



HAL
open science

First trends of change in mortality by suicide in Nord-Pas-de-Calais since Vigilans

S. Duhem, S. Dambry, E. Marchand, A. Creton, C. Debien, V. Hedouin, G.
Vaiva

► **To cite this version:**

S. Duhem, S. Dambry, E. Marchand, A. Creton, C. Debien, et al.. First trends of change in mortality by suicide in Nord-Pas-de-Calais since Vigilans. *L'Encéphale*, 2019, 45, pp.S38 - S41. 10.1016/j.encep.2018.09.008 . hal-03486817

HAL Id: hal-03486817

<https://hal.science/hal-03486817v1>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

« Premières analyses de mortalité par suicide en Nord – Pas de Calais depuis l’implantation de Vigilans »

First trends of change of mortality by suicide in Nord – Pas de Calais since Vigilans

**Stéphane DUHEM¹, Sébastien DAMBRY^{2*}, Elodie MARCHAND³, Anne CRETON⁴,
Christophe DEBIEN², Valéry HEDOUIN³, Guillaume VAIVA^{2*}**

- 1) *Centre d’Investigation Clinique, CHU de Lille & Inserm, F-59000 Lille, France*
- 2) *Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en milieu pénitentiaire, CNRS UMR 9193 – SCA-Lab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, CHU & Université de Lille, F-59000 Lille, France*
- 3) *Service de Médecine Légale, EA 7367 – UTML – Unité de Taphonomie Médico-Légale, CHU & Université de Lille, F-59000 Lille, France*
- 4) *Centre Hospitalier de Valenciennes, France*

*** Corresponding authors:**

Guillaume VAIVA, MD, PhD

Service de Psychiatrie Adulte
Hôpital FONTAN, Rue André Verhaeghe, 59037 Lille Cedex
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE
E-mail : guillaume.vaiva@chru-lille.fr

Sébastien DAMBRY, MD

Service de Psychiatrie Adulte
Hôpital FONTAN
Rue André Verhaeghe
59037 Lille Cedex
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE
Tel : +33 3 20 44 45 84 – Fax : + 33 3 20 44 49 35
E-mail : sebastien.dambry@chru-lille.fr

Conflicts of interest: Authors have no conflicts of interest relating to this work.

Premières analyses de mortalité par suicide en Nord – Pas de Calais depuis l’implantation de VigilansS.

First trends of change of mortality by suicide in Nord – Pas de Calais since VigilansS.

Résumé

Introduction : En termes de prévention du suicide, les dispositifs de prévention populationnels peinent souvent à démontrer un effet en termes de réduction des passages à l’acte suicidaires, se concentrant souvent sur l’évolution du chiffre des tentatives de suicide, sur des temps trop courts pour interpréter statistiquement des variations de mortalité. Les chiffres consolidés de la mortalité en France sont fournis par le CepiDC avec un délai d’environ trois ans. Il nous fallait donc tenter de travailler avec une approximation du phénomène et nous avons testé la valeur de proxy du dénombrement des levées de corps, examens de corps et autopsies médico-légales pour suicide par les médecins légistes de la Région Nord-Pas-de-Calais. De façon parallèle, nous avons mené une étude exhaustive de mortalité sur l’année 2016 dans la cohorte VigilansS. **Méthode :** En mesurant l’évolution du nombre de levées de corps pour suicide par le département de Médecine Légale de la région, sur les 3 ans avant VigilansS (2012-2014) comparés aux 3 ans depuis VigilansS (2015-2017). Les décès des patients de la cohorte VigilansS ont été recensés en interpellant les mairies de naissance et de domicile de tous les patients intégrant le dispositif sur l’année 2016. La cause du décès a ensuite été caractérisée par contact du médecin traitant. **Résultats.** Nous observons une baisse moyenne de la mortalité par suicide de 9,9 % (-12 % chez les hommes ; +0,3 % chez les femmes). L’analyse exhaustive de la mortalité par suicide dans la cohorte VigilansS en 2016 retrouve 19 décès, dont 14 par suicide, soit 0.4 % des patients. Ce taux observé de mortalité dans la cohorte VigilansS en 2016 est significativement en dessous du seuil attendu dans la littérature (1 à 2 % dans l’année qui suit la tentative de suicide). **Conclusion :** Il semble possible de toucher l’objectif demandé par l’OMS à l’horizon 2020 d’une diminution de 10 % des conduites suicidaires dans les pays industrialisés. Le dispositif VigilansS pourrait donc se montrer protecteur en termes de mortalité par suicide.

