoniques, éventuellement complétés ou remplacés par des cartes postales, n'ont pas montré de réduction significative des TS chez les non primo-suicidants. Les rappels téléphoniques ont montré une utilité pour l'évaluation des risques puisque prédictifs d'une éventuelle nouvelle TS. En effet, les participants estimés non compliant aux soins et/ou en crise ont été plus susceptibles de réitérer une tentative de suicide que leurs homologues compliant aux soins et non en crise (51).

ii. VigilanS

A la lumière de ces résultats, le Pr Vaiva et le CHU de Lille proposent en 2014 la création d'un dispositif de veille sanitaire à destination des suicidants de la région du Nord-Pas-de-Calais. Effectif depuis 2015, il se nomme VigilanS. L'inclusion à ce dispositif est proposée à tous les suicidants au moment de leur sortie du service hospitalier les ayant pris en charge (urgences, MCO ou unités de psychiatrie). Son fonctionnement est présenté en annexe I.

Pour tous les suicidants :

A la sortie de l'hôpital, une note d'information expliquant le dispositif est remise au patient. Ce dernier reçoit également une carte ressource lui indiquant les coordonnées du centre VigilanS de la région, à contacter en cas de besoin (figure 5). La nuit, les weekends ou les jours fériés, elle lui indique d'appeler le 15.

Carte Ressource Prévention



Figure 5 : recto carte ressource Vigilans

Source : Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans, l'encéphale 2018.

Un soignant du service où le patient a été pris en charge faxe à Vigilans une fiche d'inclusion patient. Cette fiche contient des renseignements sur l'identité du patient (état civil, lieu de résidence, numéro de téléphone permettant de le contacter...). Elle renseigne également le nom et le lieu d'exercice de son médecin traitant et de son psychiatre s'il en a un. Elle précise s'il s'agit d'une première tentative de suicide ou non, et les soins qui ont été proposés au patient au moment de sa TS.

Pour les non primo-suicidants :

S'il ne s'agit pas d'une première TS, le suicidant bénéficie d'un appel téléphonique réalisé entre le 15^{ème} et le 21^{ème} jour de sa sortie du service de soins. Cet appel est effectué par une équipe dédiée au dispositif Vigilans. Les Vigilanseurs sont des infirmiers formés à la reconnaissance et la prise en charge de la crise suicidaire. Un appel standard dure en moyenne 30 à 45 minutes, parfois il est plus long. En fonction de son évaluation réalisée pendant l'appel, le Vigilanseurs peut décider de :

- Ne pas programmer de nouvel appel (en dehors de celui réalisé à la fin de la période de veille), et de rappeler au suicidant qu'il peut prendre contact avec le dispositif s'il en ressent le besoin. Cette option est proposée par le soignant lorsqu'il estime que le patient n'est pas en crise ni en difficultés.

- Programmer un nouvel appel téléphonique si l'état psychique du patient reste fragile.
- Proposer une consultation psychiatrique en urgence (+/- avec sollicitation du 15) si le patient est en crise ou en détresse.

Après trois tentatives d'appel infructueuses, réalisées à différents moments de la journée, VigilansS envoie une carte postale tous les mois au patient, pendant 4 mois.

Information aux médecins du patient :

Au moment de l'inclusion du suicidant au dispositif, une lettre est envoyée à son médecin traitant, ainsi qu'à son psychiatre s'il bénéficie d'un suivi. Cette lettre les informe de l'inclusion à VigilansS et présente en quelques mots le dispositif. Un numéro de recours est transmis aux professionnels de santé à cette occasion.

Par la suite, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant et au psychiatre du patient à chaque contact téléphonique, abouti ou non, avec ce dernier.

Sortie du dispositif de veille :

A 6 mois de l'inclusion au dispositif, un appel téléphonique est réalisé pour tous les suicidants. Il détermine si le dispositif de veille s'arrête ou s'il est prolongé pour une durée de 6 mois.

En cas de survenue d'une récurrence suicidaire, le patient est à nouveau inclus à VigilansS pour 6 mois et le dispositif reprend à son début.

Une étude est réalisée afin d'apprécier l'efficacité de cette intervention sur la récurrence suicidaire. Les résultats ont montré une relation significative entre la diminution des récurrences suicidaires et la pénétrance de VigilansS sur le territoire, correspondant au nombre de suicidants inclus dans le dispositif par rapport au nombre total de suicidants. Plus la pénétrance est importante, plus la réduction de la récurrence suicidaire est importante (52). Entre 2014 (année

précédant la mise en place du dispositif) et 2017, le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide a diminué de 13,5% dans la région Nord-Pas-de-Calais. Cette estimation est réalisée à partir des données du PMSI des services de MCO et des RPU (53).

Dans les régions ayant déjà mis en place le dispositif, les modalités diffèrent parfois de celles proposées initialement à Lille. Par exemple, Vigilans Jura propose aux suicidants inclus un premier appel téléphonique à 10 jours de la tentative de suicide (correspond en général à la fin de l'hospitalisation, un moment identifié comme à fort risque de passage à l'acte suicidaire (35)). Un deuxième et un troisième appel sont réalisés à respectivement 20 jours et trois mois de la tentative. Les vigilanseurs sont infirmiers ou psychologues. Les récurrences ont également diminué de 10% dans le Jura (54).

2.4. La prévention suicidaire en Alsace

2.4.1. Les associations locales de prévention suicidaire

Les associations occupent une place essentielle dans la prévention suicidaire. Elles luttent contre l'isolement social et apportent un soutien aux personnes vulnérables ou présentant des facteurs de risque suicidaire (victimes de violences, de discrimination, en situation d'isolement ou de précarité...).

Des associations nationales sont implantées au niveau local, principalement à Strasbourg. A destination du grand public, on peut citer par exemple SOS Amitiés et Astrée dont la principale mission est d'accompagner les personnes en situation d'isolement, de solitude ou de souffrance psychique. A destination de population spécifique, on peut citer par exemple Le Refuge à destination des jeunes gays, lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transsexuels en situation de difficultés sociales et de rupture familiale ; l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM) à destination des familles confrontées à la maladie psychique d'un proche.

Par ailleurs, des associations ont vu le jour en Alsace, comme l'association Suicide Écoute Prévention Intervention auprès des Adolescents (SEPIA) située à Mulhouse. Elle propose un accompagnement des jeunes en situation de crise.

2.4.2. L'offre de soins en Alsace

i. Démographie médicale en Alsace

En 2016, la densité de médecin généraliste est de 144,9 pour 100 000 habitants. Pour le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, elle est respectivement de 156,2 et de 133,0 pour 100 000 habitants (55).

La densité de psychiatre pour 100 000 habitants est, en 2016, de 25,6 dans Bas-Rhin et de 17,7 dans le Haut-Rhin, pour une densité nationale à 23,1. Dans le Bas-Rhin, 36,2% des psychiatres exercent en libéral, 45,8% sont salariés, 18,0% ont un mode d'exercice mixte. Dans le Haut-Rhin, 21,6% des psychiatres travaillent en libéral, 62,0% sont salariés, 16,4% ont une activité mixte (55).

ii. Structures hospitalières

Le Bas-Rhin compte à ce jour 12 secteurs de psychiatrie adulte rattachés à trois hôpitaux psychiatriques. Deux d'entre eux sont des hôpitaux composés uniquement d'unités de psychiatrie : le CH d'Erstein et l'EPSAN (Établissement Public de Santé Alsace Nord) réparti en deux sites, un site situé à Brumath et un autre dans le quartier Cronembourg à Strasbourg. La dernière structure d'hospitalisation du Bas-Rhin est située au sein des HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg). Le Haut-Rhin est découpé en 10 secteurs de psychiatrie adulte, répartis entre les hôpitaux généraux de Colmar et de Mulhouse et les hôpitaux psychiatriques de Rouffach et du Roggenberg à Altkirch.

iii. Service d'accueil des urgences psychiatriques

L'Alsace compte trois services d'urgences psychiatriques ouverts 7j/7 et 24h/24. Un premier service est situé dans le Bas-Rhin : le service des urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg qui se trouve dans un bâtiment distinct des deux services d'urgences adultes du CHU (l'un situé sur le site d'Hautepierre, et l'autre sur le site du Nouvel Hôpital Civil) où est orientée et évaluée une grande majorité des suicidants. Les deux autres services sont localisés dans le Haut-Rhin, l'un à Colmar et le second à Mulhouse, et sont tous les deux intégrés au sein du SAU de ces CH.

Des équipes composées de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques interviennent en journée au niveau des SAU de Haguenau, Saverne, Sélestat et Wissembourg.

iv. Unité de crise

Des unités d'hospitalisation brève existent d'ores et déjà dans les centres hospitaliers de Colmar et de Mulhouse.

Au niveau des HUS, une unité de crise est en cours de création. Cette unité permettra, entre autres, de proposer une hospitalisation brève aux patients en crise suicidaire. Les suicidants pourront y être admis après un passage à l'acte, notamment dans le cadre d'une crise psychosociale.

2.4.3. Le maintien du contact avec les suicidants

Quelques pôles de psychiatrie ont mis en place depuis plusieurs années un système de recontacte des suicidants. Ces protocoles sont généralement sous la responsabilité des équipes travaillant au sein des services d'urgences psychiatriques de la région ou de celles intervenant dans les SAU adultes.

Au CHU de Strasbourg, dans le service des urgences psychiatriques du Pr. Pierre Vidailhet, un protocole de rappel des suicidants pris en charge dans les différents SAU (site du NHC, d'HTP et des Urgences Psychiatriques) a été mis en place depuis 2011 à l'initiative du Dr. Anne Sougy. Ce protocole consiste en un rappel systématique des suicidants par un infirmier psychiatrique à 10/15 jours de sa tentative de suicide. Il s'agit de demander des nouvelles du patient, d'évaluer son état thymique actuel ainsi que le risque suicidaire, en cas de besoin de proposer une aide adaptée. Après avoir contacté le patient, l'infirmier fait un compte rendu des éléments cliniques et des informations obtenus pendant l'entretien téléphonique. Si trois tentatives d'appel restent infructueuses, une carte postale est envoyée au patient (annexe II). En parallèle, si le patient a donné son accord, un courrier est adressé à son médecin traitant l'informant du passage aux urgences pour une tentative de suicide, indiquant le nom du psychiatre qui l'a évalué aux urgences et la prise en charge qui lui a été proposée (hospitalisation, coordonnées pour débiter un suivi, programmation d'un rendez-vous avec un psychiatre ou d'un rappel téléphonique).

