

Février 2018

Observation du phénomène suicidaire en Bretagne

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



En synthèse ...

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

Bien que la mortalité par suicide soit en baisse chez les hommes depuis le début des années 2000 et plus récemment chez les femmes, la Bretagne reste la région de France la plus concernée. S'agissant du recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide, les taux bretons sont aussi en baisse et se situent pour la première fois en 2016 au niveau moyen national.

...qui concerne des populations jeunes et actives

Sept décès par suicide sur dix surviennent avant 65 ans. La part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès est la plus importante 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 pour 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 sur recours hospitalier et surmortalité notamment dans les pays Centre Ouest Bretagne, Guingamp et Lannion-Trégor Communauté, dans d'autres, les tendances s'opposent.

... et une évolution favorable des recours à l'hospitalisation plus récente et marquée dans les Côtes-d'Armor

Sur l'ensemble de la région, les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué de 21 % entre 2008 et 2016. Les Côtes-d'Armor qui ont présenté une tendance inverse jusqu'en 2013 enregistrent la baisse la plus importante entre 2013 et 2016 (-22 % contre -12 % en région).

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 de Lannion-Trégor Communauté (hôpitaux de Guingamp, Paimpol et Lannion), apporte des éléments d'analyse complémentaires sur les caractéristiques des suicidants et sur le phénomène de la récurrence.

Une cohorte au sein de laquelle le poids du phénomène de la récurrence est élevé...

De 2011 à 2016, 1 901 patients (pour 2 374 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 (53 %) est un récidiviste (tentative de suicide réalisée avant la première prise en charge ou à la suite de celle-ci). Par ailleurs, les récurrences représentent les deux tiers (67 %) des passages pour tentative de suicide pris en charge dans les services d'urgence participant au recueil.

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

L'ensemble des indicateurs susceptibles de caractériser l'incidence du phénomène suicidaire diminue fortement et régulièrement. La baisse la plus remarquable concerne les nouveaux patients accueillis dans les services (-55 % en 2016 par rapport à 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 (81 % des hommes et 73 % des femmes ont moins de 55 ans) et les femmes y sont les plus nombreuses (59 % des prises en charge) comparativement à la structure de la population.

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

Quatre patients pris en charge sur dix (39 %) ont bénéficié d'une proposition de rappel téléphonique dans un délai de 3 à 6 semaines après la prise en charge avec un niveau d'acceptabilité des patients très élevé (86 %). Les rappels téléphoniques réalisés indiquent un bon niveau d'observance concernant les orientations proposées ou organisées, notamment les rendez-vous proposés auprès du médecin traitant (67 %) ainsi que ceux organisés auprès d'un médecin psychiatre (78 %) ou d'un CMP (69 %). Très majoritairement, les patients rappelés (66 %) estiment que ces orientations étaient adaptées à leur situation.

Contexte ...

En Bretagne, le suicide est une priorité régionale de santé constamment réaffirmée en raison d'une mortalité supérieure à la moyenne française et de disparités importantes 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 infrarégional. Simultanément, les indicateurs sont mis à jour annuellement sur un **espace numérique** en ligne sur le site de l'ORS Bretagne.

▪ Parallèlement, **depuis 2011**, l'ORS Bretagne analyse les données recueillies dans le cadre d'une **étude** en partenariat avec 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 de Guingamp et de Lannion-Trégor Communauté, pays parmi les plus concernés par le phénomène suicidaire en région et dont certaines communautés de communes font l'objet d'expérimentations pour réduire les tentatives de suicide et la mortalité liée au phénomène suicidaire.

Cette édition 2018 réunit en un seul document et met 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 services d'urgence des trois centres hospitaliers concernés.

Sommaire

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN BRETAGNE	4
LES HOSPITALISATIONS LIÉES À UNE TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE	6
LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE	7
LES INÉGALITÉS TERRITORIALES SELON LES PAYS DE BRETAGNE	8
LES TENTATIVES DE SUICIDE PRISES EN CHARGE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE GUINGAMP, LANNION ET PAIMPOL	9
PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE	9
COHORTE 2011-2016 : POIDS DE LA RÉCIDIVE, INCIDENCE ET ORIGINE GÉOGRAPHIQUE	10
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES	11
SUIVI DES PATIENTS PRIS EN CHARGE	12
RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS ET À 12 MOIS	13
MORTALITÉ ET HOSPITALISATIONS : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE	14
EN SAVOIR PLUS	15

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

REMARQUE :

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

La Bretagne : région la plus touchée par le suicide

Sur la période 2012-2014, les indices comparatifs de mortalité placent la Bretagne au 1^{er} rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de 60 % et une surmortalité féminine de 51 % vis-à-vis de la moyenne française.

Une surmortalité qui persiste dans le temps...

Depuis le début des années 2000, bien que la mortalité par suicide soit en baisse chez les hommes et plus récemment chez les femmes, la région affiche une situation particulièrement défavorable.

Sur l'ensemble de la période, la Bretagne présente des taux standardisés de mortalité par suicide plus élevés qu'en France hexagonale. En 2012-2014, ils se situent à 37 décès pour 100 000 chez les hommes et 10 pour 100 000 chez les femmes contre respectivement 23 et 7 pour 100 000 en France hexagonale.

... et généralisée dans tous les départements

Sur la période 2012-2014, 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. À 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 moins importants. L'Ille-et-Vilaine affiche la situation la plus favorable.

Plus de 750 décès par suicide en Bretagne...

En 2012-2014, en moyenne annuelle, 776 décès par suicide ont été recensés dans la région, soit 2 % de l'ensemble des décès en Bretagne.

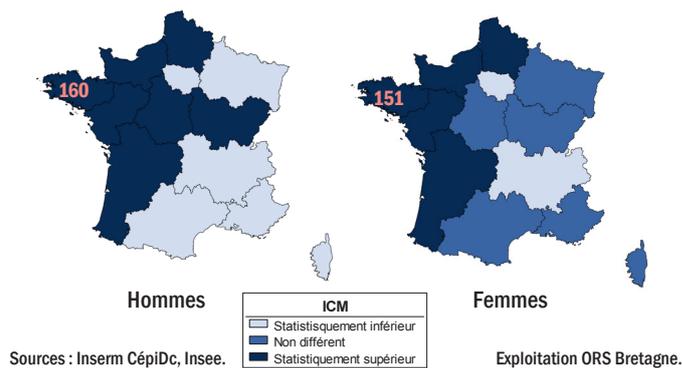
... qui concernent majoritairement des hommes...

