

Programme de recontact des personnes suicidantes VigilanS

Évaluation quantitative 2015
(processus et résultats)



F2RSMPsy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Rapport établi dans le cadre de l'évaluation du dispositif Vigilans dans le Nord et le Pas-de-Calais grâce à un financement du Ministère des affaires sociales et de la santé (Direction générale de la santé).

Les auteurs :

Laurent Plancke^{1,2}, Alina Amariei¹, Géraldine Guétière¹, Maxime Dehem^{1,3},
Thierry Danel^{1,3}

¹ Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France

² Centre lillois d'études sociologiques et économiques (Clersé)

³ CHRU de Lille

Relecture et corrections : Pauline Bareille

Sommaire

Introduction	4
Méthodologie	4
Résultats.....	6
Inclusions et réinclusions	6
Lieu	6
Projection en année pleine	8
Pénétration du dispositif	8
La TS et sa prise en charge.....	9
Modalité de la tentative.....	9
Alcoolisation.....	9
Durée de l’hospitalisation après la TS	9
Personnes incluses.....	10
Antécédents suicidaires	12
Activité de recontact téléphonique	12
Appels aux bénéficiaires à J10-J21	12
Appels aux bénéficiaires à 6 mois.....	13
Appels à des tiers.....	13
Appels entrants	13
Récidive suicidaire.....	13
La récidive mesurée chez les patients entrés dans Vigilans [C].....	14
La récidive mesurée à partir des bases du PMSI.....	16
Mortalité	22
Discussion.....	22
Conclusion	24
Références bibliographiques	25
Annexes	26
Algorithme de détermination de la durée d’observation pour la récidive.....	26
Algorithme de détermination de la durée d’observation pour la mortalité.....	27
Comparaison des populations suicidantes décrites dans le PMSI et suivies dans Vigilans en 2015.....	28
Effets de programmes de veille-recontact retrouvés dans 2 méta-analyses	31
Index des illustrations	32

Introduction

La Fédération de recherche en psychiatrie et en santé mentale (F2RSM) des Hauts-de-France a été chargée de l'évaluation d'un programme de recontact des personnes suicidantes après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation pour TS, mis en œuvre progressivement dans les services hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais à partir de janvier 2015.

Après leur entrée, les bénéficiaires sont suivis par une équipe dédiée constituée au sein du service de psychiatrie générale du CHRU de Lille, qui procède à l'envoi de cartes-ressources et à des appels téléphoniques 10 à 21 jours après la sortie du service hospitalier, pour les patients récidivistes, et à 6 mois, pour l'ensemble de ceux ayant été inclus. Des informations sont également transmises aux soignants : médecins généralistes et, le cas échéant, psychiatres –libéraux ou hospitaliers-, psychologues ...

Le protocole d'évaluation, portant sur le processus mis en œuvre et les résultats, en termes de morbi-mortalité suicidaire, est composé entre autres de 2 enquêtes qualitatives par entretien auprès des professionnels engagés dans la prise en charge des personnes suicidantes lors de leur passage aux urgences ; la 1^{re}, menée au démarrage du programme de recontact a donné lieu à un rapport, en mai 2016 [1]. La seconde portera sur la mise en œuvre du programme, l'organisation adoptée, les points de vue et propositions des professionnels de psychiatrie –organisés ou non en équipes de liaison- intervenant dans les services d'urgences polyvalentes [2].

Entre-temps, une analyse quantitative des données recueillies sur les bénéficiaires inclus dans le programme en 2015 a été menée, à partir des données transmises par l'équipe dédiée du CHRU. Ce rapport en présente les résultats : dynamique d'ouverture des sites hospitaliers et d'inclusion des patients dans le programme de recontact, caractéristiques des patients et de leur séjour, activité de recontact et morbi-mortalité suicidaire sont tour à tour décrits.

Méthodologie

Une extraction à partir de la base de gestion du programme a été réalisée sur les personnes incluses jusqu'au 31 décembre 2015. Elles peuvent l'avoir été plusieurs fois, si une nouvelle tentative de suicide est intervenue dans l'année. Avant que les données aient été transmises à la F2RSM, un code patient anonyme a été affecté, ce qui a rendu possible les calculs de récurrence, réalisés par analyse de survie (méthode de Kaplan-Meier).

Les informations employées sont celles ayant été transmises à la F2RSM le 28 avril 2016. Les événements plus récents, dont l'équipe opérationnelle aurait eu connaissance, comme des récurrences ou des décès, ne sont donc pas intégrés dans les calculs.

Les analyses ont porté sur les modalités de passages aux urgences ou hospitalisations ayant donné lieu à une inclusion dans le programme (date, établissement, rang de l'inclusion, mode de suicide) d'une part, sur les personnes incluses (âge, sexe, mode de vie ...) d'autre part.

- Événements étudiés dans les analyses de survie

Ont été recherchés d'une part les récurrences, d'autre part les décès.

- Établissement de la dernière date d'information (date de point)

Pour chaque bénéficiaire a été recherchée une date de dernière information : date du dernier entretien téléphonique entre bénéficiaire et membre de l'équipe Vigilans, date d'une nouvelle TS ou date d'un décès.

L'étude de la récurrence a porté :

- sur les patients connus pour être entrés dans Vigilans, à partir des informations issues du programme décrites plus haut.

Les durées d'observation ont été calculées comme suit :

- pour les patients réhospitalisés pour TS ou décédés durant la période d'étude

$Durée_{obs} = \text{date } 2^e \text{ événement (nouveau séjour pour TS ou décès)} - \text{date } 1^e \text{ événement (date de sortie après } 1^e \text{ séjour pour TS)}$

- pour les autres patients

$Durée_{obs} = 28/04/2016 - \text{date } 1^e \text{ événement (date de sortie après } 1^e \text{ séjour pour TS)}$

- sur les patients ayant connu au moins un séjour en service de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO) pour tentative de suicide enregistrés dans le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) en 2014-2015.

Les probabilités de survie ont été calculées sur les seuls patients pour lesquels une information a été obtenue après l'entrée dans le programme (989 personnes pour la récurrence suicidaire et 1000 pour la mortalité¹) ou sur l'ensemble des entrants dans le programme (N=1983).

- Modalités de sélection des patients dans les bases PMSI-MCO

Depuis 1991, les séjours en service de MCO des établissements de santé, publics ou privés, font l'objet d'un recueil permanent, le PMSI, basé sur un résumé de sortie standardisé (RSS), comprenant des informations médicales et administratives [3]. Elles portent sur le patient (âge, sexe, diagnostics, lieu de résidence, origine et destination) et son séjour hospitalier (établissement, début, fin et durée).

L'analyse n'a inclus que les patients de 10 ans et plus, pris en charge pour ce motif dans des établissements dont l'effectif n'a pas connu d'évolution supérieure à 25% entre 2014 et 2015 (au-delà de ce seuil, il a été considéré que l'évolution était liée à un changement des pratiques de codage dans l'établissement²).

Pour des raisons réglementaires (protection de la confidentialité des bases de données transmises), seuls le mois et l'année du séjour nous ont été transmis par l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih), qui gère les bases du PMSI.

- Modalités de définition des groupes et de périodes

Des périodes ont par ailleurs été définies, en fonction de la date de la 1^{re} entrée dans le programme de veille du 1^{er} patient de l'établissement selon le principe décrit dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Modalités de définition des groupes (cas/témoins) et des périodes (avant/après)

Groupes		AVANT	APRES
Cas	Patients Vigilans	du 1 ^{er} /01/2015 à la fin du mois précédant 1 ^{re} entrée dans Vigilans	du 1 ^{er} jour du 2 ^e mois suivant 1 ^{re} entrée dans Vigilans au 31/12/2015
Témoins	Patients Picardie	Janvier 2014-mai 2015	Juin-décembre 2015

Exemples :

- Un séjour pour TS le 15/6/2015 dans un établissement ayant inclus son 1^{er} patient dans Vigilans en mars 2015 est défini comme un séjour APRES la mise en œuvre du programme ;
- Un séjour pour TS en décembre 2014 dans un établissement picard est défini comme un séjour AVANT la mise en œuvre du programme.

¹ Sur le calcul de ces effectifs et la raison de leur différence, voir les algorithmes p 26 et 27.

² Sur les problèmes de codage de la TS dans le PMSI : [4].

Dans les établissements Vigilans, le mois de l'ouverture (mois de la 1^{re} entrée dans le programme de recontact) a été écarté pour l'analyse.

Une comparaison des probabilités de récurrence (par des analyses de survie selon la méthode de Kaplan-Meier) entre les patients-cas et les patients-témoins a été réalisée, et le test du log-rank a été employé pour juger de la significativité des écarts, pour les périodes AVANT et APRES.

- Lien entre les 2 sources d'information employées pour calculer les probabilités de récurrence

Les patients décrits dans Vigilans sont vraisemblablement très majoritairement inclus dans les bases de séjours en MCO avec diagnostic de TS du PMSI, s'ils ont été hospitalisés en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) après leur TS. L'étude qualitative que nous avons dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais a permis de noter que la quasi-totalité des patients ayant fait une TS par auto-intoxication font l'objet d'un placement en observation dans ces unités [1].

La sensibilité du PMSI n'est cependant pas optimale : d'une part, certains services hospitaliers omettent de préciser le caractère intentionnel d'intoxications prises en charge dans le PMSI, et d'autre part, tous les patients suicidants ne sont pas placés en UHCD (phlébotomies légères, sorties contre avis médical ...)³

Résultats

Inclusions et réinclusions

2039 inclusions ou réinclusions ont été réalisées en 2015.

Tableau 2. Nombre d'inclusions dans le programme Vigilans en 2015

Rang de l'inclusion	Inclusions
1 ^{er}	1983
2 ^e	52
3 ^e	4
Ensemble	2039

Lieu

Le lieu d'entrée dans le dispositif de veille est le plus souvent le service des urgences, mais il peut s'agir d'un lieu d'hospitalisation, somatique ou psychiatrique (quand un transfert a été décidé après le passage aux urgences).

Certains services de psychiatrie ayant nommé leur établissement de rattachement (un EPSM par exemple), d'autres l'établissement où ils avaient rencontré le patient, l'information de lieu est imprécise. À chaque fois que l'information était précisée dans la base reçue, c'est l'établissement gérant le service des urgences qui a été considéré comme établissement d'entrée dans Vigilans.

³ Une comparaison des patients Vigilans et des patients ayant connu un séjour en MCO avec diagnostic de suicide (X60-X84) en 2015 a été réalisée (cf. annexe, p 29)

Tableau 3. Établissements ayant inclus un patient dans Vigilans selon le mois de la 1^{re} entrée dans le programme de veille. Effectif et effectif cumulé.

