

Novembre 2015

Observation du phénomène suicidaire en Bretagne et dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

Étude réalisée à la demande du
Conseil Régional de Bretagne 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 de la cellule suicidant, les équipes soignantes des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol ainsi que Madame Le Corre du Département d'Information Médicale (DIM) de Bégard qui ont organisé et mis en œuvre le recueil de données au sein des services des urgences des trois hôpitaux, permettant ainsi à l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne d'exploiter ces données.

Nous adressons aussi et plus particulièrement nos remerciements à Monsieur Pascal Conan, Directeur général de la Fondation Bon Sauveur pour son autorisation d'exploitation des données.

Rédaction

Patricia Bédague et Léna Pennognon : Chargées d'études, ORS Bretagne
Philippe Clappier, Directeur adjoint, ORS Bretagne
Dr Isabelle Tron : Directrice, ORS Bretagne

Conception graphique

Elisabeth Quéguiner : Chargée de communication, ORS Bretagne

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

Observatoire Régional de Santé de Bretagne
8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21
<http://www.orsbretagne.fr>

Contexte ...

En Bretagne, le suicide est une priorité régionale de santé constamment réaffirmée en raison d'une position défavorable par rapport aux autres régions françaises, d'une surmortalité persistante, d'un taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide supérieur à la moyenne française et de disparités au sein de la région.

Afin de suivre dans le temps et dans l'espace le phénomène suicidaire deux types de travaux ont été mis en œuvre au cours de ces dernières années, par l'Observatoire régional de santé de Bretagne, soutenus par le Conseil régional et l'Agence régionale de santé.

▪ **Depuis 2011, un tableau de bord** est publié tous les deux ans, l'objectif de cet outil étant de présenter des indicateurs fiables et facilement reproductibles, permettant de décrire et de suivre l'évolution du phénomène suicidaire à l'échelon régional et infra régional. Simultanément les indicateurs sont mis à jour annuellement sur un **espace numérique** en ligne sur le site de l'ORS Bretagne.

▪ Parallèlement, **depuis 2013**, l'ORS Bretagne analyse les données recueillies dans le cadre d'une **étude** soutenue par la Fondation Bon Sauveur de Bégard qui repose sur 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 hôpitaux de Guingamp, Lannion et Paimpol**. Les secteurs psychiatriques de couverture de ces trois établissements recouvrent en grande partie les pays du Trégor-Goëlo et de Guingamp, pays 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.

Cette édition 2015 présente la particularité de réunir en un seul document et de mettre en perspective, les indicateurs du tableau de bord ainsi que les principaux résultats issus de l'analyse réalisée à partir des données recueillies dans les trois services d'urgence des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.

Sommaire

4 LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN BRETAGNE

6 LES HOSPITALISATIONS LIÉES À UNE TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE

7 LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE

8 LES INÉGALITÉS TERRITORIALES SELON LES PAYS DE BRETAGNE

9 LES TENTATIVES DE SUICIDE PRISES EN CHARGE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE GUINGAMP, LANNION ET PAIMPOL - COHORTE 2011-2013

9 MÉTHODOLOGIE

10 POIDS DE LA RÉCIDIVE, INCIDENCE ET ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

11 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

12 SUIVI DES PATIENTS PRIS EN CHARGE

13 IMPACT DU PROTOCOLE DE SUIVI SUR LE RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS ET À 12 MOIS

14 MORTALITÉ ET HOSPITALISATIONS : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

15 SYNTHÈSE

REMARQUE :

Les sources de données et la méthodologie sont détaillées page 14.

La Bretagne : région la plus touchée de France par le suicide...

Sur la période 2010-2012, les indices comparatifs de mortalité placent la Bretagne au 1^{er} rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de +59% et une surmortalité féminine de +71%.

...un phénomène persistant dans le temps

Depuis le début des années 2000, bien que la mortalité par suicide soit en baisse chez les hommes et relativement stable chez les femmes, la région affiche une situation particulièrement défavorable. Sur l'ensemble de la période, chez les hommes comme chez les femmes, la Bretagne présente des taux standardisés de mortalité par suicide plus élevés qu'en France hexagonale. En 2010-2012, ils se situent à 40,3 décès pour 100 000 chez les hommes et 13,2 pour 100 000 chez les femmes contre respectivement 25,4 et 7,5 pour 100 000 en France hexagonale.

Une surmortalité généralisée dans tous les départements

Sur la période 2010-2012, quel que soit le sexe, la surmortalité bretonne est observée dans tous les départements de la région qui affichent des taux standardisés de mortalité significativement supérieurs aux taux français.

Chez les hommes, les Côtes d'Armor se caractérisent par la situation la plus défavorable avec le taux le plus élevé de la région devant le Morbihan. A l'opposé, l'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable avec le taux le plus faible. Le Finistère quant à lui occupe une position intermédiaire avec un taux proche de la moyenne régionale.

Chez les femmes, la situation des départements présente des disparités moins marquées et des écarts par rapport à la moyenne régionale sensiblement moins importants. L'Ille-et-Vilaine affiche la situation la plus favorable.

Plus de 850 décès par suicide en Bretagne...

En 2010-2012, en moyenne annuelle, 856 décès par suicide ont été recensés dans la région, soit 3% de l'ensemble des décès en Bretagne.

...majoritairement des hommes...

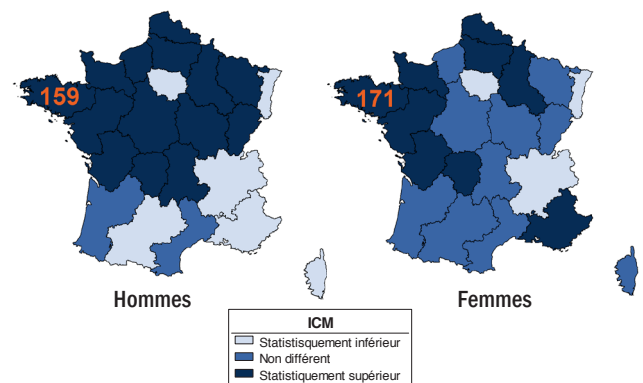
En 2010-2012, en Bretagne comme en France, les décès par suicide sont majoritairement masculins : avec 626 décès en moyenne annuelle chez les hommes et 230 chez les femmes, le suicide est responsable du décès de trois fois plus d'hommes que de femmes. La prédominance masculine se retrouve à tous les âges.

... et des personnes jeunes : 7 décès par suicide sur 10 ont lieu prématurément¹

En 2010-2012, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme chez les femmes, environ 7 décès par suicide sur 10 surviennent avant 65 ans. Toutefois, si l'on considère la proportion de décès par suicide parmi l'ensemble des autres causes de décès, c'est entre 25 et 34 ans que le poids du suicide est le plus important : dans cette tranche d'âge, près d'un décès sur 3 (31%) est dû à un suicide.

¹ Est considéré comme prématuré tout décès survenant avant l'âge de 65 ans.

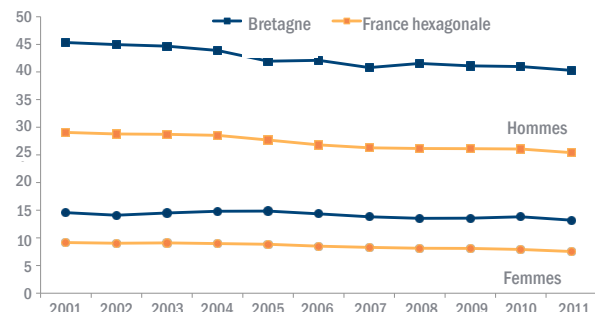
Indices comparatifs de mortalité par suicide Période 2010-2012 - ICM France métropolitaine = 100



Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2012* (unité pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP 2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2011 correspond à la période 2010-2012. La méthode de calcul des estimations de population ayant été révisée, les indicateurs relatifs aux années précédentes (cf publications antérieures) ont été recalculés.

Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe en 2010-2012 (unité pour 100 000)

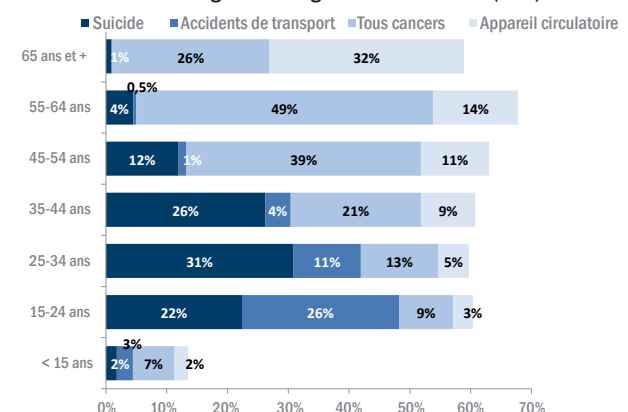
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	145	49,7	50	14,7	195	31,1
Finistère	176	40,4	67	13,8	243	26,3
Ille-et-Vilaine	146	31,8	59	11,7	205	21,0
Morbihan	159	44,3	53	13,1	212	27,8
Bretagne	626	40,3	230	13,2	856	25,8
France hexagonale	7 551	25,4	2 579	7,5	10 129	15,7

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

*Nombre moyen annuel de décès sur la période triennale et taux standardisés sur la population française au RP 2006.

