



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du Troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par
Sondos ABDALLA

Le 08 JANVIER 2018

**EVAREST 2 : EVALUATION QUALITATIVE DU DISPOSITIF DE
VEILLE NANCEIEN « RESTER EN CONTACT » DANS LA
PREVENTION DE LA RECIDIVE SUICIDAIRE**

Examineurs de la thèse :

Mr Jean-Pierre KAHN	Professeur	Président
Mr Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Juge
Mr Paolo DI PATRIZIO	Professeur	Juge
Mme Catherine PICHENE	Docteur	Juge et Directrice
Mme Fabienne LIGIER	Docteur	Juge et Directrice
Mr Lionel NACE	Docteur	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER -
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -
Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude
HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves
MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François
PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel
RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-
BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre
VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAQUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,

Président du jury de cette thèse

Professeur de Psychiatrie

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger mon travail.

Votre exigence et la qualité de vos enseignements ont guidé mes apprentissages dans mon cursus d'interne, et vos conseils ainsi que votre soutien m'ont beaucoup apporté au cours de ce travail.

Par ce travail, veuillez recevoir le signe de la gratitude et du respect que je vous témoigne.

A Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

Membre du jury de cette thèse,
Professeur de Réanimation

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter votre expérience à ce travail traitant de patients suicidants dont la prise en charge vitale repose sur vos compétences.

A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,

Membre du jury de cette thèse,
Professeur associé de Médecine Générale

Je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être juge de cette thèse, dont le thème vous est connu du fait de votre pratique de clinicien.

A Mesdames les Docteurs Catherine PICHENE,

Psychiatre

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de me diriger dans ce travail de thèse, dont je sais que le sujet vous tient à cœur et occupe une grande partie de vos recherches.

Je vous suis extrêmement reconnaissante de vos conseils et votre engagement lors de la réalisation de ce travail.

Votre soutien, vos encouragements et votre patience ont été importants notamment dans les moments les plus laborieux de ce travail de thèse.

Par ce travail, veuillez recevoir le signe de la gratitude et du profond respect que je vous témoigne.

A Madame le Docteur Fabienne LIGIER,

Pédopsychiatre et Épidémiologiste

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de me confier ce sujet de thèse et d'avoir accepté de le diriger.

Malgré des débuts difficiles et après plusieurs dizaines de mails échangés, ce travail voit le jour en grande partie grâce à vous.

Votre implication, votre patience face à mes erreurs, vos conseils et l'autonomie que vous m'avez laissé dans ce travail ainsi que les nombreux ajustements m'ont été précieux dans la rédaction de cette thèse.

Enfin, votre réactivité et votre dynamisme ont été des moteurs indispensables à l'aboutissement de ce projet.

A Monsieur le Docteur Lionel NACE

Médecin urgentiste

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse et d'avoir su montrer de l'intérêt pour une spécialité qui, bien qu'éloignée de la vôtre la côtoie quotidiennement dans votre service lors de prises en charge pluridisciplinaires.

REMERCIEMENTS

A toutes les personnes rencontrées lors de mon cursus médical et qui ont contribué à ma formation professionnelle et personnelle :

A l'équipe du CMP d'Hagondange, de l'hôpital de jour de Maizières-les-Metz, du CRA de Metz Devant-les-Ponts : je vous remercie pour votre accueil bienveillant en pédopsychiatrie et pour les bons moments partagés ensemble.

Aux docteurs Dall'Asta, Scarpa et Divo : je vous remercie de m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie et m'avoir transmis votre passion pour cette spécialité.

A l'équipe de pédopsychiatrie de liaison de l'Hôpital Enfants :

A Madame le Docteur Le Duigou, je vous remercie pour votre enseignement, votre présence, votre constante bienveillance, votre finesse clinique et vos conseils qui m'ont permis de découvrir et d'apprécier l'activité de psychiatrie de liaison.

A Denis Decker, pour ta bonne humeur, tes blagues et ta sagesse qui m'ont accompagné tout au long de ce semestre.

A l'équipe du CAMSP de Nancy : Je vous remercie pour votre accueil chaleureux et bienveillant au sein de votre équipe :

A Marielle, je te remercie pour ce semestre riche d'enseignements qui m'a permis de découvrir avec enthousiasme le secteur médico-social. Je te remercie pour la richesse et la finesse de tes enseignements cliniques qui m'ont permis de mieux appréhender les troubles du spectre autistique.

A Florence, je te remercie pour tes enseignements en pédiatrie, ta gentillesse et ta disponibilité.

A Bénédicte, je te remercie de m'avoir fait découvrir ta discipline, grâce à toi le développement du langage chez l'enfant me paraît beaucoup plus accessible !

A Carolane, je te remercie de m'avoir fait découvrir l'ergothérapie. Ce fut un plaisir d'assister à tes bilans et à tes prises en charge.

A Carole-Anne, je te remercie de m'avoir accueilli dans ta salle de psychomotricité et de m'avoir fait partager avec enthousiasme ta discipline. Une douce caresse à ton berger australien ☺

A Sophie, je te remercie pour tes enseignements en psychologie, nos échanges en systémie. J'espère te recroiser à l'Aquastand up !

A Frédérique, je te remercie de m'avoir initié aux massages pour bébé, en musique Bengali.

A Anne, Elisabeth, Sandrine et Karine, je vous remercie pour votre patience et gentillesse.

A l'équipe du CLAP :

A Madame le Docteur Steschenko, je vous remercie pour vos enseignements riches et variés en neuropédiatrie. Je garde un très bon souvenir des moments passés à vos côtés en consultation.

A Marie et Sandra, je vous remercie de m'avoir fait découvrir votre discipline, grâce à vous les bilans neuropsychologiques et leurs interprétations me semblent un peu plus compréhensibles. Marie, encore bravo pour ta thèse ! Sandra, je te remercie pour ta patience et pour les moments partagés au CLAP.

A l'équipe d'Addictologie de la clinique des Addictions de Jury, je vous remercie de m'avoir accueilli avec bienveillance au sein de votre équipe. Je garde un bon souvenir des prises en charge partagées à vos côtés.

Au Docteur Pouclet, je vous remercie de m'avoir initié à l'addictologie. Votre finesse clinique, votre patience et votre constante bienveillance m'ont permis d'appréhender avec enthousiasme, sérénité et intérêt l'addictologie.

Au Docteur Hiegel, je vous remercie pour vos enseignements riches, clairs et rigoureux, vos conseils, votre bienveillance et votre bonne humeur.

A l'équipe recontact de l'UAUP : Xavier, Romain et Karine...Je vous remercie pour votre patience, vos conseils, votre bienveillance et votre aide qui ont été des moteurs nécessaires à l'aboutissement de ce projet. J'espère que nous resterons en contact ;-)

A l'équipe de l'UIAO du CHS de RAVENEL, je vous remercie pour votre accueil chaleureux dans les Vosges, votre soutien en période de rédaction. J'espère avoir l'occasion de partager d'autres moments avec vous !

Au Docteur Bertin-Chanson, je vous remercie pour votre accueil au sein du pôle API, vos enseignements cliniques et d'expertises psychiatriques.

Au Docteur Boulanger, je te remercie pour ce début de stage serein en cette période compliquée, tes conseils pour la rédaction de la thèse etc...

Au Docteur Rousseau, je te remercie pour ton enthousiasme et ta bonne humeur nécessaires surtout les jours de garde !

Au Docteur Katrib, je vous remercie pour vos conseils et votre confiance qui me permet de découvrir le secteur libéral.

Au Docteur J-M Havet, je vous remercie cette année passée au Ceccof en votre compagnie et pour vos enseignements en systémie.

Au groupe Ceccof : Valentine, Nadia, Magali, Anicet, Pascal, Sandrine, Agnes, Francine et Marion je vous remercie pour ces moments passés ensemble en systémie. L'écharpe verte tient une place de choix dans mon nouveau chez moi !

À ma famille,

Maman, je te remercie pour ta gentillesse, ton courage, ta détermination et l'amour inconditionnel que tu portes à tes 3 filles. J'espère pouvoir faire ton bonheur aujourd'hui.

À mon père, أَشْكُرُكَ جَدًّا, je te remercie de m'avoir soutenu et encouragé au cours de ces années d'étude. J'espère qu'un jour tu accepteras mes choix.

À ma grande sœur, Solafah, je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté. Tu es une grande sœur formidable et une chirurgienne hors pair.

À Souhaylah, tu resteras ma petite sœur adorée et sera sans doute une chirurgienne exceptionnelle.

A Poopie : de Strasbourg, en passant par Lyon et Paris, tu es là. Oh Titi

Alla famiglia Borghese,

À Guillaume,

Je te remercie pour ta patience, ta présence, ta joie de vivre, ton humour et tout et tout... la vida no sería lo mismo sin ti. Te quiero mucho mi Craputito ☺

À Monique et Michel, je vous remercie de m'avoir si gentiment et affectueusement accueilli au sein de votre famille. Je vous remercie d'avoir été présents, soutenant et d'avoir accepté de partager et transmettre une partie de votre sagesse. Je vous remercie pour les parties de cartes, les repas du dimanche, le week-end dans le Berry et bien évidemment le merveilleux pot de thèse à venir.

À Marie-Aude et Nathalie, je vous remercie pour votre gentillesse, votre spontanéité, votre douceur et votre amitié. Et aussi, pour ces fabuleux repas.

À Dominique, Suzanne, Thibault et Mathilde pour votre sympathie, les discussions partagées et à venir.

À mes ami(e)s,

À Beverly, je te remercie pour tous les moments passés depuis NDS.. J'espère te retrouver sur Strass assez vite !

À Gaëtan V, je te remercie pour ta gentillesse, ton amitié depuis le collège, ton soutien et pour les discussions.. Je suis fière de toi et j'espère pouvoir me libérer pour aller te voir en Barcelona !

To the Luc(y)ie (B and M) and Anne F : In memory of the time spent together at the Pontonniers, our trip to London and all.. Let's make more memories together ☺

A Paulinecita y Yuri, je vous remercie votre amitié et pour les aventures en Bretagne. J'ai hâte de vous rejoindre à Tahiti !

A mi Paulinecita, en memoria de Tailandia y de Camboya ☺... Me alegro de haberte encontrado. Besitos

A Yuri, muito obrigada por la sessão de surfe na Bretanha !

A ma juriste et avocate préférée Alice R. Je te remercie pour ces moments passés en LSF avec Albert , les séances de natation au Wacken la randonnée au Mont St Odile etc.. J'espère avoir l'occasion de partager d'autres moments avec toi et pourquoi pas dans un café-signes !

To Alexandros, let's make it simple : I thank you for all the adventures we've had together, the yoga classes early in the morning at Jury. I'm really happy i met the person you are. Ich wünsche dir das Beste in der Schweiz.

A Anca, je te remercie pour les moments passés ensemble avec Jodros! Je te souhaite le meilleur!

A Arnaud, Aurélie, Maya et Jules : je vous remercie d'avoir été là et de nous avoir soutenu. Votre amitié compte beaucoup pour moi, mais ça vous le savez ☺ Je vous souhaite le meilleur et attends avec impatience votre jour J !