Mois	Effectif	Effectif cumulé
Janvier	3	3
Février	2	5
Mars	3	8
Avril	3	11
Mai	5	16
Juin	6	22
Juillet	1	23
Août	1	24
Septembre	3	27

Tableau 4. Nombre d'inclusions dans le programme Vigilans en 2015, date de 1^{re} inclusion et projection en année pleine, selon l'établissement

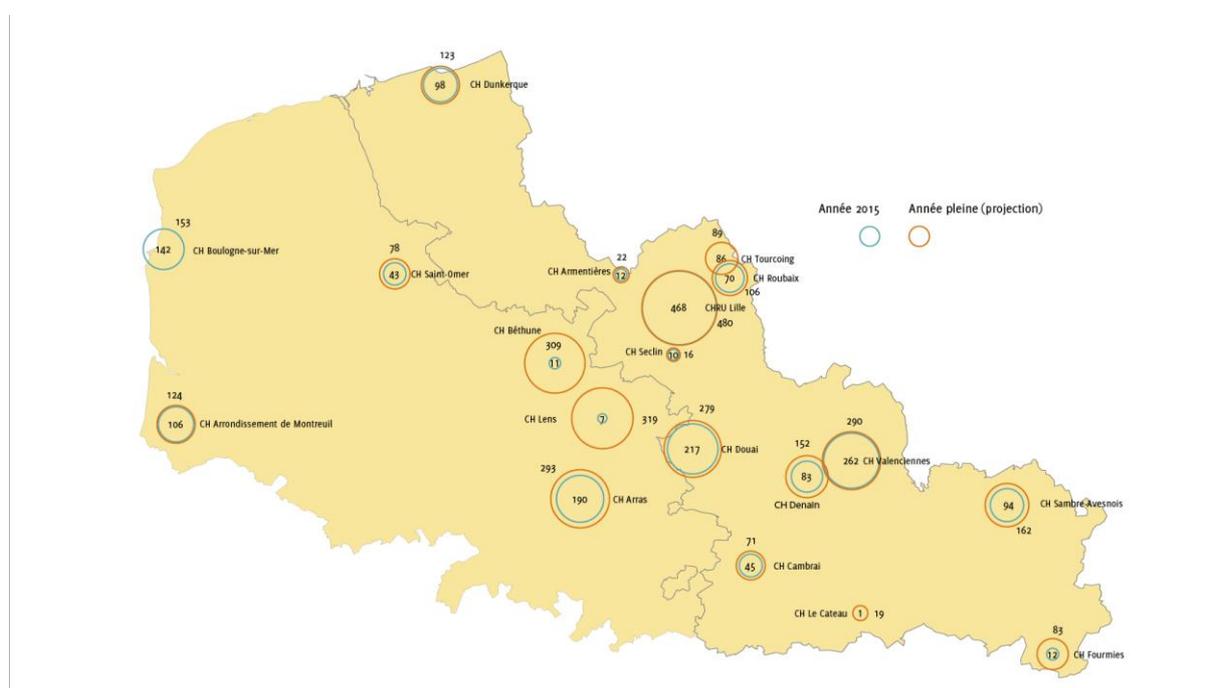
Établissement	Inclusions en 2015	Date 1 ^{re} inclusion	Projection année pleine ⁴
CHRU	468	09/01/2015	480
CH Valenciennes	262	04/02/2015	290
CH Douai	217	22/03/2015	279
CH Arras	190	08/05/2015	293
CH Boulogne-sur-Mer	142	27/01/2015	153
CH arrondissement Montreuil	106	22/02/2015	124
CH Dunkerque	98	14/03/2015	123
CH Tourcoing	86	12/01/2015	89
CH Denain	83	15/06/2015	152
CH Roubaix	70	03/05/2015	106
CH Sambre-Artois Maubeuge	64	02/06/2015	110
CH Cambrai	45	14/05/2015	71
CH Saint-Omer	43	14/06/2015	78
CH Maubeuge	30	12/06/2015	54
CH Saint-Philibert Lomme	28	29/04/2015	42
CH Saint-Vincent de Paul Lille	19	23/04/2015	28
EPSM Lille Métropole	16	09/04/2015	22
CH Fourmies	12	08/11/2015	83
CH Armentières	12	11/06/2015	22
CH Béthune	11	18/12/2015	309
CH Seclin	10	11/05/2015	16
CPAA Lille	9	02/05/2015	14
Clinique	7	17/03/2015	9
CH Lens	7	23/12/2015	319

⁴ $x = \frac{365 \cdot \text{nombre d'inclusions en 2015}}{\text{nombre de jours de fonctionnement du programme en 2015}}$

Établissement	Inclusions en 2015	Date 1 ^{re} inclusion	Projection année pleine ⁴
EPSM Agglomération lilloise	2	21/06/2015	4
EPSM Val-de-Lys - Artois	1	27/10/2015	6
CH Le Cateau-Cambrésis	1	12/12/2015	19
Total	2039	-	3 292

Projection en année pleine

Carte 1. Nombre d'inclusions en 2015 (N=2039) et estimation du nombre d'inclusions en année pleine (N=3289), par établissement siège du service des urgences.



Source : CHRU (service Vigilans). Cartographie : F2RSM.

Pénétration du dispositif

Le nombre estimé d'inclusions en année pleine⁵ a été comparé au nombre de séjours en service de MCO enregistrés dans le PMSI, indicateur de la TS prise en charge dans les établissements de santé utilisé dans plusieurs études en France [4,5].

En 2015, 11 542 séjours pour TS dans 40 services MCO sont enregistrés dans le PMSI (dont 27 avec des effectifs supérieurs à 10 séjours).

Le taux de pénétration⁶ moyen du dispositif dans les établissements ayant participé à Vigilans en 2015 s'élève à 36,7% (écart-type : 20,8%), la valeur minimale étant de 4,5%, la valeur médiane de 38,9% et la valeur maximale de 86,8%.

⁵ Idem.

⁶ Taux de pénétration = nombre d'entrées dans Vigilans en année pleine / nombre de séjours en MCO pour TS en 2015.

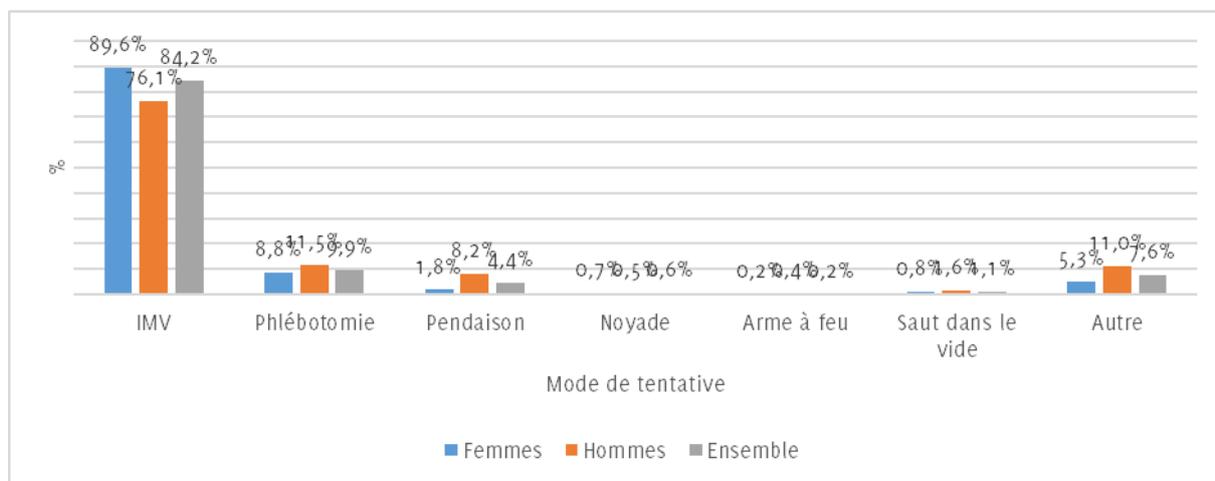
La TS et sa prise en charge

Modalité de la tentative

Dans 1886 dossiers, une et une seule modalité était rapportée (92,5%) ; dans 143 dossiers, 2 modalités étaient décrites (7,0%) et dans 10 cas, 3 étaient mentionnées (0,5%).

L'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est retrouvée dans près de neuf cas sur dix chez les femmes (89,6%) et dans plus de trois quarts des cas chez les hommes (76,1%), ce qui en fait, de très loin, la modalité la plus fréquente. Les moyens plus violents (phlébotomie, arme à feu, saut dans le vide) sont plus adoptés par les hommes que par les femmes.

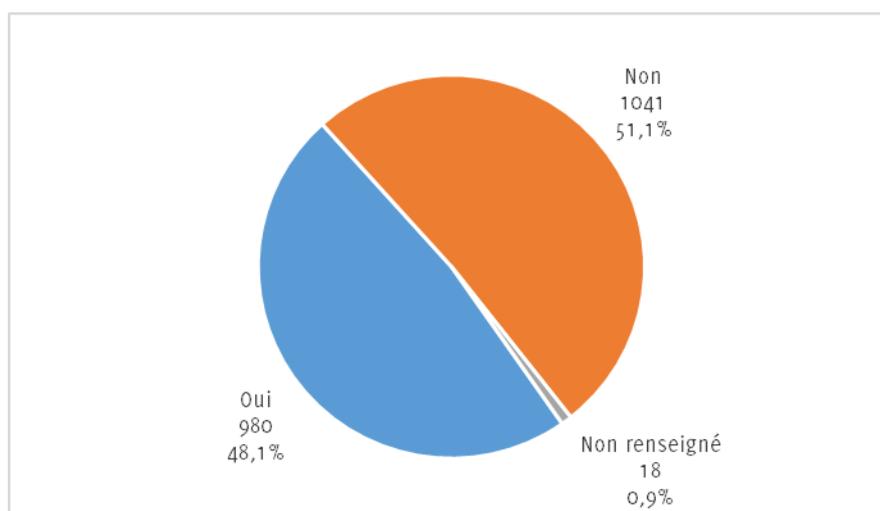
Figure 1. Distribution des tentatives de suicide à l'origine des inclusions dans Vigilans selon le mode employé (plusieurs modes possibles) - (N=2039).



Alcoolisation

Un contexte d'alcoolisation au moment de la TS est signalé dans près d'un cas sur deux.

Figure 2. Distribution des tentatives de suicide à l'origine des inclusions dans Vigilans selon qu'un contexte d'alcoolisation soit rapporté lors de l'admission ou non - (N=2039).



Durée de l'hospitalisation après la TS

Le plus souvent (47,1%), l'hospitalisation dure un jour, en Unité d'hospitalisation en court séjour (UHCD), pour observation. L'amplitude des durées est cependant très étendue, de moins de 24

heures, soit 0 jour (14,0% des TS) à 156 jours (Figure 3), la moyenne étant de 3,4 jours ($\pm 8,7$) et la médiane de 1,5 jour.

Figure 3. Distribution des TS à l'origine des inclusions dans Vigilans selon la durée d'hospitalisation s'ensuivant (N=2038 - VM=1).

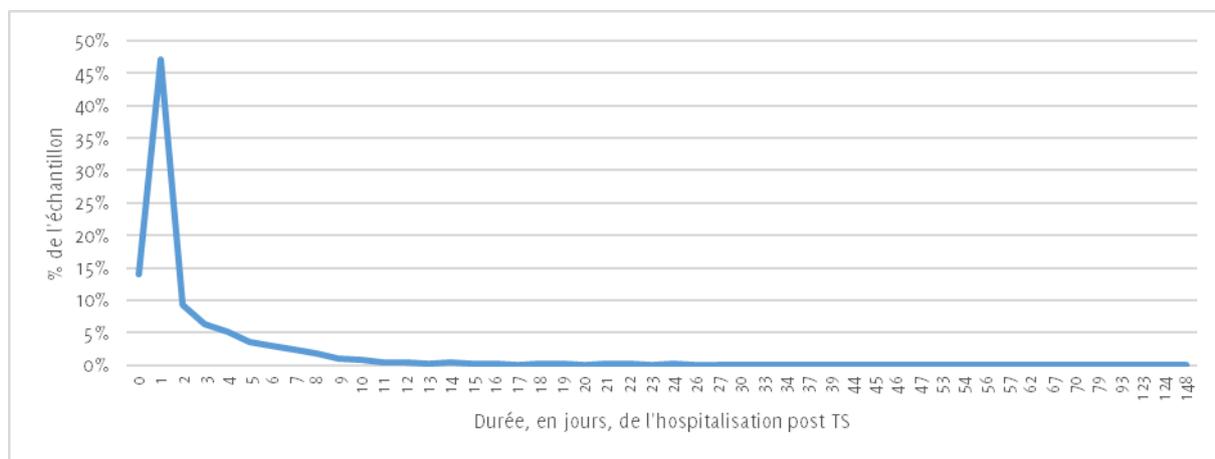
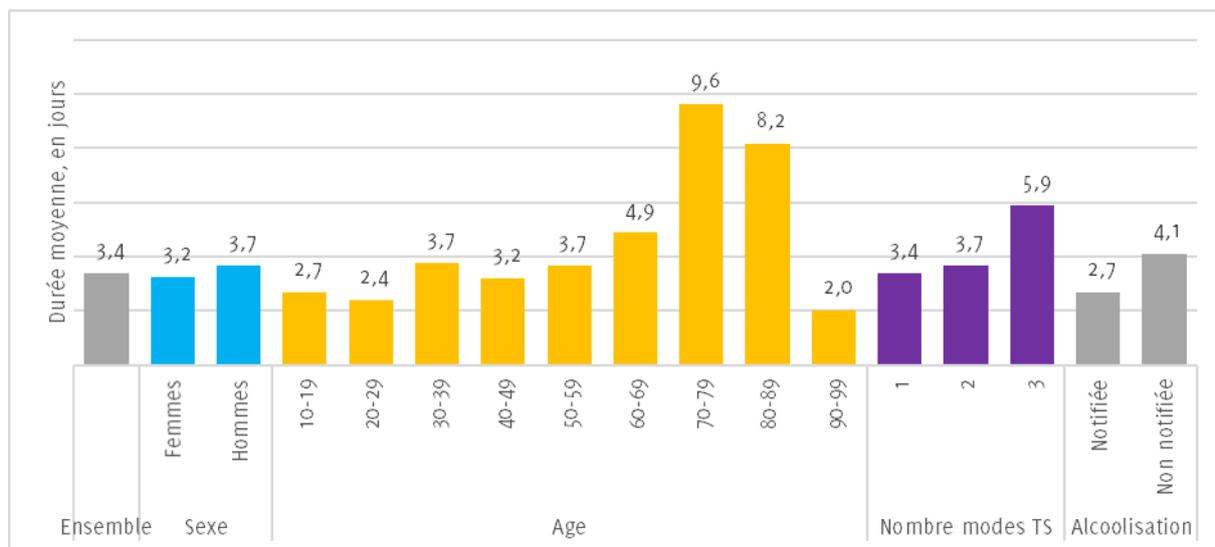


Figure 4. Durée moyenne de séjour après TS selon le sexe, l'âge et le nombre de modes employés⁷ (N=2038 - VM=1).