Part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès selon l'âge en Bretagne en 2010-2012* (en %)



Sources : Inserm CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

*La différence par rapport à 100% concerne les autres causes de décès.

La surmortalité masculine s'observe à tous les âges

En 2010-2012, en Bretagne comme en France, la surmortalité masculine se retrouve à tous les âges, l'écart étant particulièrement marqué aux âges les plus élevés.

Chez les hommes, la tendance selon l'âge est superposable en Bretagne et en France. A l'exception de la tranche d'âge des 55-74 ans, les taux de décès par suicide progressent avec l'âge. Dans la région, le taux de mortalité est multiplié par 9 entre la population des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus.

Chez les femmes, en Bretagne comme en France, les taux progressent avec l'âge jusqu'à 45-54 ans, puis au-delà ils diminuent sensiblement en Bretagne alors qu'en France, ils sont relativement constants.

Les Côtes d'Armor en situation plus défavorable que la région à tous les âges sauf pour les 55-64 ans

Sur la période 2010-2012, à l'exception des 55-64 ans, pour toutes les autres tranches d'âges, les taux de mortalité observés dans les Côtes d'Armor sont supérieurs à ceux de la région.

En Ille-et-Vilaine, la situation est plus favorable que celle de la région pour toutes les tranches d'âges, à l'exception des 5-14 ans et des 55-64 ans. Dans le Finistère, les taux sont inférieurs à ceux de la région après 65 ans, mais ce département présente les taux les plus élevés chez les 25-34 ans.

Dans le Morbihan, les taux de mortalité sont supérieurs à ceux de la région, sauf chez les 5-14 ans, les 55-64 ans et les 75-84 ans. Entre 15 et 24 ans, il est le plus élevé des quatre départements bretons.

Prédominance des suicides par pendaison

En 2010-2012, en Bretagne comme en France, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison, il représente plus de la moitié (58%) de l'ensemble des décès par suicide dans la région. Viennent ensuite les intoxications médicamenteuses (12%), les armes à feu (8%) et la noyade (8%). Par ailleurs, la part des décès par suicide « selon un autre mode et sans précision » atteint 9%, (11% chez les femmes et 8% chez les hommes).

Si la prédominance des décès par pendaison est observée pour les deux sexes, elle est nettement plus marquée chez les hommes (65% contre 40% chez les femmes) de même la répartition des autres modes de suicide diffère fortement selon le sexe.

Chez les hommes, les suicides par arme à feu (10%) et ceux par intoxications médicamenteuses (7%) sont les deux autres modes les plus fréquents.

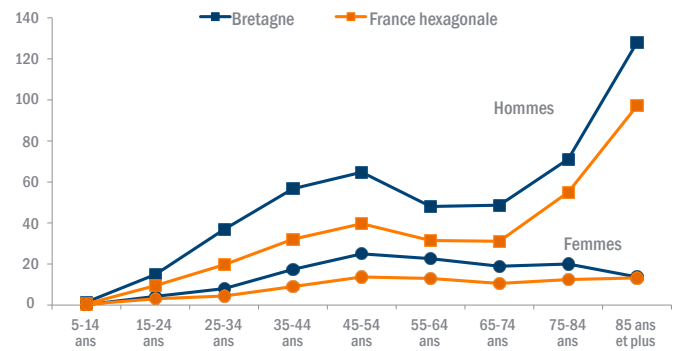
Chez les femmes, les intoxications médicamenteuses correspondent au second mode le plus fréquemment utilisé (24%) suivi par la noyade (14%).

Des modes variables selon l'âge

Chez les hommes, la part des décès par pendaison représente près de 7 décès sur 10 avant 65 ans. Après 65 ans, cette proportion diminue, tandis que celle par arme à feu augmente : elle est deux fois plus fréquente dans cette tranche d'âge (18%) que chez les moins de 25 ans (9%). Les armes à feu et les sauts dans le vide sont les deux autres modes les plus utilisés par les plus jeunes à fréquence équivalente (9%) tandis qu'entre 25 et 64 ans ce sont les intoxications médicamenteuses (9%) et les armes à feu (7%).

Chez les femmes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge, notamment avant 25 ans où elle concerne la moitié des suicides. Entre 25 et 64 ans, ce mode précède de peu les intoxications médicamenteuses (respectivement 39% et 28%) tandis qu'à partir de 65 ans ce sont les suicides par noyade qui constituent le second mode utilisé, devant les intoxications médicamenteuses (respectivement 21% et 16%). Aucun décès par arme à feu n'a été enregistré chez les femmes de moins de 25 ans ni celles de 65 ans et plus.

Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France en 2010-2012 (unité : pour 100 000)



Sources : Insem CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

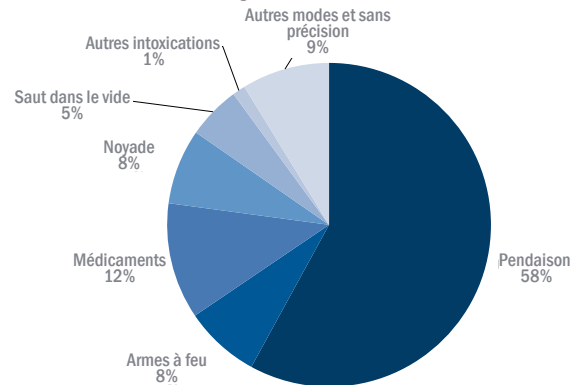
Taux de mortalité selon l'âge et les départements en Bretagne en 2010-2012 (unité : pour 100 000)

Tranche d'âge	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
5-14 ans	0,9	0,9	1,0	0,4	0,8
15-24 ans	12,5	10,6	6,3	12,7	9,7
25-34 ans	26,9	28,4	15,6	23,5	22,6
35-44 ans	43,4	37,5	30,1	42,6	37,3
45-54 ans	59,2	46,6	31,6	48,5	44,9
55-64 ans	33,7	35,2	36,8	33,8	35,0
65-74 ans	38,6	27,9	27,9	37,6	32,6
75-84 ans	52,9	36,8	34,4	38,6	40,1
85 ans et +	60,8	36,4	37,6	54,8	46,3

Sources : Insem CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

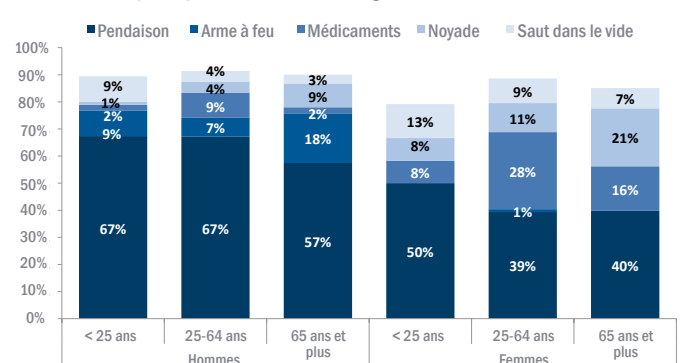
Répartition des décès par suicide selon le mode en Bretagne en 2010-2012 (en %)



Sources : Insem CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des décès par suicide selon le sexe, l'âge et les 5 principaux modes en Bretagne en 2010-2012* (en %)



Sources : Insem CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

*La différence par rapport à 100% concerne les autres modes de suicide.

La Bretagne en position défavorable par rapport à la France

En 2013, la Bretagne présente un taux standardisé de séjours pour tentative de suicide plus élevé que celui de la France hexagonale² : il est de 214 séjours pour 100 000 habitants, contre 182 pour 100 000 en France hexagonale.

Ce constat se vérifie chez les hommes comme chez les femmes : les taux standardisés atteignent 175 séjours pour 100 000 hommes et 254 pour 100 000 femmes, contre respectivement 145 et 218 pour 100 000 en France hexagonale.

Plus de 6 600 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide

En 2013, 6 658 hospitalisations en court séjour, de patients domiciliés en Bretagne, sont liées à une tentative de suicide, soit une moyenne de 18 séjours quotidiens.

Ces séjours représentent 0,8% de l'ensemble des hospitalisations domiciliées en Bretagne³.

