

Octobre 2014

Etude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge dans les services d'urgence des Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol

Recueil 2011-2012

Etude réalisée avec le soutien du Conseil Régional et de
l'Agence Régionale de Santé Bretagne



Remerciements :

Nous tenons à remercier vivement la Fondation Bon Sauveur de Bégard et notamment Monsieur COQUELIN, Cadre de santé et animateur de la cellule suicidant, les équipes soignantes des centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion ainsi que Madame LE CORRE du Département d'information médicale (DIM) de Bégard qui ont organisés et mis en œuvre le recueil de données en 2011 et en 2012 au sein des urgences des 3 hôpitaux, permettant ainsi à l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne d'exploiter ces données.

Nous adressons aussi et plus particulièrement nos remerciements à Madame GOUYER, Directrice générale de la Fondation Bon Sauveur pour son autorisation d'exploitation des données.

Rédaction

Léna Pennognon : Chargée d'études, ORS Bretagne

Philippe Clappier : Directeur adjoint, ORS Bretagne

Conception graphique

Elisabeth Quéguiner : Chargée d'études et de communication, ORS Bretagne

Etude financée par le Conseil Régional de Bretagne et par l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Contexte et objectifs	Page 5
Matériel et méthode	Page 7
Présentation de la cohorte 2011-2012	Page 9
La cohorte 2011-2012 et le poids de la récurrence	page 10
Evolution de l'incidence	page 11
Evolution du poids de la récurrence	page 11
Caractéristiques de la cohorte 2011-2012	Page 13
Origine géographique des séjours et des patients pris en charge	Page 14
Contexte sociodémographique	Page 16
Sexe et âge	Page 16
Contexte familial et résidentiel	Page 17
Contexte socio-professionnel	Page 18
Précarité et accès aux soins	Page 19
Contexte clinique et prise en charge	Page 20
Contexte clinique	Page 20
La tentative de suicide	Page 24
La prise en charge	Page 26
La procédure de suivi des patients pris en charge	Page 31
Le suivi du patient	Page 32
Mise en place et acceptabilité de la procédure de suivi	Page 32
Réalisation de la procédure et perception des patients	Page 33
Le risque de récurrence à 6 mois après l'inclusion dans la cohorte : impact du protocole de suivi	Page 34
Synthèse	Page 37
Annexes	Page 41

L'étude dont le présent rapport rend compte s'inscrit dans le cadre, d'une part des priorités régionales relatives à la prévention de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire, d'autre part des orientations liées à la conférence de consensus relative à la prévention du suicide en Bretagne.

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, il n'existe pas de recensement des tentatives de suicide. Toutefois, la Fondation Bon Sauveur située à Bégard (Côtes d'Armor), a soutenu l'initiative d'une expérience innovante de dénombrement et de description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge au sein des services d'urgence des centres hospitaliers généraux de Guingamp, Paimpol et Lannion situés dans les secteurs psychiatriques dont elle est l'établissement de rattachement¹. Ces secteurs psychiatriques recouvrent en grande partie la géographie de deux pays de Bretagne (les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo), parmi les plus concernés par le phénomène suicidaire en région et dont certaines communautés de communes font l'objet d'expérimentations dans l'objectif de réduire les tentatives de suicide et la mortalité liée au phénomène suicidaire.

Après une première étude réalisée sur la période 2005-2007², un recueil de données exhaustif et pérenne concernant les tentatives de suicide prises en charge au sein des services d'urgences des trois hôpitaux s'est mis en place en concertation et en coordination avec les équipes soignantes à partir du 1^{er} janvier 2011.

L'analyse réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne rend compte du recueil effectué au cours des 24 mois des années 2011 et 2012. Elle a pour objectifs de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgence des trois établissements de santé, d'étudier leurs profils ainsi que les modalités de leur prise en charge en portant une attention particulière au phénomène de la récurrence. Elle permet par ailleurs de porter un premier regard évaluatif sur l'impact d'une action de prévention de la récurrence mise en œuvre au sein des services concernés.

Cette étude permettra ainsi de compléter les informations déjà connues relatives au suicide en région Bretagne (notamment via les études s'appuyant sur l'analyse de la mortalité ainsi que celles relatives aux hospitalisations), en améliorant la connaissance du processus suicidaire (tentatives et récurrences), afin d'aider les politiques de prévention par une meilleure identification de la crise suicidaire et des modalités de sa prise en charge.

¹ Les secteurs psychiatriques concernés par les hôpitaux de l'étude et dont l'établissement de rattachement est le CH Fondation Bon Sauveur à Bégard sont :

- Le secteur psychiatrique G01 regroupant les cantons de Lannion, Perros-Guirec, Plouaret et Plestin Les Grèves.
- Le secteur psychiatrique G02 regroupant les cantons de Guingamp, Bégard, Quintin, Châteaulaudren, Callac, Belle-Ile-en-Terre, Plouagat et Bourbriac.
- Le secteur psychiatrique G03 regroupant les cantons de Paimpol, Tréguier, Etables sur Mer, Lézardrieux, Lanvollon, Pontrieux, Plouha et La Roche Derrien.

² «Étude du phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo». Observatoire Régional de Santé de Bretagne. Juillet 2009.

■ Champ de l'enquête et population cible

Le recueil de données a consisté en l'enregistrement de tous les passages des personnes présentant une lésion auto-infligée ou une auto-intoxication témoins de l'intention de vouloir mettre fin à sa vie au sein des services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion. Passages identifiés et validés par un membre de l'équipe psychiatrique de l'Antenne Médico-Psychologique (AMP). Le cas spécifique de l'inclusion des patients entrés pour intoxication par alcool et exposition à l'alcool (code CIM10 = X65) étant conditionnée par la déclaration, par la personne concernée, de l'intention de la tentative de suicide. Enfin, les personnes décédées suite à l'acte suicidaire n'ont pas été incluses dans l'enquête.

■ Période de recueil

La période de recueil est allée du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012.

■ Exhaustivité du recueil

L'exhaustivité du recueil peut être estimée conforme à celle observée à l'occasion de l'étude initiale portant sur la période 2005-2007, pour laquelle et selon les centres hospitaliers, la fourchette de prise en compte des tentatives de suicide était comprise entre 85% et 100%. Les non-prises en compte concernant notamment une partie des arrivées de nuit au regard du manque de disponibilité du personnel sur ce moment spécifique ainsi qu'une partie des sorties contre avis médical.

■ Contenu du recueil

Les données collectées s'articulent autour :

- D'un recueil d'informations de type administratif qui regroupe les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- D'un recueil de données médicales qui établit notamment l'historique, la chronologie et les modalités du geste suicidaire ainsi que l'orientation du patient.
- D'un recueil d'informations relatif à un protocole de suivi des patients dans le cadre d'une action de prévention de la récurrence suicidaire mise en place avec les patients volontaires.

■ Anonymisation, chaînage des séjours et modalités de transmission de la base de données à l'ORS Bretagne

La procédure de chaînage des séjours et d'anonymisation des données a été réalisée par le Département d'Information Médicale (DIM) de la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

Les données ont été collectées en continu au cours des années 2011 et 2012 sur la base d'une fiche de recueil standardisée.

Un fichier a été établi pour chaque centre hospitalier sur la base d'un enregistrement individuel par séjour.

Les fichiers ont ensuite été fusionnés puis triés au DIM de Bégard de façon à éliminer les éventuels doublons et repérer les tentatives successives d'un même individu qui ont ainsi été reliées afin de permettre à la fois une approche patients, une approche trajectoires et, par répercussion, une étude possible du phénomène de la récurrence.

Après vérification, les données ont été rendues anonymes par le DIM de Bégard avant d'être transmises à l'ORS Bretagne. La transmission des données à l'ORS s'est effectuée dans un calendrier permettant à la procédure de suivi (prévention de la récurrence) d'aller jusqu'à son terme pour les derniers patients inclus (fin décembre 2012).

Au final, le recueil de données se poursuit à l'heure actuelle selon un processus d'enregistrement continu, permettant de constituer au fur et à mesure du temps écoulé une cohorte incluant à la fois de nouveaux patients ainsi qu'un regard de plus en plus affiné sur la réalité du phénomène de la récurrence à l'occasion d'analyses dont la fréquence est actuellement annuelle.

■ Analyse des données

Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS. Les résultats relatifs (pourcentages), ont été arrondis à la valeur entière conduisant ainsi parfois à des totaux supérieurs ou inférieurs de 1% aux 100% attendus.

Présentation de la cohorte 2011-2012

La base de données anonymisées reposant sur le recueil effectué entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012 dans les 3 centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 944 passages au service des urgences pour tentative de suicide correspondant à 805 patients pris en charge (voir ci après).

A partir de cette base de données dite « passage », une base de données dite « patient » a été établie, elle est constituée de 805 enregistrements correspondants aux 805 patients identifiés grâce à leur code spécifique (numéro anonyme) permettant le chaînage des tentatives de suicide successives d'une même personne.

Notre population peut se scinder en 3 groupes :

Primo-suicidants à l'entrée dans la base : 353 individus

- ceux qui ne récidivent pas sur la période : 333 individus,
- ceux qui récidivent sur la période : 20 individus.

Récidivistes antérieurs à l'enregistrement dans la base : 410 individus

- sans récidive enregistrée sur la période : 338 individus,
- avec récidive enregistrée sur la période : 72 individus.

Indéterminés (dont le statut antérieur à l'enregistrement dans la base n'est pas connu) : 42 individus

- indéterminés qui récidivent sur la période : 8 individus,
- indéterminés sans récidive enregistrés sur la période : 34 individus.

Plus d'un suicidant sur 2 est un récidiviste

Plus de la moitié des suicidants³ (54%), soit 438 patients ont attenté plusieurs fois à leur vie (avant la mise en place du recueil ou au cours de celui-ci).

On peut aussi remarquer que parmi la population des suicidants récidivistes (avant ou pendant la période de recueil, n=438) :

- 94% (n=410 : 338+72) ont des antécédents de tentative de suicide avant le début de la période de recueil,
- 23% (n=100 : 72+20+8) ont récidivé au cours de la période quel que soit leur statut antérieur vis-à-vis de la tentative de suicide,
- 5% (n=20) n'ont commis une récidive qu'au cours de la période.

Au final, le poids de la récidive sur l'ensemble de la cohorte peut être estimé a minima⁴ :

- 61% (577 / 944) des passages,
- 54% (438 / 805) des patients.

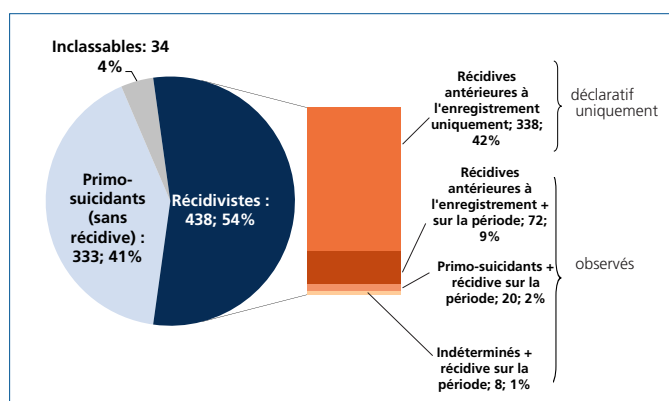
Enfin, parmi les récidivistes identifiés (n=438), la répartition du nombre de tentatives de suicide avant et au cours de la période (voir graphique 2) montre que :

- Plus du tiers des patients récidivistes (37%) n'a fait qu'une récidive,
- Près du tiers (32%) a fait au moins 3 récidives.

³ Le terme de suicidant sera utilisé dans l'étude pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

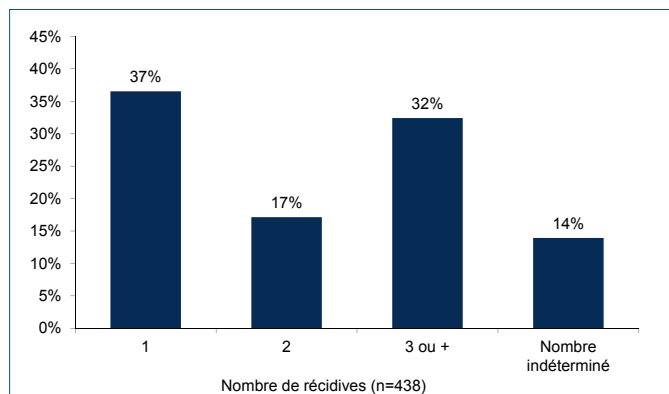
⁴ L'estimation du poids de la récidive est a minima : environ 4% des patients (qualifiés d'« inclassables ») n'étant pas renseigné vis-à-vis du fait d'avoir ou non effectué une tentative préalablement au recueil et n'ayant pas récidivé sur la période.

Graphique 1 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récidive* Cohorte 2011-2012



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne
* La catégorie inclassable correspond aux patients non récidivistes sur la période pour laquelle le fait d'avoir effectué une tentative préalablement au recueil n'est pas renseigné

Graphique 2 : Répartition des patients récidivistes selon le nombre de récidives (déclaré et observé). Cohorte 2011-2012



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE

Globalement et sous réserve de l'hypothèse d'un maintien de l'exhaustivité du recueil sur l'ensemble de la période (voir à ce propos le chapitre matériel et méthode), on observe :

- **Concernant le nombre de passages**

Le nombre de passages passe de 499 en 2011 à 445 en 2012, **soit une baisse de - 11%**.

- **Concernant le nombre de patients**

Le nombre de patients pris en charge passe de 440 en 2011 à 405 en 2012⁵, **soit une baisse de - 8%**.

- **Concernant les nouveaux patients**

Le nombre de nouveaux patients pris en charge (l'année 2011 étant l'année «référence»), passe de 440 en 2011 à 365 en 2012⁶, **soit une baisse de - 17%**.