Les hommes, qui emploient des modes de suicide plus violents que les femmes, connaissent des durées de séjour après TS légèrement plus longues (3,7 jours vs 3,2) ; on note une hausse des durées de séjour avec l'avancée en âge, jusqu'à 70-79 ans, ainsi qu'avec le nombre de modes de suicide employés. L'alcoolisation au moment de la TS, quant à elle, semble être un facteur lié à une faible gravité du geste (Figure 4).

Personnes incluses

1983 personnes distinctes ont été incluses dans le programme en 2015.

Les âges sont compris entre 11 et 90 ans ; l'âge médian (38 ans) est proche de l'âge moyen (38,5 ans) ; ce dernier diffère peu selon le genre (38,3 ans pour les femmes, 38,7 pour les hommes).

⁷ Certaines personnes ont utilisé plusieurs moyens pour leur tentative (intoxication volontaire et phlébotomie, par exemple)

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, quelle que soit la classe d'âge considérée (Figure 6) ; on note, chez elles, un pic particulièrement marqué à l'âge de 17 ans (Figure 5), mais ce sont les quadragénaires les plus nombreuses.

Les hommes les plus nombreux sont également les quadragénaires ; leur effectif diminue ensuite régulièrement avec l'avancée en âge.

Figure 5. Distribution par âge (à la 1^{re} inclusion) et sexe des personnes incluses dans Vigilans. N=1983.

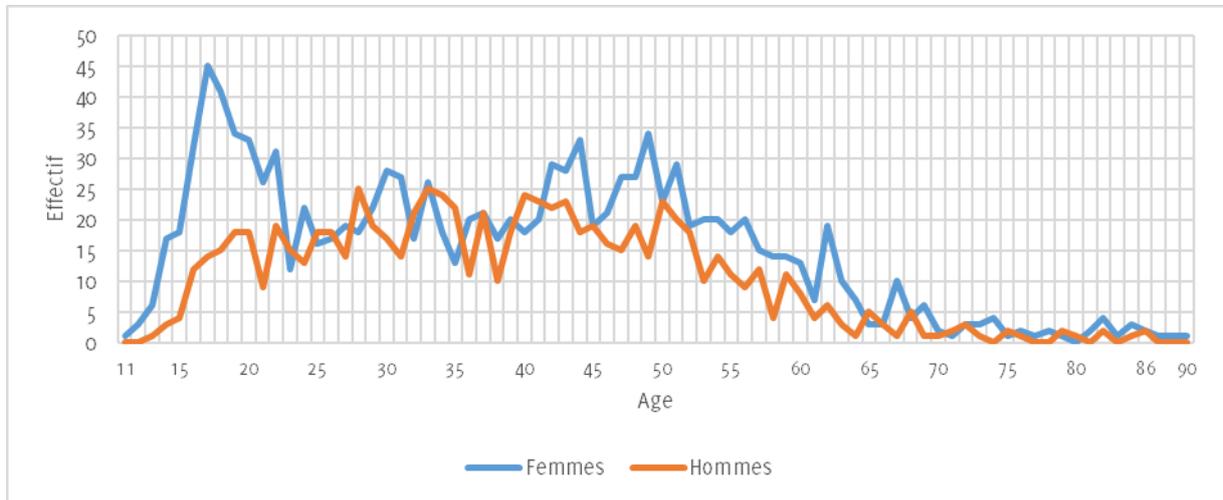
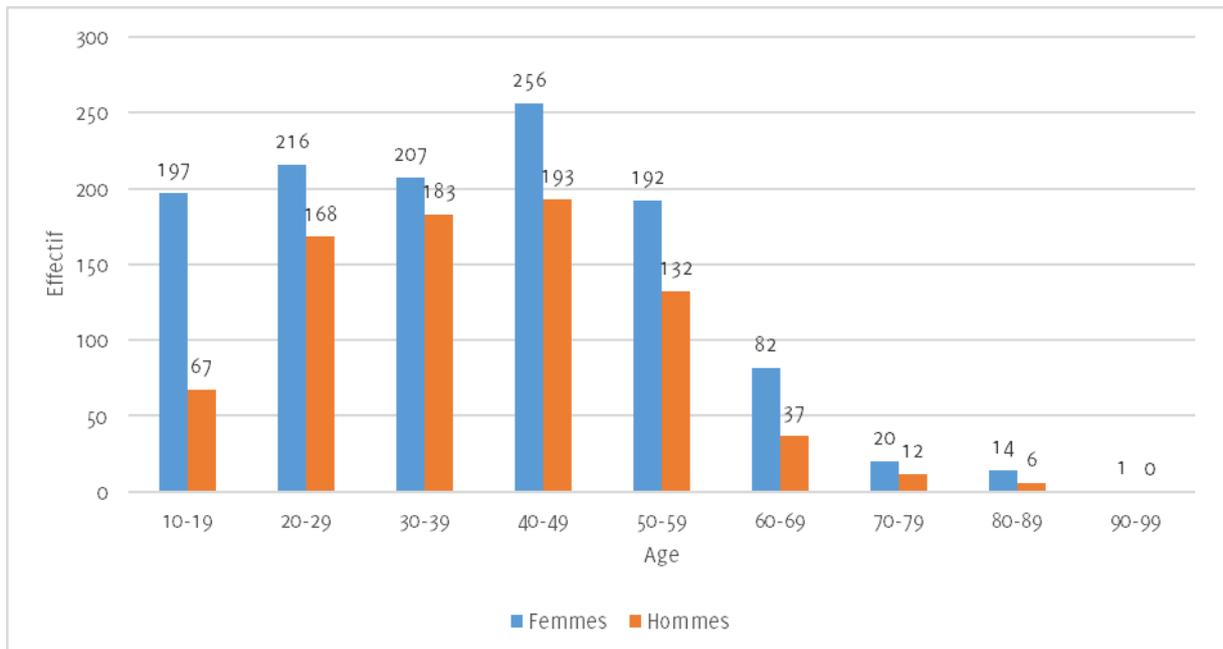


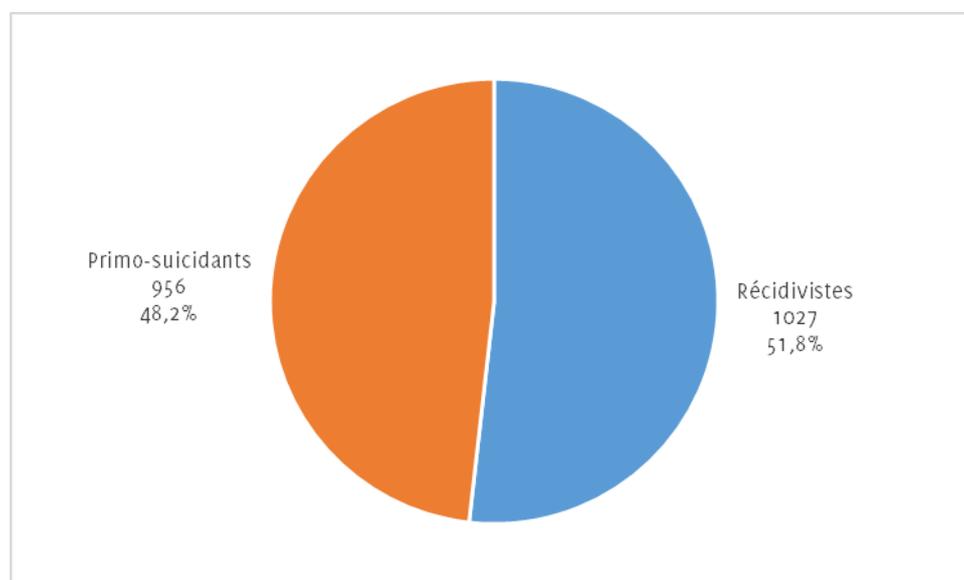
Figure 6. Distribution par classe d'âge (à la 1^{re} inclusion) et sexe des personnes incluses dans Vigilans. N=1983.



Antécédents suicidaires

Interrogés sur leurs antécédents suicidaires, un peu plus de la moitié des entrants dans le programme ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider antérieurement (cf. Figure 7).

Figure 7. Distribution des bénéficiaires du programme de recontact selon leurs antécédents suicidaires



Activité de recontact téléphonique

L'équipe opérationnelle dédiée à Vigilans saisit l'ensemble de l'activité téléphonique et postale reliée au programme. Il s'agit notamment d'appels téléphoniques, entrants ou sortants, qui concernent le bénéficiaire, l'entourage ou les professionnels de santé engagés dans le suivi de la TS.

8274 appels ont été enregistrés à propos des 1983 personnes distinctes incluses en 2015, soit 4,2 pour chacune d'entre elles. 2250 (27,2%) ont abouti et 6024 (72,8%) non.

Appels aux bénéficiaires à J10-J21

Le programme de recontact Vigilans prévoit un rappel téléphonique de la part de l'équipe opérationnelle du CHRU entre le 10^e et le 21^e jour après la sortie des urgences ou de l'hospitalisation des personnes connues pour avoir déjà fait une TS avant leur inclusion dans Vigilans (récidivistes).

Tableau 5. Appels entre le 10^e et le 21^e jour après la sortie des urgences ou d'hospitalisation. Nombre d'appels et de personnes distinctes.

Aboutissement de l'appel	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Appels	717	20,7%	2744	79,3%	3461	100,0%
Personnes	696	74,2%	242	25,8%	938	100,0%

938 personnes distinctes ont fait l'objet d'un rappel à J10-J21, dont environ trois quarts (696) ont pu effectivement être contactées.

Concernant l'activité téléphonique, on note le fort taux d'échec dans la tentative de joindre le bénéficiaire (environ 4 appels sur 5 n'aboutissent pas), ce qui nécessite de nouvelles tentatives. En moyenne, chaque personne rappelée à J10-J21 fait l'objet de 3,69 appels.

Appels aux bénéficiaires à 6 mois

Le programme de recontact Vigilans prévoit un rappel téléphonique, de la part de l'équipe opérationnelle du CHRU, 6 mois après la sortie des urgences ou de l'hospitalisation, de l'ensemble des bénéficiaires non décédés.

Tableau 6. Appels 6 mois après la sortie des urgences ou d'hospitalisation. Nombre d'appels et de personnes distinctes.

Aboutissement de l'appel	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Appels	282	11,0%	2274	89,0%	2556	100,0%
Personnes	282	27,9%	727	72,1%	1009	100,0%

1009 personnes ont été rappelées à 6 mois, soit la moitié des personnes incluses. 282 ont pu être effectivement jointes et 727 n'ont pu l'être.

Concernant l'activité téléphonique 6 mois après l'inclusion dans le programme, près de 9 appels sur 10 n'aboutissent pas, ce qui nécessite de nouvelles tentatives pour joindre le bénéficiaire. En moyenne, chaque personne ayant fait l'objet de la procédure de rappel à 6 mois donne lieu à 2,09 appels.

Appels à des tiers

L'équipe opérationnelle du CHRU a également tenté de joindre des professionnels, à 820 occasions ; 57,3% de ces appels ont abouti. Ils concernaient 300 bénéficiaires distincts, dont 240 pour lesquels l'échange téléphonique a pu avoir lieu et 60 pour lesquels il n'a pas abouti.