MOTS-CLÉS : suicide, tentative de suicide, mortalité, prévention

Abstract

Introduction: In terms of suicide prevention, population-based prevention devices often struggle to demonstrate an effect in terms of reducing suicidal acts of suicide, often focusing on the evolution of the number of suicide attempts, on time too short to statistically interpret changes in mortality. The consolidated figures for mortality in France are provided by the CepiDC with a delay of approximately three years. We therefore had to try to work with an approximation of the phenomenon, and we tested the proxy value of the enumeration of corpses, body examinations and medico-legal autopsies for suicide by the forensic doctors of the Nord-Pas-de-Calais region in France. In parallel, we conducted a comprehensive mortality study for 2016 in the VigilansS cohort. **Method:** By measuring the evolution of the number of body lifts for suicide by the Department of Forensic Medicine of the region, for the 3 years before VigilansS (2012-2014) compared to the 3 years since VigilansS (2015-2017). The deaths of patients of the VigilansS cohort were identified by calling the city halls of birth and domicile of all patients integrating the device in 2016. The cause of death was then characterized by contact of the attending physician. **Results.** We observe an average decrease in suicide mortality of 9.9 % (-12 % for men, +0.3 % for women). The exhaustive analysis of suicide mortality in the VigilansS cohort in 2016 found 19 deaths, of which 14 by suicide, or 0.4 % of patients. This observed mortality rate in the VigilansS cohort in 2016 is significantly below the expected threshold in the literature (1 to

2 % in the year following TS). Conclusion. It seems possible to reach the 2020 target for a 10 % decrease in suicidal behavior in industrialized countries by 2020. The Vigilans device could therefore be protective in terms of suicide mortality.

KEYWORDS: suicide, suicide attempt, mortality, prevention

Introduction

La notion d'un antécédent de tentative de suicide est un facteur de risque déterminant pour la survenue d'une autre tentative, mais aussi d'un décès par suicide (1).

La mortalité par suicide peut apparaître comme un phénomène en partie différent sur le plan épidémiologique de la morbidité par suicide (tentatives de suicide, crises suicidaires, idéation suicidaire) : la mortalité par suicide touche plus les hommes que les femmes (2 femmes pour 1 homme pour les tentatives de suicide), est en lien avec l'occurrence d'un ou plusieurs troubles mentaux au moment du décès dans 95 % des cas (alors que le poids de la maladie mentale semble moins marqué pour les tentatives de suicide) (2) (3). En termes de prévention, une partie des acteurs de santé adoptent l'adage qui dit que les dispositifs de prévention populationnels ont pour cible la réduction de la souffrance psychique, des situations de crise et donc des tentatives de suicide, alors que la diminution des décès par suicide doit découler d'une meilleure prise en charge de la maladie mentale par les médecins généralistes et les systèmes de soin psychiatriques (4).

D'ailleurs, les dispositifs de prévention du suicide peinent souvent à démontrer un effet populationnel en termes de réduction des passages à l'acte suicidaires (tentatives de suicide ou suicides). Souvent, le suivi de ces dispositifs porte sur un an, voire deux, et se concentre sur l'évolution du chiffre des tentatives de suicide ; de plus, les suivis de cohorte sur quelques centaines d'individus ne sont pas assez puissants statistiquement pour interpréter des variations de mortalité (phénomène rare) sur ces laps de temps. Ces temps sont trop courts pour observer une éventuelle variation en termes de mortalité. Quand le temps d'observation est assez long et les effectifs populationnels suffisants, la baisse des conduites suicidaires est parfois retrouvée en termes de diminution des tentatives de suicide et peu ou pas en termes de mortalité par suicide, comme dans le programme de *l'European Alliance Against Depression* (5).