Le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide, qui avait augmenté entre 2008 et 2010 (passant de 7 378 séjours à 7 642), baisse régulièrement depuis 2011.

Une prise en charge secondaire à un passage aux urgences et un retour au domicile 6 fois sur 10

Parmi les 6 658 séjours hospitaliers identifiés, 96,1% (6 398) ont fait l'objet d'un passage aux urgences.

Environ 9,6% des séjours nécessitent une prise en charge lourde impliquant des soins de réanimation et/ou des soins intensifs.

L'arrivée directe en provenance du domicile concerne 2,6% des séjours, parmi lesquels plus de la moitié requiert une hospitalisation en réanimation et/ou soins intensifs.

Plus de la moitié (59,4%) des séjours sont conclus par un retour à domicile et à un degré moindre par des hospitalisations en psychiatrie (31,6%), en unité de court séjour d'un autre établissement (6,4%) et en soins de suite ou de réadaptation (1,1%). 79 séjours ont conduit à un décès.

Une durée d'hospitalisation généralement courte ...

Plus de 7 hospitalisations sur 10 ont une durée de moins de 48 heures. Parmi celles-ci, dans 2 cas sur 10 (15%), la prise en charge est inférieure à 24 heures et pour la moitié (56%) elle varie de 24 à 48 heures. Dans 1 cas sur 5, l'hospitalisation a une durée de 2 à 5 jours, la durée moyenne de séjour⁴ (DMS) étant de 6,2 jours (écart-type de 5,1 jours).

... allongée aux âges élevés et dans les situations de lésion auto-infligée

Les hospitalisations de moins de 48 heures sont nettement majoritaires pour les patients âgés de moins de 65 ans. A partir de 65 ans, les durées d'hospitalisation augmentent sensiblement, notamment celles de plus de 10 jours.

La durée d'hospitalisation varie selon le mode utilisé : 39 % des tentatives de suicide par lésion auto-infligée sont hospitalisées au moins 2 jours, contre 27% pour les tentatives de suicide par auto-intoxication. La durée moyenne de séjour⁴ est plus élevée pour les tentatives de suicide par lésion auto-infligée (9,5 jours) que pour celles par auto-intoxication (5,4 jours), probablement en lien avec leur gravité.

Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon les modes d'entrée et de sortie en Bretagne en 2013 (en %)

	Mode d'entrée		Mode de sortie	
	Effectif	%	Effectif	%
Passage aux urgences	6 398	96,1%	-	-
Domicile personnel	174	2,6%	3 952	59,4%
Psychiatrie	6	0,1%	2 104	31,6%
Court séjour*	66	1,0%	427	6,4%
SSR**	3	0,05%	70	1,1%
Décès	-	-	79	1,2%
Autres	11	0,2%	26	0,4%
Total	6 658	100%	6 658	100%

Source : PMSI MCO 2013, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

* court séjour d'un autre établissement

** SSR : soins de suite ou de réadaptation

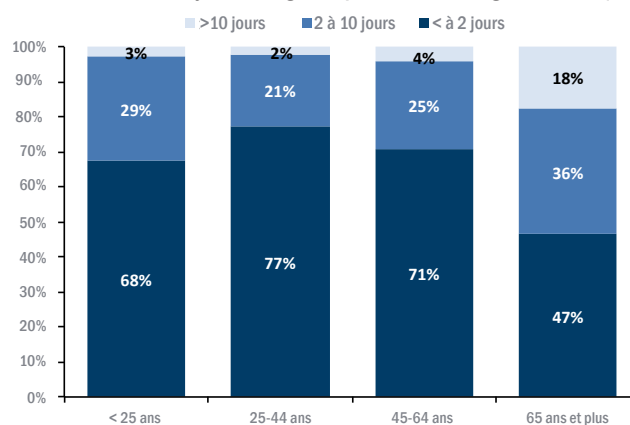
Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée de séjour en Bretagne en 2013 (en %)

Durée de séjour	Effectif	%
< à 2 jours	4 711	70,8%
2 à 5 jours	1 344	20,2%
6 à 10 jours	330	5,0%
11 à 15 jours	119	1,8%
> à 15 jours	154	2,3%
Total	6 658	100%

Source : PMSI MCO 2013, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée des séjours et l'âge des patients en Bretagne en 2013 (en %)



Source : PMSI MCO 2013, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

² Standardisation sur la population française au RP 2006.

³ Hors séjours et séjours de moins de 2 jours.

⁴ La DMS est calculée en excluant les séjours de moins de 2 jours.

Des tentatives de suicide plus fréquentes chez les femmes ...

Au cours de l'année 2013, les hospitalisations en lien avec une tentative de suicide ont concerné 5 679 patients pris en charge en court séjour. Parmi ceux-ci, 4 974 patients, soit 87,6%, ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année⁵.

Ces patients sont à prédominance féminine : 2 961 femmes (59,5%) et 2 013 hommes (40,5%). Le sex-ratio est de 1,47.

Près du quart des patients (24,4%) sont âgés de 45 à 54 ans pour une moyenne de 41,7 ans (42,2 ans pour les hommes et 41,4 ans pour les femmes).

... surtout chez les jeunes femmes de 15 et 24 ans, avec un second pic entre 45 à 54 ans

En Bretagne, le taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est de 130 pour 100 000 hommes et de 187 pour 100 000 femmes. Les taux de recours sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf entre 25 et 34 ans où ils sont comparables et au-delà de 85 ans où la tendance s'inverse.

Chez les hommes, les taux de recours les plus élevés se situent entre 45 et 54 ans et 35 et 44 ans (respectivement 224 et 220 pour 100 000 hommes), soit un niveau bien inférieur au taux maximal constaté chez les femmes de 45 à 54 ans (329 pour 100 000 femmes) ou chez celles de 15-24 ans (324 pour 100 000 femmes). Les taux de recours diminuent avec l'âge à partir de 45 ans, de manière constante chez les femmes, alors qu'ils progressent de nouveau chez les hommes de 85 ans et plus.

Les Côtes d'Armor, le département le plus touché...

Des quatre départements bretons, celui des Côtes d'Armor enregistre les taux standardisés de recours à l'hospitalisation les plus élevés. Le Finistère se place en deuxième position, suivi par le Morbihan. L'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable. Cette hiérarchie des départements est identique chez les hommes et chez les femmes.

Les Côtes d'Armor affichent des taux plus élevés qu'au niveau régional dans chacune des tranches d'âge, ils y sont notamment 2 fois supérieurs à ceux de l'Ille-et-Vilaine entre 15-24 ans et 45-54 ans. Le Finistère se situe également à un niveau supérieur à celui de la région entre 15-24 ans et 35-54 ans. L'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable, avec des taux inférieurs à ceux de la région, sauf pour les personnes de 75 ans et plus pour lesquels les taux sont plus élevés qu'en région. Le Morbihan se distingue par les taux les plus bas de la région pour les personnes de 75 ans et plus.

... avec une évolution défavorable depuis 2010

Sur l'ensemble de la région (-10 %), en Ille-et-Vilaine (-15 %) ou dans le Finistère et le Morbihan (-14 %), les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué entre 2008 et 2013, tout particulièrement depuis 2011, contrairement au département des Côtes d'Armor où une augmentation de +6 % est observée sur la période.

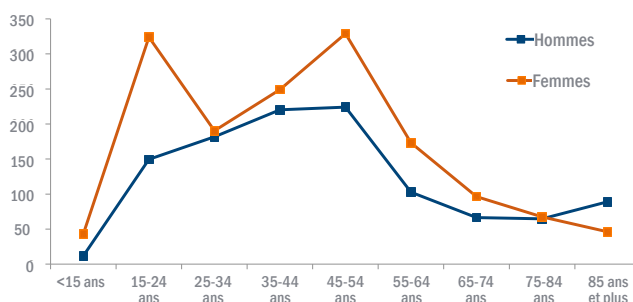
L'auto-intoxication, le principal mode de tentative de suicide

Le mode de tentative de suicide prédominant est l'auto-intoxication médicamenteuse (81,9% des tentatives de suicide). Les hospitalisations consécutives à une lésion auto-infligée sont deux fois plus fréquentes chez les hommes (20,2%) que chez les femmes (10,2%).

La dépression et/ou l'alcool associés à la tentative de suicide pour plus de la moitié des patients

Près de 4 patients sur 10 présentent des troubles psychiques associés, qui correspondent de manière prépondérante à «un épisode dépressif» (25,6%), puis dans une moindre mesure à des «troubles anxieux» (7,2%) et une «réaction à un facteur de stress sévère et des troubles de l'adaptation» (4,6%). Et pour plus d'un quart des patients (27%), des troubles liés à l'alcool sont identifiés, plus fréquemment chez les hommes (36% pour 21% chez les femmes). Près de 9 fois sur 10, il s'agit d'une intoxication alcoolique aiguë.

Taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en Bretagne en 2013 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2013, ATIH, INSEE

Exploitation ORS Bretagne.

Effectifs et taux standardisés* de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon le sexe et les départements de résidence en 2013 (unité : pour 100 000 habitants)

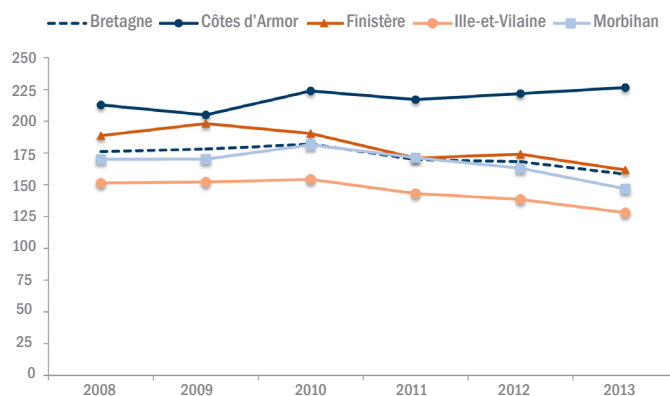
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	522	193,0	734	261,6	1 256	226,5
Finistère	565	130,6	847	194,2	1 412	161,6
Ille-et-Vilaine	515	104,5	767	151,5	1 282	128,0
Morbihan	411	118,7	613	176,4	1 024	146,8
Bretagne	2 013	130,1	2 961	187,4	4 974	158,3

Sources : PMSI MCO 2013, ATIH, INSEE

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP 2006.

Evolution des taux standardisés* de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les départements de résidence entre 2008 et 2013 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources: PMSI MCO 2008 à 2013, ATIH, INSEE

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP 2006.

Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour pour tentative de suicide selon le mode utilisé et le sexe des patients en Bretagne en 2013 (en %)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	1 520	75,5%	2 554	86,3%	4 074	81,9%
dont auto-intoxication médicamenteuse	1 508	74,9%	2 548	86,1%	4 056	81,5%
Lésion auto-infligée	406	20,2%	301	10,2%	707	14,2%
dont phlébotomie	111	5,5%	104	3,5%	215	4,3%
Auto-intoxication et lésion auto-infligée	87	4,3%	106	3,6%	193	3,9%
Total	2 013	100,0%	2 961	100,0%	4 974	100,0%

Source : PMSI MCO 2013, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

⁵ Les données présentées ici concernent les caractéristiques des patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois en 2013, dans le contexte d'une tentative de suicide, afin que les résultats ne contiennent pas de «doublons» (c'est-à-dire qu'une même personne ne soit pas comptée deux fois ou plus). C'est le cas lorsque le patient change de département de résidence ou que son âge évolue entre les séjours.

En termes de morbidité

L'approche infra-régionale des taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide souligne l'étendue des disparités entre les pays, avec une morbidité deux à trois fois supérieure pour les pays de Saint-Brieuc ou du Trégor-Goëlo par rapport à ceux des Vallons de Vilaine ou de Pontivy.

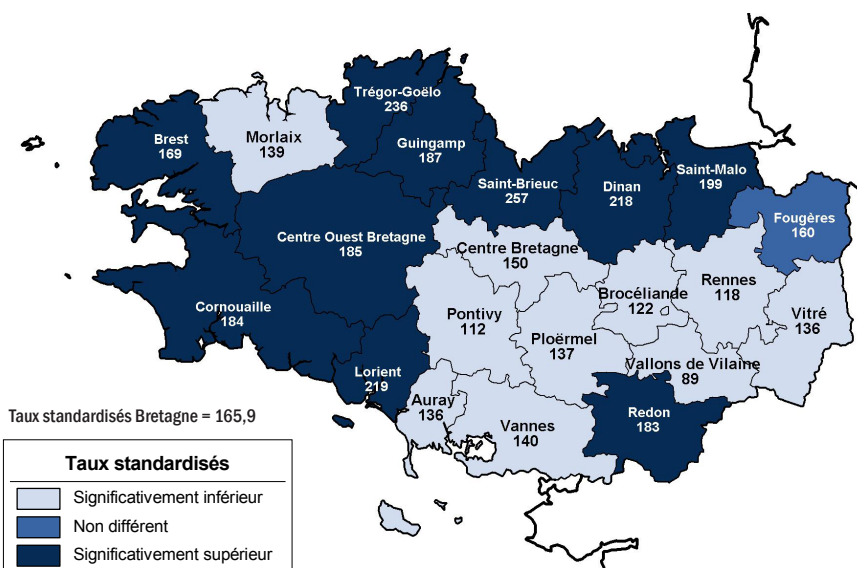
Le pays de Fougères affiche une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

Une zone de forts taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est observée sur la façade ouest de la Bretagne (de Brest à Lorient), en Centre-Ouest Bretagne, ainsi que sur le littoral nord (du Trégor-Goëlo à Saint-Malo). Le pays de Redon se distingue également par une forte morbidité.

Au sein de cette zone de surmortalité, les écarts sont importants : les taux standardisés dans les pays de Brest, de Redon, de Cornouaille, du Centre-Ouest Bretagne ou de Guingamp sont près de 1,5 fois moins élevés que dans celui de Saint-Brieuc, pays en situation la plus défavorable.

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les pays de Bretagne en 2011-2013*

Deux sexes confondus – Population de référence France RP 2006 - (Unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2011 à 2013, ATIH, INSEE RP 2012, Conseil Régional – découpage Pays 2015 Exploitation ORS Bretagne.

* Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

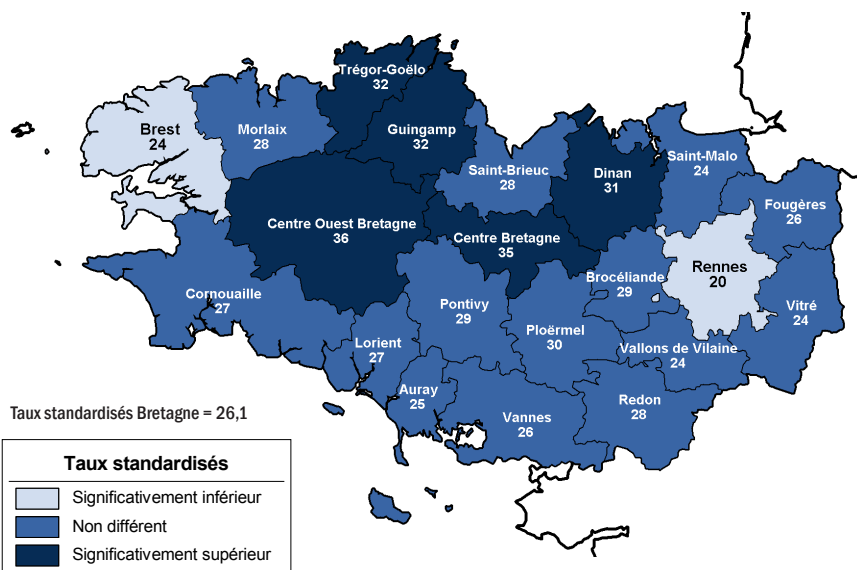
En termes de mortalité

De même, la mortalité par suicide varie selon les pays de Bretagne. Cependant, les écarts ne sont pas aussi marqués que ceux observés pour le recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide. En effet, les taux standardisés de mortalité varient dans une fourchette allant d'un minimum de 20 décès par suicide pour 100 000 habitants dans le pays de Rennes à un maximum de 36 pour 100 000 dans le pays du Centre-Ouest Bretagne. Si une majorité de pays ne présente pas de différence par rapport à la moyenne régionale, en revanche, une zone de surmortalité située au nord et au centre de la région et regroupant 5 pays concentre les taux de mortalité les plus élevés. Il s'agit des pays du Centre-Ouest Bretagne, Centre-Bretagne, Guingamp, Trégor-Goëlo et Dinan. A l'opposé, à l'est de la région le pays de Rennes et à l'ouest celui de Brest affichent les taux les plus faibles.