- **Concernant les primo-suicidants**

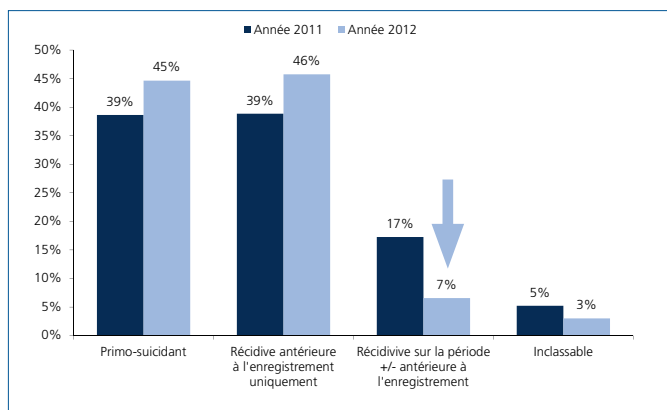
Le nombre de patients primo-suicidants passe de 186 en 2011 à 167 en 2012, **soit une baisse de -11%**.

ÉVOLUTION DU POIDS DE LA RÉCIDIVE

Vis-à-vis du phénomène récidivaire, la principale évolution que l'on peut observer entre les deux années de recueil (voir à ce propos le graphique 3), concerne la baisse significative ($p < 0,05$) des patients pour lesquels une récurrence a effectivement été observée sur l'année concernée (- 10%) qu'il y ait ou non tentative de suicide déclarée par le patient antérieurement à sa première prise en charge.

De fait, la part de la récurrence entre les deux années de recueil a donc diminué chez les patients pris en charge pour la première fois au cours de chaque année respective.

Graphique 3 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récurrence en fonction de l'année de recueil



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

⁵ Dont 40 patients déjà pris en charge en 2011.

⁶ Nouveaux patients sans prise en charge antérieure sur la période d'étude pour tentative de suicide, quel que soit leur statut vis-à-vis de la récurrence après la première prise en charge.

Caractéristiques de la cohorte 2011-2012

A noter :

- Les chapitres qui suivent et qui concernent les principales caractéristiques de la cohorte des suicidants s'appuient, à de rares exceptions qui seront signalées au fur et à mesure des résultats, sur une approche patient. Pour les patients récidivistes sur la période, les données prises en compte sont les données renseignées lors du premier enregistrement (la première tentative de suicide).
- Par ailleurs, les populations primo-suicidantes ont été comparées aux populations récidivistes (y compris préalablement à la période de recueil), de façon à tenter d'identifier les facteurs de risque de la récurrence. Pour ce type d'analyse, les 34 patients (soit 4% des patients de la cohorte 2011-2012) pour lesquels le statut vis-à-vis de la récurrence n'est pas connu (non renseignement vis-à-vis d'éventuelles tentatives préalables à la période de recueil ; pas de récurrence sur la période), ont été systématiquement exclus.

Une prise en charge de proximité cohérente : plus de 8 prises en charge sur 10 sont hospitalisées dans leur secteur psychiatrique de résidence

Point méthodologique :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans (suicidants ou non) et les suicidants domiciliés en dehors des deux pays.

Une proportion de suicidants résidant dans l'espace urbain plus élevée que celle observée en population générale

Les patients suicidants sont significativement ($p < 0,001$) surreprésentés dans les unités urbaines par rapport à la répartition de la population générale des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (66% contre 59%). La surreprésentation est particulièrement observable dans les villes-centres (38% contre 30%). A l'inverse ils sont sous représentés dans les communes rurales (26% contre 32%).

Légende de la carte

Unité administrative

- Canton
- Département
- Région

Nombre de passages

- <5
- 5-29
- 30-99
- 100 ou +

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

* pour 16 passages, les patients sont domiciliés hors Bretagne et pour 6 passages, le domicile est inconnu.

Provenance hors secteurs G01, G02 et G03 3%

Hospitalisé dans un autre secteur que celui d'origine 16%

Hospitalisé dans son secteur d'origine 81%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Tableau 1 : Nombre et répartition des patients et de la population de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le type d'espace

	Cohorte suicidants 15 ans ou plus		Population des 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor- Goëlo au RP 2010	
	Effectif	%	Effectif	%
Unités urbaines	555	66%	97 754	59%
Villes-centres	283	38%	49 335	30%
Banlieues	206	28%	48 419	29%
Villes isolées	66	9%	13 916	8%
Communes rurales	191	26%	53 563	32%
Total	746	100%	165 233	100%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2010
Exploitation ORS Bretagne

Point méthodologique :

Le découpage en unités urbaines a été retenu pour caractériser le type d'espace et comparer la répartition de la cohorte de suicidants de 15 ans ou plus à celle de la population générale de 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Les unités urbaines se composent des villes-centres, des banlieues et des villes isolées par opposition aux communes dites rurales.

Définition Unité urbaine/commune rurale : La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale. Si une commune représente plus de 50 % de la population de l'agglomération multicommunale, elle est seule ville-centre. Sinon, toutes les communes qui ont une population supérieure à 50 % de celle de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière, sont villes-centres. Les communes urbaines qui ne sont pas villes-centres constituent la banlieue de l'agglomération multicommunale.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2 000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Source : Insee

A noter : l'expérimentation des veilleurs vigilants

Deux expérimentations de veilleurs vigilants ont été mises en œuvre officiellement au sein des communautés de communes du Pays de Belle-Isle-en-Terre et du Pays Rochois à partir de l'année 2012. Par contre et préalablement (en 2011), un important travail préparatoire de sensibilisation et de début de mise en place avait déjà été mené dans ces communautés de communes.

Sur la période 2005-2007, le nombre moyen annuel de patients pris en charge et issus de ces deux communautés de communes était de 19. Il passe à 16 patients au cours de l'année 2011 et puis à 14 en 2012, soit une baisse finale de 26% vis-à-vis de la première période d'observation.

Cette tendance devra être confirmée à l'avenir à l'occasion d'analyses ultérieures portant sur une période d'observation plus longue.

Remarque : à compter du 1^{er} janvier 2013, le découpage du territoire breton selon les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) a été redéfini. La communauté de communes du Pays Rochois et celle des Trois-Rivières ne font plus qu'une dénommée « communauté de communes du Haut-Trégor ». La communauté de communes du Pays de Belle-Isle-en-Terre est quant à elle restée inchangée. Les résultats présentés ci-dessus reposent sur le découpage des EPCI au 1^{er} janvier 2012 (non compris la communauté de communes des Trois-Rivières).

SEXE ET ÂGE

Point méthodologique :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans (suicidants ou non) et les suicidants domiciliés en dehors des deux pays.

Une nette prédominance féminine et une surreprésentation des femmes vis-à-vis de la population des deux pays

Globalement, les premières prises en charge pour tentatives de suicide au cours de la période ont concerné majoritairement des femmes (59%). Cette prédominance féminine s'étant fortement accentuée entre l'année 2011 (55%) et l'année 2012 (65%).

Par ailleurs et comparativement à la population de 15 ans ou plus résidant dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, on observe une surreprésentation féminine significative au sein de la cohorte (59% contre 53% : $p < 0,01$).

Le genre n'influe pas sur le fait de récidiver

Malgré les écarts observés (graphique 6), il n'y a pas stricto sensus d'impact significatif du sexe de la personne sur le fait de récidiver même si l'observation est en limite de signification ($p = 0,05$).

Une population jeune : plus des trois quarts des suicidants ont moins de 55 ans

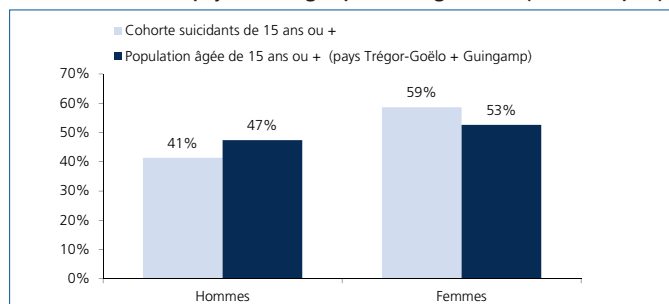
L'âge moyen des suicidants est de 43 ans sans différence significative selon le sexe. Par contre les primo-suicidants apparaissent en moyenne statistiquement un peu plus jeunes que les récidivistes (41,6 ans contre 44,5 ans). Cette population est donc majoritairement jeune, 82% des hommes et 75% des femmes ayant moins de 55 ans.

Enfin, la pyramide des âges de la population prise en charge témoigne de la prédominance féminine dans toutes les tranches d'âge sauf chez les 25-34 ans où le rapport s'inverse.

Une surreprésentation des suicidants chez les moins de 55 ans

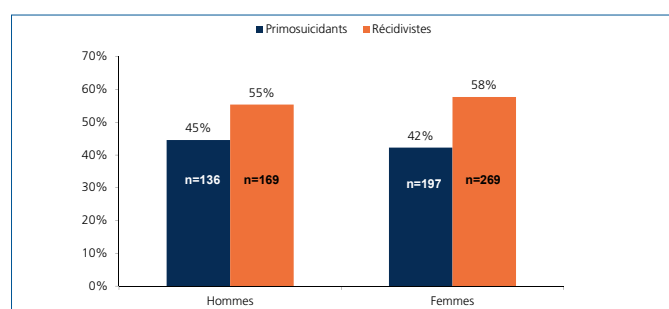
Si l'on compare la population prise en charge à celle des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (graphique 8), on observe une surreprésentation significative des personnes âgées de 15 à 54 ans, celle-ci étant la plus importante entre 35 et 54 ans confirmant ainsi le constat précédent ($p < 0,01$).

Graphique 5 : Répartition par sexe des patients et de la population domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans ou plus)



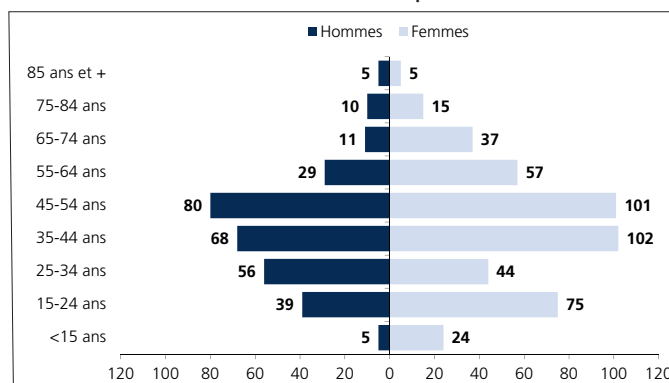
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2010. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 6 : Répartition selon le sexe et le statut vis-à-vis de la récidive



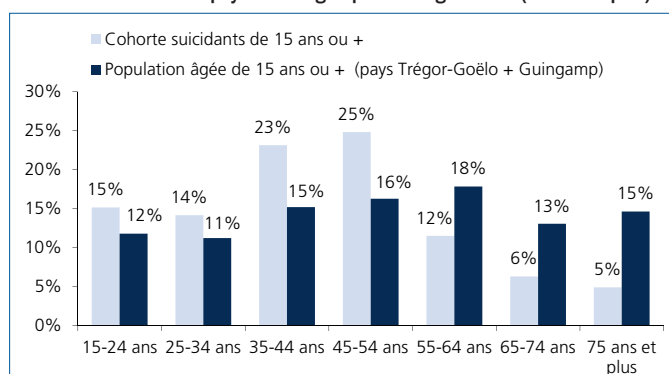
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 7 : Pyramide des âges à la première tentative de suicide observée au cours de la période



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 8 : Répartition par âge de la population générale et de celle des suicidants domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans ou plus)



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2010. Exploitation ORS Bretagne.

CONTEXTE FAMILIAL ET RÉSIDENTIEL

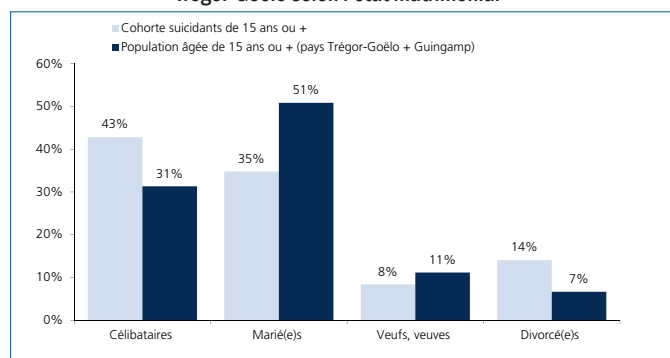
Point méthodologique :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans (suicidants ou non) et les suicidants domiciliés en dehors des deux pays.

Des suicidants plus souvent célibataires ou divorcés que la population des ménages

Comparés à la population des ménages des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (graphique 9), les suicidants sont significativement ($p < 0,01\%$) plus souvent célibataires (+ 12%) ou divorcés (+ 7%). En revanche, le statut matrimonial n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non.

Graphique 9 : Répartition de la population générale et celle des suicidants âgés de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon l'état matrimonial*



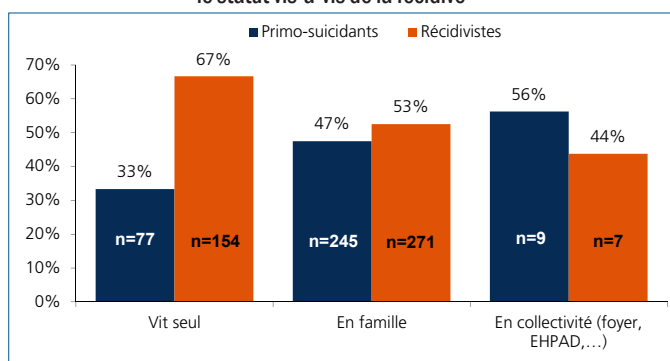
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2010. Exploitation ORS Bretagne.

*Dans les enquêtes de recensement, les personnes en union libre peuvent se déclarer soit célibataires, soit mariées ; de même les personnes vivant séparées de leur conjoint mais non encore divorcées (et donc légalement mariées) auront pu hésiter entre les réponses « célibataire », « marié » ou « divorcé ». Ici ont été exclus les patients s'étant déclarés pacsés ($n=8$, 2%) car ce statut n'est pas considéré comme un statut légal au sens de l'Insee.