Ce même dispositif a été mis en place au sein des services d'urgences des centres hospitaliers de Haguenau, Saverne et Wissembourg depuis environ une dizaine d'années. Par exemple, au niveau du secteur psychiatrique d'Haguenau, sous l'impulsion du Dr Michèle Bernabé un protocole de rappel téléphonique a d'ores et déjà été mis en place pour les suicidants au décours de leur prise en charge au SAU d'Haguenau ou de leur hospitalisation en psychiatrie pour une TS.

Des dispositifs de recontacte ont également été initiés au CH de Sélestat et de Mulhouse.

Comme nous venons de le voir dans cette première partie, depuis plusieurs années, des plans d'action pour prévenir le suicide ont été élaborés. Parmi les différentes interventions proposées, certaines ciblent les suicidants notamment par le maintien d'un lien avec ces derniers dans les

mois suivant leur tentative de suicide. Du pionnier Motto dans les années 1970 à Vigilans créé en 2014 par le Pr Vaiva et son équipe, les dispositifs de veille sanitaire permettant le maintien de contact ont montré des résultats probants sur la réduction des récidives suicidaires.

Notre travail s'inscrit dans le contexte d'installation du dispositif Vigilans en Alsace. Nous allons nous intéresser de plus près à la prise en charge des patients par les urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg lorsqu'une tentative de suicide est suspectée.

Deuxième partie : Étude

I/ Matériel et méthodes

1. Choix de la question

A l'heure du déploiement du dispositif Vigilans sur le territoire français, et plus particulièrement en Alsace, ce travail a pour intérêt de constituer un état des lieux de la prise en charge des suicidants au CHU de Strasbourg. Sa réplication ultérieure permettra d'évaluer l'impact de l'implantation de Vigilans sur l'incidence des tentatives de suicide.

Dans une démarche d'amélioration de la qualité, l'identification des points forts et/ou d'éventuelles faiblesses par cette étude de pratique permettra d'apprécier quelles modifications pourraient être apportées au fonctionnement actuel.

2. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, épidémiologique, descriptive et transversale.

3. Population étudiée

Cette étude concerne les patients pour lesquels une TS a été suspectée et qui ont été évalués par un médecin psychiatre aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, au niveau du service des urgences psychiatriques, des services des urgences adultes, de réanimation médicale ou chirurgicale des sites du NHC et d'HTP.

4. Recueil de données

Nous avons étudié les dossiers papiers et/ou informatisés sur le logiciel DX Care® des patients admis aux HUS du 01/04/2020 au 30/09/2020, pour un des motifs de recours ou de consultation suivants : « Tentative d'autolyse », « TDS », « TS », « IMV », « Intox substances SAI », « Intox CO », « Phlébotomie », « Immolation », « Défenestration », « Pendaison », « Immolation », « Noyade » ou « Saut ». Ces motifs de consultation ont été relevés au niveau du motif de recours inscrit par l'infirmier d'accueil des urgences et dans l'observation rédigée par le psychiatre.

Les dossiers contenant ces motifs ont été sélectionnés au moment de leur enregistrement sur le logiciel de PMSI Psychiatrie® par la secrétaire des urgences psychiatriques.

Les données ont été recueillies sous la forme d'une feuille de calcul Excel®. Elles ont été anonymisées, ni le nom, le prénom ou le NIP du patient ne figure dans le fichier.

Pour chaque patient, nous avons recueilli les informations suivantes :

Concernant le patient :

- Le motif de recours, c'est-à-dire le motif pour lequel le psychiatre a dû évaluer le patient, dans l'hypothèse d'une tentative de suicide,
- Son sexe, son âge au moment de l'évaluation psychiatrique,
- S'il bénéficie d'un suivi avec un psychiatre,
- S'il a des antécédents psychiatriques connus au moment de l'évaluation, autre que suicidaires, notamment si un diagnostic de pathologie psychiatrique (trouble de l'humeur, psychose, trouble du spectre autistique, trouble anxieux, trouble des conduites alimentaires ou trouble de la personnalité) a été posé par le passé. Les patients dont les

dossiers ne renseignent pas l'existence d'antécédents psychiatriques ont été distingués des patients pour lesquels il a été précisé qu'aucun antécédent psychiatrique n'est connu.

- S'il a déjà fait des tentatives de suicide par le passé. Le cas échéant, s'il bénéficie d'un suivi psychiatrique.
- S'il a été réadmis aux HUS sur la période étudiée pour un des motifs d'inclusion cité précédemment. Le cas échéant, ont été relevé le nombre de jours s'étant écoulé entre le dernier passage et l'actuel, l'orientation de sortie du précédent passage et de l'actuel, si le patient a bénéficié d'un suivi dans les suites de son précédent passage.

Concernant le geste amenant le patient à l'hôpital et laissant envisager une TS :

- Le moyen du geste, par exemple : IMV, phlébotomie, saut d'un pont...
- Si l'intentionnalité suicidaire du geste est précisée ou non dans le dossier. Si elle est non reconnue par le patient mais fortement suspectée par le psychiatre.
- Si une alcoolémie positive est retrouvée au moment de sa prise en charge pré-hospitalière (par le SAMU, les ambulanciers, SOS médecins, les pompiers) ou à son arrivée à l'hôpital.
- Le recueil d'information étant réalisé sur une période de contexte sanitaire particulier et inédit du fait de l'épidémie de Covid 19 et du confinement décidé jusqu'au 11 mai 2020, l'éventuelle mention par le patient du confinement ou du Covid 19 comme facteurs déclenchants a été renseignée dans le recueil de données.
- Le diagnostic et/ou le codage de sortie renseigné par le psychiatre dans son observation ou dans les champs diagnostics prévus à cet effet.

Concernant la prise en charge qui a été proposée au patient :

- L'orientation proposée après l'entretien psychiatrique : retour à domicile (RAD) ou hospitalisation. Lorsqu'une hospitalisation a été décidée, si le patient a été transféré dans une unité psychiatrique (en soins contraints ou en soins libres) ou bien en service de MCO (hors hospitalisation de courte durée). Quand un RAD a été proposé : si des coordonnées pour débiter un suivi ont été remises au patient ou bien si une consultation a été programmée. Le cas échéant, s'il s'agit d'une consultation dite de « post-urgence » (consultation aux urgences psychiatriques dans les jours suivants le RAD, généralement avec le médecin ayant évalué le patient), d'une consultation psychiatrique en libéral ou en centre médico-psychologique (CMP), ou bien d'une consultation post-urgence dans l'attente de sa consultation programmée en libéral ou en CMP.
- Si un rappel téléphonique (RT) par un soignant des urgences psychiatriques a été proposé au patient et programmé à 10/15 jours de son passage aux urgences. Le cas échéant, si ce rappel a bien été réalisé, s'il a abouti (le soignant a eu un entretien téléphonique avec le patient), ou s'il n'a pas abouti. Dans ce dernier cas, si une carte postale a été envoyée au patient après plusieurs tentatives d'appel infructueuses.
- Enfin, si un courrier a été envoyé au médecin traitant (MT) du patient pour l'informer de sa TS et de la prise en charge qui lui a été proposée (RAD ou hospitalisation, RDV programmé ou coordonnées remises).

Ce recueil de données a fait l'objet d'une déclaration à la déléguée à la protection des données des hôpitaux universitaires de Strasbourg. Il a été enregistré au registre des traitements de données des HUS. La base de données a été supprimée après traitement de ces dernières, en accord avec les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

5. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les patients pris en charge pour avoir exprimé des idées suicidaires et non pour une tentative de suicide. Concernant les patients adressés pour IMV, ont été exclus ceux pour lesquels le diagnostic de mésusage médicamenteux a été retenu, sans intentionnalité suicidaire exprimée. Pour finir, nous avons également exclu les patients ayant eu, sur la période étudiée, plus de trois admissions pour un des motifs de recours mentionnés en paragraphe I.4.

6. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'apprécier la prise en charge actuelle des patients supposés suicidants par les urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg.

7. Objectifs secondaires

Cette étude a pour objectifs secondaires :

- 1) D'évaluer le nombre de suicidant admis aux HUS avant la mise en place de Vigilans
Alsace,
- 2) De décrire la population de suicidants évalués par les urgences psychiatriques.

8. Méthode d'analyse des données recueillies

Nous avons utilisé le logiciel Numbers® pour réaliser des statistiques descriptives concernant les variables quantitatives et qualitatives. Nous avons présenté ces caractéristiques sous forme d'histogrammes ou de diagrammes. Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en nombre de cas et en pourcentage. Ceux des variables quantitatives sont exprimés en moyenne et en écart type.

II/ Résultats

1. Caractéristiques de la population

1.1. Nombre de patients

Nous avons exclu 70 patients pour lesquels le diagnostic de tentative de suicide n'a pas été retenu par le médecin ainsi qu'1 patient enregistrant 23 passages aux urgences pour « IMV » sur la période de l'étude. Nous avons ensuite étudié les dossiers de 230 suicidants correspondant à 219 patients identifiés. Le nombre mensuel de suicidants évalués sur la période étudiée est présenté sous la forme d'un histogramme (figure 6).