En 2012-2014, en Bretagne comme en France, les décès par suicide sont majoritairement masculins : avec 592 décès en moyenne annuelle chez les hommes et 184 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.

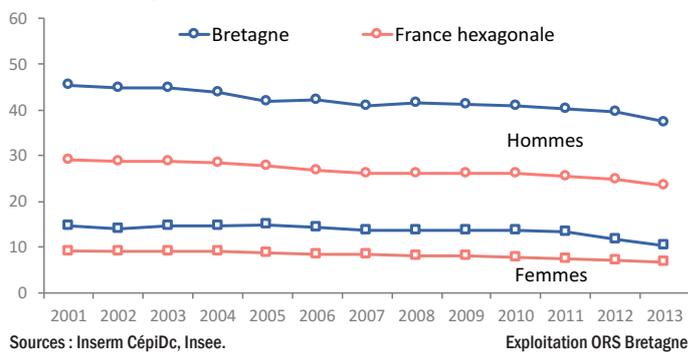
... et des personnes jeunes : 7 décès par suicide sur 10 surviennent avant 65 ans

En 2012-2014, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme chez les femmes, environ sept décès par suicide sur dix 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 15 et 44 ans que le poids du suicide est le plus important, et correspond à environ un décès sur quatre.

Indices comparatifs de mortalité par suicide
Période 2012-2014 - ICM France hexagonale = 100



Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2014* (unité pour 100 000)



*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 : 2013 correspond à la période 2012-2014.

Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe en 2012-2014 (unité pour 100 000)

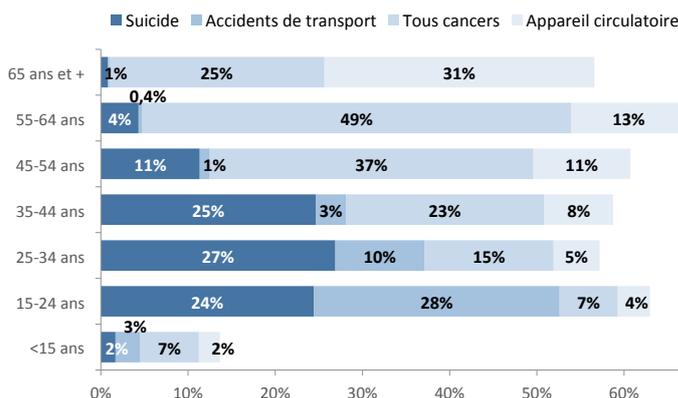
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes-d'Armor	127	43,4	43	11,9	170	26,7
Finistère	164	36,7	50	10,4	214	22,9
Ille-et-Vilaine	151	31,6	48	9,2	199	19,7
Morbihan	150	41,6	43	10,4	193	25,2
Bretagne	592	37,4	184	10,3	776	23,1
France hexagonale	7 062	23,4	2 335	6,7	9 397	14,3

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 2012-2014* (en %)



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

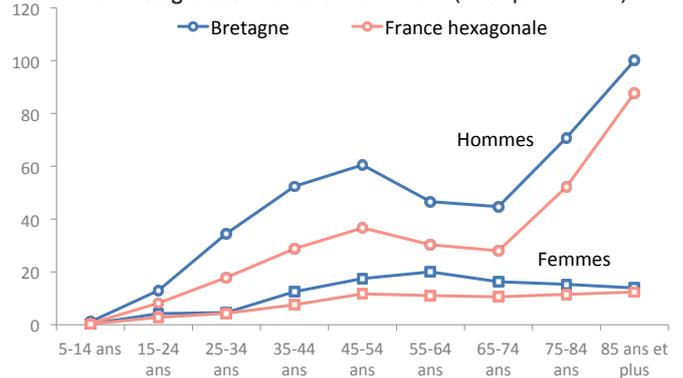
La surmortalité masculine s'observe à tous les âges

En 2012-2014, en Bretagne comme en France, la surmortalité masculine se retrouve à tous les âges. Les taux masculins sont systématiquement supérieurs aux taux féminins, 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. À 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 8 entre la population des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus.

Chez les femmes, les taux progressent avec l'âge jusqu'à 55-64 ans en Bretagne et jusqu'à 45-54 ans en France. Puis au-delà ils diminuent sensiblement en Bretagne alors qu'en France, ils sont relativement constants.

Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France en 2012-2014 (unité : pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

Les Côtes-d'Armor dans la situation la plus défavorable de la région pour les 35-54 ans et les 65 ans et plus

Sur la période 2012-2014, à l'exception des tranches d'âges de moins de 35 ans et de 55-64 ans, les taux de mortalité observés dans les Côtes-d'Armor sont les plus élevés de la région.

À l'inverse, en Ille-et-Vilaine, la situation est la plus favorable avec les taux les plus faibles de la région pour la plupart des classes d'âge (15-54 ans et 65-74 ans).

Dans le Finistère, les taux sont inférieurs à ceux de la région pour les 5-14 ans et après 65 ans, mais ce département présente les taux les plus élevés chez les 55-64 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 85 ans et plus. Entre 15 et 34 ans, ils sont les plus élevés des quatre départements bretons.