503 appels téléphoniques à l'entourage, dont 185 aboutis, ont été enregistrés. 143 bénéficiaires distincts ont été à l'origine des appels aboutis, alors que 271 bénéficiaires ont donné lieu à des appels non aboutis.

Appels entrants

Les bénéficiaires se voient remettre une carte, à leur sortie des urgences ou de l'hospitalisation après leur geste suicidaire, sur laquelle figure un numéro d'appel gratuit dédié.

260 appels téléphoniques ont été reçus par l'équipe, de la part de 160 bénéficiaires distincts (soit 8,1% des personnes incluses dans le programme). 47 ont appelé plusieurs fois (le nombre maximal étant de 11).

Récidive suicidaire

Comme précisé dans le chapitre méthodologique (p 4), l'analyse de récurrence a porté sur les patients Vigilans à partir des informations recueillies dans le cadre du programme de veille, d'une part, et sur les patients ayant connu un séjour en MCO avec diagnostic de TS enregistré dans le PMSI, d'autre part. L'événement étudié est la nouvelle entrée avec un diagnostic de tentative de suicide⁸.

⁸ Non connus, les gestes suicidaires sans recours hospitalier ne sont donc pas pris en compte.

La récédive mesurée chez les patients entrés dans Vigilans [C]

Temps	Population suicidants	
	Avant Vigilans	Après Vigilans
Source des données	PMSI	PMSI Vigilans
Nord - Pas-de-Calais	A	B C
Picardie	D	E

Probabilité globale

52 récédives ont été enregistrées chez des patients inclus en 2015, dont 50 dans les 10 mois ayant suivi l'inclusion dans Vigilans.

La probabilité de récédive à 6 mois est de :

- 7,3% (intervalle de confiance, IC, à 95% : 4,4%-8,5%) parmi les patients pour lesquels une nouvelle information a été obtenue ;
- 2,2% (IC95% 1,5%-2,8%) parmi l'ensemble des patients entrés dans Vigilans en 2015.

Figure 8. Récédive suicidaire des patients Vigilans selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation parmi les patients pour lesquels une nouvelle information a été obtenue. N=993.

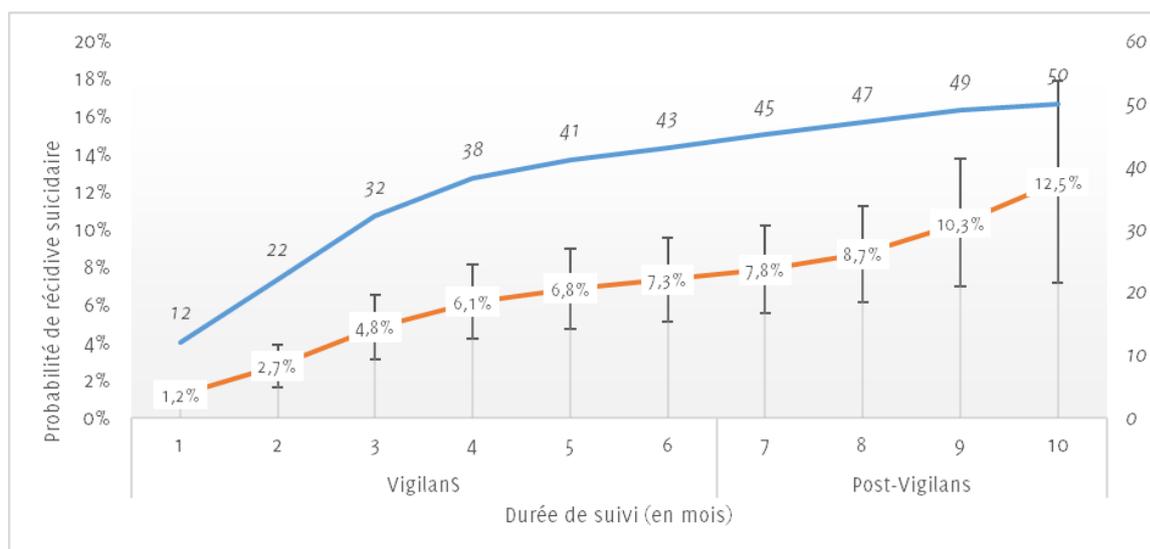
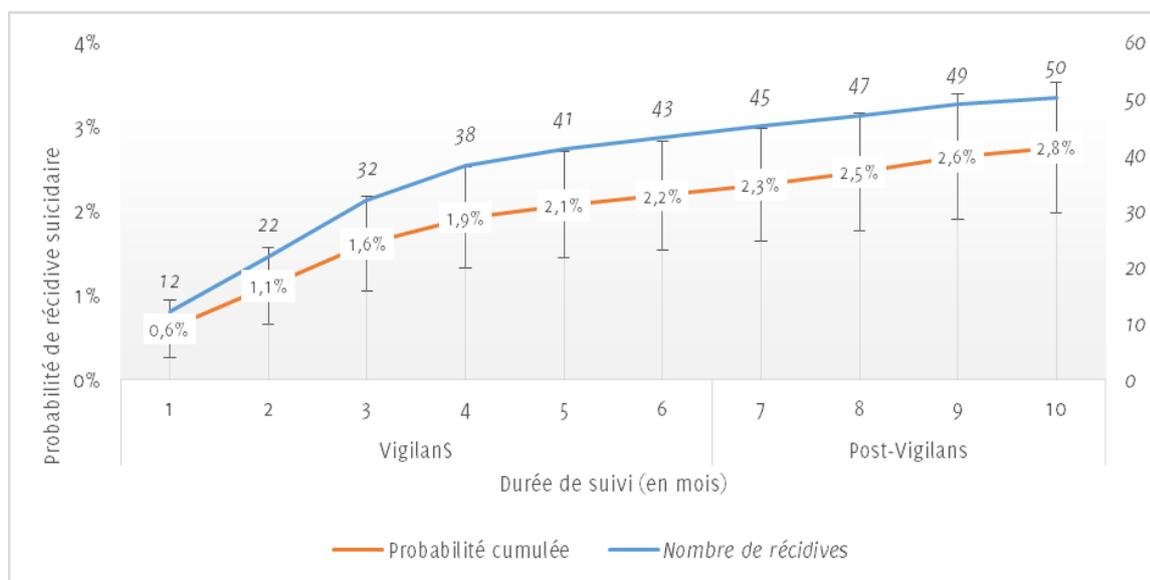


Figure 9. Récidive suicidaire selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation parmi l'ensemble des patients entrés dans Vigilans. N=1982.



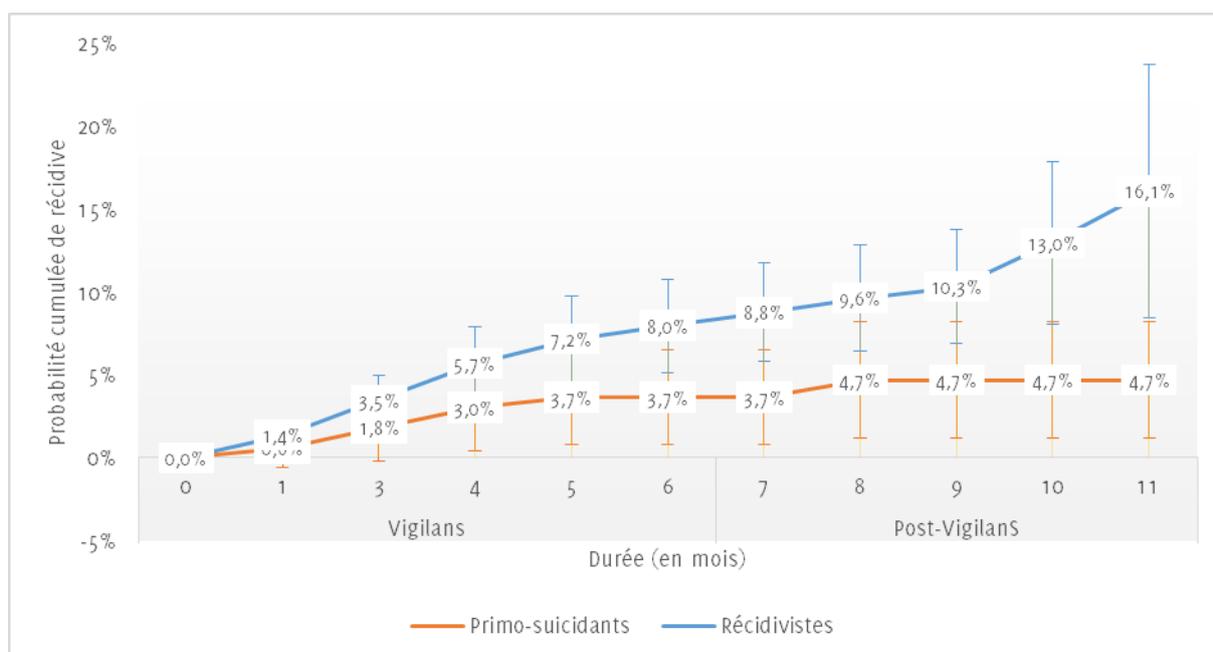
Analyses bivariées

Les analyses bivariées sont faites sur les personnes pour lesquelles une nouvelle information a été obtenue au décours du suivi.

- Antécédents suicidaires

Avoir déjà fait une TS ou plus avant l'entrée dans le programme de recontact augmente la probabilité de récurrence à 6 mois (8,0% vs 3,7% - $p < 0,001$). Ce surrisque s'exprime dès les premières semaines (cf. Figure 10).

Figure 10. Récidive suicidaire selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation et les antécédents de TS (primo versus récidivistes). N=993.



▪ Sexe

26 femmes et 16 hommes connaissent une récurrence suicidaire dans les 6 mois suivant leur entrée dans le programme de recontact. A 6 mois, la probabilité cumulée de récurrence des hommes (7,5%) n'est pas significativement différente de celle des femmes (7,1% ; p du test de log-rank = 0,709).

▪ Age

La probabilité cumulée de récurrence à 6 mois s'élève à

- 10,9% ($\pm 3,1\%$) pour les 11-25 ans
- 2,6% ($\pm 1,5\%$) pour les 26-38 ans
- 8,4% ($\pm 2,1\%$) pour les 39-49 ans
- 7,1% ($\pm 2,1\%$) pour les 50 ans ou plus (p du test de log-rank = 0,018).

Les plus jeunes présentent donc la probabilité la plus élevée de récurrence suicidaire à 6 mois.