En reprenant l'une des données fortes de notre première étude d'impact en Nord – Pas de Calais (article précédent), nous constatons une baisse des passages aux urgences pour tentative de suicide (moins 13,5 % entre 2014 et 2017) et cette baisse apparaît aussi marquée chez les hommes que chez les femmes (moins 14 % chez les hommes et moins 10 % chez les femmes). Les décès par suicide connaissant un *sex ratio* de 3 hommes pour 1 femme, nous

trouvions intéressant d'essayer d'obtenir des data sur l'évolution de la mortalité par suicide dans notre région. Cependant, les chiffres consolidés de la mortalité en France sont fournis par le CepiDC avec un délai d'environ trois ans (6); nous disposons ainsi depuis peu des chiffres de 2015 (7). Il nous fallait donc tenter de travailler avec une approximation du phénomène et nous avons testé la valeur de *proxy* du dénombrement des levées de corps, examens de corps et autopsies médico-légales pour suicide par les médecins légistes de la Région Nord-Pas-de-Calais.

De façon parallèle, nous avons mené une étude exhaustive de mortalité sur l'année 2016 dans la cohorte Vigilans.

Analyse des examens médico-légaux pour suicide

Méthode

Nous avons mené ce travail en collaboration avec le service universitaire de Médecine Légale du CHU de Lille, ainsi que le réseau régional des Unités Médico-Judiciaires. Les Unités Médico-Judiciaires de la région nous ont ouvert leurs archives. Quand la donnée n'était pas disponible ou informatisée, des ARC du Centre d'Investigation Clinique de Lille sont allés sur site dénombrer les cas de suicide en compilant les dossiers des Légistes. Si la cause de décès était indéterminée après levée ou examens de corps, un recueil auprès des comptes rendus d'autopsie était réalisé à l'Institut de Médecine Légale de Lille.

Définition du proxy. Nous disposons des chiffres consolidés du CepiDC jusqu'en 2015 (7). Dans une première étape, nous avons délimité notre territoire par arrondissements administratifs correspondant approximativement au territoire d'intervention des Unités Médico-Judiciaires, où nous observions la plus grande congruence quantitative selon la commune de décès entre les chiffres du CepiDC et celui des levées de corps pour suicide. Ainsi, trois Unités Médico-Judiciaires ont été retenues avec des congruences supérieures à 90 % sur 2012, 2013 et 2014 : l'Unité Médico-Judiciaire de Boulogne-sur-Mer (Montreuil, Boulogne-sur-Mer, Calais), l'Unité Médico-Judiciaire de Dunkerque et l'Institut de Médecine Légale de Lille. Quantitativement, ces Unités Médico-Judiciaires représentaient une moyenne de 42 % des décès par suicides de la région (754 décès par an dans le Nord – Pas de Calais, moyenne 2012-2014). Qualitativement, une grande zone urbaine était représentée, ainsi que des régions très rurales et tout le littoral.

Définition de la période de temps. Le décès par suicide est un phénomène rare. Les effectifs sont relativement faibles pour un territoire et leur variation encore plus ; souvent d'une année sur l'autre des fluctuations sont observées, sans qu'une tendance nette n'apparaisse au fil des

ans. Ainsi, il est important de comparer des moyennes de mortalité sur plusieurs années. Vigilans étant mis en place début 2015 à Boulogne sur mer, nous étions limités à l'analyse des décès sur la période 2015, 2016 et 2017. Nous avons donc comparé cette moyenne (depuis Vigilans) à la moyenne 2012, 2013 et 2014 (avant Vigilans). Nous ne disposions que du nombre total de levées de corps et du sexe.

Résultats

Les données détaillées apparaissent dans le tableau 1. Nous observons une diminution de la moyenne des décès d'environ 10 % depuis 2015 (figure 1). Cette diminution semble ne concerner que les hommes (-12 % chez les hommes, +0,3 % chez les femmes).