A Nicolas et Margot, je vous remercie de m'avoir accueilli à Strasbourg pour tirer les Rois, super souvenir ! J'espère avoir l'occasion de vous revoir. et Non, les soirées déguisées ne me posent aucun problème !

A Martine Savonitto, je te remercie pour les bons moments partagés ensemble, pour tes conseils, ta sagesse et ton soutien.

A Djamila Amar, je te remercie pour ton dynamisme, ta bonne humeur et ta gaeté qui ont apporté de la légèreté lorsque j'étais à HSB.

A Madame Sajie, je vous remercie pour votre écoute, votre soutien et votre gentillesse qui m'ont permis d'aller de l'avant et de faire aboutir ce travail de thèse.

A mes amis du bien-être et du lâcher prise, Muntsa, Francesco, Katherine, Zara : I'm really glad i met you. I really enjoyed the time we've spent together en Mallorca, thank you also for the yoga and Qi gong classes. Maybe we'll meet again someday !

A Léna et Monika, pour tous les moments de galère, d'incompréhension etc.. J e vous remercie pour votre soutien et vous souhaite le meilleur !

A Céline, Adeline et les copines du cours de LSF : je vous remercie pour les moments partagés qui m'ont permis d'apprendre un peu la LSF !

A Julie B., Baptiste et Eve, Nassim, Ludovic et Ophélie : Je vous remercie de m'avoir accueilli avec sympathie en Psychiatrie.

A Caroline, je te remercie pour la limonade prise chez toi en compagnie de ta tribut ☺

A Majda pour ta bonne humeur et ta joie de vivre !

A mes cointernes, Claire J, Armand, Audrey S, Pierre B., Erwan et tous les autres...

A mes co-internes et chefs de Ravenel : Virginie, Léa, Nicolas, Clarisse, Mathilde, Younes, Pierre-Louis, Léonie, c'est moments à la cafet' sont de véritables bouffées d'oxygène !

Je dédie cette thèse à tous les patients qui ont participé à ce travail et qui ont accepté avec gentillesse de partager leurs vécus, souvent douloureux, par téléphone, pour aider les soignants à mieux appréhender la prévention de la récurrence suicidaire.

*« Le suicide n'est pas une lâcheté comme le disent les prêcheurs qui exagèrent.
Ce n'est pas non plus un acte de courage. C'est une lutte entre deux craintes. Il y
a suicide quand la crainte de la vie l'emporte sur la crainte de la mort. »*

Victor Hugo

SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.^[1] Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Introduction	23
Contexte de l'étude.....	26
I. Les dispositifs de veille sanitaire.....	27
1. Définition	27
2. Les modes d'utilisation des outils de veille sanitaire.....	28
3. Place et fonctions du rappel téléphonique dans la prise en charge des suicidants.....	29
4. Les mécanismes d'action des OVS	29
5. Les effets de OVS dans la récurrence suicidaire.....	30
<i>a) Les effets des outils de veille sanitaire dans la prévention de la récurrence suicidaire.....</i>	<i>30</i>
6. Satisfaction et vécu des patients suicidaires, compliance et engagement dans les soins	32
7. Etudes princeps et revue de la littérature	33
II. Le dispositif de veille sanitaire nancéen « Rester en contact »	35
EVAREST 2	38
Discussion et perspectives	61
Conclusion.....	67
BIBLIOGRAPHIE	70

Introduction

En France, le nombre de passages aux urgences pour tentatives de suicide (TS) est estimé à 220 000 par an soit 20 fois plus que le nombre de suicides (1).

Le risque de récurrence suicidaire durant l'année suivant le premier passage à l'acte suicidaire est évalué entre 12 et 30% et le risque de décéder par suicide l'année suivant une tentative de suicide est estimé entre 1 et 6% (2). L'énumération de ces données permet de mesurer combien la question du comportement suicidaire et de sa prévention est un enjeu majeur de santé publique, de la préadolescence au grand âge. Parmi les préventions qu'il est possible de proposer, la prévention tertiaire du suicide s'adresse aux sujets suicidants et vise à prévenir la récurrence suicidaire, comme l'ont souligné Leguay et Batt (3).

Les soins proposés aux suicidants reposent principalement sur la prise en charge ambulatoire : en effet, plus de la moitié des suicidants traités en milieu hospitalier sont ensuite orientés vers un retour à domicile. Cependant, cette prise en charge est complexifiée du fait d'une offre de soins hétérogène et d'une compliance aux soins insuffisante. Ainsi, seuls 10 à 50% des suicidants suivent l'orientation thérapeutique proposée au décours d'une première prise en charge (4).

Cités comme l'une des trois catégories d'intervention efficaces dans la prévention de la récurrence suicidaire (5), les outils de veille sanitaire (OVS) ou Brief Contact Interventions (BCIs) se développent depuis une vingtaine d'années. Ils visent à maintenir un contact régulier avec les patients à risque de récurrence suicidaire, via par exemple l'envoi de cartes postales, lettres, courriers postaux, courriels et/ou rappels téléphoniques (4,6). Ces OVS sont applicables à l'ensemble des suicidants et peuvent se révéler efficaces dans la prévention de la récurrence suicidaire. Toutefois, malgré la mise en évidence de plusieurs résultats positifs (7,8) les résultats des études sur l'efficacité de ces dispositifs de veille dans la prévention de la récurrence suicidaire sont hétérogènes(4,6). En outre, la grande diversité des stratégies de soins proposés aux suicidants rend l'analyse et la comparaison des études complexes.

Une récente revue de la littérature sur les mécanismes d'action de ces OVS préconisait de poursuivre les recherches en s'appliquant à affiner la compréhension des mécanismes d'actions des dispositifs plutôt que de les comparer (9). De plus, Kapur et al. proposaient de réaliser une approche qualitative afin de caractériser les modes d'actions des OVS (10). Pourtant, peu d'études s'intéressent au vécu des patients face à ces dispositifs de veille et à l'impact qu'ils ont sur le recours aux soins en cas de crise suicidaire. Aussi il nous a semblé intéressant d'intégrer l'expérience personnelle des patients vis-à-vis de ces dispositifs en évaluant qualitativement un dispositif de veille à travers leur vécu. Cette étude, EVAREST 2 représentera le cœur de notre travail.

Avant de présenter les résultats d'EVAREST 2, dans une première partie nous décrirons les dispositifs de veille sanitaire dans la prévention de la récurrence suicidaire et nous présenterons le dispositif de veille « Rester en contact » proposé aux suicidants à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) de Nancy depuis mars 2015.

La seconde partie de de travail s'appuiera sur l'étude EVAREST 2, qui est une évaluation qualitative du dispositif de veille « Rester en contact ». Cette étude évalue à l'aide d'un hétéro-questionnaire téléphonique le vécu des patients ayant bénéficié du recontact afin d'en comprendre les mécanismes d'action.

Enfin, dans une dernière partie, les résultats de cette étude seront discutés et mis en perspective dans l'objectif d'améliorer l'évaluation des effets des dispositifs de veille sanitaire dans la prévention de la récurrence suicidaire.

Contexte de l'étude

I. Les dispositifs de veille sanitaire

1. Définition

Les dispositifs de veille sanitaire sont des programmes de soins ambulatoires initiés par les soignants et dont le but est de maintenir un contact régulier avec les patients suicidants via l'utilisation d'outils de veille sanitaire (OVS).

Ces programmes de " recontact " (de l'anglais "connectedness" qui signifie sentiment de rester en contact) sont apparus au début des années 2000. Ils reposent sur l'hypothèse que le sentiment que quelqu'un (un soignant) reste préoccupé par le devenir du suicidant pourrait avoir une dimension préventive sur le passage à l'acte suicidaire d'autant que beaucoup de suicidants sont assez isolés sur le plan relationnel. Une autre hypothèse serait que les « rappels » rendraient peut-être le retour aux soins plus facile en cas de nécessité. Faciles à mettre en œuvre, peu coûteux et très bien acceptés par les usagers, ces dispositifs représentent un outil particulièrement intéressant dans la prévention tertiaire du suicide.

Il ne s'agit pas de mesures thérapeutiques mais d'un dispositif de veille, complémentaire à d'autres prises en charge et en aucun cas substitutif d'autres prises en charge.

Ces dispositifs n'envahissent pas le quotidien du suicidant et ont surtout pour objectif de proposer des outils ou des recours fiables et efficaces en cas de crise suicidaire.

Il existe plusieurs outils de veille sanitaire pouvant être utilisés selon les protocoles de recontact. Les auteurs distinguent dans leur revue de la littérature cinq types d'outils ou d'interventions de veille sanitaire (OVS) ou Brief Contact Interventions (BCIs) permettant de maintenir un contact avec le patient suicidant par écrit, oral ou en présentiel (4).

On retrouve parmi ces outils de veille sanitaire :

- Les services d'accueil téléphonique : Un numéro de téléphone (ou hotline) est mis à disposition des patients, qui peuvent en faire usage en cas de besoin 24 heures sur 24. Les répondants sont en général des professionnels de santé. Certaines associations comme SOS AMITIES en France, proposent un service d'écoute téléphonique, réalisé par des bénévoles, régulièrement sollicités par les suicidants, comme moyen de rompre avec la solitude.

- Les adressages de courrier : Des courriers postaux personnalisés sont adressés à intervalles réguliers par l'équipe soignante qui a reçu le patient aux urgences. Ils contiennent un message s'inquiétant du devenir du patient et rappellent parfois le numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence.
- Les rappels téléphoniques : Une série d'appels téléphoniques programmés, régulièrement répétés, sont initiés par un professionnel de santé (un psychologue ou un infirmier) afin de prendre des nouvelles du patient. Réalisés au nom du service d'accueil du suicidant, ils sont présentés comme un moyen de se préoccuper du devenir du patient.
- Les visites à domicile : elles sont relativement brèves, le plus souvent réalisées par un membre de l'équipe infirmière. L'objectif est le même que celui des rappels téléphoniques : manifester un intérêt pour le devenir du patient, prendre de ses nouvelles et apporter un soutien.
- Les outils de communication électronique : SMS et courriels. Leur utilisation a été facilitée par le développement des moyens de communication électronique (téléphones portables, internet).

Le contenu de ces interventions est variable et diffère selon les études. De manière générale, il s'agit d'un message court exprimant l'intérêt porté par le soignant à l'état de santé du patient en insistant sur la disponibilité du soignant en cas de besoin.

2. Les modes d'utilisation des outils de veille sanitaire

Les OVS sont parfois utilisés de façon isolée, en association avec d'autres interventions, ou combinés entre eux.

Castaigne et al. observent que les rappels téléphoniques et les adressages de courriers sont les modalités de veille les plus étudiées (4). De manière générale, les rappels téléphoniques constituent un outil privilégié et largement répandu.

Avec l'algorithme ALGOS, Vaiva et al. proposent une utilisation différentielle des OVS (11). L'accueil téléphonique est proposé aux primosuicidants alors que les non primosuicidants sont orientés vers le protocole des rappels téléphoniques.

Les OVS ont tendance à être de plus en plus souvent inclus dans des stratégies de prise en charge globale des suicidants, dont l'objectif est de favoriser une meilleure prise en charge de des troubles par les patients eux-mêmes. Par exemple, le programme SUPRE-MISS crée par l'OMS s'inspire de ce principe (12).