Un phénomène de récurrence plus fréquent chez les personnes vivant seules

Concernant le mode de vie (graphique 10), celui-ci a par contre un impact significatif sur le fait de récidiver ($p < 0,01$). Parmi les personnes vivant seules, les récidivistes sont en effet fortement surreprésentés (+ 10% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants) à l'inverse des personnes vivant en famille ou en collectivité chez qui le phénomène de la récurrence est sous-représenté⁷.

Graphique 10 : Répartition des suicidants selon le mode de vie et le statut vis-à-vis de la récurrence**



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

**à l'exclusion des patients ayant déclaré un autre mode de vie, soit 4 individus

L'existence d'une descendance ne protège pas de la récurrence

Globalement, parmi les suicidants de 15 ans ou plus, trois patients sur dix (29%) n'ont pas d'enfant. Cette absence de descendance étant davantage marquée chez les hommes que chez les femmes (34% contre 26%). Par ailleurs, l'existence d'une descendance n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non ($p < 0,05$).

⁷ Les comparaisons vis-à-vis de l'ensemble de la population s'effectuent en excluant les patients dits « inclassables » (voir à ce propos la page 11)

CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL

Une forte surreprésentation des chômeurs et des inactifs notamment ceux en situation d'invalidité

Comparés à la population âgée de 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, certaines catégories apparaissent significativement surreprésentées ($p < 0,001$), notamment :

- les «*autres inactifs*» composés aux trois quarts par des personnes en situation d'invalidité (+ 14% par rapport à la population générale de 15 ans ou plus),
- les chômeurs (+ 10%).

En miroir, les retraités et les actifs sont pour leur part sous-représentés (respectivement -19% et -5% vis-à-vis de la population âgée de 15 ans ou plus).

Un phénomène de récurrence plus fréquent chez les personnes en dehors de l'activité

La situation vis-à-vis de l'emploi a un impact significatif ($p < 0,001$) sur le fait de récidiver ou non. En effet, les récidivistes apparaissent fortement surreprésentés parmi les personnes inactives (+18% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants), les chômeurs (+10%) et les retraités (+2%).

Une forte surreprésentation des employés, des ouvriers et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise

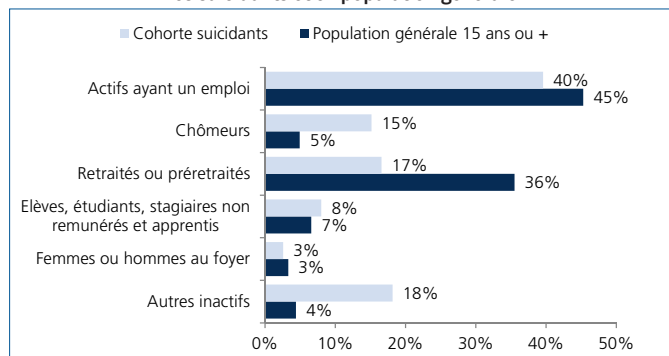
En effectuant la même comparaison vis-à-vis de la répartition des deux populations selon la catégorie socioprofessionnelle, certaines d'entre elles apparaissent là aussi fortement et significativement surreprésentées ($p < 0,01$). Il s'agit notamment des :

- employés (+ 20% par rapport à la population générale),
- ouvriers (+ 4%),
- artisans, commerçants et chefs d'entreprise (+ 3%).

En miroir, les cadres et les professions intermédiaires sont particulièrement sous-représentés.

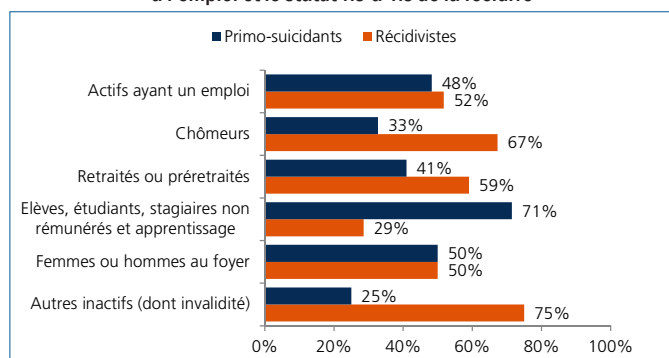
Par contre, l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle n'impacte pas le fait de récidiver ou non.

Graphique 11 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale



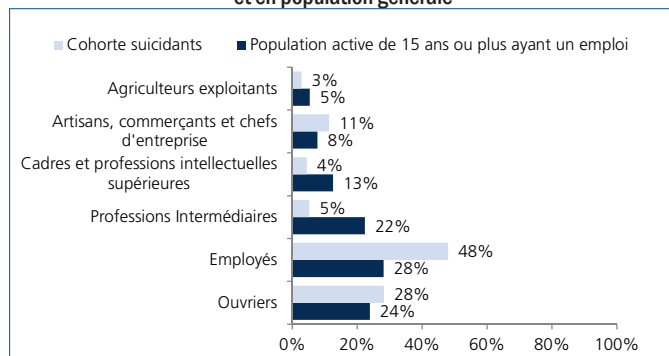
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2010. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 12 : Répartition des suicidants selon la situation par rapport à l'emploi et le statut vis-à-vis de la récurrence



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 13 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale



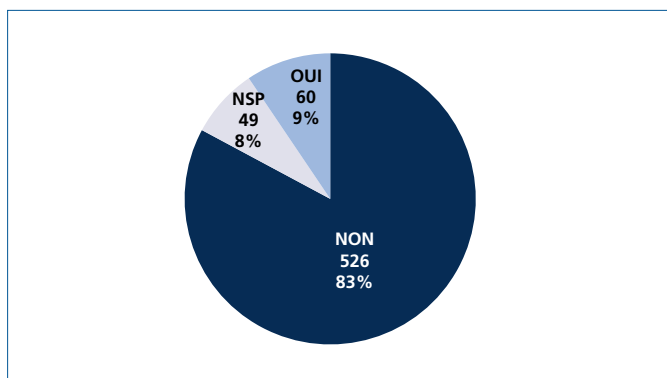
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2010. Exploitation ORS Bretagne

PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

Près d'un suicidant sur dix bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active (RSA)⁸

Comparativement à la situation régionale ou départementale⁹, la part des bénéficiaires du RSA est nettement supérieure dans la cohorte de suicidants vis-à-vis de la population générale (9% chez les suicidants contre 4,1% au niveau régional et 4,2% dans les Côtes d'Armor).

Graphique 14 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus bénéficiaires du RSA

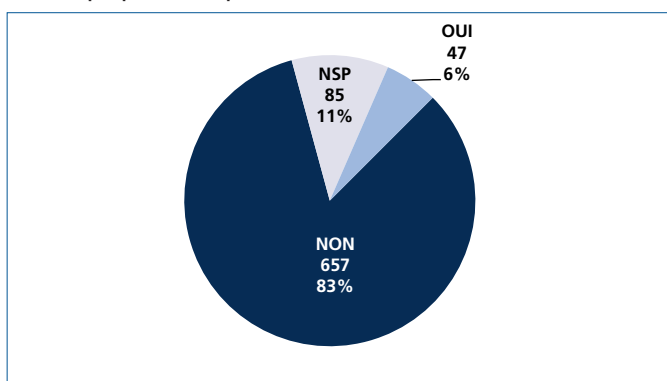


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

6% des suicidants bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Comme pour le RSA mais dans une moindre mesure, la part des bénéficiaires de la CMU est plus élevée dans la cohorte des suicidants qu'en population générale (6% contre 3,7% dans la région et dans les Côtes d'Armor).

Graphique 15 : Proportion de suicidants bénéficiaires de la CMU



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Au final

Ni le fait de bénéficier du RSA ou de la CMU n'a d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non ($p > 0,05$).

⁸ Pour les patients âgés de 25 ans ou plus.

⁹ Données issues du Statiss, situation au 31/12/2011.

CONTEXTE CLINIQUE

Plus de la moitié des patients ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide avant leur entrée dans la cohorte

Comme déjà vu dans le chapitre introductif présentant la cohorte de suicidants, plus de la moitié des patients ont déjà fait une tentative de suicide antérieurement à leur inclusion dans la cohorte. Parmi ces derniers, deux suicidants sur 5 (39%) ont déclaré un seul épisode antérieur et près de la moitié (47%) deux tentatives ou plus (pour 14% le nombre de tentatives n'est pas connu).

Des antécédents familiaux inconnus pour près de la moitié des suicidants

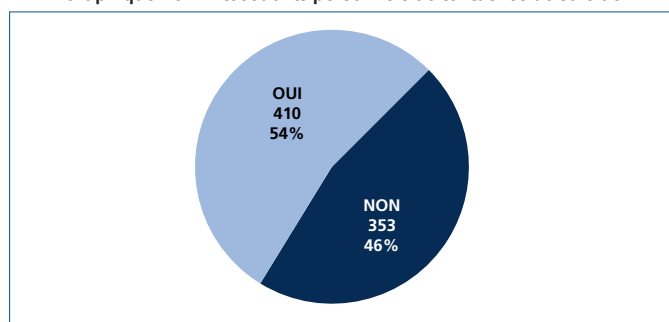
Globalement, on observe que cet élément contextuel n'est pas connu pour 47% des patients inclus dans la cohorte. Le fait d'avoir des antécédents familiaux de tentative de suicide identifié chez 12% des patients est donc à considérer comme un véritable minimum, la proportion de patients concernés étant comprise dans une fourchette entre 12% et 59% (12+47) de l'ensemble des patients de la cohorte. En tout état de cause le chiffre réel qui se situe dans une fourchette intermédiaire positionne cet indicateur contextuel à un niveau probable relativement élevé.

Par contre et même si ce constat est à relativiser au regard du poids des contextes familiaux non renseignés, l'existence d'antécédents familiaux de tentative de suicide n'impacte pas sur le fait que le patient soit lui-même récidiviste ($p>0,05$).

Le conflit conjugal, contexte précipitant principal chez les hommes comme chez les femmes

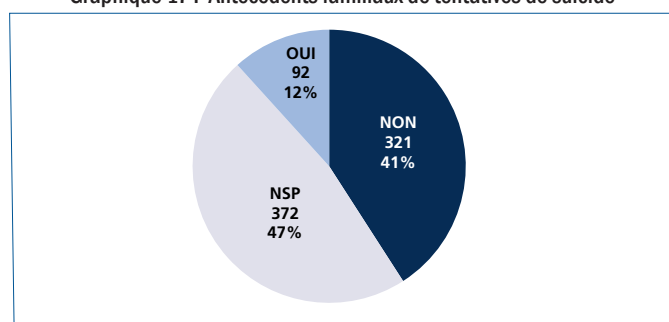
Pour l'essentiel des suicidants, un contexte précipitant principal est identifié (92%, $n=725$). Parmi les contextes précipitants principaux cités, le conflit conjugal qui concerne plus du tiers des suicidants (35%) arrive au premier rang chez les hommes comme chez les femmes (graphique 18). On peut aussi remarquer qu'au-delà de l'accumulation d'événements négatifs, les conflits familiaux autres que conjugaux sont cités en second rang pour près d'un quart des femmes de la cohorte. Au total et pour les deux sexes, les conflits familiaux dans leur ensemble sont cités comme contextes précipitants principaux par plus de la moitié des suicidants et doivent donc être considérés comme des facteurs de risque majeurs.

Graphique 16 : Antécédents personnels de tentatives de suicide



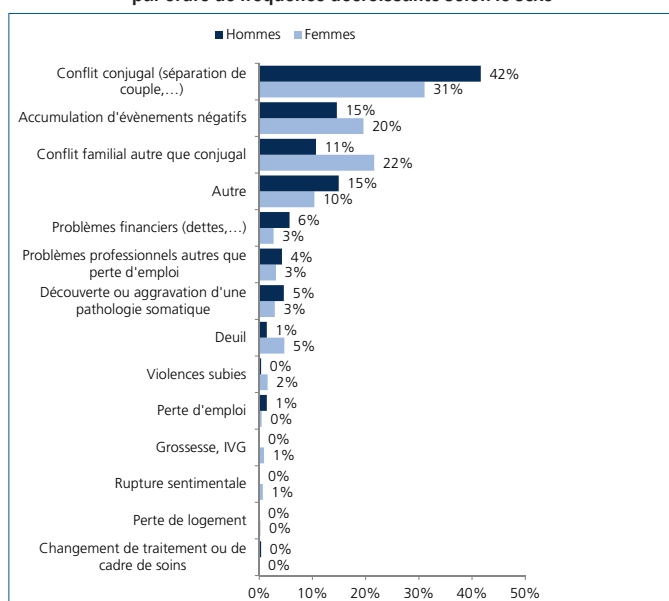
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 17 : Antécédents familiaux de tentatives de suicide



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 18 : Répartition des contextes précipitants principaux par ordre de fréquence décroissante selon le sexe



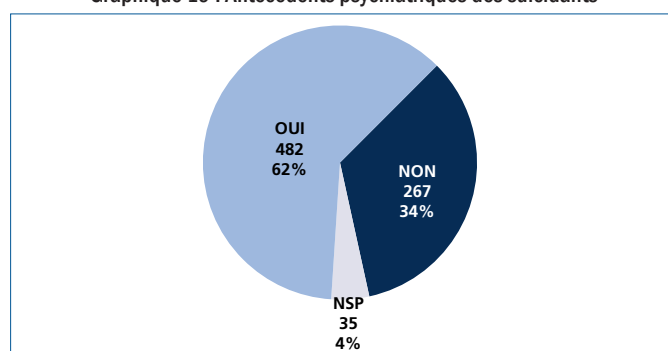
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

CONTEXTE CLINIQUE

Près des deux tiers des patients présentent des antécédents psychiatriques

A minima compte tenu des valeurs non renseignées, 62% des patients de la cohorte présentent des antécédents psychiatriques d'après les professionnels de santé ayant renseigné les fiches de recueil. On peut noter qu'il n'est pas possible de distinguer si cette information est issue des déclarations des patients ou d'éléments extraits du dossier médical constitué au cours d'une prise en charge précédente.