La récurrence mesurée à partir des bases du PMSI

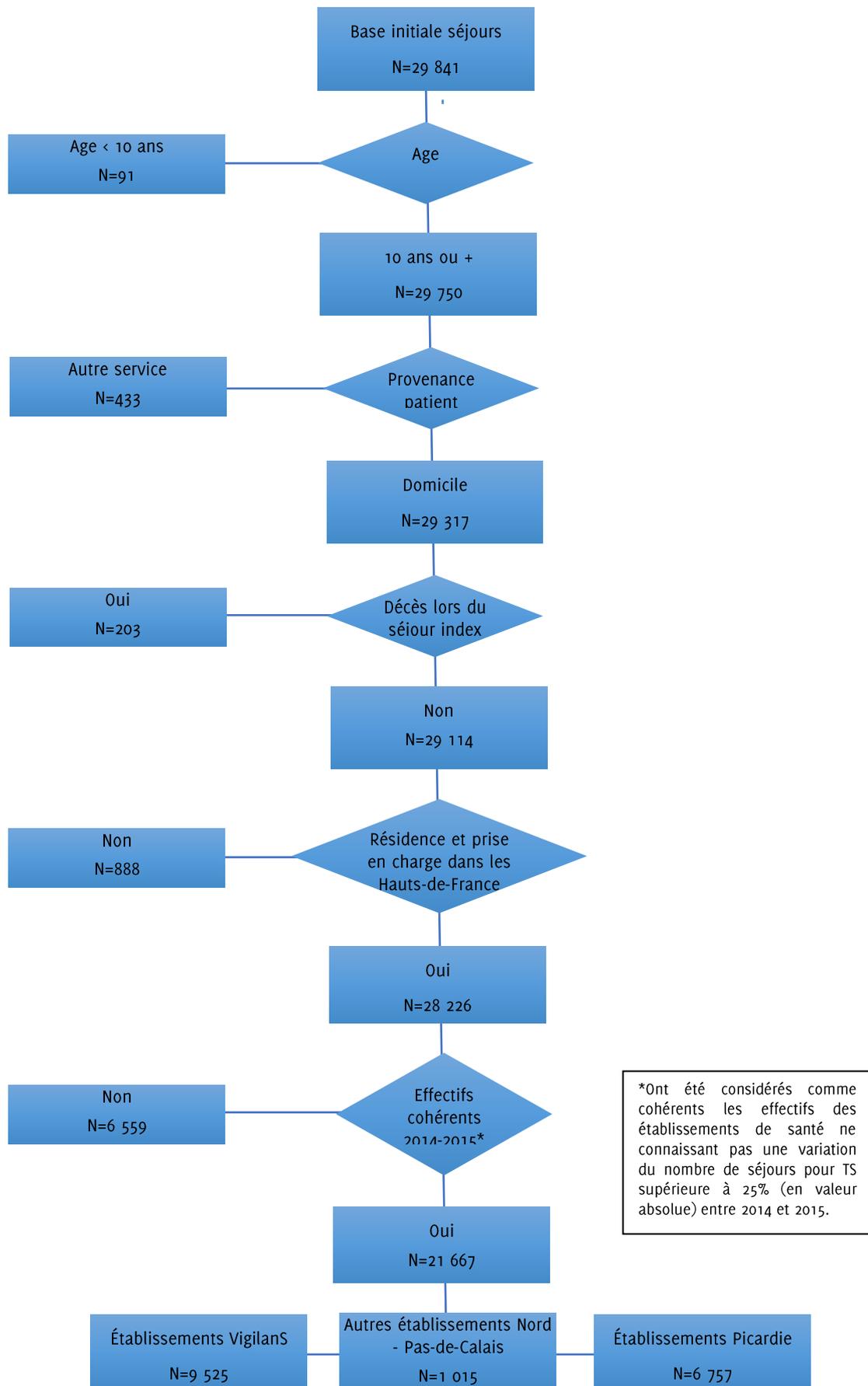
Les bases du PMSI décrivent les séjours hospitaliers ; parmi les informations saisies, un identifiant anonyme unique permet d'établir si le patient a déjà été décrit ; le 2^e séjour avec un diagnostic associé de TS d'un même patient est défini comme une récurrence suicidaire. Un même patient n'est considéré qu'une fois à partir de la 1^{re} hospitalisation pour TS durant la période 2014-2015. Pour les patients ne décédant pas au cours de leur 1^{er} séjour hospitalier durant la période d'étude (soit 99,3% d'entre eux), la durée d'observation est définie comme le nombre de jours entre 1^{er} et 2^e séjour pour TS, pour ceux qui connaissent un 2^e séjour pour ce motif, ou comme le nombre de jours entre le 1^{er} séjour et le 31/12/2015 pour les autres.

Alors que la 1^{re} méthode (cf. p 14) est basée sur les seuls patients entrés dans Vigilans en 2015, la méthode utilisant l'ensemble des patients dans le PMSI avec un diagnostic de TS comprend des personnes n'étant pas entrés dans le dispositif de veille, et ce, même après son démarrage dans l'établissement.

Procédure de sélection des séjours dans les bases

Seuls les séjours avec diagnostic associé de TS des patients de 10 ans et plus, domiciliés et pris en charge dans les Hauts-de-France en 2014 et 2015, dans des établissements ne connaissant pas d'évolution suspecte du nombre de séjours pour ce motif entre les 2 années d'étude ont été sélectionnés (Les effectifs successifs sont présentés dans la Figure 11).

Figure 11. Algorithme de sélection des séjours hospitaliers avec diagnostic associé de suicide pour l'étude de la récurrence suicidaire

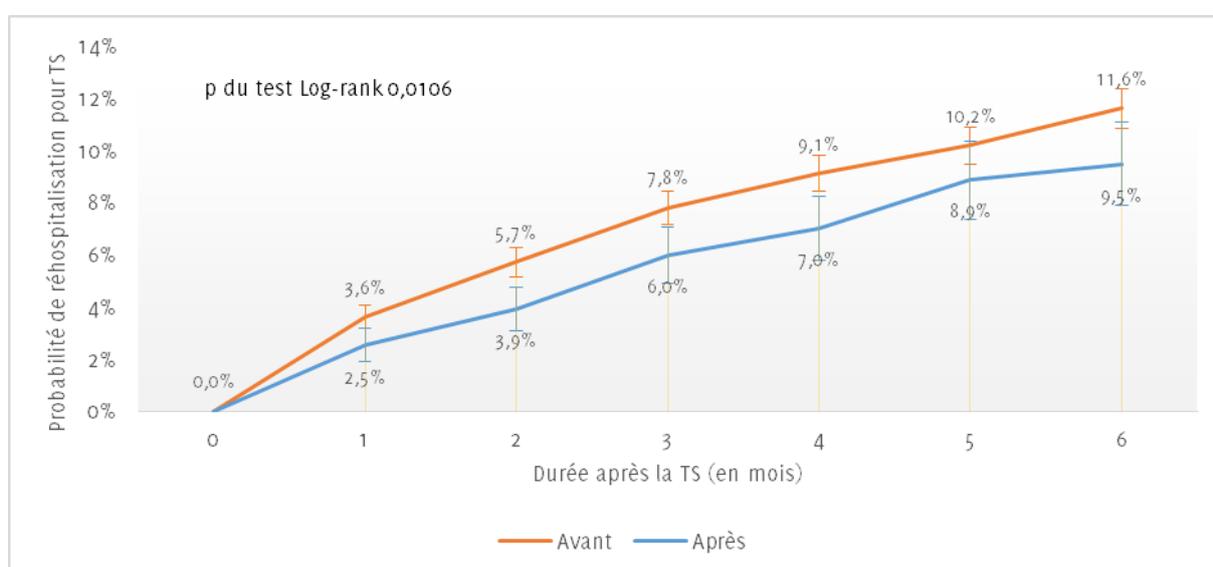


Avant le programme Vigilans [A vs B]

Temps	Population suicidants		
	Avant Vigilans	Après Vigilans	
Source des données	PMSI	PMSI	Vigilans
Nord - Pas-de-Calais	A	B	C
Picardie	D	E	

Établissements Vigilans avant/après ouverture du programme de veille

Figure 12. Probabilités comparées de nouveau séjour pour tentative de suicide des patients hospitalisés dans les établissements Vigilans avant et après la mise en œuvre du programme. Source : PMSI-MCO.

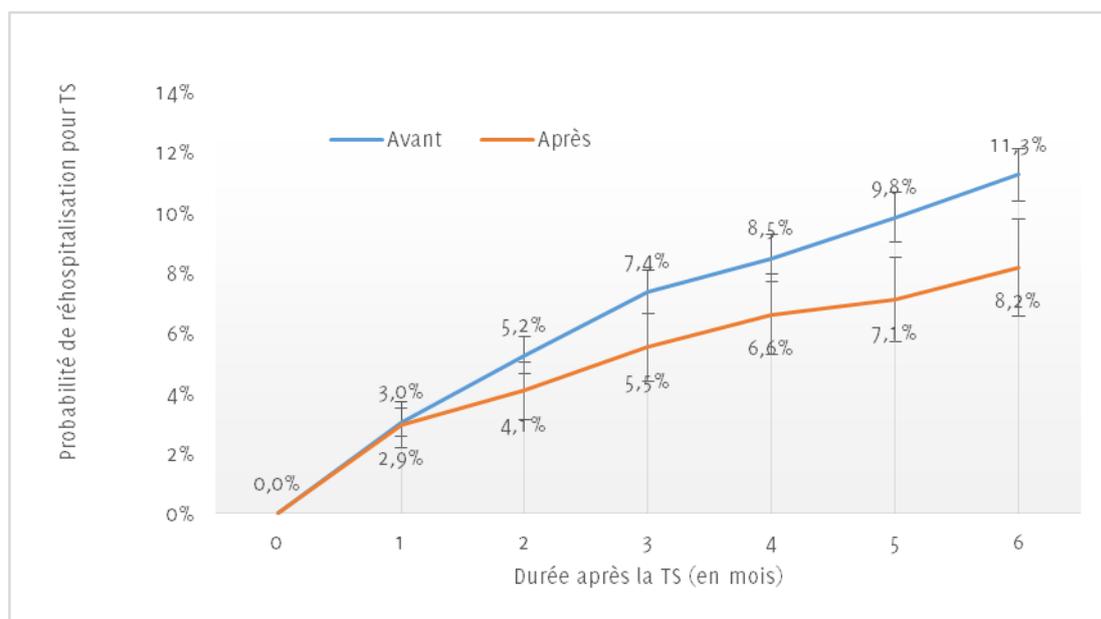


Dès le 1^{er} mois après la TS, la probabilité d'une nouvelle hospitalisation pour TS après la mise en œuvre du programme de veille est inférieure à ce qu'elle était avant (2,5% vs 3,6%) ; elle reste inférieure durant tout le semestre suivant la TS. 6 mois après la TS, les patients suivis dans Vigilans ont une probabilité d'avoir connu un nouveau séjour pour TS de 2,1% inférieure à celle que connaissaient les patients des mêmes établissements avant la mise en œuvre du programme (-18% en valeur relative).

Établissements picards avant/après ouverture du programme de veille [D vs E]

Temps	Population suicidants		
	Avant Vigilans	Après Vigilans	
Source des données	PMSI	PMSI	Vigilans
Nord - Pas-de-Calais	A	B	C
Picardie	D	E	

Figure 13. Probabilités comparées de nouveau séjour pour tentative de suicide des patients hospitalisés dans les établissements picards avant et après le 31 mai 2015. Source : PMSI-MCO.



La probabilité de récurrence suicidaire des patients hospitalisés pour TS dans les services MCO de Picardie baisse significativement après le 31 mai 2015 par rapport à la même probabilité durant période du 1^{er} janvier 2014 au 31 mai 2015.

▪ Patients inclus dans Vigilans et patients de Picardie [C vs E]

Temps	Population suicidants		
	Avant Vigilans	Après Vigilans	
Source des données	PMSI	PMSI	Vigilans
Nord - Pas-de-Calais	A	B	C
Picardie	D	E	

Une base a été constituée avec les patients :

- suivis dans Vigilans (N=1983 cas) ;
- hospitalisés en MCO avec diagnostic de TS à partir du 1^{er} juin 2015⁹ dans les établissements picards stables¹⁰ (N=1905 témoins).

Afin de rendre comparables les 2 groupes, l'ensemble des séjours ont été datés du 15 du mois (la base PMSI transmise ne contenant en effet que le mois et l'année du séjour, pour des raisons de secret). Tous les séjours enregistrés en novembre 2015 ont par exemple été datés 15/11/2015¹¹.

6 mois après le 1^{er} séjour pour TS, la probabilité de nouveau séjour pour TS (récidive), calculée à partir des dates décrites plus haut est de :

- 4,1% chez les patients Vigilans (cas) ;
- 6,8% chez les patients picards (témoins).

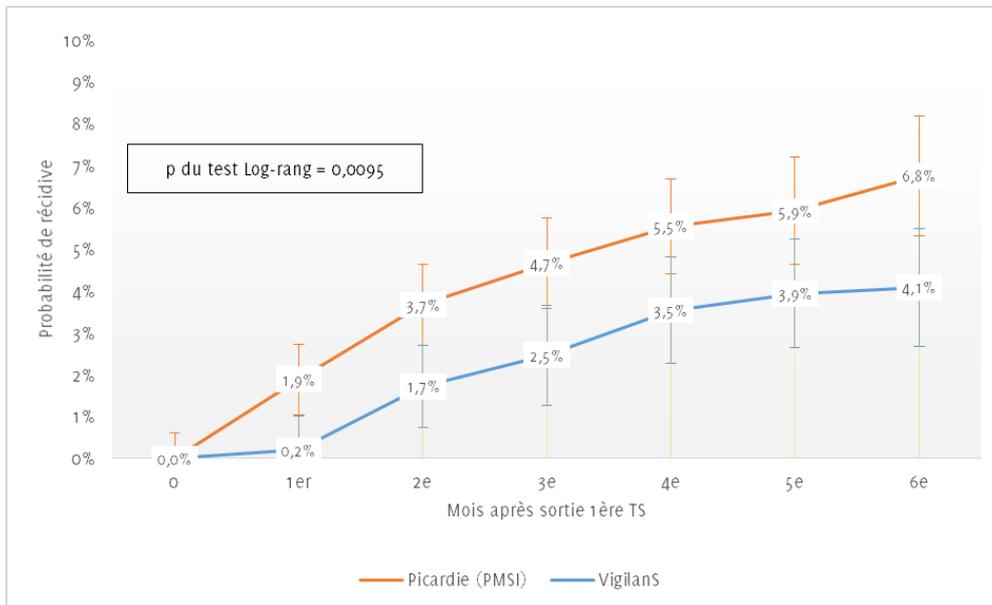
⁹ Date médiane d'ouverture des services Vigilans dans le Nord - Pas-de-Calais.