3. Place et fonctions du rappel téléphonique dans la prise en charge des suicidants

Luxton et al. identifient quatre fonctions pour les rappels téléphoniques (13) :

- Une fonction d'évaluation : c'est une évaluation répétée de l'état psychique du patient et du risque suicidaire mais aussi de l'adhésion du patient au projet de soins et de l'adaptation de ce projet au patient.
- Une fonction psychothérapeutique : elle est basée sur un renforcement du lien social et un soutien psychologique direct et peut être complétée par des entretiens motivationnels, visant à promouvoir l'engagement des patients, dans le changement des stratégies pour faire face à la crise suicidaire et dans les soins.
- Une fonction interventionnelle : en rappelant les aides possibles en cas de situations de crises, et lorsque le projet de soins ne paraît plus adapté, une aide à la réorientation est possible.
- Une fonction d'articulation du réseau de soins : l'appelant peut contacter les professionnels assurant le suivi du patient, les services d'urgences ou les personnes de confiance afin de transmettre des informations ou aider à faire face aux périodes de crise.

4. Les mécanismes d'action des OVS

Dans une revue de la littérature, les auteurs identifient 3 types de mécanisme d'action dans la prévention de la récurrence suicidaire (9) :

- Le soutien social : les OVS permettraient aux sujets d'avoir le sentiment d'être en contact et d'avoir été entendus et écoutés. Le fait de se sentir entouré, soutenu et entendu constituerait un facteur protecteur contre le comportement suicidaire.
- L'éducation dans la prévention du suicide : les OVS amélioreraient les connaissances des sujets à propos des comportements suicidaires (facteurs de risques et protecteurs). Ils informeraient sur l'aide accessible en cas de crise suicidaire et sur la manière d'y accéder si le besoin s'en fait sentir.
- L'apprentissage de comportements et pensées alternatives : les OVS permettraient l'apprentissage de pensées et comportements positifs alternatifs au comportement suicidaire.

5. Les effets de OVS dans la récurrence suicidaire

a) Les effets des outils de veille sanitaire dans la prévention de la récurrence suicidaire

Il s'agit principalement d'évaluer la survenue ou la non-survenue d'une récurrence suicidaire durant la période d'observation, plus rarement d'évaluer le nombre de récurrences constatées durant cette période. Les récurrences incluent les actes létaux et non létaux. L'identification des cas utilise des méthodes très différentes, parfois associées : déclaration du patient le plus souvent, mais aussi déclaration de l'entourage, déclaration des médecins traitants, registres des hôpitaux, registres régionaux, registres nationaux.

La période d'observation est habituellement d'un an. Elle peut être de 6 mois ou aller jusqu'à 18 mois voire 5 à 10 ans pour une étude américaine (7).

D'après leur revue de la littérature, Castaigne et al. retrouvent une grande hétérogénéité des protocoles et des résultats (4) :

- Les services d'accueil téléphonique : Les résultats prometteurs retrouvés chez les primosuicidants par Morgan et al. (14) n'ont pas été retrouvés dans les 2 études d'Evans et al. (15,16)
- Les adressages de courriers : Deux études ont rapporté des résultats positifs significatifs après 1 à 2 ans de suivi : l'étude américaine de Motto et al. montre une

réduction du taux de suicide à 2 ans (7). Une réduction du taux de récurrence à 1 an est observée dans une étude iranienne (17). Ces résultats n'ont pas été confirmés par les études de Carter et al. (18), Beautrais et al. (19) et Robinson et al. (20).

- Les protocoles de rappels téléphoniques : D'après la revue de la littérature de Castaigne et al. (4), trois études randomisées ont évalué l'utilisation isolée des rappels téléphoniques : 2 études françaises (8,21) et une étude suédoise (2). Malgré un résultat significatif observé par Vaiva et al. (8) pour le recontact téléphonique précoce à 1 mois, les résultats des autres études ne permettent pas de conclure à leur efficacité. Les auteurs identifient que pour les six autres études évaluées qui utilisent le recontact téléphonique dans le cadre d'une prise en charge globale, les résultats sont contrastés et peu décisifs. Seules deux études rapportent des résultats significatifs à un an (22,23) sachant que l'étude espagnole (23) n'est pas randomisée et que l'étude de Hvid et al. (22) n'a pas été confirmée sur une population plus étendue. L'étude d'Evans et al. (16) qui évaluait le risque de suicide, retrouve un effet préventif significatif du recontact à 18 mois.
- Les visites à domicile : Une étude indienne (24) et une étude belge (25) ont testé l'impact des visites à domicile en l'absence de rappels téléphoniques. L'étude belge ne propose une visite qu'aux patients qui n'adhèrent pas au projet de suivi et ne retrouve pas d'effet significatif sur la récurrence suicidaire à un an. L'étude indienne propose 9 visites systématiques dans le cadre du programme SUPRE-MISS et rapporte une réduction significative des tentatives de suicide et des suicides dans le groupe interventionnel à 18 mois.

En conclusion, les outils de veille sanitaire, notamment les rappels téléphoniques, n'ont pas d'effet significatif reproductible sur les récurrences suicidaires à moyen terme (1 à 1,5 ans). Une récente méta-analyse (6) confirme ce résultat en montrant l'absence d'effet significatif de ce type d'intervention sur la survenue d'une nouvelle tentative de suicide ou de suicide. Seule une réduction significative du nombre de tentatives de suicide est observée par les auteurs.

Ainsi les dispositifs de veille auraient une tendance positive et parfois significative dans la prévention de la récurrence suicidaire. De plus, leur faible coût en fait un outil intéressant dans la prévention de la récurrence suicidaire.

Qu'en est-il du vécu des patients et de leur acceptation de ces dispositifs ?

6. Satisfaction et vécu des patients suicidaires, compliance et engagement dans les soins

En 2001, une étude australienne montrait que les patients suicidaires étaient en capacité d'identifier leurs besoins en matière de soins et d'accompagnement (26). Par ailleurs, il apparaît que l'adhésion des patients aux protocoles de veille sanitaire est étroitement liée à leur niveau de satisfaction. Ainsi, une étude américaine retrouvait que ces patients étaient moins satisfaits des soins que la moyenne des patients (27). L'une des raisons avancées est qu'il existerait un lien entre la présence d'idées suicidaires et l'insatisfaction envers le traitement (28). Les patients suicidaires auraient donc des besoins supplémentaires par rapport aux autres patients, notamment en matière de support social ou d'aide à la résolution de problèmes. Parmi les travaux qui ont étudié un système d'intervention au décours du geste suicidaire, peu se sont intéressés à la satisfaction des patients. Guthrie et al. en 2001 ont évalué la satisfaction globale des patients et ont rapporté que les patients ayant bénéficié de 4 séances de psychothérapie à domicile avaient un score plus élevé sur l'échelle de satisfaction que les patients ayant bénéficié du traitement usuel (29). Cette même année, selon Aoun et al. 76% des patients ayant bénéficié d'une prise en charge psycho-sociale avec un spécialiste du suicide en Australie en étaient satisfaits (30). En 2009, une étude française évaluait le vécu des patients face à l'intervention téléphonique de l'étude SYSCALL au moyen d'un questionnaire. Ainsi, malgré sa nature inhabituelle, le recontact téléphonique et ses modalités ont très bien été acceptés par les patients. Une grande majorité des patients (78,9%) considéraient que le recontact téléphonique leur avait été bénéfique et 40,4% qu'il avait eu une influence sur leur vie. Plus d'un quart des patients (29,4%) estimaient avoir évité une récurrence suicidaire grâce au recontact téléphonique (31).

7. Etudes princeps et revue de la littérature

Nous nous proposons de décrire les études princeps, fondatrices de ces dispositifs de veille.

En 2001, une étude américaine proposait de rester en lien avec les patients réticents ou refusant le plan de soins défini pendant l'hospitalisation, par l'envoi de courriers postaux (7). Cette stratégie de recontact consistait à faire envoyer une lettre courte par un soignant ayant rencontré le patient au cours de son hospitalisation. Cette lettre était dans la mesure du possible personnalisée et pouvait reprendre une anecdote relative au séjour hospitalier. Les lettres étaient envoyées à 1 mois (M1), M2, M3, M4, M6, M8, M10, M12, puis tous les 3 mois sur une période de 5 ans, pour un total de 24 lettres. L'objectif était que le patient se rende compte qu'une personne restait concernée par lui et maintenait des sentiments positifs à son égard. L'envoi de courriers a concerné 3005 patients hospitalisés pour dépression ou crise suicidaire de 1969 à 1974 dans 9 unités de soins de San Francisco. Cette étude proposait un suivi du dispositif pendant 15 ans. À 5 ans, une diminution significative des morts par suicide était constatée dans le groupe des sujets recontactés, mais le résultat disparaissait à 15 ans : tant que l'envoi de courriers restait programmé, l'effet se maintenait, mais dès l'arrêt du dispositif, l'intérêt s'effaçait avec le temps.

En 2002, une étude suédoise qui portait sur l'utilité de contacts téléphoniques à 4 et 8 mois après une tentative de suicide, n'obtenait pas de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe témoin en termes de récurrence à 1 an (2). Néanmoins les chercheurs estimaient qu'il pourrait y avoir un effet bénéfique sur les patients n'ayant jamais reçu de soins psychiatriques en leur offrant un premier contact avec des professionnels.

En 2005, une étude australienne a testé l'envoi systématique et programmé de cartes postales durant l'année suivant le geste suicidaire (18). Le message était identique à chaque envoi « *Nous nous sommes rencontrés il y a quelque temps... n'hésitez pas à nous donner de vos nouvelles à l'occasion...* ». Ce travail ne mettait pas en évidence de diminution du nombre de suicidants récidivistes. Cependant, les auteurs constataient un plus faible nombre de récurrences dans le groupe des suicidants recontactés.

La même année, une étude anglaise proposait de remettre à chaque suicidant, une carte mentionnant le numéro d'appel d'un interne de psychiatrie disponible 24 heures sur 24 dans les 6 mois suivant le geste (16). L'évaluation à 6 mois montrait un bénéfice sur le taux de récurrences des primosuicidants ([OR] = 0,64), mais l'avantage ne se confirmait pas lors de l'évaluation à 1 an. L'intervention peu coûteuse et potentiellement efficace pour ces premiers gestes suicidaires était intéressante. En effet, les primosuicidants constituent entre 40 et 50 % des suicidants vus aux urgences.

En 2006, l'étude française SYSCALL, menée dans le département du Nord de la France, utilise le rappel téléphonique comme moyen de recontact (8). Les patients étaient recontactés par téléphone, au nom du service des urgences, par un psychologue entraîné, 1 mois ou 3 mois après la sortie du service des urgences. L'appel téléphonique consistait en un entretien de soutien, reprenant les éléments du compromis de sortie et jugeant avec le sujet de l'adéquation à la situation actuelle. Si une situation à risque suicidaire était détectée, il était organisé un entretien était organisé dans les 24 heures avec le psychiatre des urgences qui avait initialement accueilli le patient. En ne considérant que les patients effectivement recontactés, le recontact systématique à 1 mois s'avérait efficace, réduisant de moitié le nombre de récurrences dans l'année (12 vs 21,6 % dans le groupe contrôle). Dans le groupe recontacté à 1 mois, 12 des 13 sujets détectés à risque suicidaire lors de l'appel téléphonique se sont effectivement rendus à l'entretien organisé suite à l'appel.

