



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer ?

Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?

E. Castaigne^{a,b,c}, P. Hardy^{a,b,*,c}, F. Mouaffak^{a,b,c}

^a Service de psychiatrie de Bicêtre, université Paris-Sud, 94276 le Kremlin-Bicêtre, France

^b Université Paris-Sud, U1178, 78, rue du Pr-Leclerc, 94276 le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^c INSERM, 75679 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 février 2015
Accepté le 18 janvier 2016
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Tentative de suicide
Veille sanitaire
Rappels téléphoniques
Prévention
Engagement dans les soins

Keywords:

Suicide attempt
Follow-up intervention
Telephone contact
Prevention
Treatment engagement

RÉSUMÉ

La majorité (60 à 70 %) des suicidants pris en charge en milieu hospitalier est orientée vers un retour à domicile. La prise en charge posthospitalière vise à prévenir les récurrences suicidaires en réduisant les facteurs de risque suicidogènes, tels que les troubles psychiatriques et les facteurs de risque psychosociaux. Le faible engagement des suicidants dans les soins proposés (effectif dans 10 à 50 % des cas) représente toutefois un facteur limitant pour l'efficacité de ces prises en charge. Depuis plus de 20 ans, celles-ci font l'objet d'études centrées sur des dispositifs dits de « veille sanitaire », qui incluent des dispositifs tels que les services d'accueil téléphonique, les adresses de courriers, les rappels téléphoniques programmés et les visites à domicile. Les difficultés méthodologiques soulevées par de telles études expliquent pour une bonne part l'hétérogénéité des résultats observés. L'efficacité de ces dispositifs sur la récurrence suicidaire à moyen terme (12 à 18 mois) n'a ainsi pas été confirmée. Leur efficacité, en termes, d'engagement des patients dans les soins posthospitaliers, n'a fait l'objet que de peu de travaux, ce qui explique en partie l'absence de résultats concluants en la matière. Faciles à mettre en œuvre, relativement peu coûteux, très bien acceptés par les usagers, ces dispositifs devraient connaître un développement de leur utilisation et faire l'objet de nouvelles recherches focalisées sur l'engagement dans les soins.

© 2016 L'Encéphale, Paris.

ABSTRACT

After attempting suicide, 60 to 70% of patients are discharged from emergency departments and referred to outpatient treatment which entails psychosocial strategies, pharmacological strategies or a combination. The main objective of outpatient care consists in preventing recurrent suicidal behavior. Yet suicide attempters have been found to be very difficult to engage in treatment. Between 11% and 50% of attempters refuse outpatient treatment or drop out of outpatient therapy very quickly. In order to address this extremely serious issue, for the past 20 years monitoring or follow up interventions has been presented as a promising approach. Follow-up intervention is defined as a service that aims at both increased access to and engagement in care as well as to prevent suicide and related behaviors. This approach consists in "stay in contact" or "connectedness" protocols using phone calls or tele-assistance, sending letters, email or mobile phone messages and medical visits or nursing at home. From one study to another these tools have been used separately, associated to one another or reinforced by motivational interviewing or brief psychotherapy. To our knowledge, since 1993 16 controlled and randomized controlled studies assessed the effectiveness of diverse follow-up. Four studies assessing telephone follow up reported a significant decrease in suicide reattempt while one study evaluating a sending letters strategy reported positive results. Among five studies assessing engagement in healthcare, only two (one using phone follow up

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : patrick.hardy@aphp.fr (P. Hardy).

and the other sending letters reported significantly positive results. The refusal rate of monitoring strategies has not exceeded 11% attesting to the high applicability of these methods. Despite several positive results, we cannot draw firm conclusions on replicability of these results. This is largely due to methodological issues: lack of standardization of interventions, lack of consensus on definition of the main measured variables (recurrent suicidal behavior, engagement in healthcare) but also to the confounding effect of other care approaches frequently associated with follow up intervention services. Further studies and research should be conducted as follow-up intervention services are increasingly used in suicide prevention because of their good acceptability and usefulness.

© 2016 L'Encéphale, Paris.

1. Introduction

En France, on estime à 220 000 le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (TS) [1]. Ces patients présentent dans 80 % des cas un trouble clinique psychiatrique et dans 25 % des cas un trouble de la personnalité [2]. Les récurrences suicidaires sont fréquentes : 10 publications récentes [3-13] rapportent un taux de récurrence à un an compris entre 5,1 % et 27,2 % pour les groupes témoins, avec une médiane à 17,3 %. Les TS représentent, enfin, l'un des principaux facteurs de risque suicidaire : 40 % des suicides ont été précédés d'une TS, tandis que 1 à 6 % des suicidants se suicident au cours de l'année qui suit leur acte [14]. Le risque de suicide « vie entière » est évalué à 12 % par Runeson et al. [15].