Taux de mortalité selon l'âge et les départements en Bretagne en 2012-2014 (unité : pour 100 000)

Tranche d'âge	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
5-14 ans	-	0,6	1,3	0,7	0,7
15-24 ans	7,4	10,0	5,9	13,6	8,8
25-34 ans	22,6	20,4	14,5	25,5	19,7
35-44 ans	40,3	32,6	28,3	33,1	32,6
45-54 ans	48,2	40,1	28,7	43,9	39,0
55-64 ans	30,0	34,1	33,9	32,9	32,9
65-74 ans	35,7	27,7	25,9	30,1	29,5
75-84 ans	47,1	30,9	35,0	39,6	37,5
85 ans et +	53,5	29,0	42,9	32,8	38,9

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

Une nette prédominance des suicides par pendaison

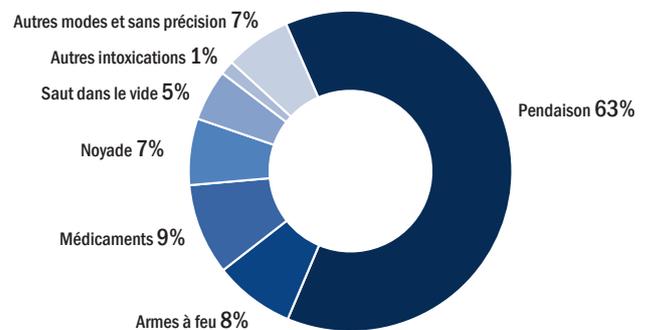
En 2012-2014, en Bretagne comme en France, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison. Il représente près des deux tiers (63 %) de l'ensemble des décès par suicide dans la région. Viennent ensuite les intoxications médicamenteuses (9 %), les armes à feu (8 %) et la noyade (7 %). Par ailleurs, la part des décès par suicide « selon un autre mode et sans précision » atteint 7 % (il s'agit essentiellement de lésions auto-infligées par un moyen non précisé).

Si la prédominance des décès par pendaison est observée pour les deux sexes, celle-ci est nettement plus marquée chez les hommes (68 % contre 48 % chez les femmes). 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 (6 %) sont les deux autres modes les plus fréquents.

Chez les femmes, les intoxications médicamenteuses correspondent au deuxième mode le plus fréquemment utilisé (18 %) suivi par la noyade (14 %).

Répartition des décès par suicide selon le mode en Bretagne en 2012-2014 (en %)



Source : Inserm CépiDc.

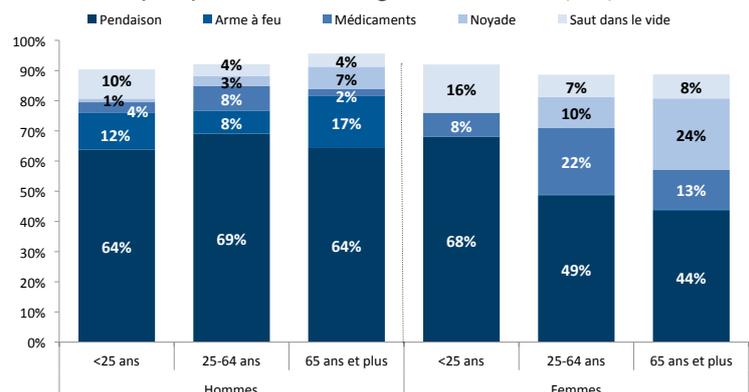
Exploitation ORS Bretagne.

Des modalités variables selon l'âge

Chez les hommes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge. Viennent ensuite les armes à feu chez les plus jeunes (12 %) et les 65 ans et plus (17 %). Les sauts dans le vide arrivent en troisième position chez les plus jeunes (10 %). Entre 25 et 64 ans, les armes à feu et les médicaments sont utilisés à fréquence équivalente (8 %).

Chez les femmes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge, notamment avant 25 ans où elle concerne près de sept décès sur dix. Puis, elle diminue avec l'avancée en âge. Entre 25 et 64 ans, ce mode précède les intoxications médicamenteuses (22 %) tandis qu'à partir de 65 ans, les suicides par noyade constituent le second mode utilisé, devant les intoxications médicamenteuses (respectivement 24 % et 13 %). Aucun décès par arme à feu n'a été enregistré chez les femmes de moins de 25 ans. Au-delà de cet âge, ce mode de suicide est marginal.

Répartition des décès par suicide selon le sexe, l'âge et les 5 principaux modes en Bretagne en 2012-2014* (en %)



Source : Inserm CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

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

Pour la première fois en Bretagne, des taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide comparables au niveau moyen national

En 2016, la Bretagne présente un taux standardisé de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide proche de celui de la France hexagonale¹ : il est de 190 séjours pour 100 000 habitants contre 185 pour 100 000 en France hexagonale.

Ce constat se vérifie chez les hommes comme chez les femmes : les taux standardisés atteignent 155 séjours pour 100 000 hommes et 227 pour 100 000 femmes contre respectivement 147 et 222 pour 100 000 en France hexagonale.

Plus de 6 000 séjours hospitaliers en court séjour en lien avec une tentative de suicide

En 2016, 5 989 hospitalisations en court séjour, de patients domiciliés en Bretagne, sont liées à une tentative de suicide, soit une moyenne de 16 séjours quotidiens.

Ces séjours représentent 0,7 % de l'ensemble des hospitalisations domiciliées en Bretagne².

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 qui suit un passage aux urgences et un retour au domicile 6 fois sur 10

Parmi les 5 989 séjours hospitaliers identifiés, 94 % ont fait l'objet d'un passage préalable aux urgences.

Environ 9 % 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 4 % des séjours, parmi lesquels les deux tiers requièrent une hospitalisation en réanimation et/ou soins intensifs.

Plus de la moitié (58 %) des séjours sont conclus par un retour à domicile et un tiers par des hospitalisations en psychiatrie (33 %). Enfin, 65 séjours ont conduit à un décès.

Une durée d'hospitalisation généralement courte...

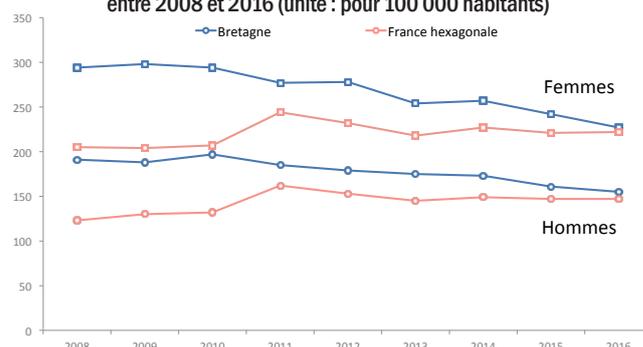
Près de sept hospitalisations sur dix ont une durée de moins de 48 heures. Parmi celles-ci, dans deux cas sur dix (15 %), la prise en charge est inférieure à 24 heures et pour la moitié (54 %) elle varie de 24 à 48 heures. Dans un cas sur cinq, l'hospitalisation a une durée de 2 à 5 jours, la durée moyenne de séjour³ (DMS) étant de 6,4 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. À partir de 65 ans, les durées d'hospitalisation augmentent sensiblement, notamment celles de plus de 10 jours.