En 2008, une étude néo-zélandaise proposait l'envoi de 4 cartes postales : 2 semaines après la tentative de suicide, puis à 1, 3 et 6 mois (32). Le nombre de suicidants récidivistes était trouvé significativement plus bas dans le groupe « carte postale » (20,3 vs 50,6 %) que dans le groupe contrôle.

La même année, une étude internationale évaluait l'impact d'une intervention immédiate aux urgences associée à un recontact téléphonique à 1,2,4,7 et 11 semaines puis à 4,6,12 et 18 mois du geste suicidaire (33). Les auteurs retrouvaient de façon significative un plus faible nombre de décès par suicide à 18 mois dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin.

Intéressons-nous maintenant au dispositif de veille nancéien, « Rester en contact » mis en place depuis mars 2015 à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques.

II. Le dispositif de veille sanitaire nancéien « Rester en contact »

C'est à l'occasion de la mise en place du Projet Hospitalier de Recherche Clinique de 2009 qu'a été mis en place, à l'UAUP à Nancy, de manière plus systématique, le recontact des suicidants par courriers et rappes téléphoniques. En effet, le CHU de Nancy avec les services de l'UAUP et du SAU a participé au même titre que 22 autres centres, au déploiement et à l'évaluation d'un dispositif de veille dans la prévention de la récurrence suicidaire. L'étude multicentrique du Professeur Vaiva du CHRU de Lille, visait à tester l'efficacité d'un algorithme de veille « ALGOS » en termes de réduction du nombre de suicidants récidivistes dans les 6 mois suivant le geste index, en comparaison d'un groupe contrôle de suicidants bénéficiant d'une prise en charge usuelle (c'est à dire essentiellement transmise au médecin traitant). Les résultats encourageants de cette étude ont conduit à la création du dispositif de veille lillois, Vigilans. Il s'agit d'un dispositif de veille post-hospitalière créé par le Pr. Vaiva et déployé en 2014, pour les suicidants de la région Nord-Pas-de-Calais (34).

Le dispositif de veille nancéien « Rester en contact » mis en place depuis mars 2015 au service de l'UAUP, présente plusieurs similitudes avec le dispositif lillois, mais en reste toutefois distinct. « Rester en contact » propose une veille sanitaire d'une durée de 6 mois, au décours d'une tentative de suicide et utilise divers outils de veille tels que les lignes d'appel, l'adressage de courriers et/ou de courriel ainsi que le rappel téléphonique. Le recontact est réalisé à 10 et 45 jours, 3 mois et 6 mois après la TS index. Il propose notamment un usage différentiel de ces outils selon que le patient soit primo suicidant ou non.

Ce dispositif s'adresse aux patients qui ont été accueillis aux urgences et/ou urgences psychiatriques de l'hôpital central de Nancy pour tentative de suicide, hospitalisés ou non, et ne s'étant pas opposés à être recontactés. Ce dispositif est issu d'une compilation de la littérature et est destiné à évoluer au fil de l'expérience.

Les critères d'inclusion sont : être un homme ou une femme, être majeur, parler et comprendre le français, pouvoir et accepter d'être joint par téléphone, par courrier et/ou courriel. Les critères d'exclusion sont présentés dans la figure 1.

Lors de la consultation initiale à l'UAUP et si le patient ne s'y oppose pas, le patient est prévenu que le service de l'UAUP prendra de ses nouvelles. Il lui sera alors demandé quelle

modalité de recontact il préfère : courrier ou courriel. Que le patient soit primo suicidant ou non, une carte ressource mentionnant l'identité des soignants rencontrés ainsi que le numéro du service lui est remise. Ces patients seront tous recontactés par téléphone, à 6 mois, pour l'entretien d'évaluation du dispositif. Le médecin généraliste traitant et/ou le psychiatre traitant libéral sont informés de l'inclusion de leur patient dans ce dispositif par un courrier de l'UAUP. Le psychiatre traitant hospitalier en est informé via le dossier informatisé et par fax. Ces mêmes intervenants sont informés à 6 mois du geste de la clôture de la veille sanitaire selon les mêmes modalités.

Un schéma présenté en figure 1 reprend les modalités du recontact selon un ordre chronologique. Dans ce dispositif, sont considérés comme primosuicidants, les patients n'ayant pas réalisé de tentative de suicide dans les 4 années précédant la TS index, c'est-à-dire la TS d'inclusion. En cas de récurrence suicidaire chez un patient primosuicidant, le patient intègre la procédure de recontact des patients non primosuicidants dans son intégralité. Par ailleurs, est considéré comme non primo suicidant, un patient ayant fait au moins une tentative de suicide dans les 4 années précédant la TS index. En cas d'échec du recontact téléphonique (3 appels non aboutis, à des jours et horaires différents) chez les non primosuicidants, le relais du recontact est assuré par l'envoi de courriers au patient.

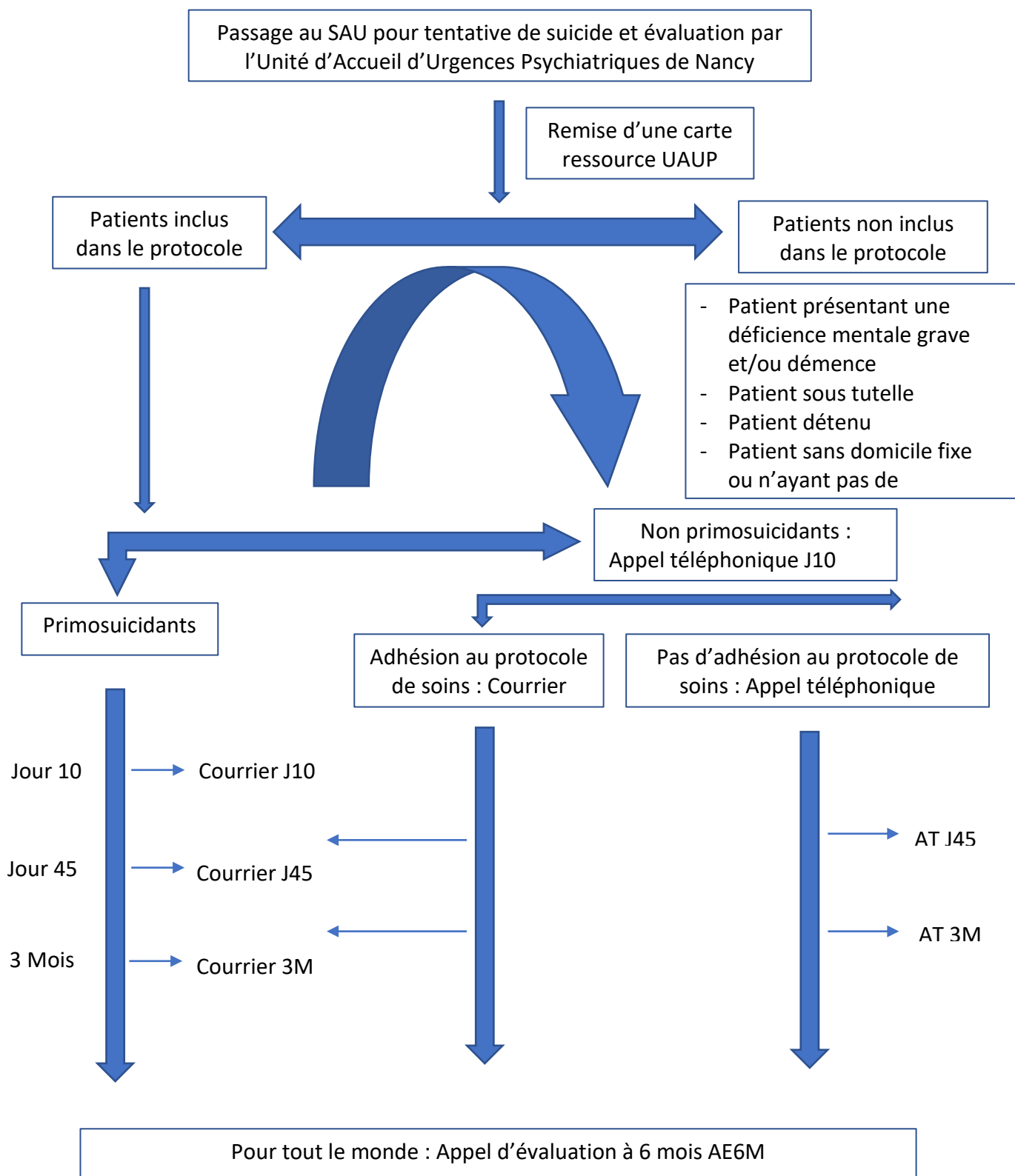


Figure 1 : Schéma chronologique du dispositif de veille sanitaire nancéen : « Rester en contact ».

EVAREST 2

Nous présentons sous forme d'article l'étude EVAREST 2, qui est une évaluation qualitative du dispositif « Rester en contact » via le recueil de l'expérience personnelle des patients.

Cet article a été soumis le 15 novembre 2017 au comité de lecture du journal Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.

Qualitative Assessment of French Brief Contact Intervention “Stay in Contact” in Suicide Prevention

Sondos Abdalla¹, Catherine Pichene², Fabienne Ligier³⁻⁴,

¹⁻³Centre Psychothérapique de Nancy, Laxou, France

⁴APEMAC EA4360, Université de Lorraine

Abstract. *Background:* Since the 2000s, brief contact interventions (BCIs) have been presented as promising approaches in suicide prevention but patient’s experiences of BCIs are less investigated. *Aim:* Understand mechanisms of BCIs after suicide attempt, through patient’s experience of a French BCI “Stay in contact” and assess its impact on seeking care during suicidal crisis. *Method:* This is a qualitative non-interventional, single-center study. Six months after suicide attempt, 223 patients who benefited from “Stay in Contact” BCI were prospectively interviewed over the phone, from March 2016 to August 2017, about their personal experience on this BCI. *Results:* Suicide attempters included were female (67.7%) with an average age of 43.9 years (standard deviation (SD) -14.5 years). Eighty-four percent were satisfied by the BCI. Among the 81.2% of the respondents who think that the BCI helped them, 20% said they felt less lonely and relieved knowing someone cared for them. About 65 percent of the respondents think that the BCI should concern all outpatients presenting to the Psychiatric Emergency Department for suicide attempt. *Conclusion:* “Stay in contact” following presentation to the PED for suicide attempt was well-accepted and beneficial to the patients. It enhanced their feelings of connectedness and gave the patients a feeling of being seen and heard by someone.

Keywords: suicide attempts, prevention, brief contact interventions

Introduction

Suicide is a worldwide public health problem and its prevention a challenging task. Indeed, suicide accounted for 1,4% of all deaths worldwide, i.e the 17th leading cause of death in 2015 (Saxena, Krug, Chestnov, & World Health Organization, 2014). Suicide attempts outnumber deaths by suicide by nearly 20 times (Saxena et al., 2014).