Taux standardisés de mortalité par suicide selon les pays de Bretagne en 2006-2012*

Deux sexes confondus – Population de référence France RP 2006

(Unité : pour 100 000 habitants)



Sources : Insem CépiDc, Insee RP 2006 et RP 2012, Conseil Régional – découpage Pays 2015 Exploitation ORS Bretagne

* Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

EN RÉSUMÉ :

La mise en parallèle des taux standardisés de mortalité et de morbidité hospitalière conduit aux observations suivantes :

- Les pays du Centre-Ouest Bretagne, Guingamp, Trégor-Goëlo et Dinan se caractérisent par une mortalité et une morbidité hospitalière supérieures à la moyenne régionale.
- Le pays de Rennes, à l'inverse, présente le profil le plus favorable avec des taux de mortalité et de morbidité hospitalière significativement inférieurs aux taux moyens bretons.
- Le pays de Brest se distingue par une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale alors que la morbidité y est supérieure.
- Le pays du Centre Bretagne, à l'inverse, associe une situation de surmortalité et de sous morbidité hospitalière vis-à-vis de la moyenne régionale.
- Le rapport des taux moyens régionaux « tentatives de suicide hospitalisées/décès » se situe à 6,3, soit plus de 6 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 1 décès.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse réalisée a pour objectifs de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgence des 3 établissements, d'étudier les caractéristiques démographiques et cliniques des suicidants ainsi que les modalités de leurs prises en charge en portant une attention particulière au phénomène de la récurrence. Elle permet aussi d'apporter un regard évaluatif sur l'impact d'une action de prévention de la récurrence mise en œuvre au sein des services concernés.

▪ **Le champ de l'enquête et la population cible** concernent 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, passages, identifiés et validés en tant que tel par un membre de l'équipe psychiatrique de l'Antenne Médico-Psychologique (AMP) intervenant au sein des services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol. 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. Les personnes décédées suite à l'acte suicidaire n'ont pas été incluses dans l'enquête.

▪ **La période de recueil** se réfère à la période allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013.

▪ **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 concernent 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.

▪ **Le contenu du recueil** repose sur une fiche standardisée d'accueil et d'orientation collectant des données s'articulant 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 (voir à ce propos l'encadré ci-contre).

▪ **L'anonymisation, le chaînage des séjours et les 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.

Chaque année les trois centres hospitaliers transmettent un fichier établi sur la base d'un enregistrement individuel par passage. Les fichiers sont ensuite fusionnés puis triés au DIM de Bégard de façon à éliminer les éventuels doublons, et repérer les tentatives successives d'un même individu qui sont ainsi reliées par un numéro anonyme unique afin de permettre à la fois une approche patients, une approche trajectoire et par répercussion une étude possible du phénomène de la récurrence. Une fois, le travail d'anonymisation réalisé, le DIM de Bégard transmet annuellement les données à l'ORS Bretagne qui compile les fichiers successifs afin de réaliser le traitement statistique des données.

Au final, le recueil 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 suicidaire et de la récurrence.

▪ **L'analyse des données**

L'analyse est réalisée annuellement en alternant une année d'analyse synthétique objet de la présente plaquette et une année d'analyse approfondie avec production d'un rapport dédié (prévu en 2016).

Le protocole de suivi des patients suicidants

Cette procédure 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 sa 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 et perception de l'adaptation de cette orientation).

Concernant l'analyse de la réalisation et de l'impact de cette procédure, se reporter aux pages 12 et 13.

La base de données anonymisées qui repose sur le recueil effectué entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2013 dans les 3 centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 1 352 passages au service des urgences pour tentative de suicide correspondant à 1 115 patients pris en charge⁶.

La population de la cohorte « patients » peut se scinder en 3 groupes :

- **Les primo-suicidants à l'entrée dans la base : 495** (dont un peu moins de 10% avec une récurrence enregistrée sur la période d'observation).
- **Les récidivistes antérieurs à l'enregistrement dans la base : 556** (dont environ 20% avec récurrence enregistrée sur la période d'observation).
- **Les indéterminés (dont le statut antérieur à l'enregistrement dans la base n'est pas connu) : 64.**

Plus d'un suicidant sur 2 est un récidiviste

Globalement, plus de la moitié des suicidants⁷ (55%), soit 610 patients ont tenté 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), plus du quart d'entre eux (27%) a récidivé au cours de la période quel que soit leur statut antérieur vis-à-vis de la tentative de suicide.

Au final, le poids de la récurrence sur l'ensemble de la cohorte peut être estimé à minima à :

- **63% (847/1352) des passages,**
- **55% (610/1115) des patients.**

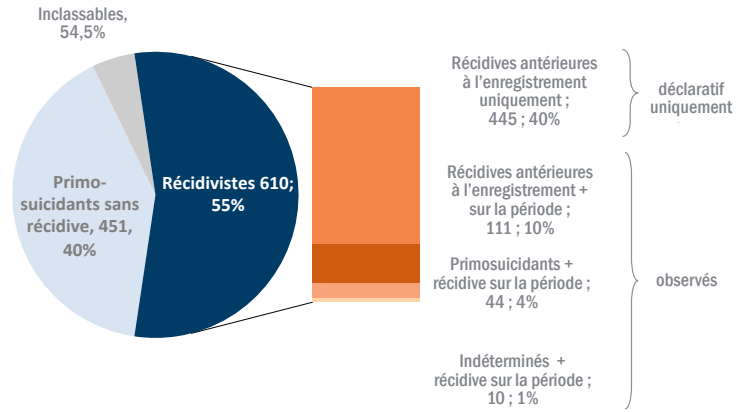
Une forte diminution de l'incidence du phénomène suicidaire

Globalement et sous réserve de l'hypothèse d'un maintien de l'exhaustivité du recueil sur l'ensemble de la période, **on observe une forte diminution de l'ensemble des indicateurs susceptibles de caractériser l'incidence du phénomène suicidaire sur les trois services d'urgence.** Celle-ci est la plus remarquable vis-à-vis du nombre de nouveaux patients accueillis dans les services entre 2011 et 2013 puisque c'est près d'un tiers de ces patients (30%) qui sont accueillis en moins en 2013 vis-à-vis de l'année 2011.

Des suicidants majoritairement en provenance des EPCI d'implantation des établissements de prise en charge

Plus de la moitié des passages pour tentative de suicide (62%) concernent des patients domiciliés dans les trois EPCI, Lannion-Trégor Communauté, Guingamp Communauté et Paimpol-Goëlo dans lesquels sont implantés les trois établissements participant au recueil.

Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récurrence* - cohorte 2011-2013



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.

Répartition des passages et des patients en fonction de l'année de recueil

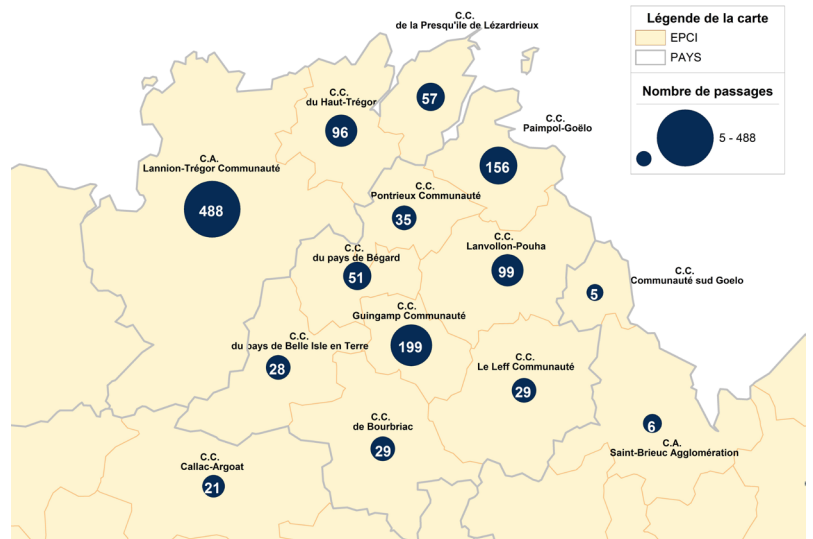
	Total Cohorte	Année 2011	Année 2012	Année 2013	Evolution brute 2011/2013
Nombre de passages	1 352	499	445	408	-18%
Nombre de patients pris en charge*	-	440	405	361	-18%
Nombre de nouveaux patients	1 115	440	365	310	-30%
Nombre de primo-suicidants	451	164	155	132	-20%

Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences

Exploitation ORS Bretagne.

* La somme du nombre de patients pris en charge chaque année est supérieure au nombre de nouveaux patients, un même patient ayant pu être vu au cours d'une ou plusieurs années.

Répartition des passages pour tentative de suicide selon l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de domicile des patients*



Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences

Exploitation ORS Bretagne.

* Ne sont représentés sur la carte que les EPCI pour lesquels au moins 5 passages ont été décomptés, soit au total 98% des passages.

⁶ Pour un patient la date de la tentative de suicide n'est pas renseignée.

⁷ Le terme « suicidant » sera utilisé dans l'étude pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

Davantage de tentatives de suicide chez les femmes

Globalement, les dernières prises en charge pour tentatives de suicide au cours de la période ont concerné majoritairement des femmes (60%). Cette proportion est cohérente avec celle observée sur l'ensemble de la région pour les hospitalisations en court séjour (59,5% voir page 7).