Les durées d'hospitalisation varient selon le mode utilisé : 52 % des tentatives de suicide par lésion auto-infligée sont hospitalisées au moins 2 jours contre 40 % pour les tentatives de suicide par auto-intoxication. La durée moyenne de séjour³ est plus élevée pour les tentatives de suicide par lésion auto-infligée (11,8 jours) que pour celles par auto-intoxication (5,2 jours), probablement en lien avec leur gravité.

Évolution des taux standardisés* de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon le sexe en Bretagne et en France entre 2008 et 2016 (unité : pour 100 000 habitants)



Source : PMSI MCO 2016, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP 2006. Tous les séjours domiciliés en France hexagonale ont été inclus, quel que soit le lieu d'hospitalisation (y compris les séjours non correctement chaînés, les séjours se terminant par un décès et ceux des personnes âgées de moins de 10 ans)

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 2016 (en %)

	Mode d'entrée		Mode de sortie	
	Effectif	%	Effectif	%
Passage aux urgences	5 644	94%	-	-
Domicile personnel	247	4%	3 455	58%
Psychiatrie	5	<1%	1 990	33%
Court séjour*	83	1%	358	6%
SSR**	1	<1%	76	1%
Décès	-	-	65	1%
Autres	9	<1%	45	<1%
Total	5 989	100%	5 989	100%

Source : PMSI MCO 2016, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

* court séjour d'un autre établissement

** SSR : soins de suite ou de réadaptation

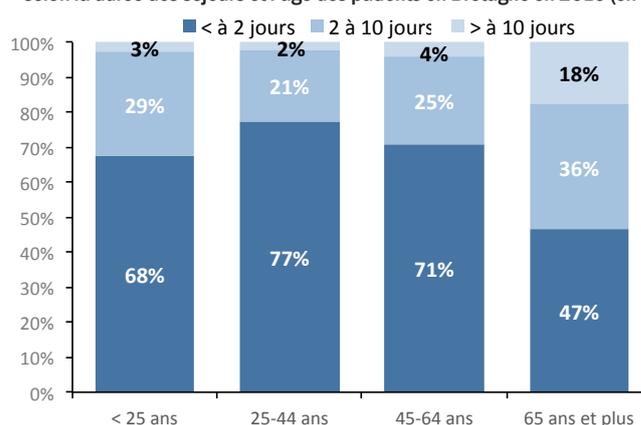
Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée de séjour en Bretagne en 2016 (en %)

Durée de séjour	Effectif	%
< à 2 jours	4 122	69%
2 à 5 jours	1 298	22%
6 à 10 jours	311	5%
11 à 15 jours	94	2%
> à 15 jours	164	3%
Total	5 989	100%

Source : PMSI MCO 2016, 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 2016 (en %)



Source : PMSI MCO 2016, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

¹ Standardisation sur la population française au RP 2006.

² Hors séances et séjours de moins de 2 jours.

³ 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 2016, les hospitalisations en lien avec une tentative de suicide ont concerné 5 012 patients pris en charge en court séjour. Parmi ceux-ci, 4 390 patients, soit 88 %, ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année⁴.

Ces patients sont majoritairement des femmes : 2 618 femmes (60 %) et 1 772 hommes (40 %). Le sex-ratio est de 1,5.

En Bretagne, le taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est de 114 pour 100 000 hommes et de 164 pour 100 000 femmes.

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

Plus d'un patient sur cinq (22 %) est âgé de 45 à 54 ans pour une moyenne de 41,4 ans (41,8 ans pour les hommes et 41,1 ans pour les femmes).

Les taux de recours sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf entre 25 et 34 ans et au-delà de 85 ans où la tendance s'inverse. Chez les hommes, les taux de recours les plus élevés se situent entre 35 et 44 ans (197 pour 100 000 hommes), soit un niveau bien inférieur au taux maximal constaté chez les femmes de 15-24 ans (284 pour 100 000 femmes) et chez celles de 45 à 54 ans (269 pour 100 000 femmes). Les taux de recours diminuent avec l'âge à partir de la tranche des 45-54 ans chez les hommes et des 55-64 ans chez les femmes. Ils progressent de nouveau chez les hommes de 85 ans et plus.

Les Côtes-d'Armor, le département le plus concerné...

Des quatre départements bretons, celui des Côtes-d'Armor enregistre globalement 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 similaire chez les femmes alors que chez les hommes, le Morbihan se situe au deuxième rang.

... mais en évolution favorable depuis 2014

Sur l'ensemble de la région (-21 %), comme en Ille-et-Vilaine (-25 %), dans le Finistère (-21 %), dans le Morbihan (-19 %) ou les Côtes-d'Armor (-17 %), les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué entre 2008 et 2016. La baisse est particulièrement importante dans les Côtes-d'Armor ces dernières années (-22 % entre 2013 et 2016 contre -12 % en Bretagne).

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

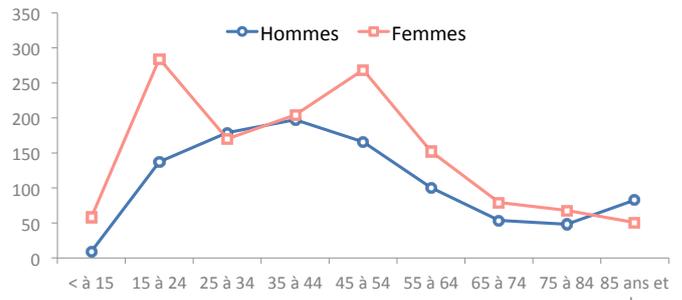
Le mode de tentative de suicide prédominant est l'auto-intoxication médicamenteuse (65 % des tentatives de suicide). Les hospitalisations consécutives à une lésion auto-infligée sont deux fois plus fréquentes chez les hommes (20 %) que chez les femmes (11 %).

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

Près d'un quart des patients présente « un épisode dépressif » (24 %), 9 % des « troubles anxieux » et 4 % une « réaction à un facteur de stress sévère et des troubles de l'adaptation ».