Graphique 19 : Antécédents psychiatriques des suicidants



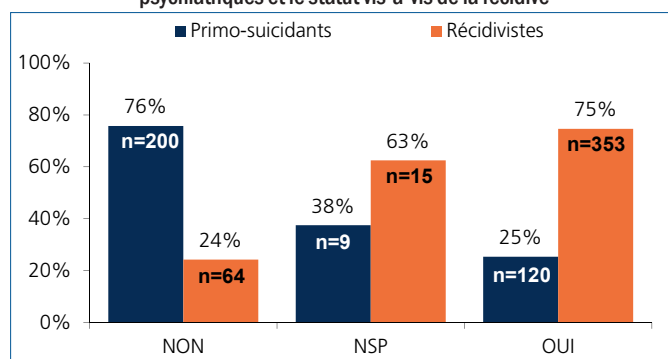
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

La présence d'antécédents psychiatriques impacte fortement le fait de récidiver

L'existence d'antécédents psychiatriques chez les patients impacte fortement sur le fait d'être ou non récidiviste. En effet, les récidivistes sont fortement et significativement surreprésentés chez les patients ayant des antécédents (+18% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants).

Enfin, l'analyse de la variable concernant la présence d'antécédents psychiatriques familiaux (notamment de son impact éventuel sur le statut du suicidant) n'a pu être réalisée, la proportion d'éléments non renseignés étant trop élevée ($\geq 50\%$). Notons simplement que celle-ci concerne a minima 22% des patients de la cohorte avec une très forte marge d'augmentation (proportion réelle comprise dans une fourchette allant de 22% à 72% des patients de la cohorte).

Graphique 20 : Répartition des suicidants selon l'existence d'antécédents psychiatriques et le statut vis-à-vis de la récidive



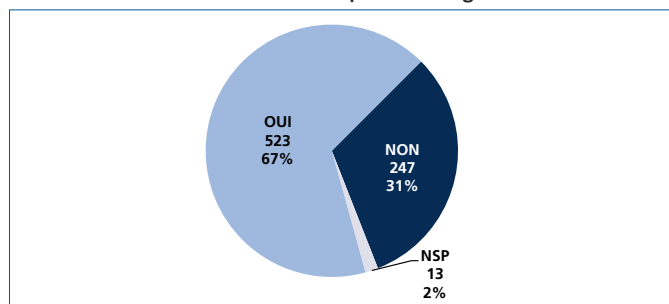
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

CONTEXTE CLINIQUE

Plus de deux tiers des patients avec un traitement médicamenteux psychiatrique en cours au moment de la prise en charge

Plus des deux tiers des patients reçoivent un traitement médicamenteux psychiatrique lors de leur prise en charge.

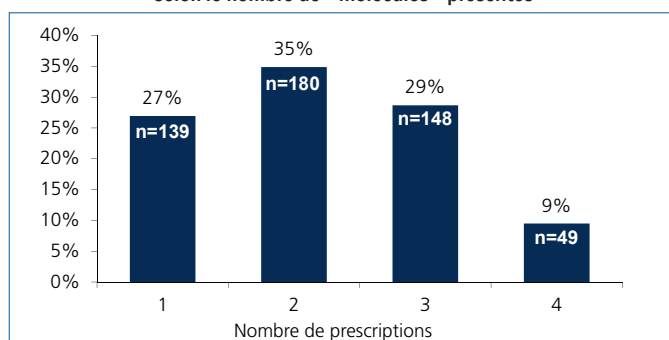
Graphique 21 : Traitement médicamenteux psychiatriques en cours au moment de la prise en charge



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Parmi ces patients, près des trois quarts se sont vus prescrire une association de plusieurs molécules : 35% consomment deux molécules et 38% trois molécules ou plus.

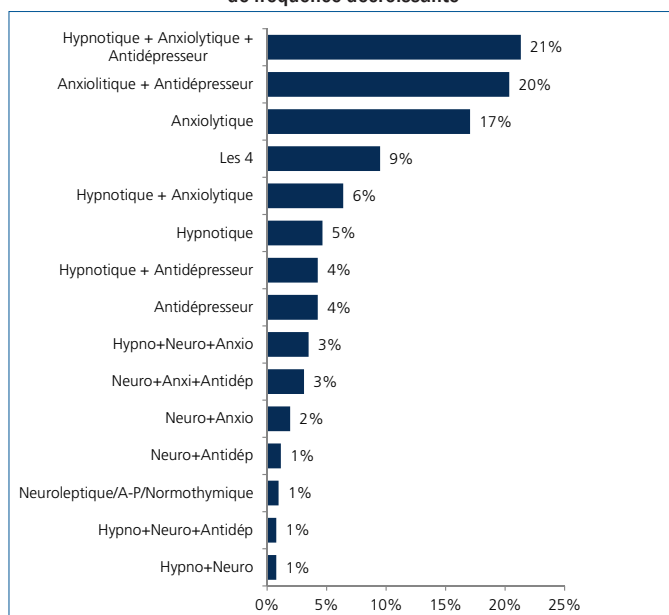
Graphique 22 : Répartition des patients ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon le nombre de « molécules » prescrites



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Les associations les plus fréquentes sont les antidépresseurs - anxiolytiques - hypnotiques et les antidépresseurs - anxiolytiques prescrits à plus de 4 patients concernés sur 10.

Graphique 23 : Répartition des suicidants sous traitement médicamenteux psychiatrique au moment de la prise en charge par ordre de fréquence décroissante



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

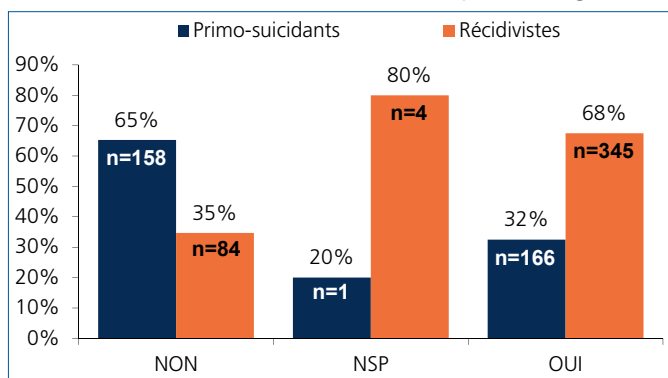
CONTEXTE CLINIQUE

Les patients récidivistes plus fréquemment sous traitement médicamenteux psychiatrique au moment de la prise en charge

On peut enfin remarquer que la population récidiviste est fortement et significativement surreprésentée ($p<0,01$) parmi les patients consommant un traitement médicamenteux au moment de leur prise en charge (+11% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants).

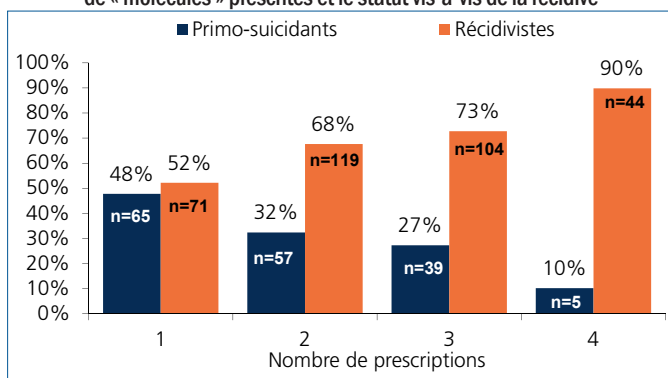
On peut aussi observer que le nombre de molécules prescrites dans le traitement médicamenteux psychiatriques varie significativement selon le statut vis-à-vis de la récidive. La proportion de patients récidivistes s'accroît en effet avec le nombre de molécules ($p<0,01$).

Graphique 24 : Répartition des suicidants selon l'existence d'un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 25 : Répartition des suicidants ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon le nombre de « molécules » prescrites et le statut vis-à-vis de la récidive



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

LA TENTATIVE DE SUICIDE

■ Les motifs d'hospitalisation

Les intoxications médicamenteuses : le mode de passage à l'acte le plus fréquent

Globalement, et comme le montre le tableau 2, près de 9 patients sur 10 recourent à l'intoxication (87%), essentiellement, médicamenteuse (84%). Les lésions auto-infligées concernent pour leur part 13% des patients de la cohorte, l'auto-agression par objet tranchant et la pendaison étant les plus fréquentes (respectivement 7% et 3%).

Une plus grande fréquence des modes agressifs chez les hommes

Par ailleurs, les intoxications médicamenteuses concernent plus des trois quarts des hommes et près de 9 femmes sur 10. Les modes de passages à l'acte plus agressifs (auto-agression par objet tranchant, pendaison, arme à feu, saut dans le vide et noyade) sont en miroir significativement plus fréquents dans la population masculine ($p < 0,01$).

L'alcool la substance la plus souvent associée

Globalement, 39% des patients ont associé un autre mode de passage à l'acte au mode principal.

Comme l'indique le tableau 3, l'auto-intoxication par l'alcool est le mode associé le plus fréquent puisqu'il concerne 8 cas d'association sur 10.

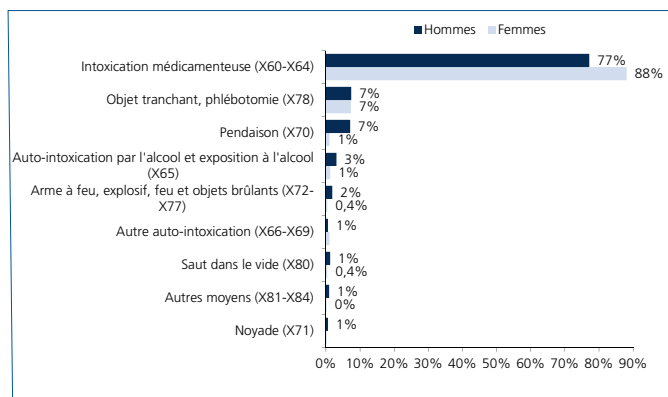
On peut aussi remarquer que 40 % des patients sont considérés sous l'emprise de l'alcool au moment de la prise en charge par les soignants, sans différence entre auto-intoxications et lésions auto-infligées.

Tableau 2 : Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation regroupée en grande catégorie

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Effectif	% par rapport au total des patients
Auto-intoxication	695	87%
Intoxication médicamenteuse (X60--X64)	672	84%
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool (X65)	16	2%
Autre auto-intoxication (X66--X69)	7	1%
Lésion auto-infligée	108	13%
Pendaison (X70)	28	3%
Noyade (X71)	3	0%
Arme à feu, explosif, feu et objets brûlants (X72--X77)	8	1%
Objet tranchant, Phlébotomie (X78)	59	7%
Saut dans le vide (X80)	6	1%
Autres moyens (X81--X84)	4	0%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 26 : Répartition des patients selon le sexe et le mode principal de tentative de suicide



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Tableau 3 : Répartition des suicidants selon la modalité associée

Modalité associée	Effectif	%
X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	261	83%
X61 Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, anti-parkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs	18	6%
X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits	15	5%
X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant	9	3%
X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision	3	1%
X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation	3	1%
X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits	2	1%
X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs	1	0%
X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion	1	0%
X77 Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants	1	0%
X79 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant	1	0%
Total	315	100%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

LA TENTATIVE DE SUICIDE

■ Le diagnostic relié

A noter :

La présence ou non d'un diagnostic relié a été ajouté à la fiche de recueil au 1^{er} janvier 2012. L'analyse de cette variable ne concerne donc que les patients pris en charge au cours de cette année et ne concerne pas ceux pris en charge en 2011.

L'épisode dépressif : le diagnostic relié le plus fréquent

Sur l'ensemble des patients pris en charge en 2012, un diagnostic relié a été mentionné dans 55% des cas. Chez ces derniers, les diagnostics les plus fréquents concernent un épisode dépressif et/ou des troubles de l'humeur (plus de la moitié des patients concernés).

Tableau 4 : Répartition des suicidants selon le diagnostic relié en 2012

Code CIM10	Diagnostic relié	Effectif	%
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]	116	58%
Dont F32	Episodes dépressifs	103	51%
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	28	14%
Dont F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	27	13%
F40-F49	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	42	21%
Dont F41	Autres troubles anxieux	22	11%
F20-F29	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	4	2%
Autres Codes F		10	5%
Z63	Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale	1	0%
Total		201	100%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

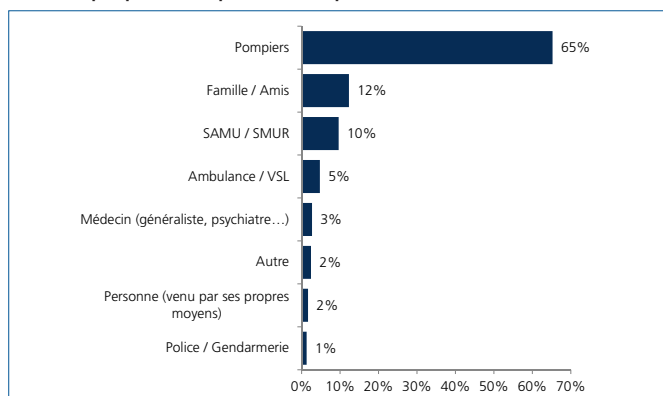
LA PRISE EN CHARGE

■ La provenance et la prise en charge immédiate

Trois quarts des patients sont amenés par les services d'intervention

Comme le montre le graphique 27, trois quarts des patients sont amenés aux urgences hospitalières soit par les pompiers soit par le SAMU-SMUR, les pompiers assurant à eux-seuls le transport des deux tiers des patients.