France's suicide rate is higher than the European average with a rate of 16.7 suicides per 100,000 inhabitants compared to 11.7 per 100,000 across the 28 European Union nations (Observatoire national du suicide, 2016). A report from the National Suicide Observatory (Observatoire national du suicide, 2016) revealed that in 2012 the deaths of some 9,715 people were reported as suicide and there are about 200,000 attempted suicides in France each year. Suicide attempts concern mostly young women aged between 15 and 20. The risk of repeating suicidal behavior within one year (12-30%) and the risk of dying by suicide within one year after suicide attempt (1-6%) are high (Cedereke, Monti, & Ojehagen, 2002). Repetition of suicide attempt or dying by suicide often occurs within 12 weeks after the initial attempt. Among those who died by suicide 40% had an history of suicide attempt (Hawton & van Heeringen, 2009). Depression, anxiety, substance abuse are up to 80% and personality disorders rise up to 25% of people who died by suicide (Hawton, Saunders, Topiwala, & Haw, 2013). Preventing repetition of suicide attempt and suicide has been studied through different kinds of cares and since the 2000s, follow-up interventions such as Brief Contact Interventions (BCIs) have been presented as a promising approach in suicide prevention. These interventions which aim is to keep in touch with outpatients are low resource, non-intrusive and well accepted (Gruat, Cottencin, Ducrocq, Duhem, & Vaiva, 2010). BCIs interventions commonly use phone calls, letters, postcards, emails or text messages and are proposed besides usual care. However, evidence regarding the effectiveness of BCI's is still mixed (Castaigne, Hardy, & Mouaffak, 2017; Milner et al., 2016). Despite several positive

results, we cannot draw firm conclusion on replicability of these results. This is largely due to methodological issues: lack of standardization of interventions or lack of consensus on definition of the main measured variables for example. But it is also due to the confounding effect of other care approaches frequently associated with BCIs (Castaigne et al., 2017). According to Kapur et al., prior to formal trials, qualitative research methods should be conducted in order to characterize and distil the active ingredients of contact following suicide attempt (Kapur, Cooper, Bennewith, Gunnell, & Hawton, 2010). Moreover, according to Pirkis et al., (Pirkis, Burgess, Meadows, & Dunt, 2001) suicidal patients are more likely to experience needs and feel that their needs had not been fully met compared to other patients. Two studies (Appleby et al., 1999; Burgess, Pirkis, Morton, & Croke, 2000) suggest that some suicides might be prevented if services were more responsive to the needs of suicidal patients. Therefore, considering suicidal patients' views and needs seem to be crucial in suicide prevention.

It must also be noted that outpatient's personal experiences of these interventions and its impact on outpatient's ability to seek help and care during a suicidal crisis are less investigated.

Since March 2015, a BCI has been developed in the Psychiatric Emergency Department (PED) of the Central Hospital of Nancy, Lorraine, France, to prevent the recurrence of suicide attempt and related behaviors. The "Stay in contact" program concerns patients admitted to the PED for suicide attempt and who agreed to benefit from this BCI. This 6 months follow-up program used Brief Contact Interventions (BCIs) such as resource card, phone calls, letters or email to keep in touch with outpatients.

Objectives

The aim of this study is to assess the outpatients' experiences of the BCI "Stay in contact" using an hetero questionnaire completed over the phone by patients who benefited from the BCI. Data collected through interviews will assist to understand how BCIs manage to avoid some recurrence and how to adapt BCIs in a better way by examining outpatients' views and feedbacks.

Method

Inclusion

From March 2016 to August 2017, a total of 223 subjects were recruited. Participation in the study was proposed to all suicide attempters referred to the PED and who benefited from the 6 months BCI "Stay in contact".

The "Stay in contact" BCI:

The "Stay in contact" program concerns patients admitted to the PED for suicide attempt (SA) and who agree to benefit from this BCI. This 6 months follow-up program uses BCIs such as resource card, phone calls, letters or e-mail to keep in touch with outpatients. Patients who consent to participate receive a resource card when leaving the PED and are informed that they will be contacted for the last time, by phone in six months.

In this protocol, we choose to draw a line between the first-suicide attempters (FSA) and the non-first suicide attempters (NFSA). Among the last section (NFSA), we drew another line between the repeated suicide attempters with an history of SA (RSA) within the last four years and those without (RNSA). Repeaters with no history of suicide attempt within the last

four years (RNSA) will benefit from the same BCI as FSA. Thus, FSA and the RNSA will receive 3 follow-up letters or emails at 10, 45 and 90 days after the suicide attempt whereas RSA will receive one follow-up phone call at 10 days and 2 follow-up letters or emails at 45 and 90 days. They may also receive 2 follow-up phone calls if their mental health state requires it.

Among the repeated suicide attempters (NFSA), the “Stay in contact” BCI focuses on those with an history of suicide attempt within the last 4 years (RSA), considered more at risk of repeated suicide gesture.

At the 6th and last month of the follow-up program, all patients receive a last phone call and are informed of the end of the follow-up interventions. When a patient makes a subsequent suicidal gesture during the period of follow-up, the protocol of follow up is restarted from the date of the second attempt.

Inclusion criteria for “Stay in contact” are: be male or female, be aged 18 or older, have a situation permitting follow-up contacts by phone. The exclusion criteria are: be placed under supervision by the law such as guardianship and curatorship, be incarcerated and refusing to participate to the BCI.

Patients who benefited from “Stay in contact” received also usual treatment according to the norms prevailing in the PED.

Consent for the study

The first 89 patients included in the study during the period of March through September 2016, gave 2 over-the-phone oral informed consents. Patients gave the first consent during the last 6 months follow-up phone call with a trained nurse and after having received proper information. Then, within ten days, they received a call from the interviewer who gave them

information for the second time. After having received this second consent, the interviewer proceeded with the phone call interview.

Due to the modification of the law regulating medical research (Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine, 2016), the 134 patients included after November 2016 received also written information by mail after they gave their first consent. The French Committee for the protection of persons approved the research protocol.

If patients agreed to participate, the nurse gave to the interviewer some administrative data (last and first name of the patient, age, gender and phone number) and patient's history of suicide attempt.

At last, patients could withdraw from the study at any time by giving oral or written notifications to the PED.

Study design:

This is a single-center, non-interventional, prospective qualitative study using phone call interview on a BCI, 6 months after suicide attempt behavior.

Instrument:

The questionnaire used for the interview was pilot tested to assess acceptability and feasibility of the study.

It included 24 questions, which were based on literature's data. They covered seeking care and help items and assess the subjective quality appreciation of medical care in the PED and on the BCI.

Closed-ended and multiple-choice questions were mixed. This type of question seems to be better suited to the clinical population with psychiatric and cognitive comorbidities as they are easy to remember and require short answers.

Included patients were informed that the questionnaire was anonymous and that seeking their views and feedbacks would help adjusting the implementation of follow-up interventions closer to their needs.

Over the phone interview

The baseline interviews were conducted on the phone, on weekdays, during a mean time of 10 to 15 minutes by a trained resident in psychiatry as the only interviewer.

The interviewer didn't participate in patient's medical care nor in the follow-up interventions.

The interviewer didn't look in patients' file before conducting over the phone interviews and had only administrative information on the study subjects: first and last name, age, sex, phone number. The phone call interview wasn't considered as an intervention.

Whenever the interviewer judged necessary that a patient needed more intensive treatment, the relevant referral to help was done.

Statistical analysis

Data were analyzed using statistical software (Version 9.4, SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, USA). Qualitative variables are described in absolute values and percentages, quantitative variables in mean and standard error.

Chi-squared test was used to assess qualitative variables and t-test to evaluate quantitative variables, with $p < .05$ considered significant.

Results

Demographic and clinical characteristics

Table 1 shows demographic and clinical characteristics of the 223 study patients and table 2 shows patients' repartition by gender and by suicide attempt status.

The suicide attempters included were typically female (67.7%) with an average age of 43.9 years (14.5 years). Among study patients, 41.2% were first suicide attempters (FSA). Seventy-four percent of the patients responded to the over-the-phone assessment interview. As far as the demographic criteria are concerned, there is no statistically significant difference by gender ($p=0.39$), nor by age ($p=0.20$). No statistically difference was found between the respondents and non-respondents.

Patients' experiences of the BCI

Table 3 shows answers to the over the phone interview about the "Stay in contact" BCI.

About the Brief Contact Interventions

Among the respondents, 99.4% have benefited from follow-up contacts, most of them with letters (58%).

Sixty-five and four percent of the respondents think that the BCI should concern all outpatients who came to the PED for suicide attempt. When asked whether having benefited from the BCI helped, 81.2% responded positively. According to the bivariate analysis by gender and suicide attempt status, among the FSA, men (91%) were more likely than women (70%) to think that the BCI helped them ($p=0.056$) even if it is not significant.

To the question "How did the BCI help you?" 20% of the respondents said they felt less lonely and relieved knowing that someone cared for them. Only 12.6% of the respondents

expressed mixed feelings towards the BCI: some of them found that the BCI was impersonal and intrusive while others said it reminded them of painful memories.

To the question whether benefiting from BCI helped considering or seeking psychiatric care, answers are mixed: 46.7% of the respondents responded positively, 31.5% negatively and 21.8% had already a psychiatric follow-up. Forty-four percent of the FSA were more inclined than 38% of the repeated suicide attempters to seek psychiatric help. Male FSA (65%) were significantly more inclined than women (33%) to consider or to seek psychiatric care ($p=0.01$). At last, to the question “If you were in a similar crisis situation as 6 months ago, what would you do?” 79.4% of the respondents would talk to someone about the crisis. Among the 65.4% respondents who would ask for help, 31.5% would go to the PED, 17.6% would consult their attending psychologist or psychiatrist and 14.8% would go to the General Practitioner. Among the 34.6% who wouldn’t seek help, according to the commentary section, some of them think that they won’t feel able enough to seek help whereas others wouldn’t seek help because they want to die.

Eighty-three and six percent of the respondents would advise their relatives to ask for help and call to the PED. As far as the follow-up dates were concerned, only 4.8% of the respondents would have liked to be contacted earlier, the rest of the respondents were satisfied with the follow-up dates. Among 70.9% of the respondents who think that the phone calls follow-up should continue after 6 months, 60% would like to be called twice a year. Over seventy-five percent of the NFSA think that the phone call follow-up should continue after 6 months as against sixty-two percent of the FSA, with $p=0.08$.

About the interview with the consulting psychiatrist of the PED at the suicide attempt moment:

When asked about the quality of reception at the PED, 75.5% of the respondents considered having been very well welcome. Sixty-six and seven percents of the respondents considered

having been well understood by the consulting psychiatrist and for most of the respondents the lasting duration of the consult was right. A quarter of the respondents didn't remember their interview at the PED with the consulting psychiatrist.

Most of the respondents were alone at the PED (63.6%) whereas 36.4% were with their relatives, and the medical staff received 61.2% of them. When leaving the PED, 84.8% of the respondents received the resource card. Among the 62.1% who kept the resource card, 46% kept it in their mobile phone, 23% within easy reach and 14.9% didn't remember where they kept it.

Discussion

Firstly, the overall outcome of this study is that a large majority of respondents felt satisfied with the BCI "Stay in contact" and its procedures.