¹⁰ Établissements où les variations d'effectifs de séjours pour TS ont été inférieures à 25% entre 2014 et 2015 (au-delà de ce seuil, la fiabilité du codage a été considérée comme incertaine).

¹¹ Les probabilités de récurrence calculées avec cette méthode diffèrent donc légèrement de celles calculées avec les dates précises.

Les intervalles de confiance n'ont pas d'intersection 1 et 2 mois après le 1^{er} séjour pour TS, alors qu'ils se chevauchent ensuite. C'est donc dans les 2 premiers mois que le bénéfice semble le plus probant.

Figure 14. Probabilités comparées de nouveau séjour pour tentative de suicide des patients suivis dans Vigilans et de patients hospitalisés dans les établissements picards (durant le 2nd semestre 2015). Sources : Vigilans et PMSI-MCO.



- Régression de Cox sur la récurrence

Après avoir procédé à une analyse comparative des 2 populations cas et témoins (cf. annexe, p 26), la probabilité de récurrence a fait l'objet d'une modélisation de Cox sur la récurrence suicidaire (nouvelle hospitalisation avec diagnostic de TS), ajustée sur 4 variables documentées à la fois dans Vigilans et le PMSI :

- groupe (Vigilans, PMSI Picardie)
- sexe
- classe d'âge (6 modalités)
- durée d'hospitalisation après TS (0, 1, 2-4, 5 jours et plus)

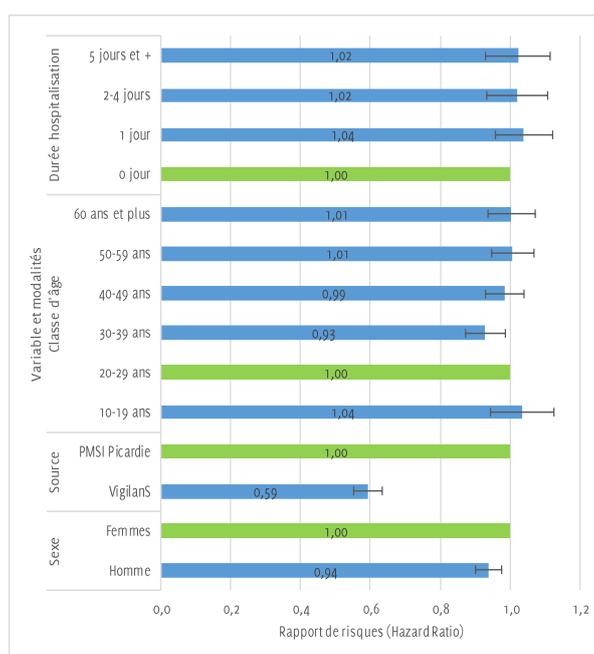
Tout comme précédemment, dans le PMSI, seuls les patients hospitalisés durant le second semestre 2015 dans des établissements picards aux effectifs stables d'une année à l'autre (moins de 25% de variation annuelle) ont été pris en compte.

Tableau 7. Récidive suicidaire : rapports de risques (régression de Cox)

Variable	Modalité	Rapport de risques (hazard ratio, HR)	Erreur type	Khi-2	Pr > Khi-2
Sexe	Hommes	0,94	0,037	2,8021	0,094
	Femmes	1 (réf.)			
Source	VigilanS	0,59	0,041	164,3504	<,001
	PMSI Picardie	1 (réf.)			
Classe d'âge	10-19 ans	1,04	0,090	0,1505	0,698
	20-29 ans	1 (réf.)			
	30-39 ans	0,93	0,058	1,5445	0,214
	40-49 ans	0,99	0,055	0,063	0,802
	50-59 ans	1,01	0,059	0,0187	0,891
	60 ans et plus	1,01	0,066	0,006	0,938
Durée hospitalisation	0 jour	1 (réf.)			
	1 jour	1,04	0,08276	0,2251	0,635
	2-4 jours	1,02	0,08903	0,0525	0,819
	5 jours et +	1,02	0,09278	0,0635	0,801

Parmi les variables introduites dans le modèle, le sexe, l'âge et la durée d'hospitalisation après TS n'introduisent pas de rapport de risques significativement distinct de 1 ($p < 0,05$) ; les cas sont significativement protégés de la récurrence par rapport aux témoins $HR=0,59$ ($p < 0,01$). En d'autres termes, les personnes ayant été prises en charge après leur TS dans un établissement picard présentent un risque de récurrence suicidaire 1,7 fois plus élevé que les personnes suivies dans Vigilans.

Figure 15. Analyse multivariée de la récurrence suicidaire (modèle de Cox, ajusté par sexe, âge, source et durée d'hospitalisation)

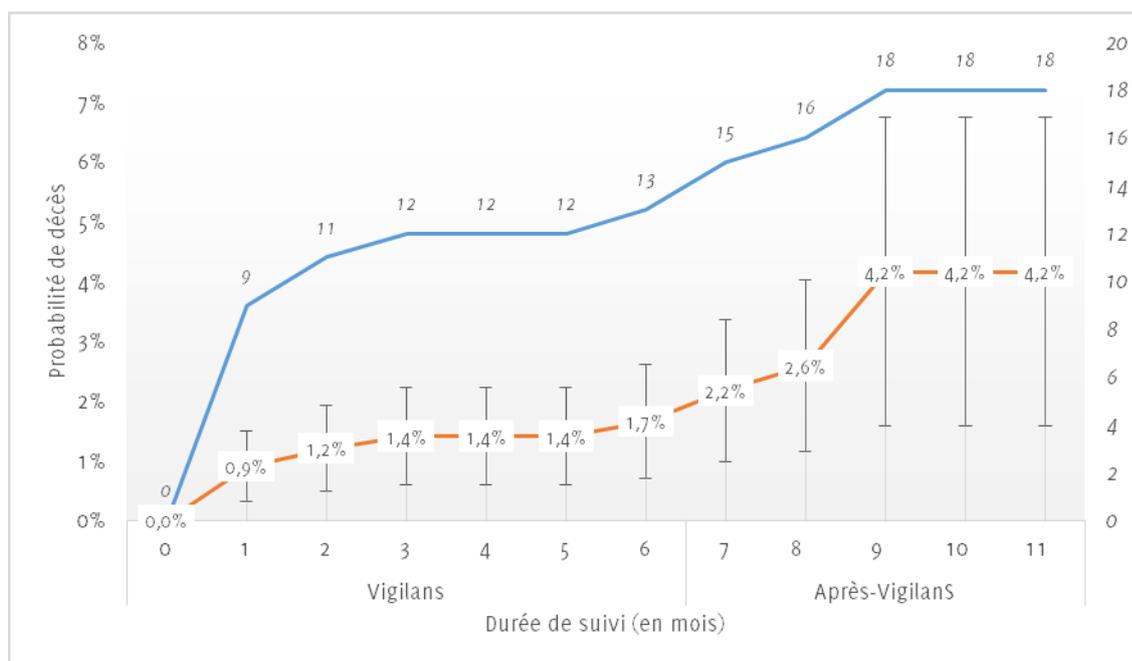


Mortalité

L'analyse de récurrence (méthode de Kaplan Meier a été menée sur les 1000 bénéficiaires¹² non perdus de vue (soit 50,4%).

13 décès sont enregistrés dans les 6 mois suivant la sortie des urgences ou d'hospitalisation soit une probabilité cumulée de décès de 1,7% (IC 95% : 0,7%-2,6%).

Figure 16. Décès après inclusion selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation. N=1000¹³.



18 décès de bénéficiaires inclus en 2015 ont été documentés par l'équipe opérationnelle du CHRU, qui en a été informée par remontée spontanée, de l'entourage ou de professionnels. 14 étaient des suicides (dont 8 par pendaison), 3 avaient une cause naturelle et 1 une cause inconnue.

Influence des variables.

Les antécédents de TS n'introduisent pas de différence significative (0,3686) dans la probabilité de décès.

Discussion

Cette étude évaluative interventionnelle a porté sur le processus de recontact de personnes suicidantes, la pénétration du programme (estimée par le rapport entre le nombre d'entrées et le nombre de séjours hospitaliers en service de MCO avec diagnostic de suicide) et son efficacité, jugée sur la récurrence suicidaire et la mortalité durant les 6 mois de la veille organisée dans le cadre du programme.

Elle s'est appuyée sur un recueil de données opéré par l'équipe opérationnelle du CHRU de Lille, à partir des données transmises par les services hospitaliers ayant procédé à l'orientation dans le programme, et les données recueillies en cours de suivi (à l'occasion des entretiens téléphoniques organisés) ou transmises spontanément par des tiers (médecin, famille...) pour les patients entrés

¹² Sur les raisons des écarts entre effectifs connus pour la récurrence suicidaire et les décès, voir algorithmes de calculs de durée pp 15 et 16.

¹³ Effectif des patients pour lesquels un 2^e contact a eu lieu (cf. algorithme, p 27).

dans le programme en 2015, année de montée en charge dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais, principales portes d'entrée des patients dans la veille.

Limites méthodologiques

Récidive et mortalité suicidaire émanaient d'informations recueillies lors des entretiens téléphoniques avec les patients ou de remontées spontanées (information transmise par un service hospitalier, d'urgence ou de psychiatrie, médecin traitant, patient, famille ...). De fait, nous avons vu que bon nombre de patients n'ont pu être recontactés et qu'aucune information sur leur devenir à 6 mois n'a été obtenue.

Deux hypothèses peuvent donc être formulées selon le mode de calcul des probabilités :

- les probabilités de récurrence et de décès calculées sur l'ensemble des patients entrés dans Vigilans sont sans doute inférieures aux probabilités totales (dans ces premiers calculs, on fait l'hypothèse que les perdus de vue n'ont pas récidivé et ne sont pas décédés).

- calculées sur les seuls patients pour lesquels une information a pu être obtenue au décours de la période de veille, ces mêmes probabilités sont sans doute supérieures aux probabilités réelles (les perdus de vue étant, par hypothèse, plus nombreux à ne pas avoir connu de récurrence ou de décès que les patients retrouvés (certains l'étant précisément à l'occasion d'une nouvelle TS).

Les données descriptives des patients pris en charge en service de MCO sont des données limitées (âge, sexe, mode de suicide et durée de séjour) ; par rapport à la population-cas, la population-témoin (PMSI) est plus fréquemment plus jeune (moins de 20 ans) ou plus âgée (60 ans et plus), hospitalisée moins longtemps en moyenne, et composée d'une proportion plus élevée d'hommes.

Évaluation du processus

Le taux d'inclusion dans Vigilans (rapport du nombre estimé d'entrées dans le dispositif en année pleine au nombre de séjours en MCO avec diagnostic de TS) s'élève à 39% en moyenne, ce qui justifie de resensibiliser les équipes de psychiatrie intervenant aux urgences, à l'origine des entrées dans le programme, afin que ces dernières soient plus systématiques. L'équipe opérationnelle parle de « soins courants » pour décrire la veille opérée ; dans les contacts pris avec les équipes, nous avons pu constater que certaines d'entre elles pensaient Vigilans comme un dispositif de recherche [1]. Il faudrait sans doute insister auprès des équipes sur la perte de chance pour les patients non orientés vers le dispositif de recontact.

Bon nombre d'entretiens à 6 mois n'ayant pu avoir lieu, une moitié des patients environ ont été perdus de vue, ce qui élargit les intervalles de confiance des probabilités de récurrence et de décès des patients entrés dans le programme en 2015.