Graphique 27 : Répartition des patients selon leur mode d'entrée



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

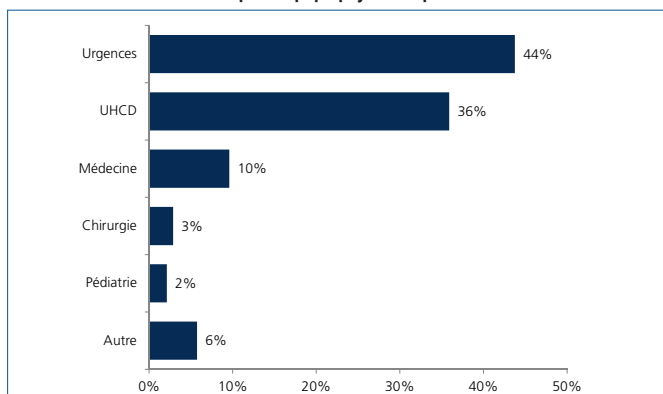
Près de la moitié des suicidants sont vus par l'équipe psychiatrique dès leur prise en charge aux urgences

Globalement et sur l'ensemble de la période d'observation, la majorité des patients (80%) bénéficient d'une consultation avec l'équipe psychiatrique au cours de la prise en charge au sein du service des urgences ou au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée (le plus souvent attenante au service des urgences), les autres étant rencontrés a posteriori au sein d'une unité de court séjour ou encore d'un autre type d'unité.

Par contre, on note une évolution notable entre l'année 2011 et l'année 2012 concernant ces modalités d'accueil. L'accueil en direct au sein du service d'urgence qui concernait en effet la moitié des patients en 2011 n'en concerne plus qu'environ un tiers en 2012 contrairement aux accueils en UHCD proposés à environ un quart des patients en 2011 et qui se retrouvent majoritaires en 2012 (45%).

Enfin et pour l'ensemble de la cohorte 2011-2012, les modalités d'accueil du suicidant par l'équipe psychiatrique n'apparaissent pas liées au statut du suicidant selon qu'il soit ou non récidiviste.

Graphique 28 : Répartition des patients selon l'unité où ils sont vus initialement par l'équipe psychiatrique



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

LA PRISE EN CHARGE

■ Le mode de sortie du service des urgences

Trois quarts des suicidants hospitalisés en post-urgence

A l'issue de leur prise en charge aux services des urgences, trois quarts des patients sont hospitalisés en post-urgence, un quart retourne à son domicile et une proportion marginale ne se conforme pas à l'avis médical.

A noter :

6% des modes de sortie ne sont pas renseignés. Il s'agit pour l'essentiel de passages correspondant à des patients qui ont été vus initialement dans un autre service de l'hôpital (pédiatrie, médecine, chirurgie ou autre) pour lesquels l'orientation après la prise en charge post-urgence n'est pas connue de fait.

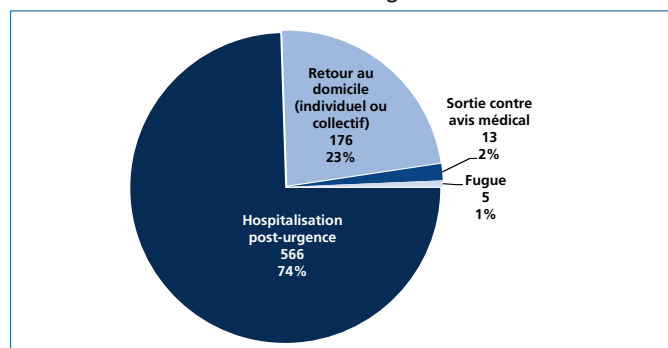
Un statut de récidiviste beaucoup plus fréquent lors d'une sortie contraire à l'avis médical

Comme le montre le graphique 30 et même si le nombre de patients concernés est relativement marginal, les récidivistes sont significativement ($p < 0,05$) et très largement surreprésentés parmi les patients qui ne se conforment pas à l'avis médical (+31% par rapport à l'ensemble de la cohorte). Les patients récidivistes concernés par les autres modes de sortie étant pour leur part en proportion relativement proche de celle de l'ensemble de la cohorte.

Comme l'indique le graphique 31 et pour les 553 patients concernés par une hospitalisation et pour lesquels le renseignement est connu, les mutations concernent plus de la moitié des patients (52%) et près de 3 patients sur 10 sont transférés au CHS de Bégard.

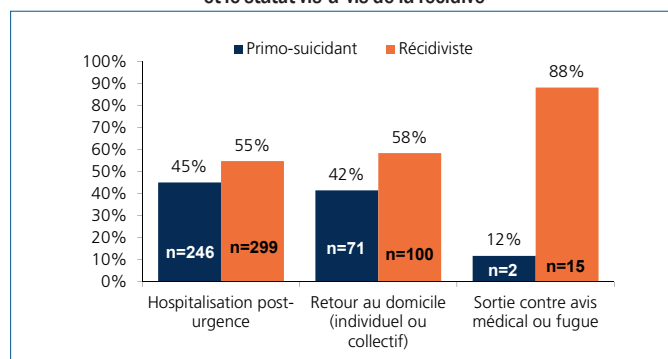
Enfin, on peut aussi remarquer que le type d'orientation en post-urgence est indépendant du statut du patient vis-à-vis de la récurrence.

Graphique 29 : Répartition des patients selon le mode de sortie du service des urgences



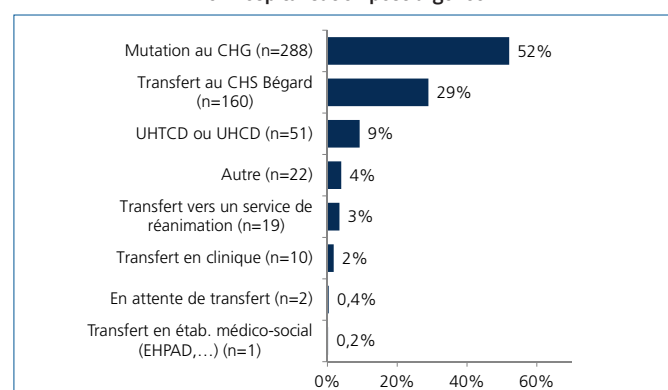
Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 30 : Répartition des patients selon le mode de sortie des urgences et le statut vis-à-vis de la récurrence



Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 31 : Répartition des patients selon leur destination en hospitalisation post-urgence



Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

LA PRISE EN CHARGE

■ Information délivrée au médecin traitant

A noter :

L'information au médecin traitant dépend non seulement de la connaissance et de l'identification dudit médecin mais également de la connaissance par l'équipe psychiatrique de la totalité de la trajectoire du patient ce qui peut ne pas être le cas lors d'un transfert vers d'autres établissements par exemple. Cette situation concerne aussi l'étude des orientations proposées ou organisées (voir à ce propos le point suivant).

Des comptes-rendus d'hospitalisation plus fréquents que les appels téléphoniques

Globalement, les patients suicidants ont déclaré un médecin traitant (92%), seuls 2% des patients n'en ont pas et pour 6% cette information n'est pas renseignée.

Pour les 740 patients ayant déclaré un médecin traitant :

• **Un tiers a minima (33%) bénéficie d'un appel téléphonique d'information en direction du médecin traitant.** Par ailleurs et malgré les écarts observés, le fait de prendre contact avec le médecin traitant ne diffère pas selon le mode de sortie.

Enfin, on peut aussi remarquer que le statut du patient vis-à-vis de la récurrence n'impacte pas le fait de prendre ou non un contact direct avec le médecin traitant.

• **6 patients sur 10 bénéficient d'un compte-rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant**, davantage dans le cas des patients hospitalisés en post-urgence (61%) que dans le cas de ceux qui retournent au domicile (57%). Logiquement cette proportion chute à seulement 12% pour les patients qui ne se sont pas conformés à l'avis médical. Il faut cependant nuancer ces observations au regard de la proportion élevée d'informations non renseignées.

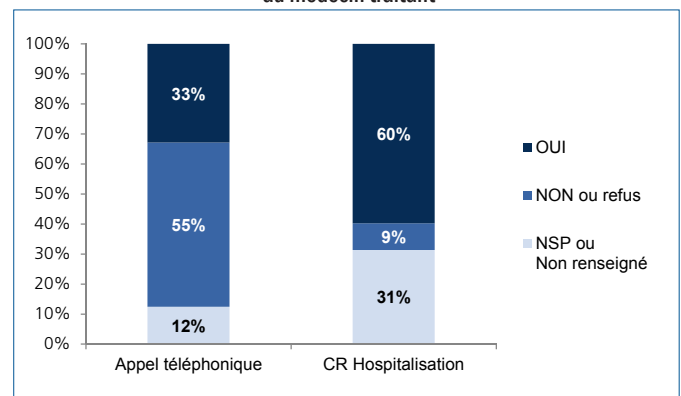
Enfin, comme pour les appels directs au médecin traitant, le statut du patient vis-à-vis de la récurrence n'impacte pas non plus sur le fait d'adresser ou non un compte-rendu d'hospitalisation.

Au final,

Parmi les patients pour lesquels un médecin traitant est identifié et les renseignements connus (740/805) :

- 16% bénéficient à la fois d'un appel téléphonique et d'un compte-rendu d'hospitalisation.
- 7% ne bénéficient ni de compte-rendu ni d'appel téléphonique.
- Plus du tiers (34%) bénéficient d'un compte-rendu sans appel téléphonique et 7% d'un compte-rendu sans que l'on sache si un appel téléphonique a été mis en place.
- 16% bénéficient d'un appel téléphonique sans que l'on sache si un compte-rendu a été adressé et 1% d'un appel téléphonique sans compte-rendu.
- Enfin, 2% des patients ont refusé que leur médecin traitant soit contacté par téléphone.

Graphique 32 : Répartition des patients selon l'information délivrée au médecin traitant



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

LA PRISE EN CHARGE

■ L'orientation des patients

La majorité des patients se voit proposer une orientation à l'issue de sa prise en charge

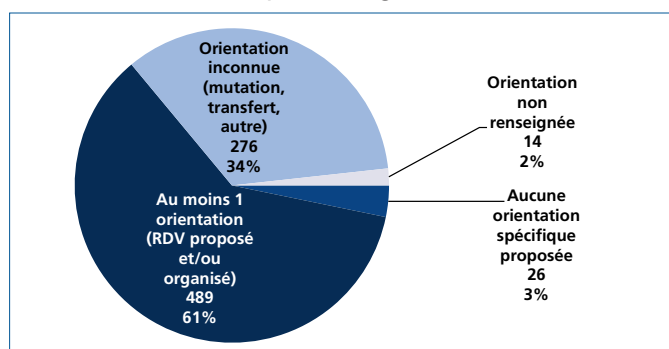
Globalement la majorité des patients (61%) se sont vus proposer ou organiser une orientation à l'issue de leur prise en charge initiale. Parmi ces derniers, 367 (soit 75% d'entre eux et 46% de l'ensemble de la cohorte) se sont vus organiser au moins un rendez-vous. Par ailleurs, ces éléments sont à considérer comme étant a minima, plus du tiers des patients de la cohorte ayant des modalités d'orientation inconnues du fait d'un transfert ou d'une mutation.

Enfin, là aussi on peut remarquer que le fait de se voir proposer ou organiser une orientation à l'issue de la prise en charge est indépendant du statut vis-à-vis de la récurrence.

La connaissance de l'orientation varie fortement selon le mode des sorties des urgences particulièrement lorsque celui-ci s'accompagne d'une hospitalisation en post-urgence

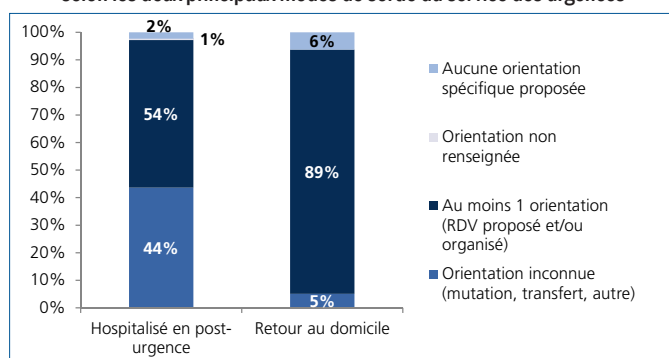
Les équipes psychiatriques à l'origine de la prise en charge initiale du patient n'ont connaissance de l'orientation du patient que dans la moitié des cas lorsqu'ils sont hospitalisés en post-urgence alors qu'elles sont logiquement informées dans la plupart des cas lors d'un retour au domicile. Dans ce dernier cas, un rendez-vous est proposé et/ou organisé pour près de 9 patients sur dix.

Graphique 33 : Répartition des patients selon l'orientation à l'issue de la prise en charge initiale



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 34 : Répartition des patients ayant bénéficié d'une orientation selon les deux principaux modes de sortie du service des urgences



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

LA PRISE EN CHARGE

L'orientation des patients (suite)

Une orientation proposée ou organisée principalement en direction des Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou des Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA)

Comme l'indique le tableau 5 et pour les 489 patients pour qui au moins une orientation est proposée ou organisée, la destination principale est dans les deux cas (proposition et organisation) le CMP ou le CMPEA.

On peut remarquer qu'au-delà des CMP-CMPEA :

- Les propositions de rendez-vous concernent notamment le médecin traitant (17% des patients concernés) et le médecin psychiatre (9%).
- L'organisation de rendez-vous pour sa part concerne principalement le médecin psychiatre (35% des patients concernés) mais ne concerne plus que 2% des patients pour un rendez-vous avec le médecin traitant.

Une organisation des rendez-vous plus fréquente en direction du médecin psychiatre et du CSAPA chez les patients récidivistes

La proposition ou l'organisation d'une orientation varie significativement selon le statut vis-à-vis de la récurrence uniquement lorsque l'orientation concerne le médecin psychiatre, le CMP ou CMPEA et le CSAPA. Pour tous les autres types d'orientations, les différences sont non significatives.

Les patients récidivistes se voient ainsi plus fréquemment organiser un rendez-vous avec un médecin psychiatre (40% contre 30% pour les primo-suicidants). A l'inverse, une rencontre avec les équipes du CMP ou du CMPEA est davantage proposée ou organisée pour des patients primo-suicidants.