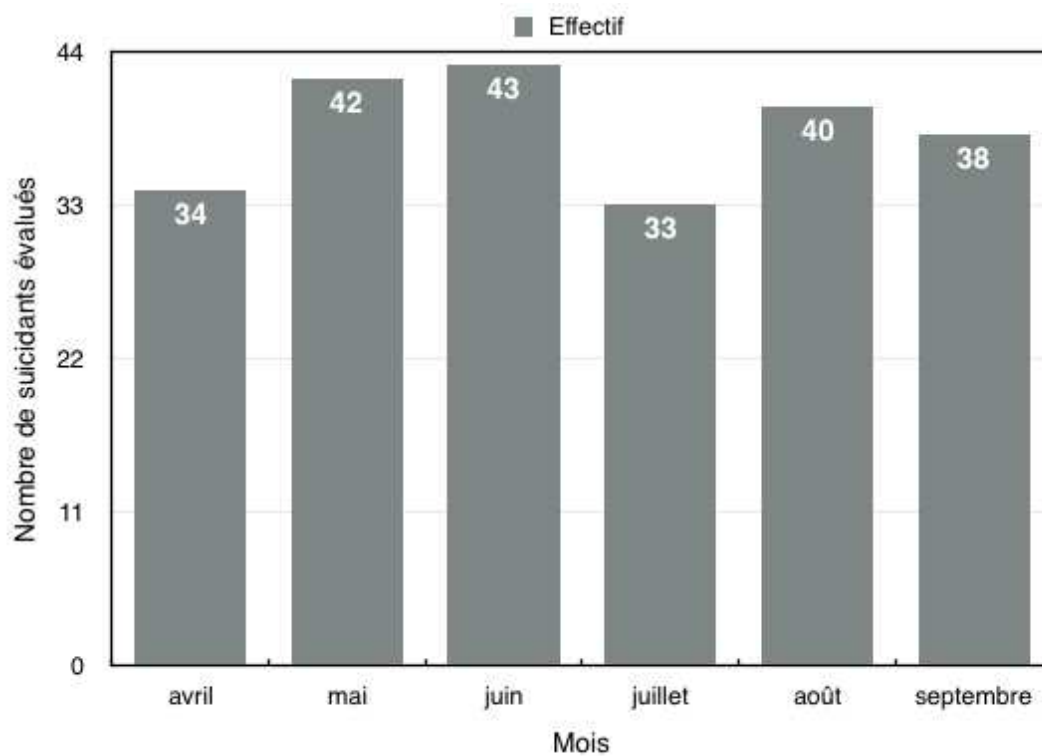


Figure 6 : Nombre de suicidants évalués par mois

Le nombre moyen de suicidants évalués par mois par les urgences psychiatriques est de 38,33 patients (+/- 4,13) avec une médiane à 40.

1.2. Sexe

62,6% des passages ont concerné des patients de sexe féminin (144/230). 37,4% ont concerné des patients de sexe masculin (86/230), soit un sex-ratio H/F de 43/72.

1.3. Age

L'âge moyen des patients au moment de leur évaluation est de 40,91 ans (+/- 18,12) avec une médiane à 39 ans et des âges extrêmes de 15 et 89 ans.

Parmi les patients de notre étude, 2 sont mineurs, l'un est âgé de 15 ans et le second de 17 ans.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 15-30 ans (figure 7).

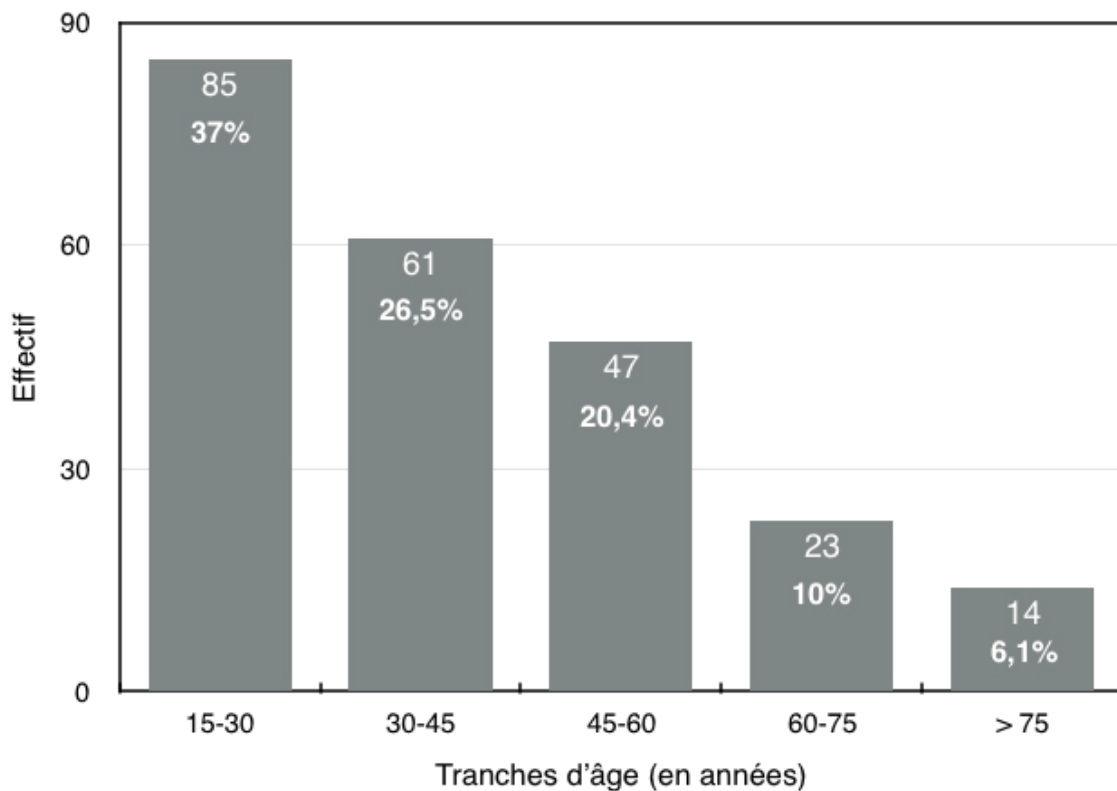


Figure 7 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge

1.4. Antécédents psychiatriques

Au moment de leur admission à l'hôpital, 42,2% des patients sont non primo-suicidants. Parmi ces derniers, 48,5% sont suivis par un psychiatre, 51,5% ne le sont pas.

46,1% des patients ont des antécédents psychiatriques connus, hors antécédent suicidaire. La prévalence des différentes pathologies psychiatriques au sein de ces 46,1% est présentée sous la forme d'un diagramme ci-après (figure 8).

16,5% des patients de l'étude ont déjà fait au moins un geste suicidaire, sans qu'un diagnostic psychiatrique n'ait été évoqué ou posé.

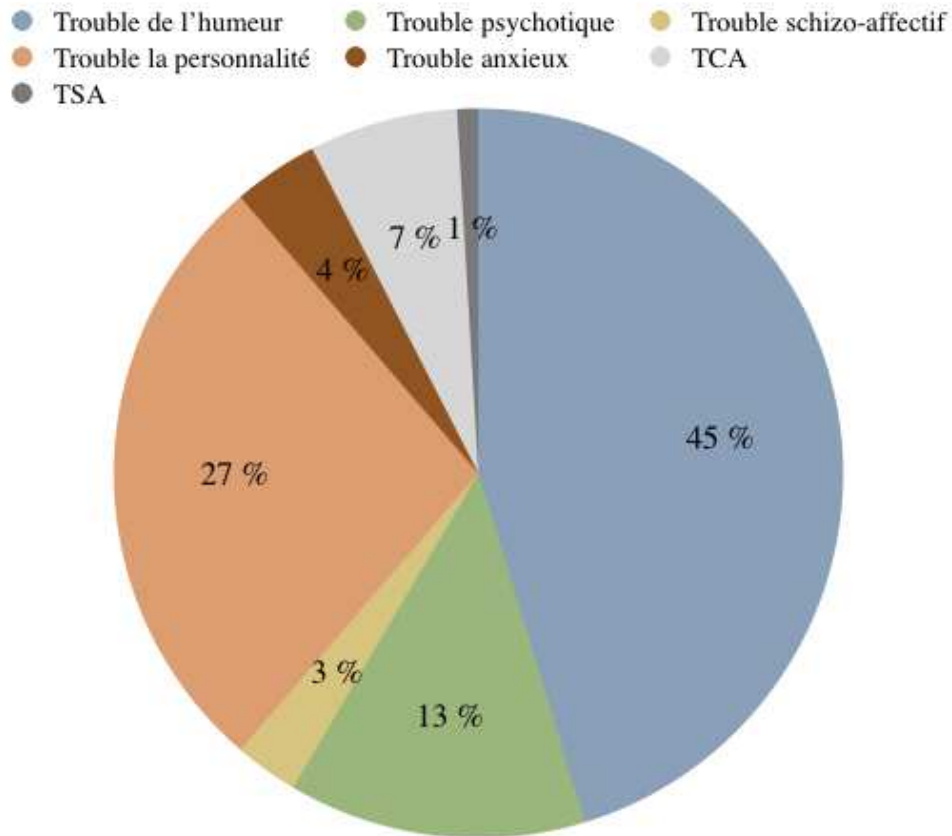
L'existence d'antécédent psychiatrique ou suicidaire n'a pas été renseignée dans environ 7% des dossiers.

Tableau V : Antécédents psychiatriques des suicidants

Antécédents psychiatriques		N (%)
Antécédents de tentative de suicide :	Primo-suicidant	116 (50,4%)
	Non primo-suicidant :	97 (42,2%)
	- Suivi	47
	- Pas suivi	50
	NR	17 (7,4%)
Antécédents psychiatriques :	ATCDs connus	144 (62,6%)
	- ATCDs hors TS*	106 (46,1%)
	- Pas d'ATCDs connus hors TS	38 (16,5%)
	Absence d'ATCDs connu	71 (30,9%)
	NR	15 (6,5%)
Existence d'un suivi psychiatrique :	Suivi	92 (40,0%)
	Pas de suivi	122 (53,0%)
	NR	16 (7,0%)

* : troubles de l'humeur, psychose, trouble de la personnalité, trouble anxieux, trouble du comportement alimentaire, trouble du spectre autistique

NR : non renseigné / ATCDs : antécédents / TS : tentative de suicide



TSA : Trouble du spectre autistique / TCA : Trouble du comportement alimentaire

Figure 8 : Prévalence des différents diagnostics psychiatriques au sein de la population de l'étude ayant des antécédents psychiatriques connus hors TS

1.5. Modes de tentative de suicide

Le mode suicidaire choisi le plus fréquemment par les suicidants a été l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV). Il représente 84% des passages aux urgences (figure 9).