Par ailleurs, et comparativement à la population de 15 ans ou plus résidant dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo⁸, on observe une surreprésentation féminine significative au sein de la cohorte (59% contre 53%).

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. Cette population est donc majoritairement jeune : 83% des hommes et 75% des femmes ont 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 à l'exception de celle des 25-34 ans où le rapport s'inverse.

Si l'on compare la population prise en charge à celle des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, 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.

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

Globalement, près de 9 patients sur 10 (87%) recourent à l'auto-intoxication, pour l'essentiel 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. Par ailleurs, 42% des patients ont associé un autre mode de passage à l'acte (dans 8 cas sur 10, l'auto-intoxication par l'alcool) et lorsqu'un diagnostic relié était mentionné, dans plus de la moitié des cas il s'agissait de troubles de l'humeur, essentiellement des épisodes dépressifs.

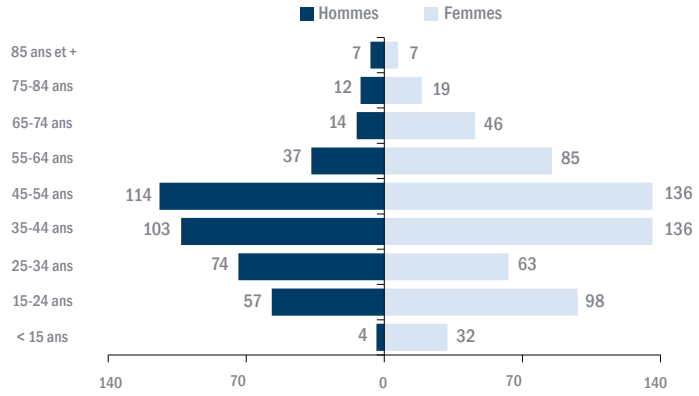
La prise en charge : provenance, prise en charge immédiate et mode de sortie

Les trois quarts des patients sont amenés aux urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, samu/smur, police). Les suicidants sont vus par l'équipe psychiatrique au service des urgences dès leur arrivée dans près de la moitié des cas (45%) et plus du tiers des patients bénéficient d'une consultation dans l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Un patient sur cinq retourne à son domicile directement après sa prise en charge par l'équipe psychiatrique et trois quarts bénéficient d'une hospitalisation en post-urgences.

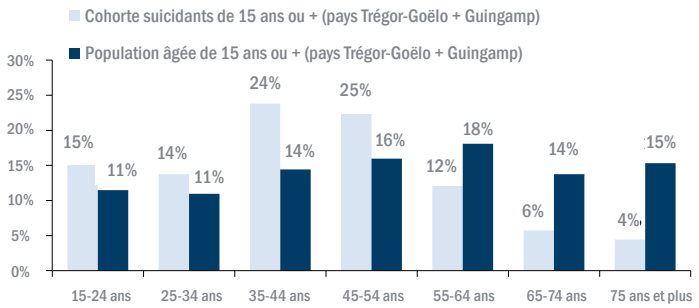
Remarque méthodologique
Les caractéristiques de la cohorte des suicidants s'appuient sur une approche patient. Pour les patients récidivistes sur la période, les données prises en compte sont les données renseignées lors de la dernière tentative de suicide prise en charge (dernier enregistrement dans la base).

Pyramide des âges à la dernière tentative de suicide observée au cours de la période



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

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)



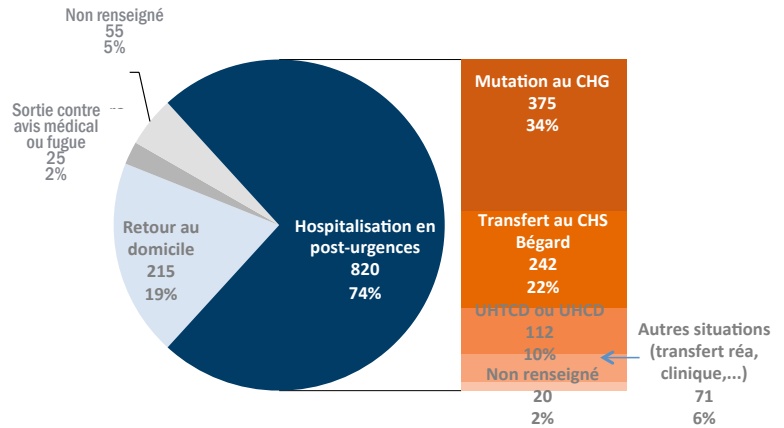
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des suicidants selon le sexe et la modalité principale d'hospitalisation

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	377	81,8%	592	90,7%	969	87,0%
dont auto-intoxication médicamenteuse	360	78,1%	575	88,1%	935	83,9%
Lésion auto-infligée	84	18,2%	61	9,3%	145	13,0%
dont phlébotomie	37	8,0%	46	7,0%	83	7,5%
dont pendaison	30	6,5%	6	0,9%	36	3,2%
Total	461	100,0%	653	100,0%	1 114	100,0%

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

Répartition des patients suicidants selon le mode de sortie à l'issue de la prise en charge par l'équipe psychiatrique au service des urgences



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

⁸ Données issues du recensement de la population au 01/01/2012.

Proposition, acceptation et réalisation de la procédure de suivi

Près de la moitié des patients (46%) se sont vus proposer la procédure de suivi par rappel téléphonique dans un délai de 3 à 6 semaines : 89% de ces derniers l'ont acceptée pour eux-mêmes et les deux-tiers pour leur médecin traitant témoignant ainsi d'une très bonne acceptabilité notamment en ce qui concerne les rappels au patient.

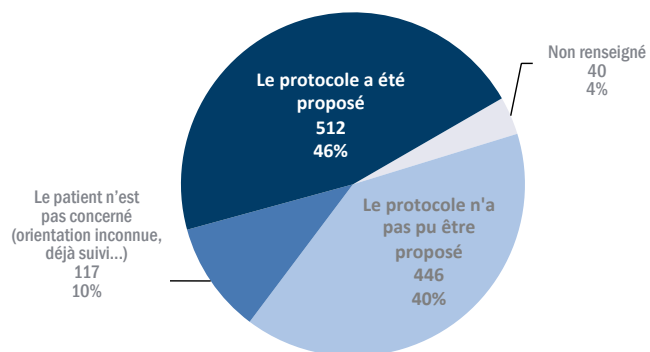
Au final, pour les 89% de patients ayant accepté le protocole de rappel téléphonique pour eux-mêmes :

- Le rappel téléphonique a effectivement eu lieu pour 42% des patients (soit 191 patients),
- Pour 19% des patients, l'équipe soignante a signalé la survenue d'un évènement intercurrent rendant le rappel téléphonique inadapté,
- Pour 13% des patients, la procédure s'est révélée inadaptée du fait d'un suivi organisé par l'équipe soignante directement au CMP,
- Pour 15% des patients, le rappel téléphonique n'a pas abouti à l'issue des trois tentatives,
- Pour 11% des patients, l'information n'est pas renseignée.

Perception de l'état de santé

Parmi les 191 patients pour lequel le rappel téléphonique a été effectif, la perception de leur propre état de santé est qualifiée de « bonne » dans 63% des cas, 30 % l'estiment « moyenne », 4% « mauvaise » et pour 3% la donnée n'est pas renseignée.

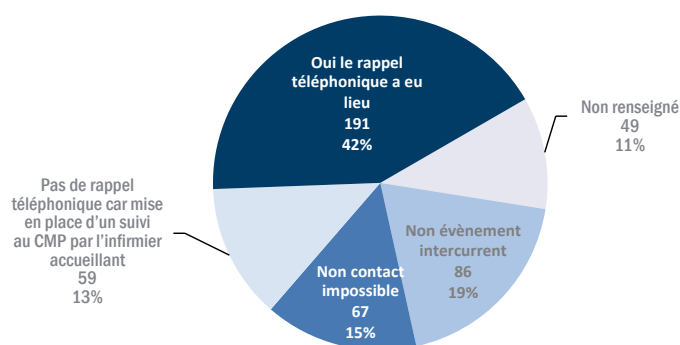
Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences

Exploitation ORS Bretagne.

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.

*Pour 2 patients, la modalité saisie n'est pas cohérente.

Observance et perception de l'adaptation 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 :

- **La proposition de rendez-vous** est très fortement suivie d'effet pour le médecin traitant (74%). En revanche, elle l'est nettement moins pour le médecin psychiatre (36%) ou pour le CMP (28%).
- **L'organisation de rendez-vous** est à l'inverse de la proposition très largement suivie dans le cas du médecin psychiatre, du CMP ou du CSAPA.