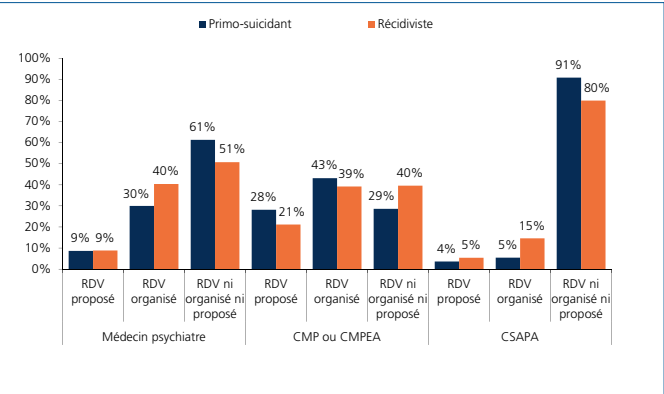
Tableau 5 : Répartition des patients selon les orientations proposées*

Orientations proposées (Nombre de patients ayant eu au moins une orientation, n=489)	Rendez-vous proposé		Rendez-vous organisé	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecin traitant	82	17%	11	2%
Psychiatre	45	9%	172	35%
CMP ou CMPEA	119	24%	202	41%
CSAPA	22	4%	50	10%
Visite à domicile	1	0,2%	13	3%
Autre	39	8%	46	9%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

*Pourcentages calculés par rapport au total des patients ayant eu au moins une orientation proposée et/ou organisée, soit 489 patients

Graphique 35 : Répartition des patients selon le type d'orientation et le statut vis-à-vis de la récurrence



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Lecture du graphique : sur l'ensemble des patients primosuicidants, 9% se sont vus soit proposer un rendez-vous avec un psychiatre, 30% se sont vu organiser ce rendez-vous et par répercussion, les autres patients primo-suicidants (61%) ne se sont vus ni proposer, ni organiser un rendez-vous avec un médecin psychiatre.

La procédure de suivi des patients pris en charge

La procédure de suivi du patient

Une procédure de suivi du patient a été mise en place au sein des trois services d'urgence impliqués dans le recueil. Elle consiste, pour les soignants qui prennent en charge le patient et lorsque la situation le permet, à proposer au patient d'entrer dans un protocole de suivi que ce dernier, s'il est volontaire, valide par signature. Ce protocole concerne deux points :

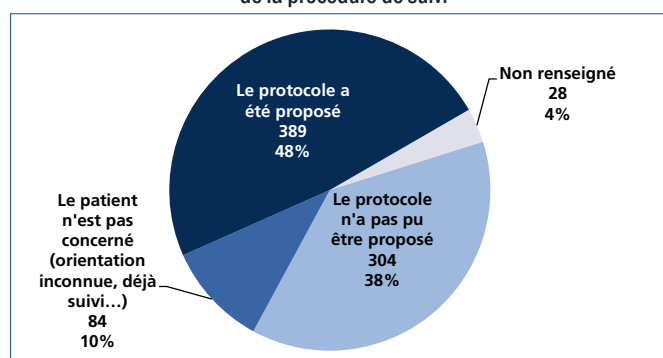
- La possibilité de s'informer auprès du médecin traitant du suivi ambulatoire du patient. Des informations au médecin traitant étant bien sûr susceptibles d'être délivrées à cette occasion.
- La possibilité pour le patient d'être rappelé téléphoniquement dans un délai convenu avec l'équipe soignante, délai situé théoriquement dans un intervalle de 3 à 6 semaines. En cas d'acceptation par le patient, la date de rappel convenue est indiquée dans un agenda de service destiné spécifiquement à cet effet. Pour un même patient, trois rappels au maximum sont organisés à partir de la date convenue avant abandon de la procédure. Lorsque le patient est joint, des renseignements complémentaires sont collectés (perception de l'état de santé, adhésion du patient aux propositions initiales d'orientation, perception de l'adaptation de cette orientation).

MISE EN PLACE ET ACCEPTABILITÉ DE LA PROCÉDURE DE SUIVI

■ Proposition de la procédure de suivi

La proposition d'entrer dans un protocole de suivi est réalisée pour près de la moitié des patients pris en charge (graphique 36).

Graphique 36 : Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi



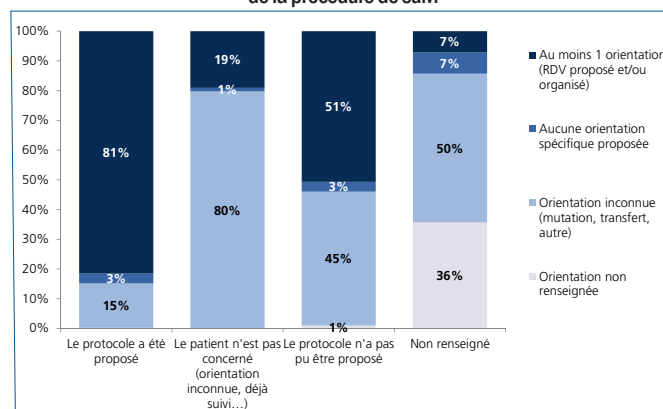
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

On peut remarquer que cette proposition est beaucoup plus fréquente dès lors que parallèlement un rendez-vous d'orientation a été soit proposé, soit organisé (graphique 37).

Enfin, on peut noter que la proposition d'entrer dans un protocole de suivi ne dépend pas :

- du fait que le patient bénéficie du RSA ou de la CMU,
- du statut du patient vis-à-vis de la récidive.

Graphique 37 : Répartition des patients selon l'orientation et la proposition de la procédure de suivi



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

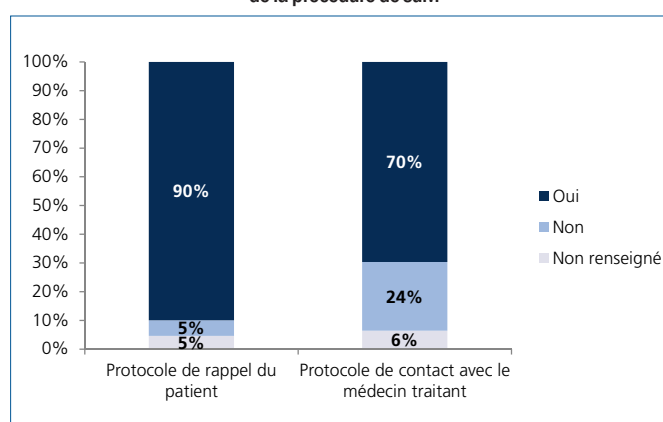
■ Acceptation de la procédure de suivi

Parmi les 389 patients qui se sont vus proposer le protocole de rappel (voir le graphique 38) :

- Neuf patients sur dix a minima ont accepté d'être rappelé dans un délai de 3 à 6 semaines par l'équipe soignante (élément non renseigné dans 5% des cas).
- Sept patients sur dix a minima acceptent le fait que l'équipe soignante prenne contact avec leur médecin traitant (élément non renseigné dans 6% des cas)¹⁰.

Au final et avec environ 5% de refus identifiés, le protocole de rappel témoigne d'une très bonne acceptabilité, notamment en ce qui concerne les rappels au patient.

Graphique 38 : Répartition des patients selon leur acceptation de la procédure de suivi



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

¹⁰ Du fait que le patient n'a pas de médecin traitant ou que cette information n'était pas connue de l'équipe soignante.

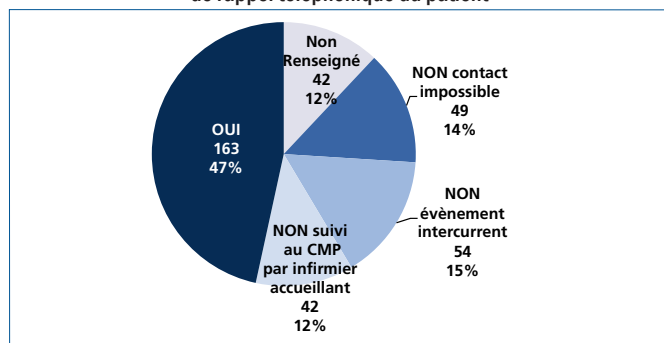
RÉALISATION DE LA PROCÉDURE ET PERCEPTION DES PATIENTS

■ Réalisation de la procédure de suivi

Parmi les 350 patients ayant accepté le protocole de rappel téléphonique (voir graphique 39) :

- pour près de la moitié (163 patients, soit 47%), la procédure de rappel a pu être réalisée,
- pour 54 patients (soit 15%), l'équipe soignante a signalé la survenue d'un événement intercurrent rendant le rappel téléphonique inadapté,
- pour 49 patients (soit 14%), le rappel téléphonique du patient n'a pas abouti à l'issue des 3 tentatives,
- pour 42 patients (soit 12%), celle-ci s'est révélée inadaptée du fait d'un suivi organisé par l'équipe soignante directement au CMP,
- pour 42 patients (soit 12%), l'information n'est pas renseignée.

Graphique 39 : Répartition des patients selon la réalisation de la procédure de rappel téléphonique du patient



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

■ Perception de l'état de santé

Parmi les 163 patients pour lesquels la procédure de rappel téléphonique a été réalisée :

- Près des deux tiers qualifient son état de santé psychique et moral de « bon ».
- Une forte minorité (28%) le qualifie de « moyen »,

En miroir, la qualification « mauvais » n'est adoptée que par 5% des patients rappelés (qualification non renseignée pour environ 4% des patients rappelés).

■ Observance des orientations proposées

Concernant l'observance des orientations proposées ou organisées au moment de la prise en charge initiale (soit au moment de l'inclusion dans la cohorte), on observe que (voir tableau 6) :

- **Les propositions de rendez-vous** sont au final très fortement suivies d'effets pour les médecins traitants (78%). Par contre, elles le sont nettement moins pour le médecin psychiatre (41%) ou pour le CMP (30%).
- **L'organisation de rendez-vous** est à l'inverse de la proposition très largement suivie dans le cas du médecin psychiatre, du CMP-CMPEA et du CSAPA (puisque plus de 7 patients sur dix déclarent avoir honoré leur rendez-vous).
- **À noter** : en dehors des propositions ou organisations de rendez-vous à l'issue de la première prise en charge au service des urgences, une partie des patients a pu par la suite et à leur initiative rencontrer d'autres professionnels de santé que ceux ciblés initialement.

Tableau 6 : Répartition des patients selon les orientations proposées et l'observance de ces propositions

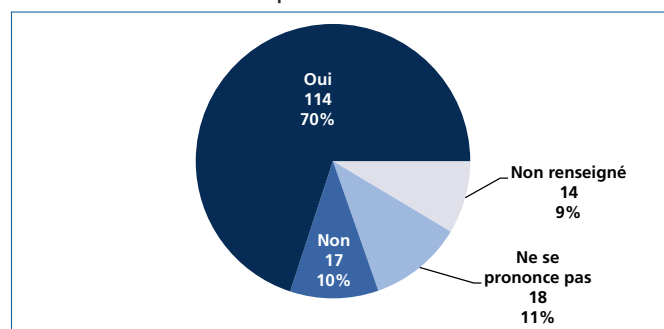
Nombre de patients ayant été rappelé (n=163)		Orientations proposées		Observance du patient
		Effectifs	Effectifs	
Médecin traitant	RDV proposé	45	35	78%
	RDV organisé	6	3	50%
Médecin psychiatre	RDV proposé	17	7	41%
	RDV organisé	53	39	74%
CMP ou CMPEA	RDV proposé	47	14	30%
	RDV organisé	54	39	72%
CSAPA	RDV proposé	3	0	-
	RDV organisé	20	14	70%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

■ Perception de l'adaptation des orientations proposées

Globalement et comme l'indique le graphique 40, sept patients sur dix à qui ont été proposés ou organisés un ou des rendez-vous à l'issue de la 1^{ère} prise en charge estiment a posteriori que ces orientations étaient adaptées. En miroir, seulement un patient sur dix (9%) l'estime au contraire inadaptée.

Graphique 40 : Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation de l'orientation



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

LE RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS APRÈS L'INCLUSION DANS LA COHORTE : IMPACT DU PROTOCOLE DE SUIVI

L'objectif de cette approche est de tenter d'évaluer le risque de récurrence à 6 mois après l'inclusion dans la cohorte en fonction de l'acceptation et de la mise en place du protocole de suivi (rappel téléphonique du patient)¹¹.

Le choix d'observer un impact éventuel de la procédure de suivi à 6 mois est lié au recul insuffisant en termes de durée d'inclusion dans la cohorte et donc d'observation des patients (2 années d'inclusion au total dont 18 mois seulement peuvent être pris en compte à l'heure actuelle pour observer un éventuel impact à 6 mois). L'impact du suivi après 12 mois d'inclusion pourra être envisagé à l'avenir lorsque la période d'observation sera suffisamment importante.

Afin d'évaluer le risque de récurrence au sein de la population de notre cohorte et pour limiter les biais, il était important de constituer des groupes de population statistiquement les plus homogènes possibles et les plus hétérogènes entre eux au regard des individus qui les composent.

■ Le critère d'inclusion-exclusion dans la comparaison

Les critères d'inclusion-exclusion dans la comparaison sont restitués précisément dans l'arbre décisionnel présenté en annexe 1.

Ont été exclus de la comparaison :

- Les patients entrés dans la cohorte après le 30 juin 2012 de façon à avoir une durée d'observation minimale de 6 mois (n=173).
- Les patients pour lesquels le fait d'avoir proposé le protocole ou encore le fait qu'ils l'aient accepté n'était pas renseigné (n= 74).
- Les patients estimés être non concernés par cette procédure : transfert en réanimation, etc. (n=40).
- Les patients dont le protocole a été effectivement mis en place mais hors des délais prévus¹² (n=19).
- Les patients ayant accepté le protocole mais ayant fait une seconde tentative avant que le protocole de suivi ait été mis en place (n=3).