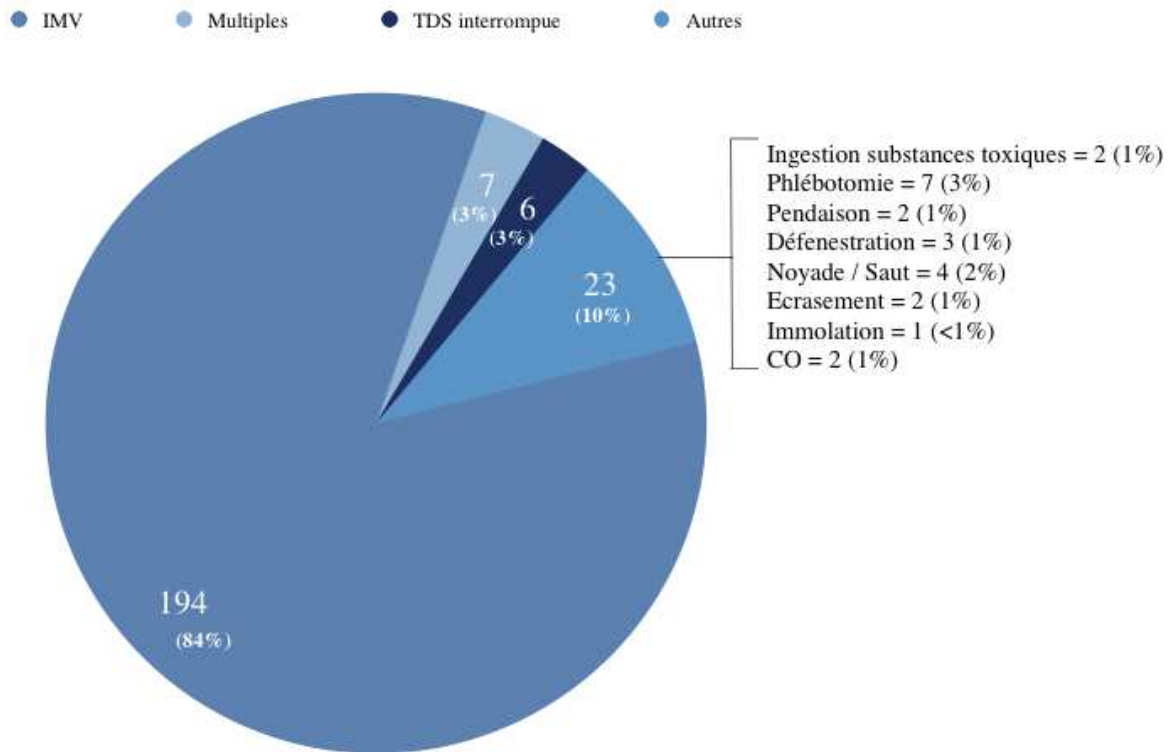


Figure 9 : Modes de tentative de suicide

1.6. Autres éléments contextuels

Une alcoolisation aigüe a été mentionnée dans 50 dossiers (21,7%).

Sur la période étudiée, l'épidémie de Covid19 et le confinement ont été cités dans 19 dossiers (8,3%) comme un des éléments ayant eu une incidence sur l'apparition d'idées suicidaires et/ou ayant favorisé le passage à l'acte suicidaire. Sur le seul mois d'avril, ils ont été mentionnés par 13 patients ce qui correspond à 38,2% des suicidants du mois d'avril.

2. Intentionnalité suicidaire et diagnostic

2.1. Intentionnalité suicidaire

Dans 150 des dossiers étudiés (65,2%), le patient a reconnu une intentionnalité suicidaire à son geste.

Dans 34 dossiers (14,8%), l'intentionnalité suicidaire n'a pas été reconnue par le patient mais a été fortement suspectée par les équipes et le psychiatre l'ayant pris en charge. Par exemple : devant une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) importante et grave ayant mis en jeu le pronostic vital du patient, la rédaction d'une lettre d'adieu, ou bien encore devant un geste grave comme une défenestration ou une pendaison.

Pour 46 patients (20%), il n'a pas été fait mention dans leur dossier de l'intentionnalité suicidaire.

2.2. Diagnostic et codage

Au moins un diagnostic, correspondant ou non à un item de la CIM-10, a été retrouvé à la fin de 186 dossiers (80,9%). Dans 44 cas (19,1%), aucun diagnostic n'a été inscrit dans le dossier du patient.

3. Prise en charge proposée

3.1. Orientation

35,2% des patients ont été hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences. Dans 88,9% des cas, cette hospitalisation a eu lieu en unité de psychiatrie. Dans les autres situations, le patient a été transféré en unité de médecine conventionnelle (pneumologie ou gériatrie).

En ce qui concerne les hospitalisations en psychiatrie, 61,1% (44/72) des patients hospitalisés ont été admis en soins libres, 38,9% (28/72) ont été admis en soins contraints.

Un retour à domicile a été décidé pour 64,8% (149/230) des patients.

Les différentes orientations sont présentées dans le tableau VI.

Tableau VI : Orientation à la sortie du service d'urgences

Orientation	N (%)
Hospitalisation :	81 (35,2%)
- HL :	44 (19,1%)
- HSC :	28 (12,2%)
- MCO :	9 (3,9%)
RAD simple	24 (10,4%)
RAD + PU	47 (20,4%)
RAD + coordonnées	28 (12,2%)
RAD + cs programmée en CMP ou en psychiatrie libérale	40 (17,4%)
RAD + PU + cs CMP ou psychiatre libéral	10 (4,4%)

HL : hospitalisation libre / **HSC** : hospitalisation sous contraintes / **MCO** : médecine chirurgie obstétrique / **RAD** : retour à domicile / **PU** : consultation post-urgence / **cs** : consultation / **CMP** : centre médico-psychologique

3.2. Rappel téléphonique

60 rappels téléphoniques ont été prescrits par les médecins des urgences psychiatriques d'avril à septembre 2020 pour les suicidants non hospitalisés au décours de leur évaluation, soit pour 40,2% (60/149) des patients non hospitalisés. Seulement 75,0% des RT demandés ont été effectués (45/60). Plus d'1/3 des rappels téléphoniques effectués n'ont pas abouti (16/45). 11 patients ont bénéficié de l'envoi de carte postale.

Tableau VII : Rappels téléphoniques avril - septembre 2020

Mois	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Total (%)	N
Rappels demandés	11	16	7	10	8	8		60
Rappels réalisés	8	15	3	9	5	5	45 (75,0%)	
- Abouti	7	10	1	6	1	4	29 (48,3%)	
- Non abouti	1	5	2	3	4	1	16 (26,7%)	
- Carte envoyée	1	4	0	1	4	1	11 (18,3%)	
Rappels non réalisés	3	1	4	1	3	3	15 (25,0%)	

Parmi les appels n'ayant pas aboutis, pour 4 patients il s'agit d'un numéro de téléphone non valide. Pour 1 patient, aucun numéro de téléphone n'a été inscrit dans son dossier.

60,0% (36/60) des RT demandés l'ont été pour des primo-suicidants, 40,0% (24/60) pour des non primo-suicidants.

3.3. Information au médecin traitant

Quand un RAD a été décidé (N=149), dans 15,4% des cas (23/149), avec l'accord du patient, une lettre a été envoyée à son médecin traitant pour l'informer de sa tentative de suicide et de la prise en charge qui lui a été proposée.

Pour 3,9% des patients de l'étude (9/230), ce contact avec le médecin traitant s'est fait par le biais d'un appel téléphonique du psychiatre au moment de son évaluation.

4. Récidive suicidaire au cours de l'étude

4.1. Nombre de patients et délais de récurrence

9 suicidants ont eu au moins une nouvelle admission pour TS sur la période étudiée. 7 suicidants ont fait 1 nouvelle TS. 2 suicidants en ont fait 2, respectivement dans les 12 et 14 jours suivant le premier geste.

En moyenne, la réadmission pour TS a lieu à 30,91 jours de la précédente admission, avec une médiane à 7 jours et des extrêmes à 1 jour et à 162 jours.

4.2. Profil des suicidants ayant récidivé au cours de l'étude

8 sont de sexe féminin, 1 est de sexe masculin, soit un sex-ratio H/F de 1/8.

Au moment de leur première admission pour l'un des motifs d'inclusion de notre étude, l'ensemble des suicidants récidivistes ont des antécédents psychiatriques connus.

Pour 88,9% de ces derniers (8 suicidants sur 9), un diagnostic psychiatrique a déjà été posé par le passé. Le diagnostic de sortie renseigné pour ces patients est le même que celui indiqué dans les antécédents connus. Enfin, un diagnostic psychiatrique a été posé chez le seul suicidant

n'ayant pas d'antécédent de pathologie psychiatrique. Les diagnostics de sortie sont les suivants : trouble de la personnalité pour 55,6% des patients (5/9), trouble de l'humeur pour 22,2% (2/9), trouble psychotique pour 11,1% (1/9), trouble schizo-affectif pour 11,1% des patients (1/9).

8 patients sur 9 (88,9%) sont non primo-suicidants au moment de leur premier passage.

Au moment de leur première admission, 7 suicidants sont suivis par un psychiatre (77,8%), 2 ne le sont pas (22,8%). Au moment du second passage hospitalier, 8 suicidants bénéficient d'un suivi, 1 suicidant n'a pas débuté de suivi bien que des coordonnées lui aient été remises lors de sa précédente prise en charge.

L'orientation proposée aux suicidants après leurs différents passages est présentée sous la forme d'un histogramme (figure 10).