Pour plus d'un quart des patients (26 %), des troubles liés à l'alcool sont identifiés, plus fréquemment chez les hommes (34 % pour 21 % chez les femmes). Plus de huit fois sur dix, il s'agit d'une intoxication alcoolique aigüe.

Taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en Bretagne en 2016 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2016, 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 2016 (unité : pour 100 000 habitants)

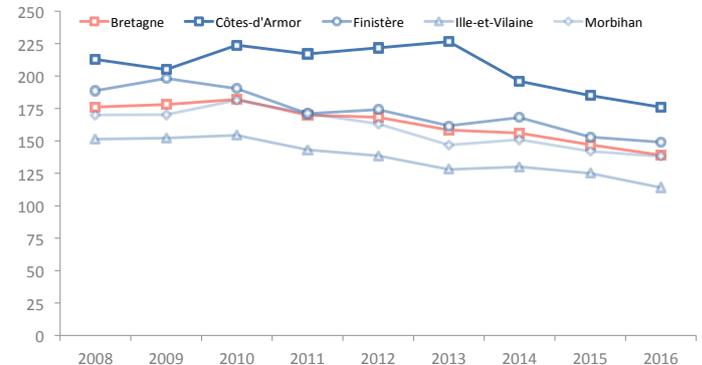
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes-d'Armor	383	145,2	572	207,9	955	176,1
Finistère	505	118,8	779	179,5	1 284	148,6
Ille-et-Vilaine	472	92,3	708	134,7	1 180	113,5
Morbihan	412	119,7	559	158,5	971	138,3
Bretagne	1 772	114,3	2 618	164,3	4 390	138,9

Sources : PMSI MCO 2016, ATIH, INSEE

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP 2006.

Évolution des taux standardisés* de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les départements de résidence entre 2008 et 2016 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2008 à 2016, 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 2016 (en %)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	1 361	77%	2 234	85%	3 595	82%
<i>dont auto-intoxication médicamenteuse</i>	<i>1 039</i>	<i>59%</i>	<i>1 834</i>	<i>70%</i>	<i>2 873</i>	<i>65%</i>
Lésion auto-infligée	358	20%	294	11%	652	15%
<i>dont phlébotomie</i>	<i>109</i>	<i>6%</i>	<i>128</i>	<i>5%</i>	<i>237</i>	<i>5%</i>
Auto-intoxication et lésion auto-infligée	53	3%	90	3%	143	3%
Total	1 772	100%	2 618	100%	4 390	100%

Source : PMSI MCO 2016, ATIH

Exploitation ORS Bretagne.

⁴ Les données présentées ici concernent les caractéristiques des patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois en 2016, 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 infrarégionale des taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide souligne l'étendue des disparités entre les pays, avec une morbidité près de trois fois supérieure pour les pays de Dinan Agglomération ou de Lorient par rapport à celui des Vallons de Vilaine, pays en situation la plus favorable.

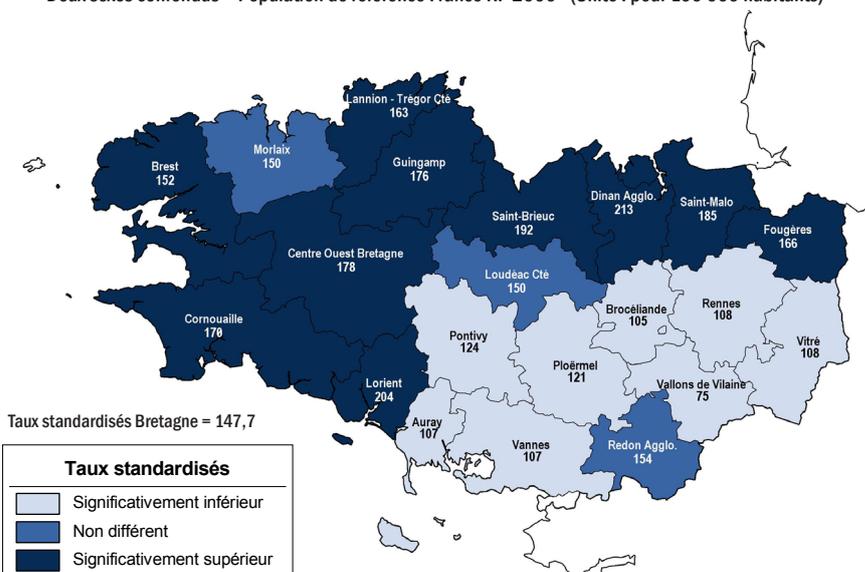
Les pays de Morlaix, de Redon Agglomération et de Loudéac Communauté affichent une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

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 (de Lannion-Trégor Communauté à Saint-Malo) et dans le pays de Fougères.

Au sein de cette zone de surmorbidity, les écarts sont importants : les taux standardisés dans le pays de Dinan Agglomération, en situation la plus défavorable, ou celui de Lorient sont près de 1,5 fois plus élevés que dans celui de Brest.

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les pays de Bretagne en 2014-2016*

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



Sources : PMSJ MCO 2014 à 2016, ATIH, INSEE RP 2014, Conseil Régional – découpage Pays 2017 - 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 18 décès par suicide pour 100 000 habitants dans le pays de Rennes à un maximum de 37 pour 100 000 dans le pays de Loudéac Communauté.