■ La constitution des groupes

Trois groupes principaux ont ainsi été constitués :

- Les patients ayant bénéficié du suivi dans les délais du protocole de rappel (+ ou - 3 jours avant-après) : n=124.
- Les patients n'ayant pas bénéficié du suivi dont les différentes situations sont précisément décrites en annexe 1 : n=324.
- Les patients pour lesquels le suivi n'a pas été proposé ou mis en place du fait d'un suivi engagé au CMP-CMPEA : n=48.

■ L'impact de la procédure de suivi à 6 mois

La proportion de patients récidivistes à 6 mois selon l'appartenance à l'un des trois groupes s'établit comme suit :

Tableau 7 : Impact de la procédure de suivi à 6 mois

Groupe de patients	Proportion de patients récidivistes à 6 mois
Patients non suivis	10%
Patients suivis (protocole)	6%
Patients suivis CMP-CMPEA	0%

Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

¹¹ Pour mémoire, après acceptation par le patient, le rappel téléphonique a été fixé dans un délai de 3 à 6 semaines après la date de prise en charge du patient par les équipes.

¹² Inclusion avec une marge de plus ou moins 3 jours avant-après.

LE RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS APRÈS L'INCLUSION DANS LA COHORTE : IMPACT DU PROTOCOLE DE SUIVI

A six mois après l'inclusion dans la cohorte, il apparaît donc que les modalités de suivi ont un impact significatif ($p < 0,05$)¹³ sur le fait de récidiver ou non

Le suivi engagé via le CMP-CMPEA apparaissant pour cette durée d'observation comme étant le plus efficace ; le protocole de suivi via le rappel téléphonique du patient montrant une efficacité moindre mais malgré tout supérieure à l'absence de suivi.

Ces résultats demanderont à être confirmés à l'avenir avec des effectifs plus robustes.

¹³ Le test statistique utilisé est le test exact de Fisher.

Synthèse

- **L'étude réalisée** avec une très bonne exhaustivité porte sur la population prise en charge pour tentative de suicide aux urgences des hôpitaux de Guingamp, Paimpol et Lannion entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012. **Elle concerne 805 patients pour 944 passages dans l'un des trois services.**
- **L'incidence annuelle** 2012 (408 patients) apparaît en baisse de - 8% par rapport à celle observée en 2011 (440 patients). Par ailleurs le nombre de **nouveaux patients** passe de 440 patients en 2011 (année référence) à 365 patients en 2012, soit une baisse de - 17%. Enfin et concernant les **primo-suicidants**, leur nombre passe de 186 en 2011 à 167 en 2012, soit une baisse de - 11%.
- **Le poids de la récurrence** (incluant les tentatives avant et celles observées au cours de la période d'étude) peut être estimé à minima à 54% des patients correspondant à 61% des passages enregistrés.
- En 2012 et pour les patients pris en charge pour la première fois, **la proportion de patients qui récidivent sur l'année** diminue vis-à-vis des patients pris en charge en 2011 (7% versus 17%).

■ Origine géographique des patients

- Les patients pris en charge proviennent très majoritairement des cantons d'implantation (ou de cantons proches) des structures hospitalières, **témoignant ainsi d'une prise en charge de proximité.**
- Plus de huit prises en charge sur dix sont hospitalisées dans le secteur psychiatrique de résidence des patients pris en charge.
- **On observe une proportion de patients résidant dans l'espace urbain** plus importante que celle observée en population générale, notamment dans les villes-centres. A l'inverse, ils sont sous représentés dans les communes rurales.

■ Contexte sociodémographique

- **Concernant le sexe et l'âge**, la population prise en charge est d'une part très majoritairement féminine, d'autre part, les femmes y sont surreprésentées vis-à-vis de la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Par ailleurs, avec un âge moyen de 43 ans, la population prise en charge présente un profil plus jeune que celle des deux pays de résidence, notamment dans les tranches d'âge allant de 35 à 54 ans.
- **Concernant le contexte familial et résidentiel**, la population prise en charge est plus souvent célibataire ou divorcée que la population des ménages des deux pays de résidence. Par ailleurs, on note une surreprésentation des personnes vivant seules parmi les suicidants récidivistes. Enfin, l'existence d'une descendance ne protège pas de la récurrence.
- **Concernant le contexte socio-professionnel**, on observe dans la population prise en charge, une forte surreprésentation d'une part des chômeurs et des inactifs, notamment ceux en situation d'invalidité, ainsi que des employés, ouvriers et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise vis-à-vis de l'ensemble de la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. On peut aussi noter que, parmi les patients pris en charge, le phénomène de récurrence est plus significativement fréquent chez les chômeurs et les inactifs.
- **Concernant la précarité et l'accès aux soins**, on observe dans la cohorte des suicidants, une proportion de bénéficiaires du RSA nettement plus élevée que celle existant aux niveaux départemental ou régional. Ce constat est dans une moindre mesure aussi observable vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU.

■ Contexte clinique et tentatives de suicide

Au niveau du contexte clinique périphérique à la tentative de suicide, on peut notamment remarquer :

- Une majorité de patients inclus dans la cohorte d'étude à des **antécédents de tentative de suicide** préalablement à la première prise en charge réalisée dans le cadre de l'étude.
- Malgré une forte proportion de données non connues, on peut faire l'hypothèse d'une proportion relativement élevée de patients ayant des **antécédents familiaux** de tentative de suicide.
- **Le conflit conjugal** notamment mais aussi le conflit familial, représentent les contextes précipitants principaux auxquels sont associés les tentatives de suicide, et ce, chez les hommes comme chez les femmes.
- Une forte majorité de patients pris en charge est concernée par des **antécédents psychiatriques**, antécédents qui impactent eux-mêmes fortement sur le fait d'être ou non récidiviste.
- Plus de deux tiers des patients consomment des **traitements psychotropes** au moment des prises en charge, traitements qui sont eux-mêmes plus présents chez les patients récidivistes, notamment lorsque le nombre de molécules prescrit s'accroît. Lors de la présence d'un traitement, l'association anti-dépresseur, anxiolytique et hypnotique est la plus fréquente.

Enfin, au niveau des tentatives de suicide elles-mêmes, les auto-intoxications médicamenteuses concernent près de 9 patients sur 10, les modes plus agressifs (lésions auto-infligées) concernant plus fréquemment la population masculine. Par ailleurs, la présence d'alcoolisation est relevée dans près de 4 prises en charge sur 10.

■ Les prises en charge réalisées

- **Au niveau de la provenance et de la prise en charge immédiate**, environ trois quarts des patients sont amenés aux urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, SAMU, SMUR). A l'issue de cette arrivée, 80% des patients bénéficient d'une rencontre avec l'équipe psychiatrique dès leur prise en charge aux urgences ou au cours de l'hospitalisation en unité de courte durée.
- **Concernant la sortie des services d'urgence hospitaliers**, près de trois quarts des patients sont hospitalisés. Parmi ceux-ci, un peu moins d'un tiers est transféré au CHS de Bégard. On remarque aussi que lors d'une hospitalisation, l'orientation n'est pas dépendante du fait d'être récidiviste ou primo-suicidant.
- **Si l'information au médecin traitant** via un appel téléphonique direct concerne un tiers des patients (indépendamment du fait d'être ou non récidiviste), 60% d'entre eux voient par contre leur médecin traitant être informé via l'envoi d'un compte-rendu d'hospitalisation. Au final, seulement 16% des patients bénéficient des deux modalités d'information et seulement 7% des patients de la cohorte ne bénéficient en miroir d'aucune des deux.
- **Concernant l'orientation des patients**, la proposition ou l'organisation des rendez-vous post prise en charge concernent en premier lieu les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA). On peut aussi remarquer que si la proposition d'un rendez-vous concerne en second lieu notamment les médecins traitants, les psychiatres quant à eux sont plus concernés par l'organisation même d'un rendez-vous. Par ailleurs et globalement, l'organisation d'un rendez-vous (quel que soit le destinataire), est plus fréquente pour les patients récidivistes, notamment lorsque cette organisation concerne un rendez-vous avec un médecin psychiatre.

■ Le suivi du patient

- **Un protocole de suivi** a été mis en place au sein des services d'urgence et est proposé aux patients volontaires. Il concerne à la fois des rappels téléphoniques auprès des médecins traitants et des rappels auprès du patient.
- **Le protocole de suivi a pu être proposé** à environ la moitié des patients pris en charge indépendamment de leur statut vis-à-vis de la récidive.
- Parmi les patients à qui a pu être proposé ce protocole de suivi, **90% d'entre eux a minima valident le principe d'un rappel** par l'équipe soignante et 70% le principe d'un rappel auprès du médecin traitant, témoignant ainsi d'une très bonne acceptabilité de la procédure proposée.
- Si l'on exclut les patients ayant accepté la procédure de suivi mais pour lesquels celle-ci s'est révélée au final inadaptée (survenue d'un événement intercurrent ; suivi au final organisé avec un CMP-CMPEA), **le rappel téléphonique a pu être finalement réalisé** avec deux tiers des patients a minima ayant accepté cette procédure. L'information n'étant pas renseignée pour les autres patients ou les rappels téléphoniques n'ayant pas aboutis.
- **La perception de leur état de santé** est qualifiée par les patients concernés et au moment du rappel téléphonique de «bonne» par près de deux tiers des patients. En miroir, elle n'est qualifiée de «mauvaise» que par 5% des patients rappelés.
- **L'observance des orientations proposées initialement** est particulièrement bonne pour les propositions de rendez-vous auprès du médecin traitant et pour l'organisation des rendez-vous auprès du médecin psychiatre ainsi qu'au sein des CMP-CMPEA ou des CSAPA.
- **La perception de la cohérence de l'adaptation des orientations proposées ou organisées initialement** est élevée puisqu'elle concerne environ 70% des patients. En miroir, seulement 9% des patients l'estiment au contraire inadaptée.
- **L'impact des différentes modalités de suivi sur la prévention de la récidive suicidaire 6 mois après l'inclusion des patients dans la cohorte fait apparaître un gradient significatif ($p < 0,05$) où les suivis engagés par les CMP-CMPEA s'avèrent d'efficacité supérieure au suivi via le protocole de rappel téléphonique des patients, lui-même supérieur à l'absence de suivi.**

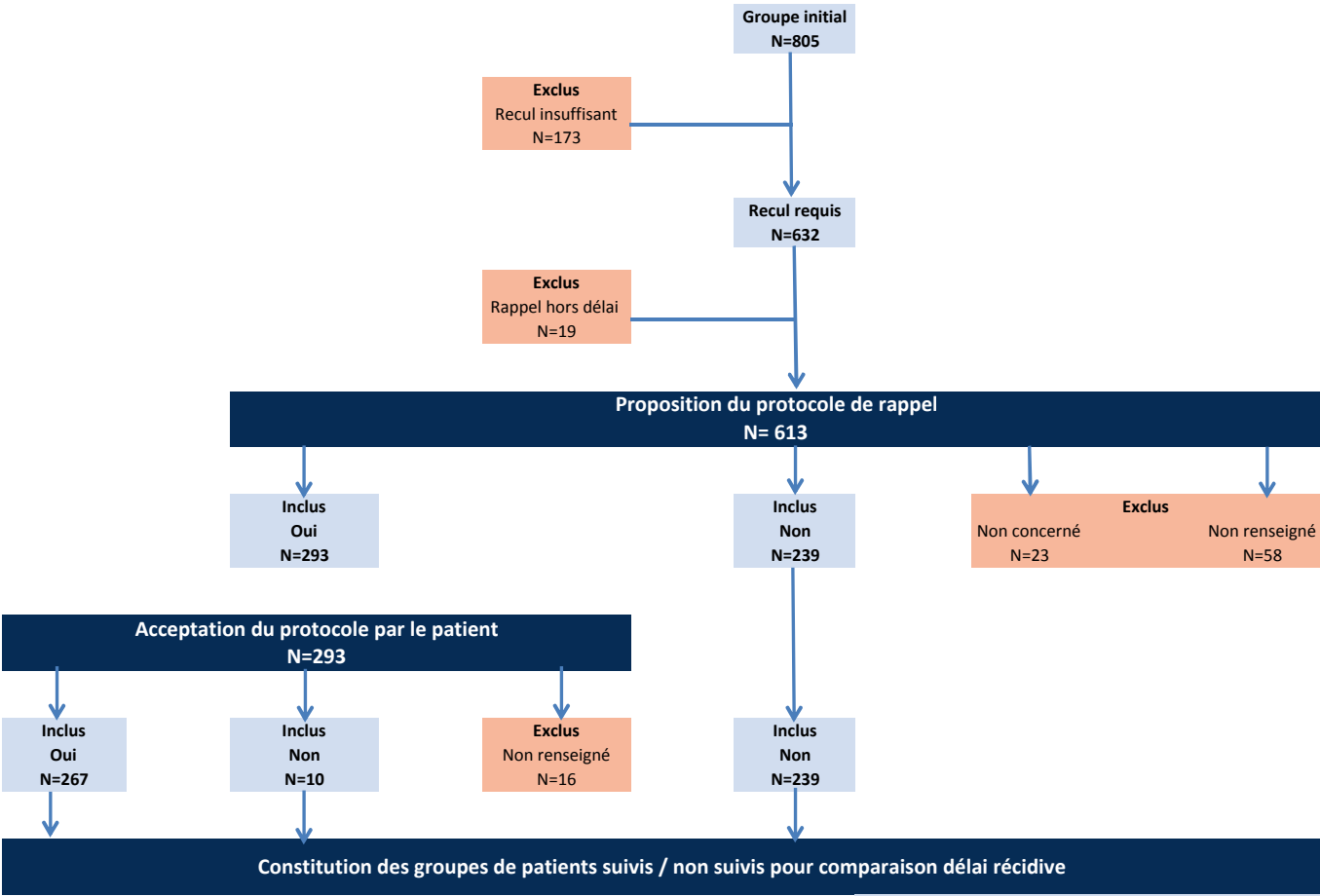
Annexes

Annexe 1 : Arbre décisionnel d'inclusion-exclusion : impact du protocole de suivi à 6 mois