Le faible taux d'aboutissement des appels téléphoniques (de nombreux patients appelés dans ce but ne sont finalement pas recontactés) trouve son origine dans les nouvelles pratiques téléphoniques : changement de numéro, non réponse à des numéros inconnus (non entrés dans le répertoire).

Évaluation des résultats

Les différentes analyses comparatives mises en œuvre (avant/après implantation du programme et cas/témoin) aboutissent aux conclusions suivantes.

- Morbidité (récurrence) suicidaire

En utilisant les données PMSI :

- la récurrence suicidaire est plus faible dans les établissements Vigilans après le début du programme qu'avant, mais la différence n'est plus probante après 4 mois (les intervalles de confiance pour les 5^e et 6^e mois se superposent)

- la récurrence suicidaire est également plus faible dans les établissements picards (témoins) durant le 2nd semestre 2015 par rapport au 1^{er} (périodes correspondant, dans le Nord - Pas-de-Calais, à l'avant et l'après implantation du programme)

En comparant les données PMSI et Vigilans :

- les courbes de récurrence (méthode de Kaplan-Meier) sont plus élevées chez les patients témoins que chez les patients Vigilans, mais les intervalles de confiance des probabilités se superposent à partir du 3^e mois suivant le geste suicidaire ;
- un modèle de régression de Cox ajusté par âge, sexe, durée d'hospitalisation et groupe (cas ou témoin) permet de confirmer le rôle protecteur du programme (HR=0,59 – p<0,001).

- Mortalité suicidaire

La probabilité cumulée de décès des patients Vigilans s'établit à 1,7% 6 mois après leur épisode hospitalier (urgences ou séjour). Vuagnat, dans une cohorte de 168 071 patients inclus après leur hospitalisation pour TS, retrouve 4 910 décès un an après (2,9%), dont 1 754 suicides (1,0%) [6], taux plus faible que la probabilité à 6 mois des patients Vigilans. Cependant, les méthodes de calcul sont différentes dans son étude et dans la nôtre.

Les informations sur les décès émanant de remontées spontanées, l'exhaustivité du nombre de décès n'est pas établie et les calculs de probabilité de survie n'ont pu être opérés que sur une partie de la population incluse (50,4%).

Ces résultats sont cohérents avec les résultats de 2 méta-analyses publiées simultanément sur les résultats de programmes de recontact de patients suicidants [7,8] : toutes les études analysées font état de niveaux plus faibles de récurrence suicidaire¹⁴, du nombre de récurrences suicidaires et de mortalité suicidaire chez des patients suivis/recontactés après TS par rapport à des patients témoins, mais seul le nombre de récurrences baissait significativement :

- IRR=0,66 et IC95% : 0,54-0,80 dans la méta-analyse de Milner et al. portant sur 3 études et 3549 patients [7] ;

- RR=0,83 et IC95% : 0,71-0,97 dans la méta-analyse de Inagaki et al. portant sur 9 études et 5319 patients [8].

Conclusion

Cette 1^{re} évaluation du processus et des résultats du programme de recontact des suicidants Vigilans dans le Nord et le Pas-de-Calais apporte des informations préliminaires, obtenues en 2015, année d'augmentation du nombre de services à l'origine des entrées dans le programme, d'une part, des moyens affectés à la gestion et au recontact des personnes au sein de l'équipe dédiée au CHRU de Lille, d'autre part.

Les analyses portant sur 2016 permettront d'apprécier l'évolution du nombre d'entrées dans le programme, de suivis complets (avec rappel à 6 mois), des niveaux de récurrence et de mortalité suicidaire des patients bénéficiaires de Vigilans.

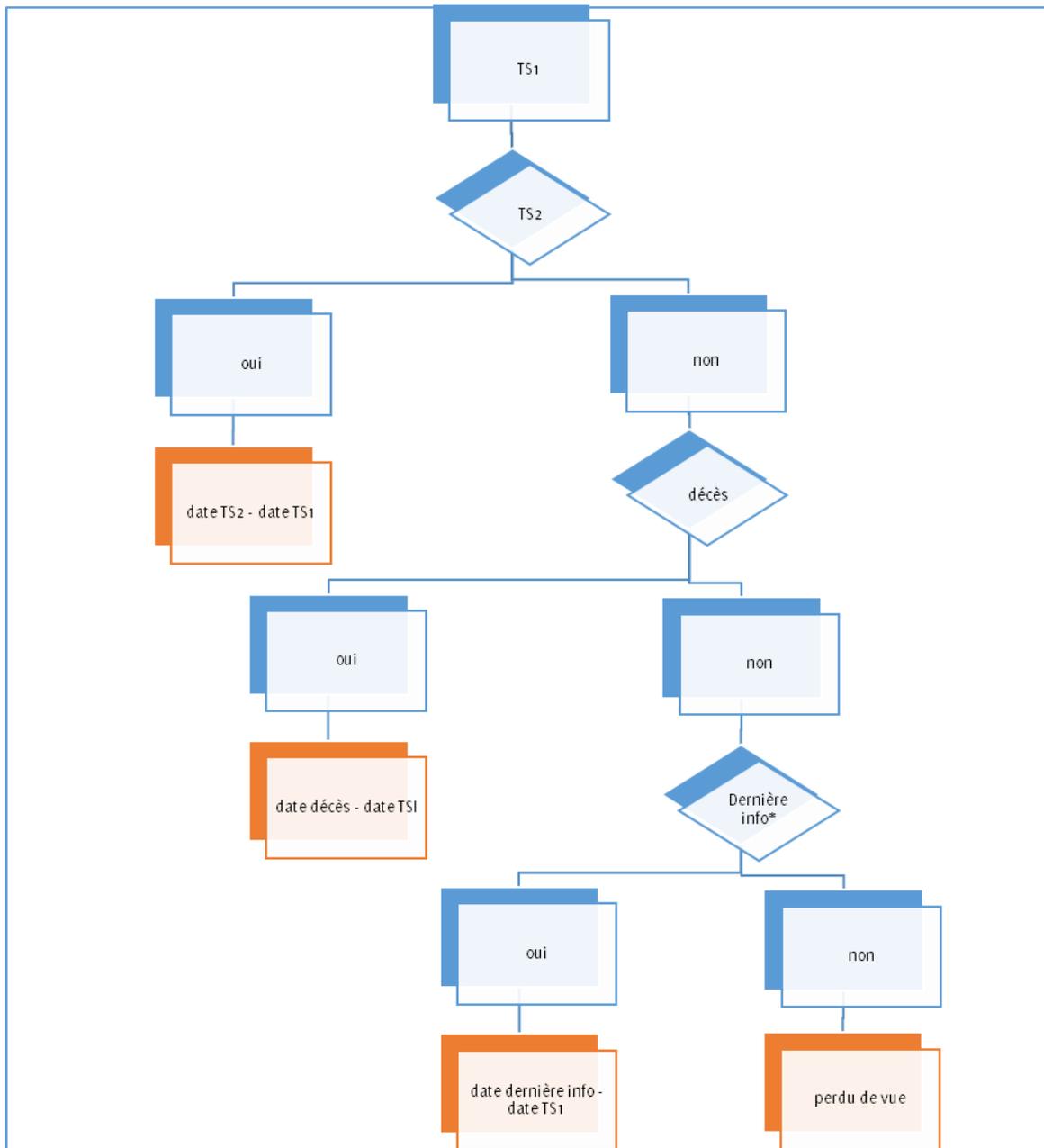
¹⁴ Le niveau de récurrence suicidaire est la part des patients réitérant au moins une fois leur geste durant la période d'étude.

Références bibliographiques

- [1] Guétière G, Plancke L, Dehem M, Danel T. La prise en charge des personnes suicidantes dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais. Lille: F2RSM; 2016.
- [2] Guétière G, Plancke L, Dehem M, Creton A, Fontaine J, Bensadoun C, et al. Le programme de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide Vigilans. Point de vue des professionnels des services d'urgences 9 mois après son démarrage. Lille: F2RSM; 2017.
- [3] Agence technique de l'information hospitalière. Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO) 2014.
- [4] Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais (France). Intérêts et limites. *Rev Dépidémiologie Santé Publique* 2014;62:351-60. doi:10.1016/j.respe.2014.09.007.
- [5] Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Institut de veille sanitaire; 2014.
- [6] Vuagnat A. Relation entre hospitalisation en MCO pour tentative de suicide et suicide. *Suicide Connaitre Pour Prévenir Dimens. Natl. Locales Assoc. 2e Rapp., Observatoire national du suicide*; 2016, p. 424-32.
- [7] 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* 2015;206:184-90. doi:10.1192/bjp.bp.114.147819.
- [8] Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2015;175:66-78. doi:10.1016/j.jad.2014.12.048.

Annexes

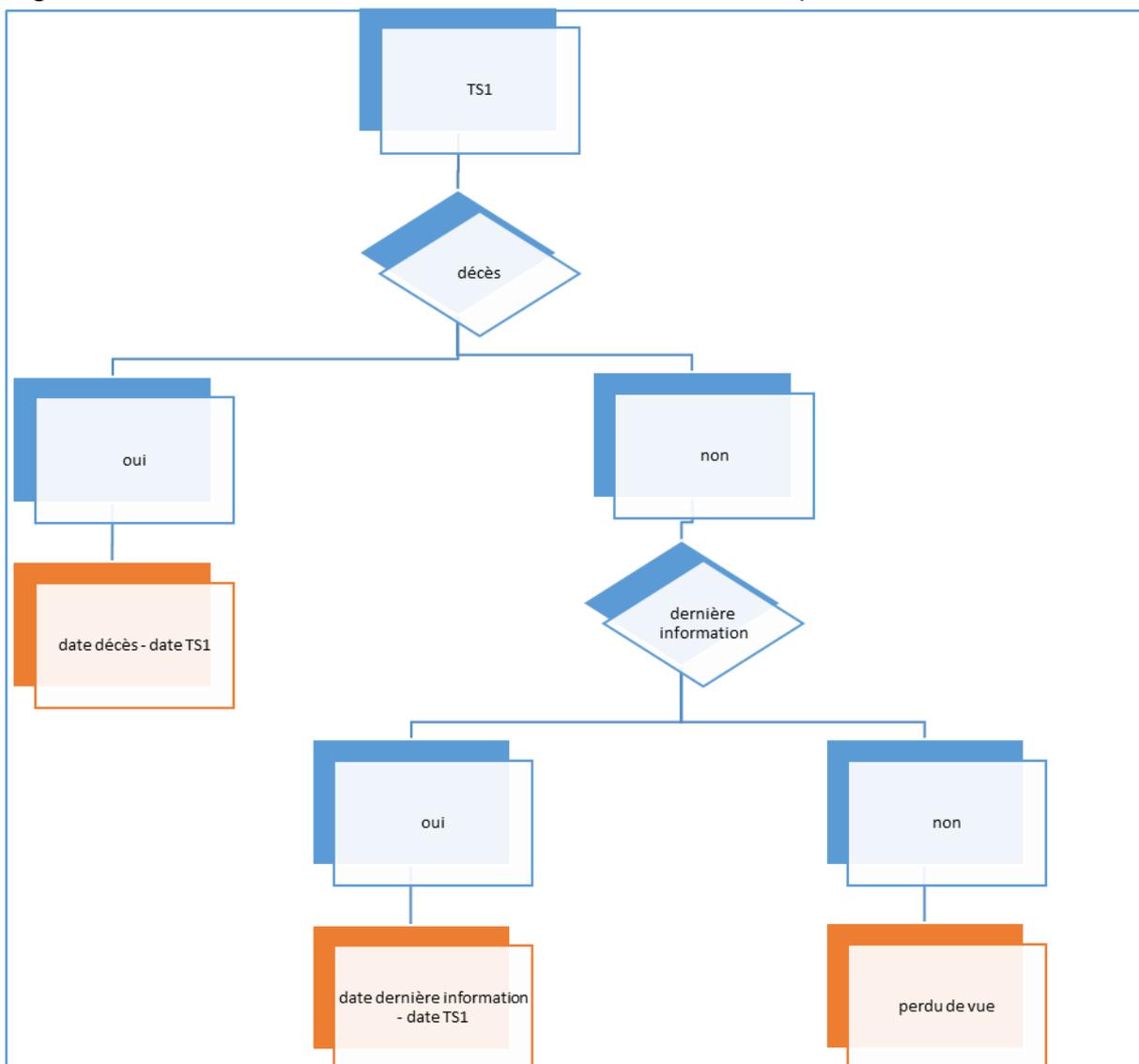
Algorithme de détermination de la durée d'observation pour la récidive



*Dernière info = information obtenue lors d'un entretien avec le patient ou par un tiers (famille, médecin ...)