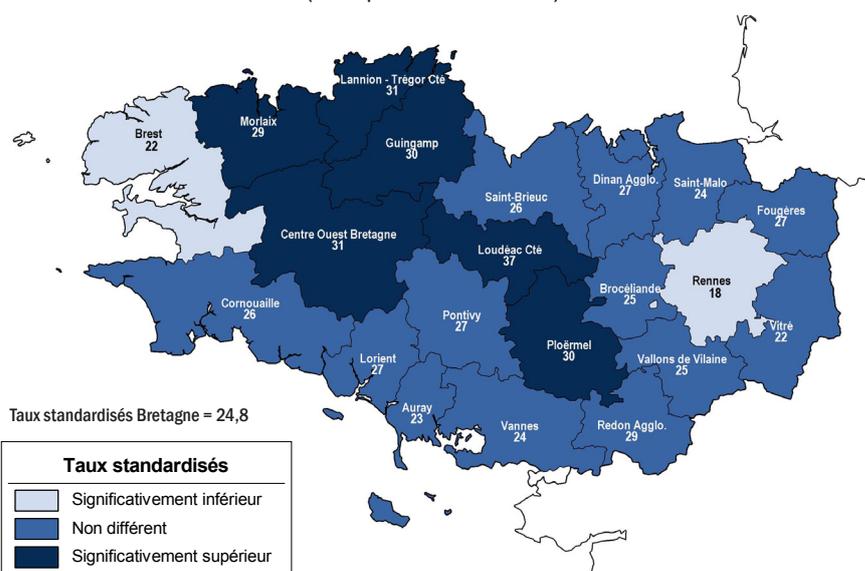
Si une majorité de pays (13 sur 21) ne présente pas de différence par rapport à la moyenne régionale, en revanche, une zone de surmortalité située au nord et au centre de la région et regroupant six pays concentre les taux de mortalité les plus élevés. Il s'agit des pays de Loudéac Communauté, de Lannion-Trégor Communauté, du Centre Ouest Bretagne, de Ploërmel, de Guingamp et de Morlaix.

À 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 2008-2014*

Deux sexes confondus – Population de référence France RP 2006

(Unité : pour 100 000 habitants)



Sources : Insem CépiDc, Insee RP 2006 et RP 2014, Conseil Régional – découpage Pays 2017 Exploitation ORS Bretagne * Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

EN RÉSUMÉ :

- Le rapport des taux moyens régionaux « tentatives de suicide hospitalisées/décès » se situe à 5,9, soit près de 6 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 1 décès.

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

- Les pays du Centre Ouest Bretagne, Guingamp et Lannion-Trégor Communauté 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 de Ploërmel, à l'inverse, associe une situation de surmortalité et de sous morbidité hospitalière vis-à-vis de la moyenne régionale.

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

L'analyse réalisée a pour objectifs de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgence des trois centres hospitaliers, d'étudier les caractéristiques démographiques et cliniques des suicidants⁵ ainsi que les modalités de leurs prises en charge en portant une attention particulière au phénomène de la récursive.

▪ **Le champ de l'enquête et la population cible** concernent tous les passages aux urgences des personnes présentant une lésion auto-infligée et/ou une auto-intoxication témoins de l'intention de vouloir mettre fin à sa vie. Passages identifiés et validés en tant que tels par un membre de l'équipe psychiatrique de l'Antenne Médico-Psychologique (AMP) intervenant au sein des services d'urgence des trois établissements. L'inclusion des patients entrés pour intoxication par alcool et exposition à l'alcool (code CIM10 : X65) est conditionnée par la déclaration faite par la personne concernée de son intention de mettre fin à ses jours. Les personnes décédées suite à l'acte suicidaire n'ont pas été incluses dans l'enquête.

▪ **La période d'inclusion** se réfère à la période allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2016.

▪ **L'exhaustivité du recueil** : à partir des retours des correspondants de l'ORS Bretagne et des équipes soignantes, l'enregistrement des tentatives de suicide prises en charge est compris dans une fourchette allant de 85 % à 100 % selon l'année et/ou le site de recueil. Les non prises en compte concernent notamment une partie des arrivées de nuit ou les jours fériés, au regard du manque de disponibilité du personnel sur ces moments spécifiques, ainsi qu'une partie des sorties contre avis médical.

▪ **Le contenu du recueil** repose sur une fiche standardisée d'accueil et d'orientation commune aux trois sites qui s'articule 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 récursive 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 est réalisée par le Département d'Information Médicale (DIM) de la Fondation Bon Sauveur de Bégard qui transmet, chaque année, à l'ORS Bretagne, un fichier anonymisé. Ce fichier permet à la fois une approche patient, une approche trajectoire et l'étude du phénomène de la récursive.

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 récursive.

▪ **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 (prochain rapport prévu fin 2018).

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 sur la base du volontariat. 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 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. 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).

⁵ Le terme de suicidant est employé dans l'étude pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement la Fondation Bon Sauveur de Bégard et notamment Monsieur Charles Coquelin, Cadre de santé de la cellule suicidant, les équipes soignantes intervenant au sein des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol ainsi que Madame Angélique Le Saux 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.

La cohorte de patients constituée à partir du recueil anonymisé réalisé entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2016 dans les trois centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 2 374 passages pour tentative de suicide au sein des trois services d'urgence correspondant à 1 901 patients pris en charge.

La population de la cohorte peut se scinder en trois groupes :

- **Primo-suicidants à l'entrée dans la base : 856 patients**
- sans récurrence enregistrée sur la période : 777 individus,
- avec récurrence enregistrée sur la période : 79 individus.

- **Récidivistes antérieurs à l'enregistrement dans la base : 920 patients**
- sans récurrence enregistrée sur la période : 740 individus,
- avec récurrence enregistrée sur la période : 180 individus.

- **Inclassables⁶ ou indéterminés : 125 patients**

- indéterminés lors du 1^{er} enregistrement sans récurrence enregistrée sur la période : 109 individus.
- indéterminés lors du 1^{er} enregistrement avec récurrence enregistrée sur la période : 16 individus,

Plus d'un suicidant sur deux est un récidiviste⁷

Plus de la moitié des suicidants (53%, soit 1 015 patients) ont tenté plusieurs fois à leur vie (avant la mise en place du recueil ou au cours de celui-ci) ce qui correspond à 67 % de l'ensemble des passages pour tentative de suicide enregistrés sur la période de recueil.