Ces données devront être comparées ultérieurement avec les data consolidées du CepiDC et surtout, l'analyse devra porter sur une plus grande période de temps. Il semble possible de toucher l'objectif demandé par l'OMS à l'horizon 2020 d'une diminution de 10 % des conduites suicidaires dans les pays industrialisés (2).

Analyse de mortalité 2016

Méthode

Une partie importante des décès a été connue dans le cours du processus de « rester en lien ». Néanmoins, pour proposer l'exhaustivité, les décès des patients de la cohorte Vigilans ont été recensés en interpellant les mairies de naissance et de domicile de tous les patients intégrant le dispositif sur l'année 2016. La cause du décès a ensuite été caractérisée par contact du médecin traitant, qui a toujours su qualifier le suicide ou non.

Résultats

En 2016, 3.147 nouveaux patients ont intégré le dispositif Vigilans : nous retrouvons 19 décès répertoriés, dont 14 par suicide soit 0.4 % des patients. Les patients décédés par suicide ont un âge moyen de 43 ans, il s'agit de 10 femmes et 4 hommes, 36 % étaient primosuicidants à l'entrée dans Vigilans.

Selon la littérature, 10 % des suicidants mourront de suicide (1); 1 à 2 % dans l'année qui suit (8). Le taux observé de mortalité dans la cohorte de Vigilans de 2016 est significativement en dessous du seuil attendu ($p= 0.0015$; 10 000 permutations Monte Carlo, CLUMP Software). Le dispositif Vigilans pourrait donc se montrer protecteur en termes de mortalité par suicide.

Si on s'attarde sur le délai entre sortie du service de soins pour tentative de suicide et le suicide, celui-ci varie de 2 à 191 jours. Les décès interviennent en majorité soit dans les jours suivant la sortie de l'hôpital, soit avant le recontact à 6 mois du dispositif Vigilans (Figure 2).

Il conviendrait donc dans le premier cas de mieux préciser les critères de sortie, et dans le second cas de mener une réflexion pour modifier éventuellement les bornes de recontact du dispositif.

Références

1. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(3):257–65.
2. World Health Organization. Preventing Suicide: A global imperative. Switzerland: WHO Press 2014.
3. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387(10024):1227–39.
4. Observatoire national du suicide, Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014.
5. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9. 5.
6. Pavillon G, Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. *Bul Epidemiol Hebd* 2003;30-31:134-8.
7. <http://www.cepidc.inserm.fr/>
8. Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F. Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994 Sep-Oct;20(5):495-503.