Les 994 patients perdus de vue (patients pour lesquels il n'y a pas eu de contact après la sortie des urgences ou d'hospitalisation) ont été écartés des calculs de récidive.

Algorithme de détermination de la durée d'observation pour la mortalité



*Dernière information = information obtenue lors d'un entretien avec le patient ou par un tiers (famille, médecin ...)

Les 983 patients perdus de vue (patients pour lesquels il n'y a pas eu de contact après la sortie des urgences ou d'hospitalisation) ont été écartés des calculs de récurrence.

Comparaison des populations suicidantes décrites dans le PMSI et suivies dans Vigilans en 2015

Objectif

Afin d'analyser la probabilité de récurrence suicidaire de personnes ayant fait un TS suivies dans le programme Vigilans, il est envisagé d'utiliser une population témoin issue des bases PMSI-MCO, dont on souhaite contrôler la comparabilité en termes d'âge, de sexe, de durée de séjour (nombre de jours d'hospitalisation après TS, indicateur de gravité) et de modes employés pour la TS.

Méthodologie

Comparaison des observations issues de 2 sources :

- Source 1 : séjours PMSI-MCO avec diagnostic associé de suicide (X60-X84) et prise en charge dans un établissement du Nord - Pas-de-Calais en 2015. N=8338.
- Source 2 : séjours des patients entrés dans Vigilans dans le Nord - Pas-de-Calais en 2015. N=1983.

Création de 2 bases à l'individu, à partir des informations du 1^{er} séjour avec diagnostic de TS en 2015. Comparaison de fréquences et test du chi2 sur sexe, âge (en classes décennales), durée de séjour (en 4 modalités) et mode de TS : IMV, pendaison, arme à feu, saut dans le vide¹⁵.

Comparaison de moyennes et test de Student (t-test) sur âge et durée de séjour.

Vigilans n'étant implanté que partiellement dans les services pour mineurs en 2015, les calculs ont porté successivement sur les patients de 10 ans et + puis de 18 ans et +.

Résultats

La population est constituée de 1983 patients suivis par Vigilans et de 8338 patients décrits dans le PMSI.

NB : les échantillons ont été considérés comme indépendants, alors que les patients Vigilans sont vraisemblablement décrits dans le PMSI (dans les établissements participant au programme en 2015).

¹⁵ Plusieurs modes pouvant avoir été employés lors de la TS, les modalités ont été dichotomisées.

Tableau 8. Distribution des échantillons de patients ayant connu un séjour en MCO avec diagnostic de TS et de patients suivis par Vigilans.

		PMSI		VigilanS		
	Ensemble	8838		1983		
Âge	10-19 ans	1310	15,7%	264	13,3%	P<0,0001
	20-29 ans	1349	16,2%	384	19,4%	
	30-39 ans	1417	17,0%	390	19,7%	
	40-49 ans	1926	23,1%	449	22,6%	
	50-59 ans	1341	16,1%	324	16,3%	
	60 ans et plus	995	11,9%	172	8,7%	
	Age moyen	39,6		38,5		
	Age médian	39,6	±17,2*	38,4	±15,4*	P<0,0001
Sexe	Femmes	4652	55,8%	1185	59,8%	P=0,001
	Hommes	3682	44,2%	798	10,2%	
Durée séjour post TS	< 1 jour	1513	18,1%	278	14,0%	P<0,0001
	1	4957	59,4%	934	47,1%	
	2-4	1158	13,9%	415	20,9%	
	5 et +	710	8,5%	355	17,9%	
	Durée moyenne	2,2	±6,6*	3,4	±8,8*	
Mode de TS**	IMV	7129	85,5%	1672	84,3%	0,181
	Phlébotomie	675	8,1%	187	9,4%	0,053
	Pendaison	231	2,8%	87	4,4%	<0,001
	Défenestration	106	1,3%	16	0,8%	0,085
	Arme	40	0,5%	5	0,2%	0,167
	Noyade	32	0,4%	11	0,5%	0,2882

*déviation standard. **plusieurs modes simultanés possibles -

Synthèse des différences observées

Âge

- 10-19 ans plus nombreux dans le PMSI,
- 60 ans et + plus nombreux dans le PMSI
- Moyennes d'âge proches (PMSI 39,6 – Vigilans 38,4)

Sexe

- Femmes + représentées dans Vigilans (59,8%) que dans le PMSI (55,8%)

Durée de séjour

- Moyennes : 2,2 jours dans le PMSI - 3,4 jours dans Vigilans
- Plus de séjours courts dans le PMSI (0-1 jour : 78% vs 61% dans Vigilans)

Mode de TS

- IMV : proportions équivalentes dans les 2 sources (85%)
- Phlébotomie : proportions équivalentes dans les 2 sources (8-9%)
- Pendaison : légèrement plus fréquente dans Vigilans (4%) que dans le PMSI (3%)
- Défenestration : proportions équivalentes dans les 2 sources (1%)
- Arme : proportions équivalentes dans les 2 sources (< 0,5%)
- Noyade : proportions équivalentes dans les 2 sources (± 0,5%)

Conclusion

VigilanS décrit des sujets plus jeunes, plus souvent des femmes, aux durées de séjour supérieures, sans différences nettes en termes de modes de suicide.

Âge, sexe, durée de séjour et source (VigilanS – PMSI) seront introduits dans une régression de Cox afin de rechercher facteurs de risque et de protection de la récurrence suicidaire.

Effets de programmes de veille-recontact retrouvés dans 2 méta-analyses

Tableau 9. Effets d'actions de veille-recontact de suicidants repris dans 2 méta-analyses publiées en 2015 (groupe expérimental vs groupe témoin)

Auteur méta-analyse	Indicateur	Études	Effectif	Mesure*	Valeur	IC95%**	Signif.***
Inagaki et al. [9]	Nombre de récurrences suicidaires dans les 12 mois	9	5319	RR	0,83	0,71-0,97	S
	Nombre de récurrences suicidaires dans les 24 mois	2	925	RR	0,97	0,76-1,22	NS
	Mortalité suicidaire à 12 mois	5	1854	RR	0,83	0,36-1,90	NS
Milner et al. [10]	Taux de récurrence à 12 mois ou moins	6	3844	OR	0,81	0,58-1,13	NS
	Taux de récurrence à plus de 12 mois	5	7585	OR	0,91	0,74-1,10	NS
	Nombre de récurrences suicidaires	3	3549	IRR	0,66	0,54-0,80	S
	Mortalité suicidaire à 12 mois	5	3944	OR	0,58	0,24-1,38	

*RR = rates ratio, OR = odds ratios, IRR = incidence rates ratio. **IC95% = intervalle de confiance. ***Significativité : S = significatif, NS = non significatif.

Index des illustrations

Carte

Carte 1. Nombre d'inclusions en 2015 (N=2039) et estimation du nombre d'inclusions en année pleine (N=3289), par établissement.....8

Figures

Figure 1. Distribution des tentatives de suicide à l'origine des inclusions dans Vigilans selon le mode employé (plusieurs modes possibles) - (N=2039).....	9
Figure 2. Distribution des tentatives de suicide à l'origine des inclusions dans Vigilans selon qu'un contexte d'alcoolisation soit rapporté lors de l'admission ou non - (N=2039).....	9
Figure 3. Distribution des TS à l'origine des inclusions dans Vigilans selon la durée d'hospitalisation s'ensuivant (N=2038 - VM=1).....	10
Figure 4. Durée moyenne de séjour après TS selon le sexe, l'âge et le nombre de modes employés (N=2038 - VM=1).....	10
Figure 5. Distribution par âge (à la 1 ^{re} inclusion) et sexe des personnes incluses dans Vigilans. N=1983.....	11
Figure 6. Distribution par classe d'âge (à la 1 ^{re} inclusion) et sexe des personnes incluses dans Vigilans. N=1983.....	11
Figure 7. Distribution des bénéficiaires du programme de recontact selon leurs antécédents suicidaires.....	12
Figure 8. Récidive suicidaire des patients Vigilans selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation parmi les patients pour lesquels une nouvelle information a été obtenue. N=993.....	14
Figure 9. Récidive suicidaire selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation parmi l'ensemble des patients entrés dans Vigilans. N=1982.....	15
Figure 10. Récidive suicidaire selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation et les antécédents de TS (primo versus récidivistes). N=993.....	15
Figure 11. Algorithme de sélection des séjours hospitaliers avec diagnostic associé de suicide pour l'étude de la récurrence suicidaire.....	17
Figure 12. Probabilités comparées de nouveau séjour pour tentative de suicide des patients hospitalisés dans les établissements Vigilans avant et après la mise en œuvre du programme. Source : PMSI-MCO.....	18
Figure 13. Probabilités comparées de nouveau séjour pour tentative de suicide des patients hospitalisés dans les établissements picards avant et après le 31 mai 2015. Source : PMSI-MCO.....	19
Figure 14. Probabilités comparées de nouveau séjour pour tentative de suicide des patients suivis dans Vigilans et de patients hospitalisés dans les établissements picards (durant le 2 nd semestre 2015). Sources : Vigilans et PMSI-MCO.....	20
Figure 15. Analyse multivariée de la récurrence suicidaire (modèle de Cox, ajusté par sexe, âge, source et durée d'hospitalisation).....	21
Figure 16. Décès après inclusion selon la durée de suivi : effectif et probabilité cumulés selon la durée d'observation. N=1000.....	22

Tableaux

Tableau 1. Modalités de définition des groupes (cas/témoins) et des périodes (avant/après).....	5
Tableau 2. Nombre d'inclusions dans le programme Vigilans en 2015.....	6
Tableau 3. Établissements ayant inclus un patient dans Vigilans selon le mois de la 1ère entrée dans le programme de veille. Effectif et effectif cumulé.....	7
Tableau 4. Nombre d'inclusions dans le programme Vigilans en 2015, date de 1ère inclusion et projection en année pleine, selon l'établissement.....	7
Tableau 5. Appels entre le 10e et le 21e jour après la sortie des urgences ou d'hospitalisation. Nombre d'appels et de personnes distinctes.	12
Tableau 6. Appels 6 mois après la sortie des urgences ou d'hospitalisation. Nombre d'appels et de personnes distinctes.	13
Tableau 8. Récidive suicidaire : rapports de risques (régression de Cox).....	21
Tableau 9. Distribution des échantillons de patients ayant connu un séjour en MCO avec diagnostic de TS en Picardie et de patients suivis par Vigilans.	29
Tableau 10. Effets d'actions de veille-recontact de suicidants repris dans 2 méta-analyses publiées en 2015 (groupe expérimental vs groupe témoin).....	31

Citation recommandée :

Plancke L., Amariei A., Guétière G., Dehem M., Danel T., *Programme de recontact des personnes suicidantes Vigilans. Évaluation quantitative 2015 (processus et résultats)*, Lille, F2RSM Psy, mars 2017, 34 p.

Le programme de recontact des personnes suicidantes Vigilans a été ouvert progressivement dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais à partir du mois de janvier 2015. Piloté par le service de psychiatrie adulte du CHRU adulte dirigé par le Pr Guillaume Vaiva, ce programme assure un suivi des patients, pendant une période de 6 mois après leur sortie des urgences ou d'hospitalisation pour tentative de suicide. L'évaluation du dispositif mis en œuvre et de ses résultats a été confiée à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France.

Ce rapport porte sur les 1983 patients distincts entrés dans le programme durant l'année 2015, leurs caractéristiques, l'activité de recontact (appels téléphoniques) et leur probabilité de récurrence suicidaire à 6 mois. Par rapport à des patients hospitalisés pour tentative de suicide en Picardie (zone témoin), les patients suivis par Vigilans en 2015 connaissent un risque significativement plus faible de réitérer leur geste ($HR=0,59 - p<0,001$). Le nombre de décès enregistrés (18, dont 14 par suicide) semble élevé. Une organisation optimisée des services procédant aux orientations vers le programme, dont l'adhésion à ses principes est forte, devrait permettre qu'il bénéficie à un plus grand nombre de patients suicidants.



F2RSMPsy
Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