In the comment section, most of the respondents insisted on the great importance of personalized follow-up interventions. The BCI was considered as beneficial and reassuring. While benefiting from the BCI, most of the patients felt indeed less lonely and relieved to know that someone cared for them, enhancing the feeling of connectedness which is maintaining long-term contact and/or offering re-engagement with services when needed, as described firstly by J.Motto (Motto & Bostrom, 2001). Furthermore, "Stay in contact" was assessed positively and well accepted by patients since most of them think that the BCI should concern all suicide attempters. In Castaigne et al. meta-analysis (Castaigne et al., 2017), consent rates are very high (refusal rates are between 4% to 11%), as in our study with only 3 refusals. Most of the respondents were eager to share their experiences and didn't consider the interventions as intrusive, as described in literature (Gruat et al., 2010). Secondly, another interesting finding was that a majority of the respondents asked for further telephone contacts i.e. a phone call twice a year for one year of duration after the "Stay in

contact” closure, thus maintaining a contact with psychiatric services for one year and a half. Most of the BCI protocol in suicide prevention last for 6 months to one year after initial suicide attempt. The first year after a suicide attempt is indeed known as being a high-risk period for repetition of suicidal behavior with 15% of repeated suicide attempt (Bille-Brahe et al., 1996; Foster, Gillespie, & McClelland, 1997; Hawton & Catalán, 1987; Rygnestad, 1997; Schmidtke et al., 1996) and a high risk for completed suicide, between 1 to 6% within 1 year. Among the NFSA, we choose to draw a line between those with and without an history of SA within the last 4 years, that may be seen as a limitation of our study. However, it is above all part of the ongoing care and reflects thereby the everyday practice. Thus, suicide prevention while maintaining a contact between the patients and the psychiatric services through the BCI protocol could enable the caregivers to identify people at high risk of further suicide attempts and organize their referral to the PED.

Thirdly, it is important to remember that for the majority of patients (70%), the first contact with psychiatric services often occurs after first suicide attempt, and often at the PED (Evans, Morgan, Hayward, & Gunnell, 1999; Lönnqvist & Ostama, 1991). Thus, even though 25.5% of the respondents didn’t remember their consult at the PED, a lack of memory often due to medications or substance abuse, the majority of respondents were satisfied with the consult at the PED and have felt understood by the consulting psychiatrist. Most of them would so advice their relatives if necessary to seek help and call the PED. Among the respondents who ask for help when in a suicidal crisis, 31.5% of them would call or consult at the PED. As far as the impact of the BCI on help and care seeking were concerned, the results are mixed. According to the bivariate analysis by gender and by suicide attempt status, among the first suicide attempters men were significantly more inclined than women to consider or to seek psychiatric care ($p=0.01$) and they were more likely than women to think that the BCI helped them ($p=0.056$). These results are not consistent with the common idea that men tend to rely

less on health care services. Some studies report that BCIs may benefit women but not men for some outcomes (Carter, Clover, Whyte, Dawson, & D'Este, 2013; Hassanian-Moghaddam, Sarjami, Kolahi, & Carter, 2011; Hassanzadeh, Khajeddin, Nojomi, Fleischmann, & Eshrati, s. d.). Among the outpatients who received a resource card a little more than half kept it. These results are consistent with the literature: patient who have attempted suicide are usually ambivalent to treatment and compliance in routine after-care seldom not 40%.

Coping strategies that the respondents used in case of suicidal crisis were mainly to contact at first friends and family or/then a mental health professional. Most of the respondents would seek help from their GP or the PED, if they were able to seek help.

The results of this study must be considered in light of several limitations.

The response rate of 74% to the telephone administered questionnaire is similar to Vaiva et al. study (Vaiva et al., 2006) but higher than Gruat et al. study (Gruat et al., 2010) with a response rate of 54% and higher than mailed questionnaire (response rate between 21 and 40%) (Lebow, 1983). This result can be explained in several ways: firstly, as in Vaiva et al. study (Vaiva et al., 2006), the over-the-phone interview was abandoned if unsuccessful after 3 unanswered phone calls, on 3 different days and at 2 different times (midday and evening). Secondly, for practical reasons and because we wanted to ensure statistical representativeness, the phone call interviews were conducted by a trained resident in psychiatry as the only interviewer. This isn't consistent with the assessment methodology described in the literature, since most of the BCI protocols used several trained callers to administrate the telephone-based questionnaire more often. Even if this method enables us to achieve a satisfying response rate, just as Vaiva et al. suggested, we recommend employing several trained callers and that the number of telephone contacts should be as numerous as compatible with the common practice to ensure maximum contact with patients. It is reported that most mental

health treatment populations have a high mobility and therefore are likely to be lost to participate in the assessment of an intervention (Aoun & Johnson, 2001). In addition, patients with mental disorders or troubles, have more difficulties completing questionnaires resulting in large amount of missing data (Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983).

We chose to use a questionnaire with mixed closed-ended and multiple-choice questions.

Indeed, these types of questions are known to increase the participation rate of patients while reducing the length of time needed to complete the questionnaire. Moreover, they are known to reduce the memorization effort. However, close-ended questions generate limited sets of answers, and a bias may exist from suggesting answers to the respondent. Considering that the patient's questionnaire has targeted people who were, in general, distressed, vulnerable and unmotivated, the feedback received was very useful and fair. Obtaining a sample of respondents that was representative of the total number in terms of age, sex and history of suicide attempt added more weight to this feedback.

Finally, probable suggestibility bias may be caused by the telephone interview.

Despite its limit, this study is original and the first to examine closely consumers' experiences of BCI, as recommended by Kapur et al. (Kapur et al., 2010).

Conclusion

“Stay in contact” following presentation to the PED for suicide attempt was well-accepted, reassuring and beneficial to the patients. It helped the patients overcoming loneliness and it enhanced their feelings of connectedness and thus gave them a feeling of being seen and heard by someone. We can suppose that BCIs can have a positive effect on preventing subsequent suicide attempts. It seemed to increase the suicide attempters' awareness about the

issues leading to the suicidal crisis. It also offered alternative coping strategies, regarding treatment and referral possibilities.

To date, there has been little research on patients' perspective of interventions in the field of suicide prevention. Such information collected at patient's level can be meaningfully used at level of managers and planners to improve suicide prevention.

We think that further qualitative research should be conducted on follow-up interventions after suicide attempt, while considering patients' point of view and personal experience of these interventions.

Acknowledgments

We would like to thank the Medical Association of the Centre Psychothérapique de Nancy (AMC), the only source of funding for a communication on the study protocol at the Groupement d'Etude et de Prévention du suicide (GEPS) congress and for the stamps and envelopps used for the study.

References

- Aoun, S., & Johnson, L. (2001). A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(2), 97- 104.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., ... Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 318(7193), 1235- 1239.
- Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lönnqvist, J., ... Egebo, H. (1996). A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Crisis*, 17(1), 22- 31. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.17.1.22>
- Burgess, P., Pirkis, J., Morton, J., & Croke, E. (2000). Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51(12), 1555- 1560. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.12.1555>
- Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2013). Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(5), 372- 380. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112664>

- Castaigne, E., Hardy, P., & Mouaffak, F. (2017). [Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. *L'Encephale*, 43(1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.08.004>
- Cedereke, M., Monti, K., & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(2), 82-91.
- Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine (2016). Consulté à l'adresse http://www.dm-experts.fr/wp-content/uploads/2016/11/2016-11-17_Decret_application_loi_Jarde.pdf
- Evans, M. O., Morgan, H. G., Hayward, A., & Gunnell, D. J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 175, 23-27.
- Foster, T., Gillespie, K., & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 170, 447-452.
- Gruat, G., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duhem, S., & Vaiva, G. (2010). [Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide]. *L'Encephale*, 36 Suppl 2, D7-D13. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.10.009>
- Hassanian-Moghaddam, H., Sarjami, S., Kolahi, A.-A., & Carter, G. L. (2011). Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(4), 309-316. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067199>
- Hassanzadeh, M., Khajeddin, N., Nojomi, M., Fleischmann, A., & Eshrati, T. (s. d.). Brief intervention and contact afetr deliberate self-harm: an iranian randomized controlled trial. *Iranian JOurnal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(2), 5- 12.
- Hawton, K., & Catalán, J. (1987). *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management* (2nd ed). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821- 830. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet (London, England)*, 373(9672), 1372- 1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Kapur, N., Cooper, J., Bennewith, O., Gunnell, D., & Hawton, K. (2010). Postcards, green cards and telephone calls: therapeutic contact with individuals following self-harm. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(1), 5- 7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072496>
- Lebow, J. L. (1983). Client Satisfaction With Mental Health Treatment: Methodological Considerations in Assessment. *Evaluation Review*, 7(6), 729- 752. <https://doi.org/10.1177/0193841X8300700602>
- Lönnqvist, J., & Ostama, A. (1991). Suicide following the first suicide attempt: a five-year follow-up using a survival analysis. *Psychiatr Fenn*, (22), 171- 179.

- Milner, A., Spittal, M. J., Kapur, N., Witt, K., Pirkis, J., & Carter, G. (2016). Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16, 194. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0896-4>
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(6), 828- 833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6(3- 4), 299- 313.
- Observatoire national du suicide. (2016). *Suicide. Connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport, février 2016* (p. 481 p.). DMCT. Consulté à l'adresse http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12910
- Pirkis, J., Burgess, P., Meadows, G., & Dunt, D. (2001). Self-reported needs for care among persons who have suicidal ideation or who have attempted suicide. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(3), 381- 383. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.381>
- Rygnestad, T. (1997). [A 15-year follow-up study after deliberate self-poisoning]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke*, 117(21), 3065- 3069.
- Saxena, S., Krug, E. G., Chestnov, O., & World Health Organization (Éd.). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., ... Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327- 338.
- Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., ... Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 332(7552), 1241- 1245. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7552.1241>

Table 1: Demographic characteristics and suicide attempt status of study patients

<i>Demographic characteristics</i>	<i>Study patients N=223</i>
Women	151 (67.7%)
Men	72 (32.3%)
Age (mean) +/- standard deviation	43.9 +/-14.5
First suicide attempters (FSA)	92 (41.2%)
Repeaters with suicide attempt within the last 4 years (RSA)	63 (28.3%)
Repeaters without history of SA within last 4 years (RNSA)	55 (24.7%)
Not documented	13 (5.8%)
Respondents to the over the phone interview	165 (74%)

Table 2: Repartition of study patients by gender and suicide attempt status

Gender	First suicide attempters	Repeaters with SA within the last 4 years	Repeaters without history of SA within the last 4 years	Not documented	Total
Women	60 (26.9%)	47 (21.1%)	36 (16.2%)	8 (3.5%)	151 (67.7%)
Men	32 (14.3%)	16 (7.2%)	19 (8.5%)	5 (2.3%)	72 (32.3%)
Total	92 (41.2%)	63 (28.3%)	55(24.7%)	13 (5.8%)	223 (100%)

Table 3: Answers to the over the phone interview about the « Stay in contact » Brief Contact Intervention