Répartition des patients selon les orientations proposées et observance de ces propositions

Nombre de patients ayant été rappelé (n=191)		Orientations proposées		Observance du patient	
		Effectifs	%	Effectifs	%
Médecin traitant	RDV proposé	50	74%	37	74%
	RDV organisé	7	57%	4	57%
Médecin psychiatre	RDV proposé	22	36%	8	36%
	RDV organisé	57	74%	42	74%
CMP	RDV proposé	50	28%	14	28%
	RDV organisé	64	70%	45	70%
CSAPA	RDV proposé	4	-	0	-
	RDV organisé	24	67%	16	67%

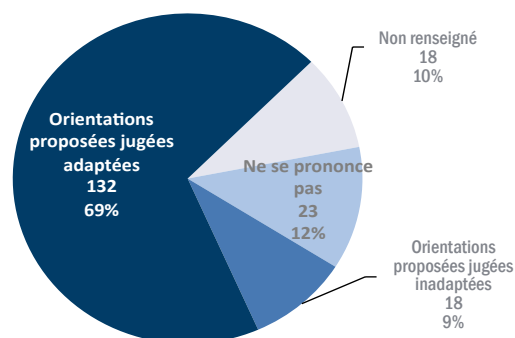
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences

Exploitation ORS Bretagne.

Perception de l'adaptation des orientations proposées

Globalement et comme l'indique le graphique ci-contre, près de sept patients sur dix (69%) à qui ont été proposés ou organisés des rendez-vous à l'issue de la prise en charge initiale estiment a posteriori que ces orientations étaient adaptées. En miroir, seulement un patient sur dix (9%) l'estime au contraire inadaptée.

Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation de l'orientation proposée



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences

Exploitation ORS Bretagne.

Remarque méthodologique

L'analyse de la procédure de suivi mise en place par les soignants dans le cadre de la prévention des récurrences (voir l'encadré page 9) s'appuie sur une approche patient et repose sur les informations enregistrées **lors de la première tentative de suicide prise en charge** (le premier enregistrement dans la cohorte) en cohérence avec le calcul du délai de récurrence basé sur le délai écoulé entre la première et la seconde tentative.

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE D'ANALYSE

L'objectif de cette approche est de tenter de mesurer le risque de récurrence à 6 mois et à 12 mois après l'inclusion dans la cohorte en fonction de l'acceptation et de la mise en place du protocole de suivi du patient par rappel téléphonique⁹.

Critères d'inclusion-exclusion

S'agissant du risque de récurrence, deux temps sont définis :

- **À 6 mois**, sont exclus tous les patients entrés dans la cohorte après le 30 juin 2012 de façon à avoir une durée minimale de 6 mois d'observation pour tous les patients ;
- **À 12 mois**, sont exclus tous les patients entrés dans la cohorte après le 31 décembre 2012 de façon à avoir une durée minimale de 12 mois d'observation pour tous les patients

S'agissant des caractéristiques de suivi, sont exclus :

- Les patients pour lesquels le fait d'avoir proposé le protocole ou encore le fait qu'ils l'aient accepté n'étaient pas renseignés ;
- Les patients pour lesquels l'équipe soignante a estimé qu'ils n'étaient pas concernés par cette procédure (transferts, mutation, orientation inconnue,...) ;

- Les patients pour lesquels le protocole a été effectivement mis en place mais hors des délais prévus¹⁰ ;
- Les patients ayant accepté le protocole mais ayant fait une seconde tentative de suicide avant que le rappel téléphonique ait eu lieu.

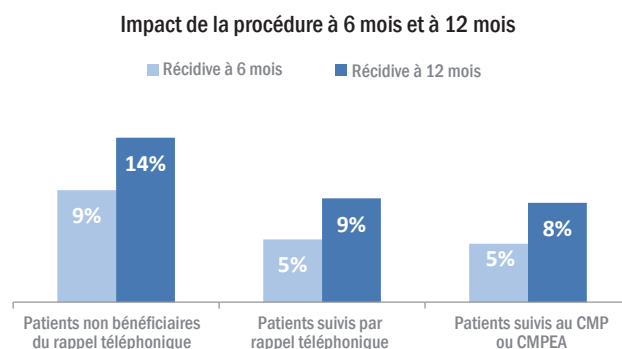
Afin d'étudier l'impact du protocole de suivi sur la récurrence, trois groupes de patients ont été constitué selon un arbre décisionnel permettant de déterminer des groupes de patients les plus homogènes possibles et les plus hétérogènes entre eux au regard du mode de suivi des individus qui les composent.

Constitution des groupes

- **Groupe 1** : patients suivis ayant bénéficié de la procédure de rappel téléphonique (n=152 à 6 mois et n=138 à 12 mois) ;
- **Groupe 2** : patients non bénéficiaires du suivi et non suivis au CMP-CMPEA (n=501 à 6 mois et n= 406 à 12 mois) ;
- **Groupe 3** : patients auxquels le suivi n'a pas été proposé ou réalisé du fait d'un suivi mis en place au CMP-CMPEA (n=102 à 6 mois et n=84 à 12 mois).

IMPACT DE LA PROCÉDURE À 6 MOIS ET À 12 MOIS

À 6 mois comme à 12 mois après l'inclusion dans la cohorte, la mise en place d'un suivi (rappel téléphonique et CMP/CMPEA cumulés) a un impact significatif ($p < 0,05$) sur le fait de récidiver, les patients n'ayant bénéficié d'aucun type de suivi identifié récidivant de façon plus fréquente que les patients pour lesquels un suivi a été mis en place. On peut aussi remarquer (voir le graphique ci-contre) que les taux de récurrence entre les patients ayant bénéficié de la procédure de rappel téléphonique et ceux suivis au CMP/CMPEA sont très proches (à 6 mois comme à 12 mois).



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

L'expérimentation des veilleurs vigilants

Deux expérimentations de veilleurs vigilants ont été mises en œuvre officiellement au sein des communautés de communes (CC) de Belle-Isle-en-Terre et du Pays Rochois à partir de l'année 2012, année au cours de laquelle 17 personnes ont été formées. Par contre et préalablement (en 2011), un important travail de sensibilisation et de début de mise en place avait déjà été mené dans ces deux CC. Sur la période 2005-2007, le nombre moyen annuel de patients pris en charge et issus de ces deux CC était de 19. Il passe à 16 patients au cours de l'année 2011, à 14 en 2012 et à 15 en 2013.

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 CC du Pays Rochois et celle des Trois-Rivières ne font plus qu'une dénommée « CC du Haut-Trégor ». La CC de Belle-Isle-en-Terre est quant à elle restée inchangée. Les résultats présentés ici reposent sur le découpage des EPCI au 1^{er} janvier 2012 (non compris la CC des Trois-Rivières) car la couverture territoriale de l'action n'a pas été impactée par ce changement.

⁹ 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.

¹⁰ Inclusion avec une marge de plus ou moins 4 jours avant-après.

LES SOURCES DE DONNÉES ET LEURS LIMITES

• **Les données de population** utilisées sont issues des recensements de la population (RP) 1999, 2006 et 2012 et des estimations de population au 1^{er} janvier de chaque année réalisées par l'Insee.

• **Les données de mortalité** utilisées sont issues de la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le CépiDc de l'Inserm. La dernière année disponible actuellement se réfère à l'année 2012.

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide et ce pour plusieurs raisons¹¹. Notamment :

• Une partie des décès peut se trouver incluse dans les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». Pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre.

• En cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies dans sa 10^e révision depuis 2000 (CIM10), les codes retenus pour le suicide sont : X60 à X84.

• **Les données de morbidité hospitalière** sont issues de l'exploitation de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2013, diffusée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Cette base regroupe les séjours des établissements publics, privés et établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Tout séjour hospitalier fait l'objet d'un enregistrement standardisé. Depuis 2001, les prises en charge pour tentative de suicide peuvent être identifiées par les codes du chapitre XX de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) relatifs aux causes externes de morbidité et de mortalité en diagnostic associé significatif (DAS). En théorie selon les règles et consignes de codage définies par l'ATIH, les séjours pour tentative de suicide doivent mentionner en DAS un code X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée), ainsi qu'un diagnostic principal (DP) codé avec le chapitre XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (code S00 à T98). Cependant, compte tenu des imprécisions relevées au niveau du codage, tous les séjours contenant en DAS un code X60 à X84 ont été retenus, quel que soit le code mentionné en DP. Par ailleurs, seuls les séjours domiciliés en Bretagne sont pris en compte.

Afin de caractériser les patients concernés par une hospitalisation pour tentative de suicide, la procédure dite du « chaînage » des séjours a été mise en œuvre, elle permet de relier les différents séjours d'une même personne hospitalisée grâce à un numéro anonyme unique.