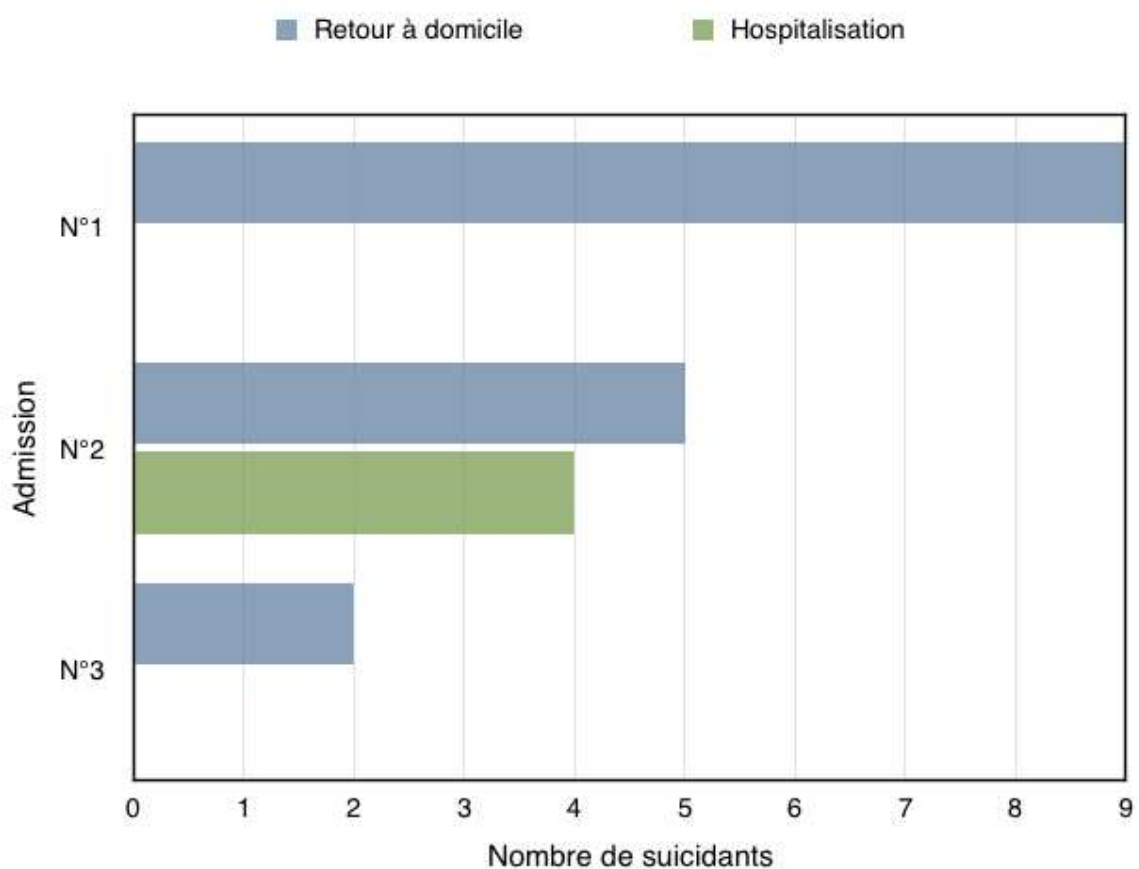


Figure 10 : Orientation proposée aux suicidants récidivistes après admission pour tentative de suicide

III/ Discussion

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Points forts

A notre connaissance, il s'agit de la première étude s'intéressant à la prise en charge des suicidants par les urgences psychiatriques de Strasbourg, ainsi qu'aux caractéristiques de cette population.

Malgré certains biais, cette étude comprend un échantillon de patients suffisant, d'une part pour une analyse des données recueillies satisfaisante, d'autre part pour constituer une base à des études ultérieures.

1.2. Limites

Concernant la méthodologie de ce travail, il est légitime de se questionner sur les biais et les axes d'amélioration de cette étude.

1.2.1. Biais de sélection

Le recueil de données a été effectué à partir des feuilles de codage d'acte et de diagnostic. Ainsi, les patients pour lesquels le médecin n'a pas réalisé et transmis une feuille de codage échappent au recueil de données. Ensuite, nous avons choisi de considérer suicidant tout patient inclus pour lequel le médecin n'a pas clairement éliminé une TS. Toutefois, un nombre important de données manquantes dans les dossiers patients ont rendu possible la non-exclusion de patients pourtant non suicidants.

1.2.2. Biais d'information

Comme dans de nombreuses études rétrospectives descriptives, il existe de probables biais d'information liés au mode de recueil retenu.

Un biais de prévarication est possible du fait des informations recueillies parfois sensibles pour les patients, comme la thématique des toxiques ou des antécédents psychiatriques et suicidaires. Un biais de classement est également probable au vu du nombre important de données manquantes dans les dossiers patients entraînant par exemple une erreur de classement primo-suicidant/non primo-suicidant, limitant ainsi l'interprétation des résultats obtenus.

2. Les principaux résultats, les données de la littérature et les données antérieures

2.1. Objectif principal : Étude de pratique sur la prise en charge des patients supposés suicidants par les urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg

2.1.1. Le dossier patient

Qu'il s'agisse d'un dossier papier ou d'un questionnaire spécifique d'avis psychiatrique sur le logiciel DX Care®, notre étude a souligné d'importantes disparités dans le renseignement des antécédents du patient et plus généralement dans l'observation médicale. Ainsi, dans 7% des dossiers, aucune information n'a été renseignée sur les antécédents du suicidant ou sur l'existence éventuelle d'un suivi.

Quand le patient a été admis et évalué en réanimation, une observation médicale n'a pas toujours été retrouvée. En effet, après avoir évalué le patient, le psychiatre rédige son observation, à la demande des médecins réanimateurs, sur leur dossiers patients (papier ou informatisé sur ICCA®). Notre service n'a donc plus accès à ces observations par la suite, à moins que le psychiatre ne l'ait recopiée sur un dossier papier des urgences psychiatriques ou sur DX Care®, ce qui n'est pas toujours le cas. La prise en compte de cette problématique en systématisant l'ajout de cette observation dans DX Care® semble nécessaire.

Lorsqu'un patient a été évalué, si le diagnostic de TS a été clairement éliminé, ce dernier a été exclu de notre étude. Dans 20% des dossiers, l'évaluation ou la mention de l'intentionnalité suicidaire n'apparaît pas. Cette distinction, particulièrement pour les IMV, nous semble indispensable à la décision d'inclusion prochaine des patients au dispositif Vigilans. Quand il s'agit d'un acte de grave, comme par exemple une défenestration, une pendaison, ou encore une immolation, l'inclusion dans le dispositif semble évidente, que l'intentionnalité suicidaire soit précisée ou non, reconnue ou non. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une IMV et que l'intentionnalité suicidaire n'est pas précisée, la seule lecture du dossier ne permet pas toujours de faire la part des choses par exemple entre une TS par IMV et un mésusage médicamenteux de nature addictologique. Toutefois, dans un but de prévention il vaut mieux inclure trop que pas assez.

De même, nous apparaît utile la mention d'éléments importants pouvant faire évoquer une TS, notamment quand le patient nie toute intentionnalité suicidaire. On peut citer en guise d'exemple : la rédaction d'une lettre d'adieu, la nécessité d'une prise en charge en soins continus ou en réanimation, des incohérences au niveau du discours du patient... Dans notre étude, environ 15% des patients n'ont pas reconnu une intentionnalité suicidaire à leur geste alors que les éléments d'anamnèse et cliniques nous l'ont fait fortement suspecter.

Pour 80% des patients, un diagnostic a été complété à la fin du dossier, correspondant +/- à un codage de la CIM-10. Dans près de 20% des dossiers, aucun diagnostic n'a été renseigné. La complétude diagnostique est donc supérieure à celle des RPU du Bas-Rhin, estimée à 65,7% (tableau IV) (31). Cette différence pourrait, en partie, être expliquée par la non-intégration des urgences psychiatriques au réseau OSCOUR®, qui exploite uniquement les RPU des urgences adultes et pédiatriques du Bas-Rhin, à l'inverse de notre étude où ont été inclus les patients

reçus aux urgences psychiatriques. De plus ce pourcentage est une moyenne entre les différents services d'urgence du Bas-Rhin, et non seulement ceux du NHC et d'HTP.

Les diagnostics qui ont été codés selon la CIM-10 correspondent au codage de pathologies psychiatriques et de trouble de la personnalité (codes F) et/ou d'auto-intoxications (X60-X84) et d'intoxications médicamenteuses (T36-T50). Fréquemment, le terme « IMV » a été renseigné en guise de diagnostic. Ce dernier et les codages de la CIM-10 correspondant aux intoxications sont donc largement utilisés par les praticiens pour conclure à une tentative de suicide. Ces dénominations ne sont pas toutes spécifiques aux gestes suicidaires.

La création d'un codage spécifique unique pour les tentatives de suicides serait une piste d'amélioration. Elle permettrait une meilleure estimation du nombre de tentative de suicide.

2.1.2. Orientation des patients

35% des patients ont été hospitalisés au décours de leur entretien psychiatrique. Dans 9% des cas cette hospitalisation a eu lieu dans un service de médecine conventionnelle (gériatrie ou pneumologie). Les autres hospitalisations ont eu lieu en unité psychiatrique, 1/3 en hospitalisation sous contraintes, 2/3 en soins libres.

Ce résultat est donc comparable aux données retrouvées dans la littérature. Castaigne et al. estime qu'une majorité (60 à 70%) des suicidants pris en charge en milieu hospitalier est orientée vers un retour à domicile (44).

2.1.3. Rappel téléphonique

Le rappel téléphonique par un soignant des urgences psychiatriques du CHU a été proposé exclusivement aux patients pour lesquels un retour à domicile a été décidé. Parmi ces derniers, moins de la moitié (40,2%) a bénéficié de la prescription d'un RT.

75% des rappels téléphoniques prescrits par les médecins ont été réalisés. Quand le patient est resté injoignable après plusieurs appels, une carte lui a été envoyée dans 2/3 des cas.

Lorsqu'un médecin demande qu'un RT soit effectué à distance du passage aux urgences, l'infirmier des urgences psychiatriques le programme dans l'agenda des RT à effectuer. Dans 25% des cas le RT demandé n'a pas été réalisé. Parfois il n'a pas été inscrit dans l'agenda, parfois il n'a pas pu être effectué à cette date et n'a pas été réalisé plus tard. En effet, le temps de travail des infirmiers ne comprend pas actuellement un créneau dédié aux rappels téléphoniques. Quand la charge de travail est trop importante aux urgences psychiatriques, les rappels téléphoniques ne constituent pas une priorité par rapport à leurs autres missions.