In contrast to the crisis situation 6 months ago, what would you do?	
1) Would you talk about it to someone? n=165	
Yes (%)	131 (79.4%)
2) Would you ask for help? n=165	
Yes (%)	108(65.4%)
3) If YES, who are the professionals you would talk to? n=108	
Psychiatric Emergency Department (PED)	34 (31.5%)
Attending Psychologist or Psychiatrist	19 (17.6%)
General Practitioner (GP)	16 (14.8%)
Medical and psychological consultation center (MPCC)	12 (11.1%)
MPCC and PED	10 (9.2%)
GP and MPCC	6 (5.5%)
GP and PED	5 (4.7%)
Attending Psychologist or Psychiatrist and PED	5 (4.7%)
GP and MPCC and PED	1 (0.9%)
Concerning the interview with the consulting psychiatrist 6 months ago, at the PED:	
1) How did you find the quality of reception at the PED? n= 165	
Very Good	118 (75.5%)
Good	4 (2.4%)
Quite well	1 (0.6%)
Bad	0
I don't remember	42 (25.5%)
2) How did you consider being understood by the consulting psychiatrist?n = 165	
Very Good	110 (66.7%)
Good	8 (4.8%)
Quite well	3 (1.8%)
Bad	2 (1.2%)
I don't remember	42 (25.5%)
3) How did you find the duration of the interview at the PED?n = 165	
Satisfying duration	111 (67.3%)
I don't remember	42 (25.5%)
Too short	9 (5.4%)
Too long	3 (1.8%)
4) Were your relatives with you at the PED?n=165	
Yes (%)	60 (36.4%)
5) If YES, have they been received by the medical staff?n=60	
Yes (%)	37 (61.2%)

6) When leaving the PED did the medical staff give you a crisis card?n=165	
Yes (%)	140 (84.8%)
Khi2=7.9, Ddl=3, p=0.048*	
7) Did you keep the resource card?n=140	
Yes (%)	87 (62.1%)
8) Where did you keep the resource card?n=87	
Mobile phone (MP)	40 (46%)
Within easy reach	20 (23%)
I don't remember	13 (14.9%)
MP and medical record (MR)	4 (4.6%)
MR	3 (3.4%)
Address book (AB)	3 (3.4%)
MP and within easy reach	2 (2.3%)
MP and AB	1 (1.2%)
MR and within easy reach	1 (1.2%)

Concerning the Brief Contact Intervention "Stay in contact":

1) Have you benefited from follow-up contacts? n=165	
Yes (%)	164 (99.4%)
2) What type of follow-up contacts did you benefit from? n=164	
Letter	95 (58%)
Letter and Phone call	62 (37.8%)
Phone call	5 (3%)
Email	1 (0.6%)
I don't know/ missing data	1 (0.6%)
3) How did you feel when receiving the letter announcing the last phone call follow-up from the PED? n=165	
Pleased	111 (67.3%)
Pleased and surprised	20 (12%)
Surprised	15 (9%)
Annoyed	11(6.7%)
Surprised and annoyed	7 (4 %)
I didn't receive the letter	2 (1%)
4) Did you reply to the letter? n=165	
No (%)	161 (97.6%)
5) Do you think that having benefited from the BCI helped you? n=165	
Yes (%)	134 (81.2%)
6) How did the BCI help you? n=165	

I felt less lonely and relieved to know that someone cared for me	33 (20%)
I felt relieved knowing someone cared for me and I know I can rely on someone	26 (15,7%)
I felt relieved knowing someone cared for me	20 (12.1%)
I felt less lonely	20 (12.1%)
I don't know or I can't tell	16 (9.7%)
I felt less lonely and I know I can rely on someone	12 (7.7%)
It's a personalized follow-up and I felt less lonely	7 (4.2%)
It reminded me of painful memories	7 (4.2%)
It's impersonal and intrusive	7 (4.2%)
I know I can rely on someone to help me	6 (3.5%)
It's a personalized follow-up	5 (3%)
I felt relieved someone cared for me and It's a wake-up call to take care of myself	3 (1.8%)
It's a personalized follow-up and I felt relieved knowing someone cared for me	3 (1.8%)
7) Did benefiting from the BCI helped you considering or seeking psychiatric care? n=165	
Yes	77 (46.7%)
I already have a psychiatric follow-up	36 (21.8%)
8) When would you have liked to be contacted by the PED after suicide attempt? n=165	
I'm Ok with the follow-up dates	155 (94%)
Earlier	8 (4.8%)
Later	2 (1.2%)
9) Should the BCI concern all outpatients who came to the PED for suicide attempt? n=165	
Yes (%)	108 (65.4%)
10) If one of your relatives went through the same crisis you overcome 6 months ago, would you advice him/ her to seek help and call the PED? n=165	
Yes (%)	138 (83.6%)
11) Should the phone call follow-up continue after 6 months? n=165	
Yes (%)	117 (70.9%)
12) If yes, how often should the PED call you? n=117	
4 times a year	38 (32.5%)
Twice a year	70 (60%)

Once a year	9 (7.5%)
13) If yes, for how long? n=117	
1 year	90 (77%)
2 years	26 (22.2%)
3 years	1 (0.8%)
5, 10 years	0

Discussion et perspectives

L'évaluation des effets des outils de veille sanitaire et leur comparaison font apparaître plusieurs limites, qui rendent à ce jour toute synthèse difficile.

D'après Daigle et al., les difficultés de l'analyse de la comparaison de ces outils concernent leur caractérisation et leur contexte d'utilisation ainsi que les modalités d'évaluation de leurs effets sur la prévention de la récurrence suicidaire (35).

- Hétérogénéité de l'usage des OVS

Tout d'abord, comme le soulignent les auteurs (4,35) un même outil peut être utilisé de façons différentes. En effet, le nombre d'interventions, le contenu, la fréquence et la durée de suivi de ces outils de veille sanitaire varient d'un protocole à l'autre. En ce qui concerne les rappels téléphoniques, leur nombre varie entre un seul rappel en un an (8) et huit rappels en 18 mois (12,33). Par ailleurs, il est observé que la précocité du premier rappel varie entre huit jours après le début de la prise en charge ambulatoire (23,36) et le 4ème mois (2).

En ce qui concerne les adressages de courrier, le nombre de courriers postaux varie entre 4 courriers en 6 mois (32) 8 à 9 courriers en un an (17,18) et 24 courriers en 5 ans (7) suivant le début de la prise en charge ambulatoire. Le contenu des rappels et des adressages de courriers varie selon les protocoles.

Ainsi l'hétérogénéité des protocoles de recontact complexifie leur analyse et leur comparaison ainsi que la reproductibilité de leurs résultats.

- Différents modes d'utilisation des OVS

Ensuite, ces interventions peuvent être utilisées de façon isolée ou associées entre elles, mais aussi s'intégrer à une prise en charge globale comprenant des outils de veille sanitaire avec des interventions médicamenteuses et/ou psychothérapeutiques. Aussi, leur effet ne peut alors pas être détaché de l'effet produit par l'ensemble des soins. Par exemple, la veille sanitaire peut être précédée par des interventions psychologiques réalisées en phase hospitalière (12,33).

Les adressages de courriers et les rappels téléphoniques sont les modalités de veille les plus utilisées, et lorsque ces deux outils sont associés, les rappels téléphoniques représentent l'élément central du dispositif de veille (8,21,22,37) . Les services d'accueil téléphonique ont été utilisés d'abord isolément (14–16) et sont actuellement souvent associés aux rappels téléphoniques (11,21). Les visites à domicile sont rarement utilisées isolément et elles constituent fréquemment une alternative aux rappels téléphoniques lorsque ceux-ci ne sont pas possibles (12,33). Elles peuvent aussi être utilisées systématiquement en association avec les rappels (23). Les nouvelles technologies tels que les SMS et/ou les courriels ont été systématiquement associées aux rappels téléphoniques dans certains protocoles (22,37). Une étude française propose une utilisation différentielle selon le statut des suicidants : un service d'accueil téléphonique est ainsi proposé aux primosuicidants, les récidivistes étant orientés vers un protocole de rappels téléphoniques (11).

- Une variabilité dans la caractérisation des variables étudiées

La disparité des outils de veille sanitaire est aussi retrouvée dans les études contrôlées où les modalités de prises en charge habituelles (« Treatment as usual ») varient considérablement selon les pays et les études. De plus, ces prises en charge sont rarement définies et décrites par les auteurs. Et ce alors que certaines prises en charge ambulatoires ou hospitalières peuvent considérablement jouer sur les effets des dispositifs de veille.

- Des modalités d'évaluation non standardisées

Les modalités d'évaluation des effets représentent un quatrième niveau de difficulté. En effet, lorsque les effets des dispositifs de veille sur la récurrence suicidaire sont étudiés, il est nécessaire de s'accorder sur la définition du concept de récurrence suicidaire et sur leurs méthodes d'identification. Pourtant, force est de constater que le concept de tentative de suicide et de leurs récurrences est peu caractérisé et qu'il ne dispose pas de définition standardisée internationale et consensuelle. Comme le soulignent les auteurs (12,35), cette hétérogénéité de la définition des concepts clés est source de confusion dans l'interprétation, l'analyse, la comparaison et la reproductibilité des études.

Dans ce contexte, Silverman et al., avaient proposé en 2007 une nomenclature spécifique à l'étude du suicide et des comportements suicidaires permettant la standardisation de la définition et de l'utilisation des termes en suicidologie (38,39). Plus pertinente que la nomenclature de O'Carroll et al.(40) utilisée par l'American Psychiatric Association (APA) en 2003 (41), ce système de nomenclature s'appuie sur 2 distinctions : l'intentionnalité suicidaire et l'issue du passage à l'acte (aucune blessure, une blessure non fatale ou le décès). Selon cette nomenclature, le comportement auto-agressif (« self-harm » en anglais) est défini comme « un acte volontaire d'atteinte à son intégrité physique, sans intentionnalité (implicite ou explicite) de se donner la mort ». La tentative de suicide (« suicide attempt » en anglais) est définie comme « un acte volontaire d'atteinte à sa propre intégrité physique avec intentionnalité de se donner la mort et dont l'issue n'est pas létale ». La récurrence suicidaire est alors décrite comme la répétition de tentative de suicide. Pourtant, comme le souligne Daigle et al. force est de constater que dans une grande majorité d'études, les auteurs ne proposent que très rarement une définition des termes utilisés et des comportements inclus ou exclus de leurs investigations (35). L'usage d'une terminologie aussi disparate constitue une vraie limite à l'analyse et la comparaison des études.

Pour ce qui est de l'identification des tentatives de suicide et des récurrences suicidaires, la méthode de recueil utilisée est multi-sources : elle s'appuie sur l'auto-rapport ainsi que sur l'analyse des registres. L'auto-rapport est la méthode la plus utilisée et notamment au cours du rappel téléphonique. Cette méthode comporte un risque de sous-estimation des récurrences en raison des patients perdus de vue ou en raison d'un biais de mémoire. D'après Hart et al. l'importance de ce biais ne paraît pas liée aux caractéristiques de la TS, à l'âge du patient ou à la mise en œuvre de soins médicaux pour la TS (42). Du fait de son ampleur potentielle et de sa variabilité, le biais de mémoire augmente le risque (« bêta ») de conclure à des différences non significatives entre les groupes interventionnels et les groupes contrôles alors qu'elles existent en réalité. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de structurer au maximum l'entretien d'auto-rapport. Barber et al. montrent, ainsi, que 44 % des sujets ayant rapporté une TS à la suite d'un entretien structuré, ne l'avaient pas signalée en réponse à une simple question (43) . Par exemple, Muehlenkamp et al. estiment qu'un entretien structuré permet de doubler la prévalence estimée des automutilations et de tripler celle des tentatives de suicide en population adolescente (44). Par ailleurs, l'analyse des registres exclut le risque de perdu de vue et le biais de mémoire.