Conflits d'intérêts : aucun

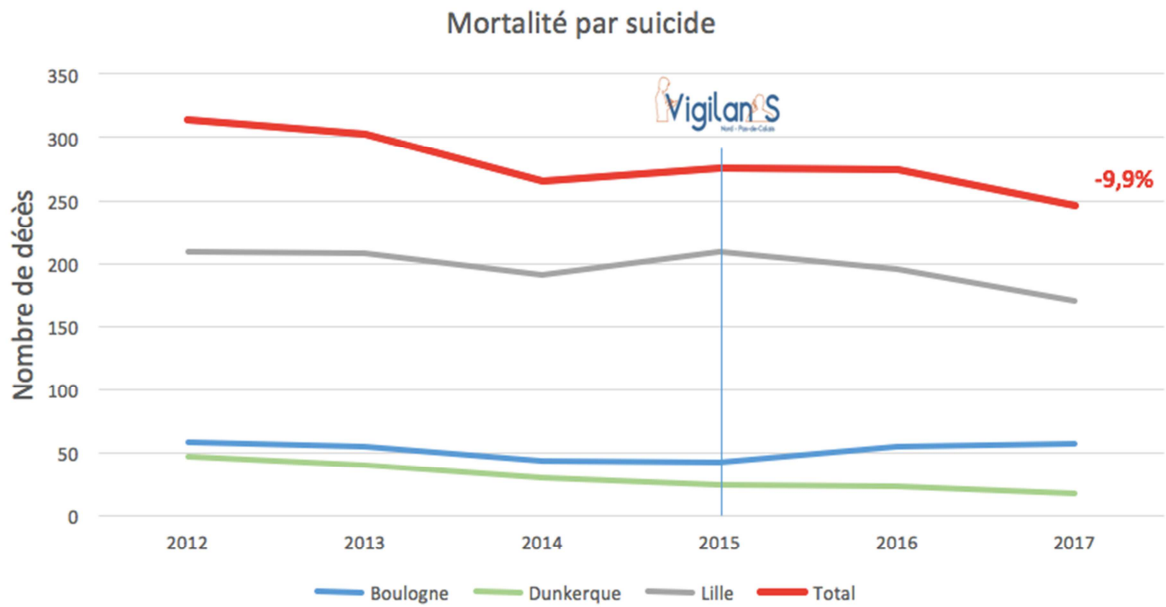


Figure 1. Evolution des levées de corps pour suicide dans 3 zones géographiques représentatives du NPC entre 2012 et 2017

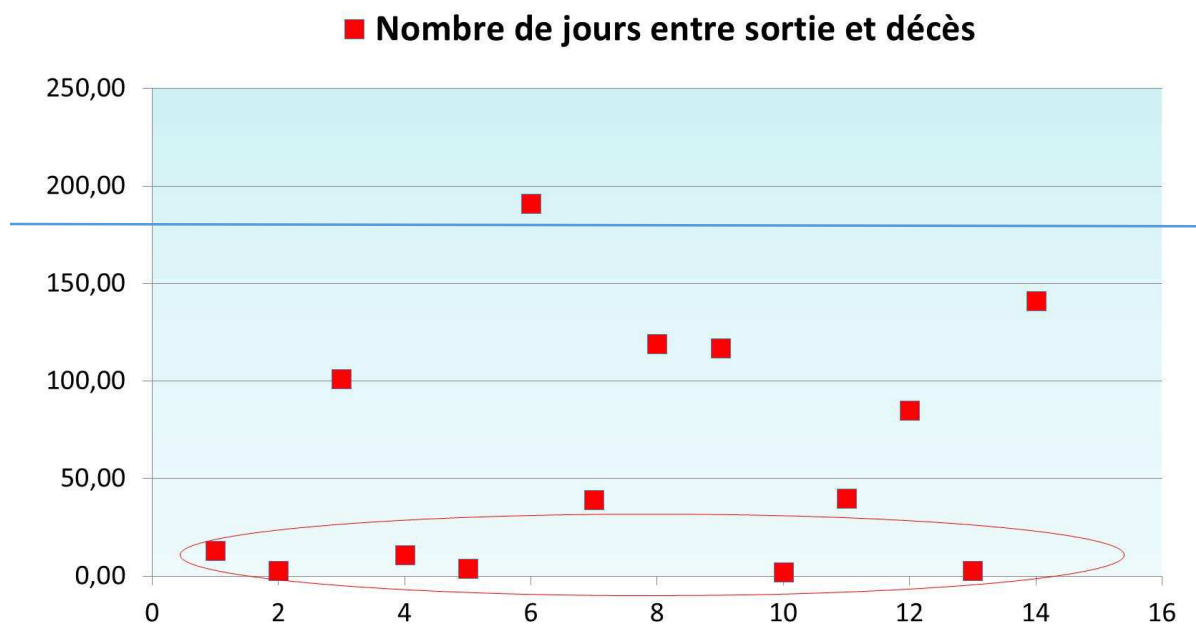


Figure 2. Nombre de jours entre la sortie du système de soin et le décès par suicide

	2012	2013	2014	Moyenne 2012-2104	H	F	2015	2016	2017	Moyenne 2015-2017	H	F
Boulogne	58	55	44	52	43,0	9,3	43	55	57	52	40,0	9,0
Dunkerque	47	40	30	39	28,7	8,7	24	23	18	22	19,5	4,0
Lille	209	208	191	203	156,3	46,3	209	196	171	192	141,0	51,5
TOTAL	314	303	265	294	230,7	64,3	276	274	246	265	200,5	64,5
									variation	-9,9%	-12,1%	0,3%
NPC CepiDC	815	719	728	754	583,3	170,7						

Tableau 1. Evolution du nombre de levées de corps pour suicide dans le NPC entre 2012 et 2017.