¹¹ Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm évalue à 20% la sous-estimation du suicide dans la certification des causes de décès.

E. Jouglu, F. Péquignot, J.-L. Chapert, F. Rossollin, A. Le Toulec, G. Pavillon, La qualité des données de mortalité sur le suicide, Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 50, n° 1, 2002, pages 49-62.

L'association entre manifestations psychiques et tentatives de suicide a été explorée afin d'évaluer, parmi les patients hospitalisés pour tentative de suicide, la part de ceux présentant une pathologie mentale identifiée dans le chapitre V de la CIM10 dont les principaux codes retrouvés en DP, DAS ou diagnostic relié sont : F32 Troubles dépressifs, F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, F43 Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation et F41 Troubles anxieux.

Ces données présentent des limites : elles ne comptabilisent pas les passages dans les services d'urgence hors zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD). Par ailleurs, en raison d'erreurs ou d'oublis, les codes d'auto-intoxication ou de lésions auto-infligées peuvent être omis, induisant une sous-estimation des prises en charge pour tentative de suicide. De même, les suicidants orientés directement vers un service de psychiatrie ne sont pas comptabilisés dans cette étude. Cependant, l'exploitation de la base de données issue du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) devrait permettre à terme d'inclure ces patients dans le tableau de bord.

LES INDICATEURS UTILISÉS

• Les taux spécifiques selon l'âge

Il s'agit du nombre d'événements étudiés pour chaque tranche d'âge rapporté à la population du même âge.

• L'indice comparatif de mortalité (ICM)

Un indice comparatif de mortalité est un indicateur qui permet de comparer le niveau de risque de décès dans une zone géographique (département, pays,...) par rapport au niveau national (égal à 100 par définition) indépendamment des variations dues aux différences de structures d'âge et de sexe entre les populations étudiées. Par exemple un ICM égal à 110 signifie, qu'à âge égal, la zone géographique considérée présente un risque de mortalité supérieur de 10% au niveau national reflétant une situation défavorable. A l'inverse, un ICM inférieur à 100 traduit une situation favorable par rapport à la moyenne nationale. Les ICM sont calculés sur un nombre d'années suffisant afin de rendre les résultats statistiquement valides.

• Le taux standardisé de mortalité

Le taux standardisé de mortalité est un indicateur qui permet de comparer le niveau de mortalité de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Pour ce faire, les taux spécifiques selon l'âge de chaque population sont appliqués à une population de référence (ici, la population française ou bretonne au recensement de la population de 2006). Le taux standardisé de mortalité ainsi obtenu, correspond au nombre de décès qui serait observé sur l'entité géographique considérée si la répartition par âge était la même qu'au niveau national. Cet indicateur permet des comparaisons dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes.

La méthode de calcul des estimations de population ayant été révisée, les indicateurs relatifs aux années précédentes (cf éditions antérieures) ont été recalculés.

• Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation

La méthode de calcul et le principe sont les mêmes que pour le taux standardisé de mortalité mais cet indicateur repose sur les données du PMSI transmises par l'ATIH et la population de référence est la population française ou bretonne au recensement de la population de 2006. Dans l'analyse descriptive des séjours liés à une tentative de suicide, les taux sont calculés sur la base du nombre de séjours, alors que dans celle qui porte sur les patients hospitalisés, les taux sont calculés sur la base du nombre de patients.

En synthèse ...

Le phénomène suicidaire : un problème de santé publique plus important en Bretagne que dans les autres régions françaises...

La Bretagne est la région de France où la mortalité par suicide est la plus importante et où le recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé qu'en moyenne française (respectivement 26 décès et 214 séjours hospitaliers pour 100 000 habitants contre 16 et 182 en France).

...qui concerne des populations jeunes et actives

7 décès par suicide sur 10 surviennent avant 65 ans, le nombre de décès par suicide parmi l'ensemble des décès étant le plus important entre 25 et 34 ans. La mortalité par suicide est supérieure dans la population masculine quel que soit l'âge, l'écart avec les femmes étant particulièrement marqué chez les hommes les plus âgés. En parallèle, ce sont les jeunes femmes de 15 à 24 ans, et celles âgées de 45 à 54 ans qui présentent les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés.

Une géographie régionale contrastée...

- Au niveau départemental, les Côtes d'Armor présentent les taux standardisés de recours à l'hospitalisation et de décès les plus importants. À l'inverse, l'Ille-et-Vilaine se situe dans la position la plus favorable.
- À l'échelle des 21 pays de Bretagne, si certaines zones associent surmortalité hospitalière et surmortalité notamment dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, dans d'autres, les tendances s'opposent ou s'inversent.

...couplée à une évolution défavorable des recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide dans les Côtes d'Armor

Sur l'ensemble de la région, les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué de -10% entre 2008 et 2013. Ce constat concerne tous les départements à l'exception des Côtes d'Armor, où une progression de +6 % est observée sur la période.

Au regard de ces constats généraux, et notamment de la situation défavorable des Côtes d'Armor, l'étude des tentatives de suicide prises en charge au sein des services d'urgence des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (hôpitaux de Guingamp, Paimpol et Lannion), apporte des éléments d'analyse complémentaires particulièrement riches sur les caractéristiques des suicidants, sur le phénomène de la récurrence ainsi qu'un regard évaluatif sur l'impact d'une action de prévention de ce dernier.

La constitution d'une cohorte au sein de laquelle le poids du phénomène de la récurrence est élevé...

Sur les années 2011 à 2013, 1 115 patients (pour 1 352 passages) ont été pris en charge pour tentative de suicide au sein d'un des services d'urgence participant au recueil. Parmi ces derniers, plus d'un sur deux (55%), est un récidiviste (tentative réalisée avant la première prise en charge ou à la suite de celle-ci), confirmant ainsi le poids très important de ce phénomène (les récurrences représentant près de deux tiers des passages dans les services d'urgence impliqués (63%).

... avec cependant des indicateurs d'incidence en forte baisse au cours du temps

On observe en effet une forte diminution de l'ensemble des indicateurs susceptibles de caractériser l'incidence du phénomène suicidaire, la plus remarquable concernant les nouveaux patients accueillis dans les services avec une baisse de -30% en 2013 vis-à-vis de l'année 2011.

Une population jeune et majoritairement féminine...

En cohérence avec les hospitalisations enregistrées en court séjour, la population prise en charge est très majoritairement jeune (83% des hommes et 75% des femmes ont moins de 55 ans) et les femmes y sont d'une part les plus nombreuses (60% des prises en charge), d'autre part surreprésentées vis-à-vis de la population résidant dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.

... dont une partie bénéficie d'une procédure de suivi spécifique...

Environ la moitié des patients pris en charge (46%) bénéficie d'une proposition de rappel téléphonique dans un délai de 3 à 6 semaines après la prise en charge avec un niveau d'acceptabilité très élevé (89%). Ces rappels téléphoniques indiquent d'une part un bon niveau d'observance concernant notamment les rendez-vous proposés en direction du médecin traitant (74%) ainsi que ceux organisés en direction d'un médecin psychiatre (74%) ou d'un CMP (78%), d'autre part un niveau élevé de l'adaptation des orientations proposées et/ou organisées.

... dont l'efficacité sur la prévention de la récurrence est observable

En termes de prévention d'une récurrence à 6 mois ou à 12 mois après la prise en charge initiale, la mise en place d'un suivi (procédure de rappel téléphonique ou suivi organisé du CMP/CMPEA) a un impact significatif (très proche entre les deux modalités de suivi), sur la prévention d'une récurrence suicidaire, ces patients récidivant moins que ceux pour lequel aucun suivi n'a été mis en place.

Pour en savoir plus ...

- *SUICIDE – État des lieux des connaissances et perspectives de recherche, 1^{er} rapport*, Observatoire national du suicide, novembre 2014, 220 pages. Document téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>
- *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale, 1^{er} rapport mondial*, Organisation mondiale de la santé, septembre 2014, 89 pages. Document téléchargeable à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- « *Étude 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* », octobre 2014, téléchargeable sur le site de l'ORS Bretagne : http://orsbretagne.typepad.fr/LI_2014/Tentatives-suicide-urgences-2-pays_2014.pdf
- « *Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo - Étude qualitative* », février 2011, téléchargeable sur le site de l'ORS Bretagne : http://orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/Suicide_medecine%20liberale_leger.pdf

Sites Internet :

- « *Indicateurs relatifs aux suicide et tentatives de suicide* », espace de consultation en ligne sur le site de l'ORS Bretagne : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2015.html
- L'observatoire national du suicide : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,1981.html>



Conseil Régional de Bretagne

283, avenue Général Patton - CS 21101 - 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>