La prise en charge des suicidants a pour objectif de réduire les facteurs de risque suicidogènes en vue d'améliorer la santé mentale des patients et de prévenir les récurrences. Elle est particulièrement complexe chez les suicidants orientés vers un retour à domicile qui représentent 2/3 de cette population [16]. Les facteurs de risque suicidogènes sont en effet très divers, ce qui implique des stratégies de soins multimodales et adaptées à chaque sujet. L'offre de soins est, par ailleurs, très hétérogène selon les pays et les régions. L'engagement des suicidants dans les soins se heurte, enfin, à d'importants obstacles, surtout s'il s'agit d'une première prise en charge : seuls 10 à 50 % des suicidants suivent ainsi l'orientation thérapeutique proposée [17].

Les soins ambulatoires représentent de ce fait l'un des principaux enjeux de la prise en charge des suicidants. Depuis une quinzaine d'années, un certain nombre de dispositifs regroupés sous le terme d'« outils de veille sanitaire » (OVS) ont été proposés à cette fin et ont fait l'objet d'études scientifiques.

Ce travail a pour objectif de présenter ces outils, leur intérêt potentiel, le résultat des études qui leur ont été consacrées, ainsi que les problèmes méthodologiques que soulève leur évaluation. Il s'appuie sur les résultats de 16 études prospectives contrôlées. La recherche bibliographique a été initiée par PubMed, sur la base de données Medline, à partir du descripteur « *suicide attempted* » et du qualificatif « *prevention and control* », avec une limitation par le terme « *clinical trial* ». Elle a été complétée par l'analyse des citations liées (« *related citations* ») et des références bibliographiques des articles sélectionnés. Seules les études incluant des populations adultes ont été retenues, du fait de la spécificité des problématiques adolescentes.

Ces 16 études ont donné lieu à 18 publications entre 1993 et 2012. Quinze de ces études [3-13,18-23] sont des études randomisées. Pour une d'entre elles [24], le groupe contrôle est une population préinterventionnelle. Notre travail s'est également appuyé sur trois revues de la littérature récentes [25-27], deux articles méthodologiques [28-29] et une récente étude contrôlée publiée par notre équipe [30].

2. Les outils de veille sanitaire (OVS)

Il s'agit de programmes applicables à l'ensemble des suicidants, compatibles avec un faible engagement initial du patient dans les

soins et qui ont en commun d'établir avec le patient un contact régulier (une « veille ») au décours de la phase hospitalière. On peut distinguer cinq types d'outils.

Les services d'accueil téléphonique : ils mettent à la disposition des patients un numéro de téléphone que ces derniers peuvent appeler à tout moment en cas de besoin. Les répondants sont, soit des professionnels (appartenant parfois à un centre de suicidologie), soit des bénévoles.

Les adressages de courrier : des courriers sont adressés à intervalle régulier par l'équipe qui a pris en charge le patient aux urgences. Ils contiennent un message s'inquiétant du devenir du patient et rappellent parfois le numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence.

Les rappels téléphoniques : ils comportent une série d'appels téléphoniques programmés, habituellement répétés, initiés par un professionnel appelant (le plus souvent psychologue ou infirmier). Réalisés au nom du service d'accueil du suicidant, ils sont présentés comme un moyen de se préoccuper du devenir du patient.

Les visites à domicile : elles sont relativement brèves, le plus souvent réalisées par une infirmière. L'objectif est le même que celui des rappels téléphoniques : manifester un intérêt pour le devenir du patient, prendre de ses nouvelles et apporter un soutien.

Les outils de communication électronique, SMS et courriels : leur utilisation a été facilitée par le développement des moyens de communication électronique (téléphones portables, Internet).

2.1. Modes d'utilisation des outils de veille sanitaire

La veille sanitaire peut être précédée par des interventions psychologiques réalisées en phase hospitalière. Six publications rapportent l'utilisation d'entretiens psychoéducatifs [9,11,19-22], deux d'entre elles celle d'entretiens motivationnels [9,11].

Les OVS sont parfois utilisés de façon isolée, plus souvent en association à d'autres interventions ou combinés entre eux (en association ou sous forme d'alternatives).

Les adressages de courriers et les rappels téléphoniques sont les modalités de veille les plus étudiées (Tableau 1) sachant que, lorsque ces deux outils sont associés, les rappels téléphoniques représentent l'élément central du dispositif [9,11,28,30]. Tout d'abord utilisés isolément [6,7,10], les services d'accueil téléphonique sont actuellement plus souvent associés aux rappels téléphoniques [28,30]. Les visites sont rarement utilisées isolément [19,23]. Elles représentent le plus souvent une alternative aux rappels téléphoniques lorsque ceux-ci ne sont pas possibles [20-22,29], mais certains protocoles les utilisent systématiquement en association avec ces rappels [9,11,24]. Les SMS et/ou courriels ont été systématiquement associés aux rappels téléphoniques dans trois études [9,11,22]. Vaiva et al. [28] ont proposé avec l'algorithme ALGOS une utilisation différentielle de ces outils. Un service d'accueil téléphonique est ainsi proposé aux primo-suicidants, les récidivistes étant orientés vers un protocole de rappels téléphoniques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5721163>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5721163>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)