La mise en place du dispositif VigilansS permettra d'augmenter la pénétrance du système de veille des suicidants notamment grâce à un travail de partenariat entre VigilansS et les équipes des urgences psychiatriques et des services où sont hospitalisés les suicidants. L'intégration au dispositif sera systématique pour l'ensemble des suicidants dès leur sortie de l'hôpital après un passage aux urgences ou une hospitalisation. Par ailleurs, elle permettra de palier l'oubli ou la non-réalisation des rappels téléphoniques par la création d'une équipe dédiée au dispositif : les Vigilanseurs. Ces derniers auront, entre autres missions, une activité spécifique de recontacte des suicidants.

Une étude sur la population de non-répondant aux rappels téléphoniques serait intéressante en reprenant par exemple des éléments du dossier des urgences afin de rechercher d'éventuels facteurs prédictifs de non-réponse aux rappels téléphoniques.

2.1.4. Courrier d'information au médecin traitant

Quand un RAD a été décidé, dans 15,4% des cas, une lettre a été envoyée au MT du patient pour l'informer de son passage aux urgences pour une tentative de suicide et lui indiquer ce qu'il lui a été proposé en termes de prise en charge (la remise de coordonnées pour débiter un suivi, un rappel téléphonique, une consultation post-urgence).

Ce manque de communication entre la médecine générale de ville et la psychiatrie n'est pas nouveau, il a déjà été traité dans la littérature médicale (56).

Qu'il s'agisse d'un passage aux urgences psychiatriques pour TS ou pour un autre motif, la généralisation de l'envoi d'un courrier au médecin traitant par le psychiatre ayant évalué le patient, permettrait, par le renforcement du lien et la transmission d'information entre l'hôpital et la ville, d'améliorer l'efficacité des soins et la qualité de la prise en charge du patient.

Une nouvelle fois, la mise en place de Vigilans permettra d'informer systématiquement le médecin traitant et le psychiatre de la tentative de suicide de son patient ainsi que de son inclusion à Vigilans. Une étude qualitative sur la satisfaction des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans révèle que ces derniers perçoivent le dispositif de manière positive (57).

2.2. Nombre de suicidant

Nous avons exclu les patients pour lesquels le diagnostic de tentative de suicide n'a pas été retenu. Nous avons considéré suicidant : les patients pour lesquels le diagnostic de tentative de suicide a été renseigné dans le dossier et ceux pour lesquels ce diagnostic est apparu évident à la lecture du dossier, même lorsqu'ils n'ont pas admis avoir réalisé une TS. Nous avons volontairement choisi de considérer suicidants les patients pour lesquels l'intentionnalité suicidaire n'a pas été précisée, lorsqu'aucun diagnostic ou aucune information dans son dossier n'ont laissé supposer le contraire. Nous avons donc fait le choix de ne pas exclure ces derniers de l'étude malgré le risque que notre échantillon puisse contenir des patients non suicidants, et par conséquent ne pas être représentatif de la population de suicidants accueillis aux hôpitaux universitaires de Strasbourg. Nous avons considéré que l'étude de leur dossier permettrait une meilleure représentation de la pratique des psychiatres intervenant au sein des urgences psychiatriques du CHU ainsi que le repérage d'éventuels problèmes ou difficultés récurrents,

dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. De plus, cela rejoint également l'idée ne pas exclure de réels suicidants par des critères trop stricts, ce qui aurait engendré également un biais de sélection, et, au niveau de notre population d'étude, une perte de représentativité des suicidants reçus au CHU.

230 évaluations répondant à ces critères ont été réalisées sur la période avril-septembre 2020. En moyenne, le nombre de suicidants évalués par mois est donc de 38,33. Ce nombre est difficilement comparable aux données dont nous disposons grâce aux RPU et aux PMSI des hospitalisations en service de MCO puisqu'elles concernent une population différente de celle que nous avons étudiée.

La mise en place prochaine du dispositif Vigilans en Alsace permettra, entre autres bénéfices déjà abordés précédemment, d'avoir une estimation plus juste du nombre de suicidants pris en charge par les urgences psychiatriques au niveau des HUS.

2.3. Description de la population

2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons choisi de présenter ces caractéristiques en termes de passages aux urgences (N=230) et non de suicidants identifiés (N=219). D'une part, pour éviter que l'effectif de patient diffère entre les données évaluées. D'autre part, l'âge des suicidants a pu évoluer entre deux de leurs passages. Enfin, dans le but d'obtenir des données permettant la comparaison à la littérature, où ces caractéristiques sont plus fréquemment exprimées en termes de passages aux urgences que de suicidants.

Sur les 230 patients étudiés, 62,6% sont de sexe féminin. Ce chiffre est comparable aux données du réseau OSCOUR® concernant les passages aux urgences pour TS, avec une proportion de 62,5% de suicidants de sexe féminin (31).

Les tranches d'âge ont été représentées par quinzaine. Ce choix nous a semblé pertinent en partant du principe que les préoccupations évoluent au fil des années, tout comme les facteurs déclenchants évoqués par les patients. Ainsi, une étude de 2017 du baromètre de santé publique France a retrouvé que les tranches d'âge jeunes mettent davantage en avant des raisons sentimentales que les tranches d'âge âgées, qui elles avancent davantage des raisons de santé (6).

La moitié des patients de notre étude ont moins de 39 ans, plus d'1/3 appartiennent à la tranche d'âge des 15-30 ans. La surreprésentation de cette classe d'âge est également retrouvée dans la littérature (58). Selon l'enquête du baromètre de santé publique France réalisée chez les 18-75 ans en 2017, 7,2% des personnes interrogées ont déclaré avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, l'âge médian de leur dernière TS étant de 25 ans. 30,1% des femmes et 19,5% des hommes ont rapporté un âge de dernière tentative de suicide situé dans la tranche des 15-19 ans (8).

Parmi les patients de notre étude, 2 sont mineurs. Aux HUS, les enfants de moins de 15 ans sont orientés vers les urgences pédiatriques. Lorsqu'ils sont admis pour une tentative de suicide, ils sont évalués par un pédopsychiatre de liaison. Cette population de patient n'a pas été intégrée à notre étude puisque non évaluée par les urgences psychiatriques.

2.3.2. Antécédents psychiatriques et suicidaires

Pour 7% des patients, l'information sur l'existence d'antécédents suicidaires, psychiatriques et d'un suivi ne figure pas dans le dossier. Cela peut être dû, pour les dossiers informatisés, à l'absence de questionnaire spécifique « avis psychiatrique » ou « avis psychiatrique aux urgences » ou au non-renseignement des antécédents psychiatriques dans ce questionnaire quand il est généré par le psychiatre. En ce qui concerne les dossiers papiers, ont été considérés non renseignés ceux où ne figurent à aucun endroit la mention d'antécédents psychiatriques ou

d'absence d'antécédents psychiatriques connus, de même pour les dossiers des patients évalués en service de réanimation.

Pour la moitié de nos patients (50,4%), il s'agit d'une première tentative de suicide. 42% des patients de l'étude sont considérés non primo-suicidants. Parmi ces derniers, au moment du geste suicidaire, la moitié bénéficie d'un suivi par un psychiatre, l'autre moitié non. Le pourcentage de patients non primo-suicidant que nous retrouvons parmi la population étudiée est comparable à celui retrouvé dans la littérature, variant généralement de 40 à 50% selon les auteurs et les études (59–61).

Sans prendre en compte les antécédents suicidaires, 52% des patients ont des antécédents psychiatriques connus antérieurs à leur admission actuelle. Pour ces patients, les antécédents les plus fréquemment retrouvés ont été les troubles de l'humeur et de la personnalité, représentant respectivement 45% et 27% des antécédents. La littérature retrouve également une forte proportion de suicidants ayant des antécédents de diagnostic psychiatrique. Le rapport de l'institut de veille sanitaire sur les hospitalisations en MCO de 2004 à 2011 pour TS retrouvent que 58,9% des suicidants ont un diagnostic psychiatrique posé (29). Dans une étude menée au CHU d'Angers au début des années 2000 au sein de l'unité spécifique d'accueil des suicidants adultes, 49% des suicidants ont des antécédents psychiatriques connus, parmi eux 40% ont un antécédent de dépression (60). La dépression et les troubles de l'humeur sont également dans la littérature les antécédents de pathologies psychiatriques les plus fréquemment retrouvés chez les suicidants (3,60). Par ailleurs, selon une enquête de 2017, le fait d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année s'est avéré être le facteur le plus fortement associé aux pensées suicidaires dans l'année (8).

40% des patients de l'étude sont suivis par un psychiatre au moment de leur TS, pourcentage semblable à celui retrouvé dans l'étude réalisée au sein de l'unité d'accueil des suicidants d'Angers (60).

2.3.3. Mode de tentative de suicide

A l'instar des données acquises par l'analyse des RPU et du PMSI des séjours hospitaliers, nous retrouvons que le plus mode suicidaire utilisé préférentiellement par les suicidants est l'intoxication médicamenteuse volontaire. Dans notre étude, il a été choisi par 84% des suicidants. En ce qui concerne l'Alsace, l'ONS a estimé en 2013 que 81% des séjours hospitaliers pour TS sont imputables à une IMV (62). Plus récemment, l'analyse des données OSCOUR®, a permis d'estimer que 94% des passages aux urgences pour TS au niveau de la région Grand-Est, sont imputables à une IMV (tableau II) (31).

2.3.4. Incidence de l'épidémie de Covid 19 et du confinement

Dans notre étude, la mention à l'épidémie de Covid 19 et au confinement comme ayant eu une incidence sur le passage à l'acte suicidaire a été retrouvée dans 19 dossiers. Près de 40% des patients évalués au mois d'avril en ont fait quant à eux mention.