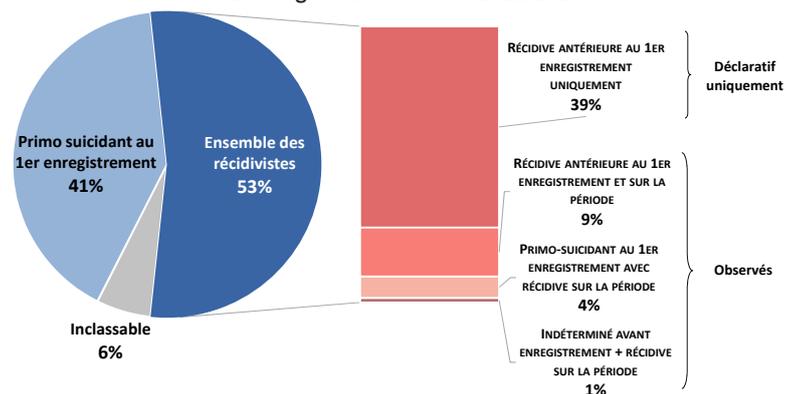
Une forte diminution de l'incidence du phénomène suicidaire

Globalement et sous réserve de l'hypothèse d'un maintien de l'exhaustivité du recueil sur l'ensemble de la période (confirmée par les soignants), l'ensemble des indicateurs permettant de caractériser l'incidence du phénomène suicidaire objective une forte baisse des tentatives de suicide aussi bien en termes de passages que de patients. La diminution est particulièrement remarquable vis-à-vis du nombre de nouveaux patients accueillis annuellement dans les services : plus de deux fois moins (-55 %) en 2016 par rapport à l'année 2011.

Des suicidants résidant majoritairement dans les deux EPCI d'implantation des établissements de prise en charge

Plus de huit passages pour tentative de suicide sur dix (85 %) concernent des patients domiciliés dans les deux EPCI dans lesquels sont implantés les trois établissements participant au recueil.

Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récurrence lors de leur 1^{er} enregistrement - cohorte 2011-2016



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

Exploitation ORS Bretagne.

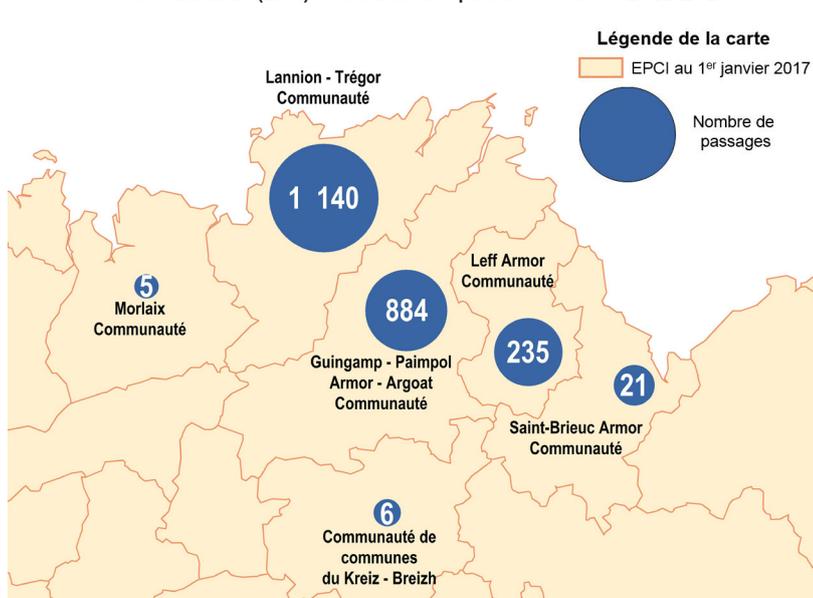
Répartition en nombre des passages et des patients en fonction de l'année de recueil et évolution en % - cohorte 2011-2016

	Total cohorte 2011-2016	Année						Evolution 2011/2016	
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	brute	moyenne annuelle
Passages	2 374	499	445	408	399	360	263	-47 %	-10 %
Patients pris en charge	-	440	405	361	362	326	242	-45 %	-9 %
Nouveaux patients	1 901	440	365	310	315	273	198	-55 %	-12 %
Primo-suicidants	777	159	151	125	126	112	104	-35 %	-7 %

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

Exploitation ORS Bretagne.

Passages pour tentative de suicide selon l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de domicile des patients* - cohorte 2011-2016



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

Exploitation ORS Bretagne.

* Ne sont représentés sur la carte que les EPCI de la zone d'étude pour lesquels au moins cinq passages ont été décomptés, soit au total 97 % des passages. Pour 15 passages, le domicile du patient n'est pas renseigné et 39 passages correspondent à des patients domiciliés hors Bretagne.

⁶ La catégorie inclassable correspond aux patients non récidivistes sur la période et dont le statut antérieur vis-à-vis de la récurrence n'est pas connu lors du 1^{er} enregistrement dans la base.

⁷ Le poids de la récurrence est estimé au minimum du fait que pour 6 % des patients le statut vis-à-vis de la récurrence ne peut être déterminé. Ces patients sont qualifiés d'« inclassables ».

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 de données).

Une population majoritairement féminine

Globalement, les dernières prises en charge effectuées au cours de la période concernent plus souvent des femmes (59 %). Cette proportion est cohérente avec celle observée sur l'ensemble de la région pour les hospitalisations en court séjour (60 %). Par ailleurs, et comparativement à la population de 15 ans et plus domiciliée dans les pays de Guingamp et de Lannion-Trégor⁸ communauté, les femmes sont significativement plus représentées dans la cohorte de suicidants (59 % contre 52 % dans la population générale de 15 ans et plus).

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

Comme pour les patients hospitalisés en court séjour, l'âge moyen des suicidants est de 42 ans sans différence selon le sexe. Cette population est donc majoritairement jeune : 81 % des hommes et 73 % des femmes ont moins de 55 ans. La pyramide des âges traduit la surreprésentation féminine dans toutes les tranches d'âges à l'exception de celle des 25-34 ans. Par ailleurs, si l'on compare la population des suicidants pris en charge à celle des pays de Guingamp et de Lannion-Trégor Communauté, les personnes âgées de 15 à 54 ans sont surreprésentées, l'écart le plus important étant observé entre 35 et 54 ans.