Ces registres utilisent plusieurs sources :

- Les données de bases médico-administratives, pour ce qui relève des hospitalisations en médecine et chirurgie (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIM-P) après une tentative de suicide.
 - Les données du réseau Oscour®(Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) en France, pour ce qui relève des passages aux urgences suite à une tentative de suicide. Ce réseau est particulièrement important pour la surveillance des tentatives de suicide puisque 80 % des tentatives prises en charge par le système de soins passent par les urgences.
- Place des évaluations qualitatives de ces dispositifs

C'est dans ce contexte d'évaluation complexe des dispositifs de veille que les auteurs (9,10) proposaient d'associer aux recherches quantitatives des études qualitatives afin d'identifier et caractériser les principes actifs des outils de veille et leur impact sur le recours aux soins. De plus, peu d'études se sont intéressées au recueil du point de vue des patients au décours d'un geste suicidaire. La réticence des soignants à se sentir jugés ainsi que les biais inhérents au recueil de l'opinion des patients pourraient être des facteurs expliquant ce manque de données (31). Il est d'autant davantage important de s'intéresser à leur point de vue que les patients suicidaires se reconnaissent plus de besoin que les autres patients et sont plus nombreux à considérer que leurs attentes n'ont pas été satisfaites par la prise en charge (2,26). En s'appuyant sur les résultats de l'étude EVAREST 2, il apparaît que pour la majorité des patients, le fait d'avoir été recontactés par le service de l'UAUP leur a permis de se sentir moins seul, d'avoir le sentiment d'être en contact et d'avoir été compris et entendu. C'est ce qui a conduit Jérôme Motto, le pionnier de ce type de dispositifs, à créer le concept de « connectedness » pour « sentiment d'être en contact ».

De plus, Gruat et al. soulevaient dans leur étude la question de la place à accorder aux non-répondants, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la satisfaction globale du dispositif de veille (31). Les auteurs retrouvaient un taux de non-répondants à 46%, contre 26% dans notre étude. Par ailleurs, les auteurs mettaient en évidence une satisfaction globale moins élevée chez les non-répondants que chez les répondants (45). Ainsi, si une différence entre les patients répondants et non-répondants était observée, elle pourrait être un biais qui accentuerait la satisfaction retrouvée. En effet, l'insatisfaction serait alors plus forte chez les

patients non répondants pour lesquels les soins proposés n'auraient à priori pas été efficaces. La comparaison entre répondants et non-répondants dans EVAREST 2 ne retrouvait aucune différence significative en ce qui concerne le genre, l'âge et le nombre de tentatives de suicide antérieures.

Enfin, il nous apparaît important de continuer à recueillir l'opinion des patients, malgré les biais inévitables qui y sont liés, car comme le fait remarquer Lebow dans son étude, le recueil de la satisfaction augmenterait la perception de celle-ci (27).

Conclusion

L'étude EVAREST2 a permis de constater que le dispositif de veille « Rester en contact » a très bien été accepté par les patients. Pour la majorité d'entre eux, le fait d'avoir été recontactés par le service de l'UAUP leur a permis de se sentir moins isolés, et d'avoir le sentiment d'être en contact et d'avoir été compris et entendus.

A travers le recueil du vécu des patients, nous pouvons supposer que les dispositifs de veille ont un effet positif sur la prévention de la récurrence suicidaire en permettant aux patients d'identifier les facteurs pouvant conduire à la crise suicidaire et proposer des stratégies alternatives en termes d'orientation et de prise en charge.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier que même si la totalité des études sur les dispositifs de veille sanitaire en suicidologie ne présente pas une méthodologie identique et ne conclut pas de façon similaire, la majorité d'entre elles suggère leur impact positif sur la prévention de la récurrence suicidaire et l'engagement dans les soins.

Les difficultés méthodologiques identifiées dans les études expliquent pour une bonne part la disparité de ces résultats. Ainsi, l'absence de consensus sur les protocoles de mise en œuvre des outils de veille, mais aussi sur la définition et l'identification des variables mesurées et leur utilisation en association avec d'autres interventions ne permet pas de distinguer l'effet spécifique de ces outils de celui de l'ensemble du dispositif. Ces difficultés ne semblent toutefois pas insurmontables et les études à venir devraient contribuer à les réduire.

Dans leur revue de la littérature, les auteurs recommandent de poursuivre les recherches sur les outils de veille sanitaire en couplant les évaluations quantitatives aux évaluations qualitatives afin d'en comprendre les mécanismes d'action (9). En effet, comme le souligne Gruat et al., « recueillir, rechercher et écouter la parole des patients peut constituer en soi un levier thérapeutique non négligeable » (31). Dans la continuité de ces recommandations, une évaluation quantitative du dispositif de veille « Rester en contact » EVAREST1 est en cours d'analyse et devrait permettre de compléter ce travail.

Nous pouvons imaginer que ces dispositifs de veille peu coûteux, très bien acceptés par les patients et relativement faciles à mettre en œuvre pourraient à l'avenir être intégrés à un dispositif de prévention nationale du suicide en veillant à homogénéiser les protocoles et standardiser les modes d'intervention afin de permettre une reproductibilité des études et de faciliter leur comparaison.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire National du Suicide. Connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport, février 2016 [Internet]. DMCT; 2016 p. 481 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12910
2. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* avr 2002;17(2):82–91.
3. A. Batt AC, D Leguay, P Lecorps. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC Psychiatr.* 2007;37-500-A-20.
4. 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.
5. du Roscoät E, BF. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *août* 2013;61((4)):363- 74.
6. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2015;206(3):184–190.
7. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 2001;52(6):828–833.
8. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* mai 2006;332(7552):1241–1245.
9. Milner A et al. Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2016 816194. 2016;8(16):194.
10. Kapur N, Cooper J, Bennewith O, Gunnell D, Hawton K. Postcards, green cards and telephone calls: therapeutic contact with individuals following self-harm. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2010;197(1):5–7.
11. 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.* janv 2011;11:1.

12. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010;31(4):194–201.
13. Luxton DD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*. janv 2013;1(34(1)):32-41.
14. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1993;163:111-2.
15. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1999;175:23–27.
16. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. août 2005;187:186–187.
17. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A-A, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 2011;198(4):309–316.
18. 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*. oct 2005;331(7520):805.
19. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT. Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 2010;197(1):55–60.
20. Robinson J, Yuen HP, Gook S, Hughes A, Cosgrave E, Killackey E, et al. Can receipt of a regular postcard reduce suicide-related behaviour in young help seekers? A randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry*. mai 2012;6(2):145-52.
21. Mouaffak F, Marchand A, Castaigne E, Arnoux A, Hardy P. OSTA program: A French follow up intervention program for suicide prevention. *Psychiatry Res*. 30 déc 2015;230(3):913-8.
22. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, Nielsen IK, Stenborg JM, Wang AG. Preventing repetition of attempted suicide--II. The Amager project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. oct 2011;65(5):292-8.

23. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord.* mai 2013;147(1-3):269–276.
24. Vijayakumar L, Umamaheswari C, Shujaath Ali ZS, Devaraj P, Kesavan K. Intervention for suicide attempters: A randomized controlled study. *Indian J Psychiatry.* juill 2011;53(3):244-8.
25. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med.* sept 1995;25(5):963–970.
26. Pirkis J, Burgess P, Meadows G, Dunt D. Self-reported needs for care among persons who have suicidal ideation or who have attempted suicide. *Psychiatr Serv Wash DC.* mars 2001;52(3):381–383.
27. Lebow JL. Client satisfaction with mental health treatment: Methodological considerations in assessment. *Eval Rev* 1983 7729-52.
28. Richman J, Charles E. Patient dissatisfaction and attempted suicide. *Community Ment Health J.* 1976;12(3):301-5.
29. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ.* 21 juill 2001;323(7305):135-8.
30. Aoun S, Johnson L. A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* juin 2001;10(2):97–104.
31. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. [Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide]. *L'Encephale.* juin 2010;36 Suppl 2:D7–D13.
32. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT. A Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention to Reduce Repeat Presentations to the Emergency Department for Suicide Attempt. *Ann Emerg Med.* 2008;51(4):474.
33. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* sept 2008;86(9):703–709.
34. <http://dispositifvigilans.org/> [Internet]. [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: <http://dispositifvigilans.org/>

35. Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. oct 2011;56(10):621-9.
36. Cebrià AI, Pérez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Parra I, Escayola A, et al. Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis*. 2015;36(5):345–352.
37. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*. 22 août 2012;345:e4972.
38. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2007;37(3):248-63.
39. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2007;37(3):264-77.
40. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26(3):237-52.
41. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. nov 2003;160(11 Suppl):1-60.
42. Hart SR, Musci RJ, Ialongo N, Ballard ED, Wilcox HC. Demographic and clinical characteristics of consistent and inconsistent longitudinal reporters of lifetime suicide attempts in adolescence in adolescence through young adulthood. *Depress Anxiety*. oct 2013;30(10):997-1004.
43. Barber ME, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. Gate questions in psychiatric interviewing: the case of suicide assessment. *J Psychiatr Res*. févr 2001;35(1):67-9.
44. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 30 mars 2012;6:10.
45. Ito H, Shingai N, Yamazumi S, Sawa Y, Iwasaki S. Characteristics of nonresponders to a patient satisfaction survey at discharge from psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv Wash DC*. mars 1999;50(3):410-2.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les outils de veille sanitaire (OVS) ou Brief Contact Interventions (BCIs) se développent depuis une vingtaine d'années dans la prévention de la récurrence suicidaire. Malgré la mise en évidence de plusieurs résultats positifs, les résultats des études sur l'efficacité de ces dispositifs de veille dans la prévention de la récurrence suicidaire sont hétérogènes.

Par ailleurs, peu d'études s'intéressent au vécu des patients face à ces dispositifs de veille et à l'impact qu'ils ont sur le recours aux soins en cas de crise suicidaire. Il nous a donc semblé intéressant d'intégrer l'expérience personnelle des patients vis-à-vis de ces dispositifs en évaluant qualitativement un dispositif de veille à travers leur vécu.

Cette thèse propose de présenter sous forme d'article EVAREST 2, qui est une évaluation qualitative du dispositif de veille sanitaire « Rester en contact » mis en place depuis mars 2015 à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de Nancy.

Les résultats d'EVAREST 2 ont permis de mettre en évidence que le dispositif de veille « Rester en contact » a très bien été accepté par les patients suicidants, qui l'ont estimé bénéfique en leur permettant de se sentir moins isolé, d'avoir le sentiment d'être en contact et d'avoir été compris et entendu.

TITRE EN ANGLAIS : Qualitative assessment of french brief contact intervention “Stay in Contact” in suicide prevention.

THÈSE DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE : ANNÉE 2018

MOTS CLÉS : prévention, récurrence suicidaire, dispositif de veille, recontact

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