Annexe 2 : Cartographie de l'offre de soins en psychiatrie générale et des zonages Insee

Annexe 3 : Table des illustrations

Etude de la récidence : Arbre décisionnel pour la constitution des groupes de patients

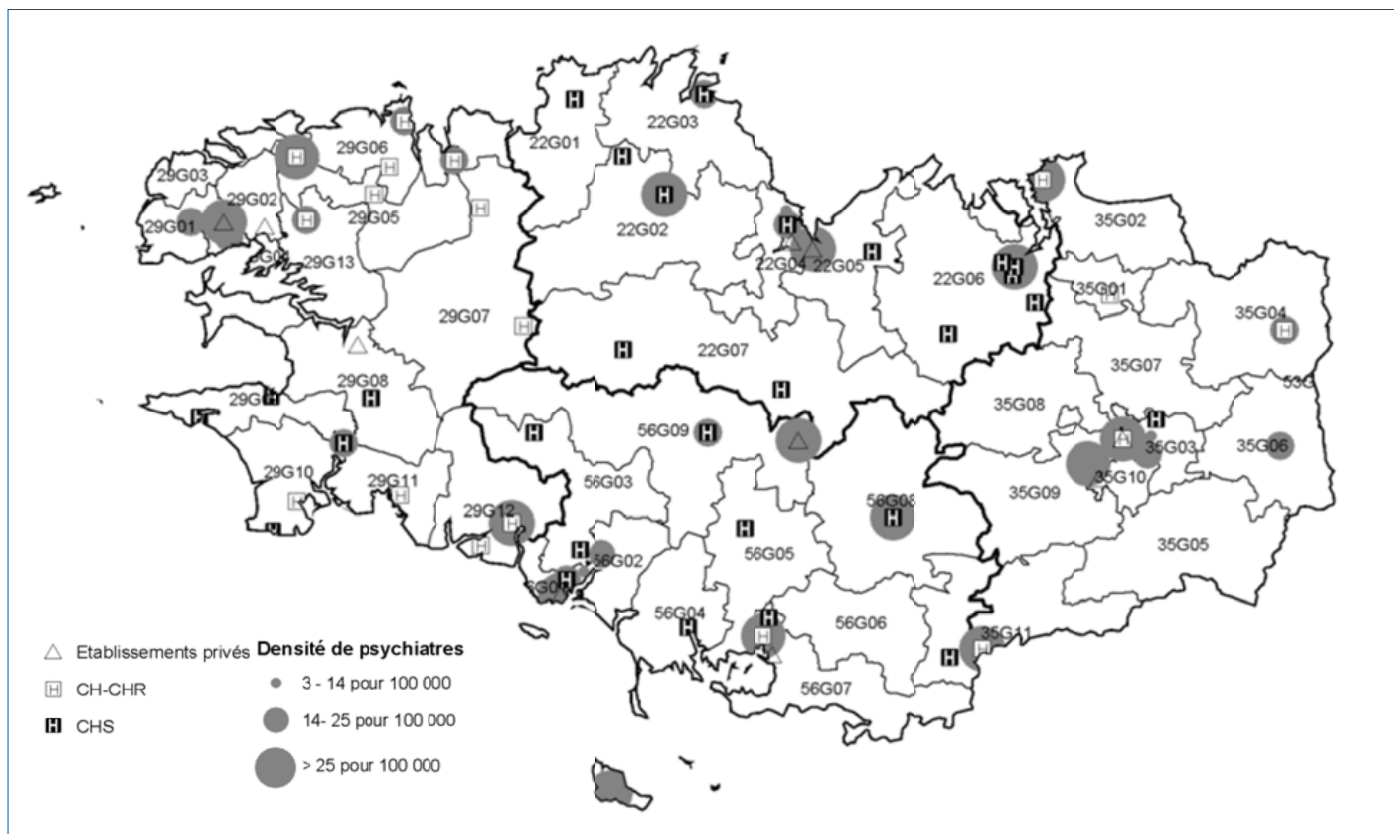


			Récidiviste à 6 mois	
Groupe 1 :	N=124	Suivi rappel téléphonique réalisé	N=8	6%
Groupe 2 : Non bénéficiaires du suivi	N=41	Contact impossible	N=4	10%
	N=32	Sans date de rappel (hypothèse : rappel non effectué)	N=2	6%
	N=2	2ème tentative de suicide hors délai postérieur sans rappel effectué	N=2	100%
	sous-total 1 : 75		Total : 8	11%
	N=10	Refus du protocole	N=0	0%
	N=239	Non proposition du protocole au patient	N=23	10%
	sous-total 2 : 249		N=23	9%
Total Non suivis : 324		N=31	10%	
Groupe 3 : alternative exclus-inclus	N=26	Suivi au CMP par infirmier accueillant	N=0	0
	N=22	Evènement intercurrent ~ Mise en place d'un suivi CMP	N=0	0
	Total : 48	(et sans date 2ème tentative)	Total : 0	0%

Patients exclus de la constitution des groupes

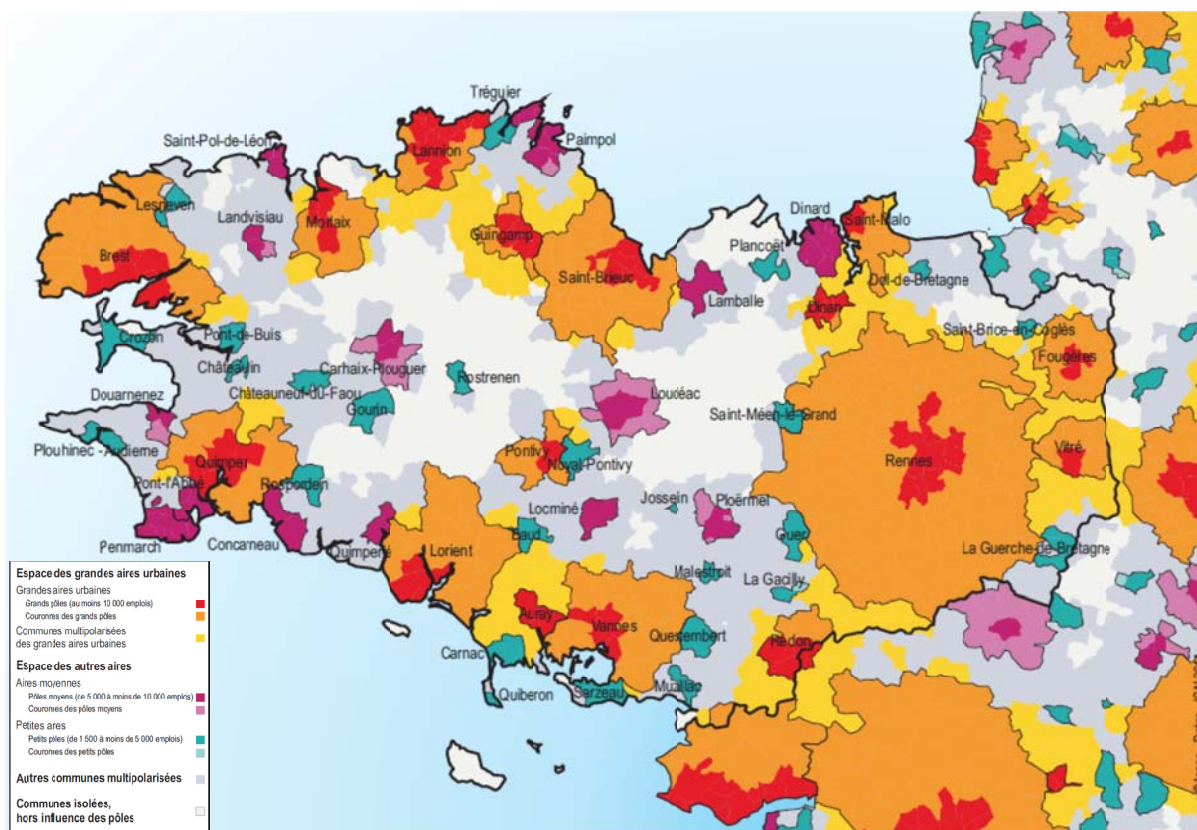
Exclus parmi les patients ayant accepté le protocole de suivi	N=17	Transfert Bégard / clinique / réanimation...
	N=3	2ème tentative de suicide antérieure au délai de rappel
	N=16	Non renseigné
Exclus sur proposition du protocole	N=23	Non concerné
	N=58	Non renseigné

Carte 2 : L'offre de soins en psychiatrie générale en Bretagne en 2003



Source : Drees, Série statistiques, Document de travail, Atlas régional de psychiatrie générale – Disparités de l'offre et des territoires d'intervention, Ollivier Aluard et Magali Coldefy, n°75, février 2005, page 92

Carte 3 : Le zonage en aire urbaines en 2010



Source : Insee Bretagne - OCTANT Analyse n° 23 - Octobre 2011

Graphique 1 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récurrence - Cohorte 2011-2012	p.10
Graphique 2 : Répartition des patients récidivistes selon le nombre de récurrences (déclaré et observé) - Cohorte 2011-2012	p.10
Graphique 3 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récurrence en fonction de l'année de recueil	p.11
Graphique 4 : Répartition des passages pour tentatives de suicide selon le secteur psychiatrique de domicile et d'hospitalisation	p.14
Graphique 5 : Répartition par sexe des patients et de la population domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans et plus)	p.16
Graphique 6 : Répartition selon le sexe et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.16
Graphique 7 : Pyramide des âges à la première tentative de suicide observée au cours de la période	p.16
Graphique 8 : Répartition par âge de la population générale et celle des suicidants domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans et plus)	p.16
Graphique 9 : Répartition de la population générale et celle des suicidants âgés de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon l'état matrimonial	p.17
Graphique 10 : Répartition des suicidants selon le mode de vie et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.17
Graphique 11 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale	p.18
Graphique 12 : Répartition des suicidants selon la situation par rapport à l'emploi et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.18
Graphique 13 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale	p.18
Graphique 14 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus bénéficiaires du RSA	p.19
Graphique 15 : Proportion de suicidants bénéficiaires de la CMU	p.19
Graphique 16 : Antécédents personnels de tentatives de suicide	p.20
Graphique 17 : Antécédents familiaux de tentatives de suicide	p.20
Graphique 18 : Répartition des contextes précipitants principaux par ordre de fréquence décroissante selon le sexe	p.20
Graphique 19 : Antécédents psychiatriques des suicidants	p.21
Graphique 20 : Répartition des suicidants selon l'existence d'antécédents psychiatriques et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.21
Graphique 21 : Traitement médicamenteux psychiatriques en cours au moment de la prise en charge	p.22
Graphique 22 : Répartition des patients ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon le nombre de « molécules » prescrites	p.22
Graphique 23 : Répartition des suicidants sous traitement médicamenteux psychiatrique au moment de la prise en charge par ordre de fréquence décroissante	p.22
Graphique 24 : Répartition des suicidants selon l'existence d'un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge	p.23

Graphique 25 : Répartition des suicidants ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon le nombre de «molécules» prescrites et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.23
Graphique 26 : Répartition des patients selon le sexe et le mode principal de la tentative de suicide	p.24
Graphique 27 : Répartition des patients selon leur mode d'entrée	p.26
Graphique 28 : Répartition des patients selon l'unité où ils sont vus initialement par l'équipe psychiatrique	p.26
Graphique 29 : Répartition des patients selon le mode de sortie du service des urgences	p.27
Graphique 30 : Répartition des patients selon le mode de sortie des urgences et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.27
Graphique 31 : Répartition des patients selon leur destination en hospitalisation post-urgence	p.27
Graphique 32 : Répartition des patients selon l'information délivrée au médecin traitant	p.28
Graphique 33 : Répartition des patients selon l'orientation à l'issue de la prise en charge initiale	p.29
Graphique 34 : Répartition des patients ayant bénéficié d'une orientation selon les deux principaux modes de sortie du service des urgences	p.29
Graphique 35 : Répartition des patients selon le type d'orientation et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.30
Graphique 36 : Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi	p.32
Graphique 37 : Répartition des patients selon l'orientation et la proposition de la procédure de suivi	p.32
Graphique 38 : Répartition des patients selon leur acceptation de la procédure de suivi	p.32
Graphique 39 : Répartition des patients selon la réalisation de la procédure de rappel téléphonique du patient	p.33
Graphique 40 : Répartition des patients selon la perception de l'adaptation de l'orientation	p.33
 Tableau 1 : Nombre et répartition des patients et de la population de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le type d'espace	 p.14
Tableau 2 : Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation regroupée en grande catégorie	p.24
Tableau 3 : Répartition des suicidants selon la modalité associée	p.24
Tableau 4 : Répartition des suicidants selon le diagnostic relié en 2012	p.25
Tableau 5 : Répartition des patients selon les orientations proposées	p.30
Tableau 6 : Répartition des patients selon les orientations proposées et l'observance de ces propositions	p.33
Tableau 7 : Impact de la procédure de suivi à 6 mois	p.34
 Carte 1 : Répartition des passages pour tentatives de suicides selon le canton de domicile des patients	 p.14
Carte 2 : L'offre de soins en psychiatrie générale en Bretagne en 2003	p.41
Carte 3 : Le zonage en aires urbaines 2010	p.41



Conseil Régional de Bretagne

283, avenue du Général Patton - CS 21 101 - 35711 Rennes Cedex
Tél - 02 99 27 10 10 • Fax - 02 99 27 11 11
<http://www.bretagne.fr>



Agence Régionale de Santé Bretagne

6 Place des Colombes - CS 14253, 35042 RENNES CEDEX
Tél - 02 90 08 80 00 • Fax - 02 99 30 59 03
<http://www.ars.bretagne.sante.fr>



Observatoire Régional de Santé de Bretagne

8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35706 RENNES CEDEX 7
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21
<http://www.orsbretagne.fr>