Au niveau du CHU de Strasbourg, un article d'avril 2020 exposant les conséquences psychopathologiques possibles du confinement est proposé par Mengin et al. Cet article interroge la littérature existante sur les effets psychologiques de l'isolement et l'impact que le confinement pourrait avoir sur le risque suicidaire (64). Ce climat pourrait en effet favoriser l'émergence d'idées suicidaires et le passage à l'acte par son influence sur les facteurs de risque suicidaire médicaux et psychosociaux connus. Il pourrait ainsi favoriser d'une part le développement ou la décompensation d'une pathologie psychiatrique (dépression, trouble anxieux, symptômes psychotiques, addiction), ou engendrer d'éventuels retentissement sur le suivi et la prise en charge de maladies psychiatriques ou organiques. D'autre part, pour l'individu le confinement peut être à l'origine d'un isolement social ou engendrer une perte de revenus financiers.

La réalisation d'une étude évaluant les effets du confinement sur les taux régionaux de suicide et de TS serait pertinente. Notre région ayant été l'une des régions françaises les plus exposées

au virus, leurs comparaisons aux taux nationaux seraient intéressantes. On pourrait imaginer également la réalisation d'une enquête téléphonique en population générale afin d'estimer la prévalence d'idées suicidaires associées au confinement ou à la Covid19.

2.3.5. L'effet désinhibiteur de l'alcool

Pour 21,7% des patients, une alcoolémie positive a été retrouvée au moment de leur prise en charge pré-hospitalière ou hospitalière. Ces chiffres font écho au rapport de l'OMS sur l'alcool en 2018, qui estime que 18% des suicides sont attribuables à la consommation d'alcool (65).

2.4. Récidive suicidaire

Nos données sont difficilement comparables à celles de la littérature parce que nous avons effectué un recueil rétrospectif à partir de dossiers médicaux et non un suivi longitudinal des suicidants à partir de leur admission pour TS. Notre recueil de données a permis de savoir si une nouvelle admission pour TS a eu lieu entre la date de la première admission et le 30/09/20. Nos résultats sont à interpréter avec prudence puisque nous n'avons pas le même recul pour les suicidants évalués en avril que pour ceux admis en septembre par exemple.

Une étude assurant un suivi longitudinal des suicidants évalués par les urgences psychiatriques à partir de leur première admission pour TS, sur une période définie, dans l'objectif d'évaluer l'incidence de récurrence suicidaire, serait pertinente. Elle permettrait par la suite l'évaluation de l'impact sur cette dernière de l'implantation de Vigilans et de la modification de l'offre de soins locale avec la création du centre de crise au sein du pôle de psychiatrie des HUS. Cette unité permettra de proposer une hospitalisation de courte durée, aux patients ne relevant pas nécessairement d'une hospitalisation complète et pour lesquels un retour à domicile sans court temps de mise à distance hospitalière ne serait pas judicieux. Dans notre étude, plus de la moitié des récurrences suicidaires ont eu lieu dans les 7 jours suivant la précédente admission pour TS.

3. Propositions d'amélioration

3.1. Privilégier un dossier unique informatisé

L'utilisation du logiciel DX Care® pour l'ensemble des patients reçus et évalués aux urgences psychiatriques nous semble pertinente. Si le patient est réadmis ultérieurement aux HUS, l'accès à son dossier médical serait plus facile et moins chronophage pour les médecins et les soignants du pôle de psychiatrie comme pour nos collègues urgentistes ou réanimateurs. En outre, cette accessibilité simplifiée aux dossiers médicaux paraît plus adaptée au contexte de l'urgence.

Quand un patient est évalué en service de réanimation, il nous semble important que cette observation soit systématiquement ajoutée sur DX Care®, par exemple dans le questionnaire « avis psychiatrique aux urgences » ou dans celui « avis psychiatrique ».

3.2. Modification du formulaire DX Care® pour favoriser la pénétrance de Vigilans

Le questionnaire « avis psychiatrique aux urgences » pourrait être modifié avec, par exemple, l'ajout d'un onglet spécial à utiliser en cas de geste suicidaire. Cet onglet pourrait contenir :

- Une partie centrée sur le geste, avec l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire, l'utilisation concomitante de toxique, la nécessité de soins de réanimation, la possibilité pour le médecin d'inscrire d'autres informations qui lui semblent importantes,
- Une partie précisant l'existence éventuelle d'antécédents de TS,
- Une partie proposant l'évaluation du risque suicidaire actuel,
- Des informations utiles comme le nom du médecin traitant et du psychiatre du patient,
- Si l'inclusion au dispositif Vigilans a été proposée au patient.
- Enfin, une feuille d'information sur le dispositif pourrait également être ajoutée au logiciel afin d'éviter les erreurs ou les oublis d'inclusion à Vigilans.

Cette modification serait notamment utile pour que la décision d'inclusion ou non inclusion à Vigilans apparaisse évidente à la lecture du dossier patient, notamment si l'envoi de la feuille d'inclusion au dispositif n'est pas effectué par la personne ayant évalué le patient et rempli son dossier. Dans cet esprit, il semble opportun de désigner des référents Vigilans au sein de l'équipe des urgences psychiatriques. Ces derniers représenteraient des partenaires privilégiés veillant notamment à la bonne transmission des feuilles d'inclusion à Vigilans. En continuant de promouvoir et présenter le dispositif auprès des différents partenaires impliqués dans la prise en charge des suicidants avec lesquels ils sont en contact (personnels des services d'urgences et de réanimation notamment) et en contribuant ainsi à la bonne collaboration entre ces derniers et Vigilans, ils permettront de favoriser sa pénétrance au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Conclusion

La prévention du suicide constitue une priorité mondiale de santé publique. En France, des plans d'action ont été mis en place depuis plusieurs décennies. Ces derniers proposent une approche associant des interventions d'une part en population générale et d'autre part auprès de populations ciblées.

Les suicidants représentent une de ces populations cibles. En effet, un antécédent de tentative de suicide apparaît comme le facteur de risque de récurrence ultérieure le plus important. Une vigilance accrue est donc à apporter à cette population, particulièrement dans les mois suivant le geste. De ce constat, est née l'idée de maintenir un lien avec le suicidant au décours de sa prise en charge pour une tentative de suicide. En France, le dispositif Vigilans, a montré des résultats concluants, motivant dans les prochaines années sa généralisation sur l'ensemble du territoire français.

Au CHU de Strasbourg, depuis 2011, un protocole de recontact des suicidants est mis en place dans le service des urgences psychiatriques du Pr Vidailhet. A l'aube de l'installation du dispositif Vigilans en Alsace, notre travail avait pour objectif de dresser un état des lieux de la prise en charge actuelle des suicidants proposée par les urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg. Il a permis d'apprécier les caractéristiques démographiques et cliniques de cette population et des soins psychiatriques qui lui sont habituellement proposés. Il a mis en évidence que le rappel téléphonique n'était proposé qu'aux patients non hospitalisés, avec une pénétrance insuffisante ; que parmi les rappels prescrits une partie non négligeable n'était finalement pas réalisée. Le déploiement prochain de Vigilans devrait remédier à ces problèmes, d'une part en clarifiant et généralisant l'inclusion des suicidants à ce dispositif, d'autre part en créant une

équipe lui étant dédiée. En outre, notre travail a mis en évidence l'hétérogénéité du remplissage de dossier et du codage diagnostique. Il a souligné la difficulté et l'importance de pouvoir faire la distinction entre une tentative de suicide et un geste non suicidaire, distinction fondamentale à l'inclusion dans le dispositif.

Enfin, la réplication ultérieure de cette étude permettra d'évaluer l'efficacité de Vigilans sur l'incidence des tentatives de suicide pris en charge au CHU de Strasbourg.

VU

Strasbourg, le 29 octobre 2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur Pierre VIDAILHET



VU et approuvé

Strasbourg, le 04 NOV. 2020

L'Administrateur Provisoire de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA

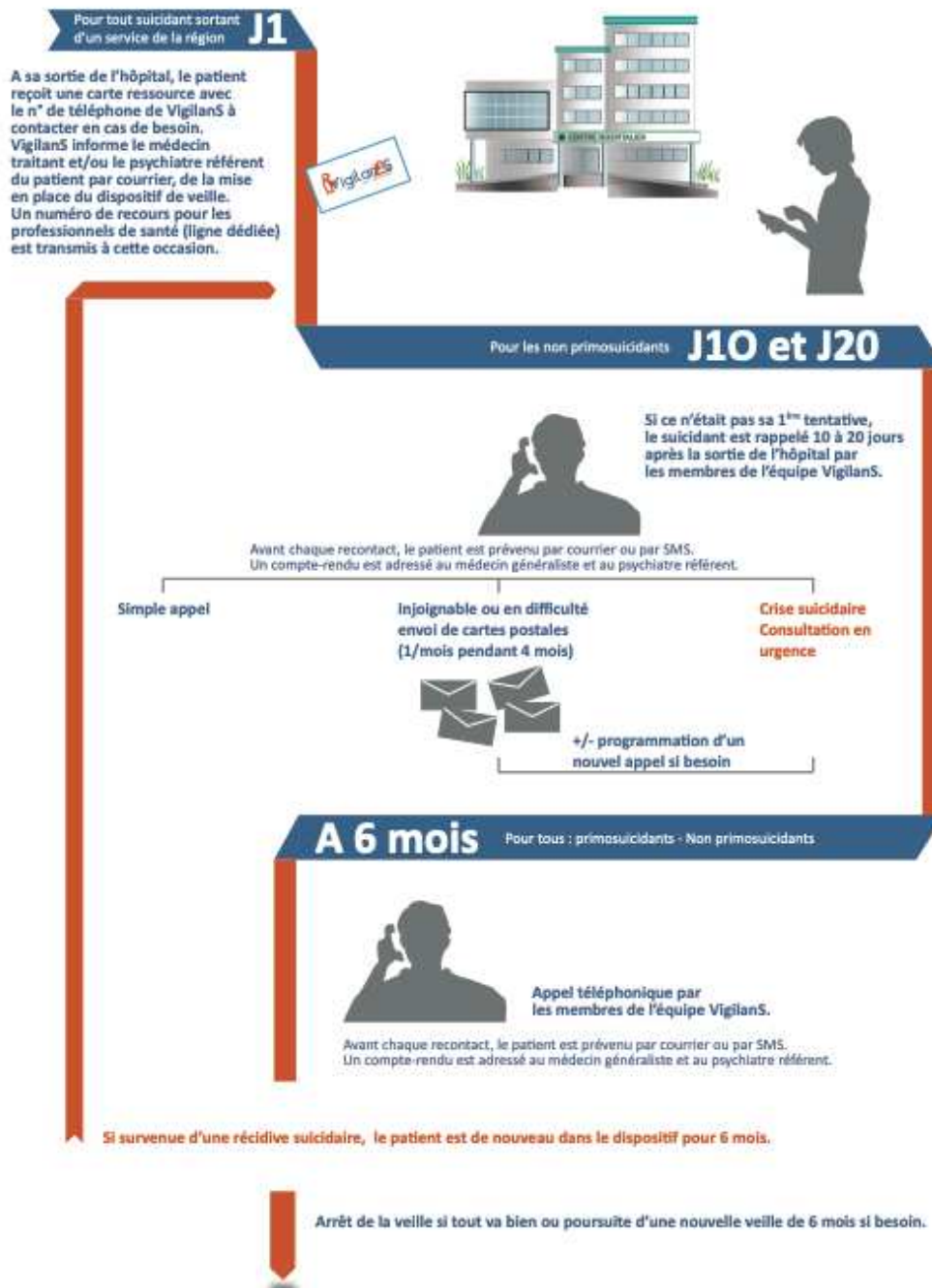


Annexes

Annexe I : Présentation du dispositif Vigilans Nord-Pas-de-Calais



Dispositif de veille posthospitalière pour les suicidants de la région Nord - Pas-de-Calais



Annexe II : Carte postale recto et verso envoyée par les urgences psychiatriques



Bonjour

Nous vous avons rencontré aux urgences récemment et nous vous avons téléphoné à plusieurs reprises sans pouvoir vous joindre.

Nous souhaiterions avoir de vos nouvelles et vous proposons de reprendre contact.

Nous restons à votre disposition et sommes joignables au 03 88 11 66 48.

Sincères salutations,

Dr

Equipe de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de l'Hôpital Civil de Strasbourg.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2000.
2. 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.
3. Pitchot W, Paquay C, Ansseau M. [Suicidal behaviour: psycho-social and psychopathological risk factor]. *Rev Med Liege*. juin 2008;63(5-6):396-403.
4. World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015.
5. 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.
6. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. mai 2006;36(5):575-86.
7. Stenager E, Stenager E. [Suicidal behaviour and somatic disorders]. *Ugeskr Laeg*. 11 févr 2008;170(7):517-22.
8. Léon C. Santé Publique France health barometer 2017 : suicidal attempts and suicidal ideation among the 18-75 years-old. :10.
9. El-Khoury F, Puget M, Leon C, du Roscoat E, Velter A, Lydié N, et al. Increased risk of suicidal ideation among French women: the mediating effect of lifetime sexual victimisation. Results from the nationally representative 2017 Health Barometer survey. *Arch Womens Ment Health*. oct 2020;23(5):635-41.
10. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. févr 1999;156(2):181-9.
11. Lopez-Castroman J, Olié E, Courtet P. Stress and Vulnerability: A Developing Model for Suicidal Risk. In: Cannon KE, Hudzik TJ, éditeurs. *Suicide: Phenomenology and Neurobiology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2014 [cité 4 nov 2020]. p. 87-100. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-09964-4_5
12. Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry*. 2011;1.
13. Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction.

Am J Psychiatry. mai 2001;158(5):748-53.

14. Courtet P, Jollant F, Castelnau D, Buresi C, Malafosse A. Suicidal behavior: Relationship between phenotype and serotonergic genotype. *Am J Med Genet*. 15 févr 2005;133C(1):25-33.

15. Asberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*. oct 1976;33(10):1193-7.

16. Ducasse D, Olié E, Guillaume S, Artéro S, Courtet P. A meta-analysis of cytokines in suicidal behavior. *Brain Behav Immun*. mai 2015;46:203-11.

17. Jollant F, Lawrence NS, Olie E, O'Daly O, Malafosse A, Courtet P, et al. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *Neuroimage*. 1 juill 2010;51(3):1275-81.

18. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*. 10 oct 2003;302(5643):290-2.

19. Durkheim E. *Le suicide, étude de sociologie*. 1897. 462 p.

20. Tsai AC, Lucas M, Kawachi I. Association Between Social Integration and Suicide Among Women in the United States. *JAMA Psychiatry*. oct 2015;72(10):987-93.

21. Wasserman D, Wasserman C, éditeurs. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* [Internet]. Oxford University Press; 2009 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198570059.001.0001/med-9780198570059>

22. Sisask M, Värnik A, Kõlves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*. janv 2008;62(6):431-5.

23. Luthar SS, éditeur. *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities* [Internet]. 1^{re} éd. Cambridge University Press; 2003 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9780511615788/type/book>

24. World Health Organization. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

25. DREES. *Suicides et tentatives de suicide en France*. 2006 mai p. 3. Report No.: 488.

26. Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, Dorléans Y, Thomas G, Flahault A. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract*. avr 2004;54(501):282-4.

27. CépiDc [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi->

bin/broker.exe

28. Eurostat [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/bar?lang=fr>
29. InVS. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentatives de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO en 2004-2011 et d'OSCOUR® 2007-2011. 2014.
30. Chan-Chee C. Hospitalizations for attempted suicide in acute care facilities in France : trends between 2008 and 2017. :7.
31. Santé Publique France. Bulletin de santé publique conduites suicidaires Grand-Est. Février 2019. [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: [/grand-est2/bulletin-de-sante-publique-grand-est.-fevrier-2019](#)
32. Aouba A. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. :4.
33. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. sept 2002;181:193-9.
34. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e89944.
35. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. avr 2005;62(4):427-32.
36. Wahlbeck K, Mäkinen M, European Commission, Directorate General for Health & Consumers. Prevention of depression and suicide. Brussels: European Commission; 2008.
37. Fink DS, Santaella-Tenorio J, Keyes KM. Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. Harris KM, éditeur. *PLoS ONE*. 7 févr 2018;13(2):e0191405.
38. Niederkrotenthaler T, Fu K, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 1 nov 2012;66(11):1037.
39. Bridge JA, Greenhouse JB, Ruch D, Stevens J, Ackerman J, Sheftall AH, et al. Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(2):236-43.
40. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MSD/MER/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
41. Vinet M-A, Le Jeanic A, Lefèvre T, Quelen C, Chevreul K. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. févr 2014;62:S62-3.

42. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie. juin, 2018.
43. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *AJP*. juin 2002;159(6):909-16.
44. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. [Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. *Encephale*. févr 2017;43(1):75-80.
45. du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2013;61(4):363-74.
46. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services (Washington, DC)*. juin 2001;52(6):828-33.
47. 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 (Clinical research ed)*. 8 oct 2005;331(7520):805.
48. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. juill 1999;175:23-7.
49. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. août 2005;187:186-7.
50. 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.
51. Messiah A, Notredame C-E, Demarty A-L, Duhem S, Vaiva G, AlgoS investigators. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2019;14(2):e0210778.
52. Fossi Djembi L, Vaiva G, Debien C, Duhem S, Demarty A-L, Koudou Y-A, et al. Changes in the number of suicide re-attempts in a French region since the inception of Vigilans, a regionwide program combining brief contact interventions (BCI). *BMC psychiatry*. 28 janv 2020;20(1):26.
53. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. [Changes in the number of suicide attempts in the NPC region since the start of Vigilans: First estimates]. *L'Encephale*. janv 2019;45 Suppl 1:S22-6.

54. Santé Publique France. Prévenir le suicide : connaissances et intervention. 2019 déc p. 19-20.
55. ARS Grand-Est. Projet Régional de Santé 2018-2027 : État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. p. 6; 39-40.
56. Cohidon C, Duchet N, Cao M, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Deschamps J. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. :6.
57. Fontaine J. Dispositif Vigilans : Evaluation qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2017.
58. Davidson F, Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique. Paris: INSERM; 1986. 173 p. (Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie).
59. Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane F, Khiari G, Nouira S, et al. Les récurrences suicidaires : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien. L'Encéphale. févr 2005;31(1):65-71.
60. Fanello S, Gohier B, Parot E, Gerain MC, Casanova C, Ricalens E, et al. Évaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers. Santé Publique. 2005;17(2):265.
61. ORS Basse-Normandie. Les tentatives de suicide en Basse-Normandie. 2018 déc. Report No.: 12.
62. Observatoire National du Suicide. Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2ème rapport. 2016 Fev p. 270.
63. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, et al. [Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments]. Arch Pediatr. juin 2013;20(6):608-15.
64. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. L'Encéphale. juin 2020;46(3):S43-52.
65. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2018.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MARTINPrénom : Camille

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STRASBOURG, le 21/11/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME : La prévention du suicide constitue une priorité mondiale de santé publique. En France, des plans d'action ont été mis en place depuis plusieurs décennies. Ces derniers proposent une approche associant des interventions d'une part en population générale et d'autre part auprès de populations ciblées comme les patients suicidants. Des dispositifs de veille sanitaire ont vu le jour, permettant le maintien d'un lien avec le suicidant dans les mois suivant sa tentative de suicide, l'objectif étant de diminuer l'incidence de la récurrence suicidaire. Le dispositif français Vigilans est l'un d'eux, il est actuellement en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire national.

Ce travail propose dans un premier temps un rappel de quelques définitions sur le suicide. Il évoque le contexte actuel en termes d'épidémiologie et de politiques de prévention à l'échelle mondiale et nationale. Dans un second temps, il s'intéresse aux suicidants pris en charge par les Urgences Psychiatriques du CHU de Strasbourg, aux soins qui leur sont proposés ainsi qu'au protocole de rappels téléphoniques existant, au travers d'une étude rétrospective menée d'avril à septembre 2020 au sein de cette unité. Pour finir, il propose quelques pistes d'amélioration.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : Suicide, tentative de suicide, récurrence suicidaire, prévention suicidaire, plans d'action, suicidants, dispositif de veille sanitaire, Vigilans, rappel téléphonique

Président : Professeur Pierre VIDAILHET

Assesseurs : Docteur Alexandra DE HERBAY, Docteur Anne SOUGY

Adresse de l'auteur : 13 rue du coq 67000 Strasbourg