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

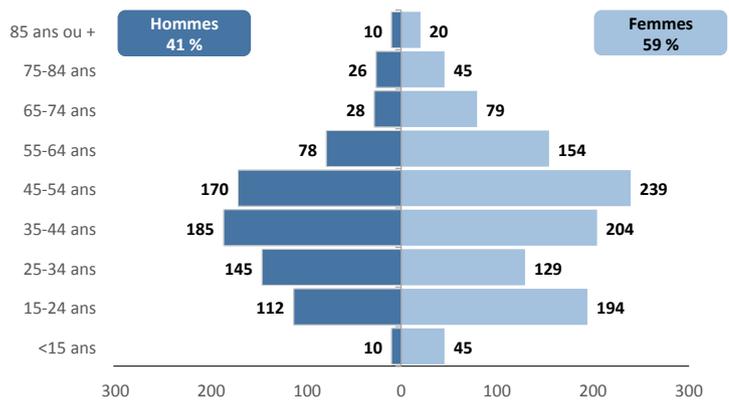
Près de neuf patients sur dix (87 %) recourent à l'auto-intoxication, pour l'essentiel médicamenteuse (83 %). Les lésions auto-infligées concernent 13 % des patients, l'auto-agression par objet tranchant et la pendaison étant les plus fréquentes. Par ailleurs, 43 % des patients associent plusieurs modes de passage à l'acte (dans plus de huit cas sur dix, l'auto-intoxication à l'alcool est mentionnée). Lorsqu'un diagnostic relié est indiqué (47 %), il s'agit dans plus de la moitié des cas de troubles de l'humeur (pour l'essentiel des épisodes dépressifs).

Plus de 8 patients sur 10 hospitalisés en post-urgence

Les trois quarts des patients (76 %) sont amenés aux services des urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, samu/smur, police/gendarmerie). Moins d'un patient sur deux (43 %) est vu par l'équipe psychiatrique dès son arrivée au service des urgences. Près de quatre patients sur dix (39 %) bénéficient d'une consultation avec l'équipe psychiatrique dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Moins d'un patient sur sept (14 %) retourne à son domicile directement après sa prise en charge et plus de huit sur dix (82 %) sont hospitalisés en post-urgence.

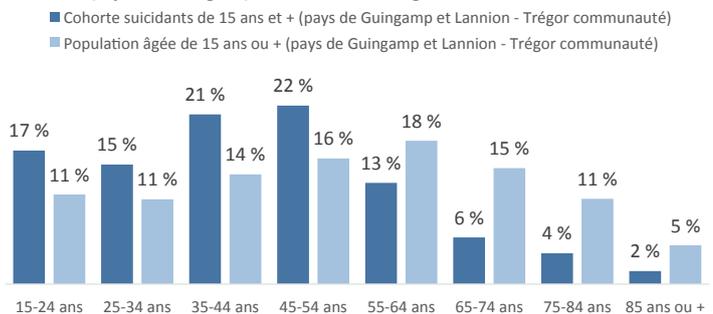
⁸ Données issues du recensement de la population au 01/01/2014.

Pyramide des âges des patients à la dernière tentative de suicide observée - cohorte 2011-2016



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

Répartition par âge de la population générale et celle des patients domiciliés dans les pays de Guingamp et de Lannion-Trégor Communauté - cohorte 2011-2016



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

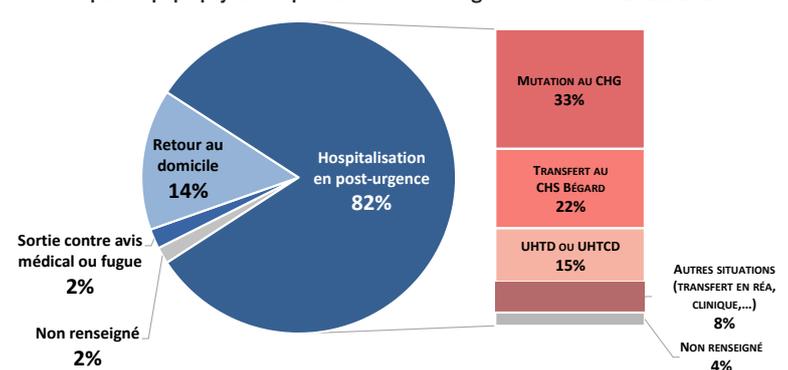
Répartition des patients selon la modalité principale d'hospitalisation - cohorte 2011-2016

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Nombre de patients	%
Auto-intoxication (X60 à X69)	1 602	84 %
Auto-intoxication médicamenteuse (X60 à X64)	1 568	83 %
Autre auto-intoxication	34	2 %
Lésion auto-infligée (X70 à X84)	295	16 %
Objet tranchant, phlébotomie (X78)	165	9 %
Pendaison (X70)	71	4 %
Saut dans le vide (X80)	19	1 %
Autre lésion auto-infligée	40	2 %

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

Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des patients selon le mode de sortie à l'issue de la prise en charge par l'équipe psychiatrique au service des urgences - cohorte 2011-2016



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 récides (voir l'encadré page 9) s'appuie sur une approche patient et repose sur les informations renseignées **lors de la première tentative de suicide** prise en charge (1^{er} enregistrement dans la base de données) en cohérence avec le calcul du délai de récidence basé sur le délai écoulé entre la première tentative et la seconde).

Une forte adhésion des patients à la procédure de suivi

Près de quatre patients sur dix (39 %) se sont vus proposer la procédure de suivi par rappel téléphonique dans un délai de 3 à 6 semaines. Parmi ces derniers, près de neuf patients sur dix (86 %) l'ont acceptée pour eux-mêmes et les deux tiers pour leur médecin traitant. Ce constat témoigne ainsi d'une très bonne acceptabilité, notamment en ce qui concerne le rappel téléphonique du patient.

Au final, pour les 640 patients qui ont accepté le protocole de rappel téléphonique pour eux-mêmes :

- Le rappel a effectivement eu lieu pour 39 % d'entre eux (soit 250 patients),
- Pour 19 % des patients, l'équipe soignante signale la survenue d'un événement intercurrent⁹,
- Pour 18 %, le contact n'a pas pu être établi à l'issue des trois tentatives d'appel,
- Pour 15 %, la procédure n'a pas été réalisée du fait de la mise en place d'un suivi par l'équipe soignante directement au CMP,
- Pour 9 %, l'information n'est pas renseignée.

Un état de santé jugé « bon » par 2 patients contactés sur 3

Parmi les patients joints au téléphone par les équipes soignantes, les deux tiers (65 %) ont estimé leur état de santé, au moment de l'appel, comme « bon » et un patient sur quatre (26 %) comme « moyen ». À l'inverse, seulement 4 % l'ont jugé « mauvais » et pour 6 % d'entre eux, l'information n'est pas renseignée.

Une observance variable selon les modalités d'orientation

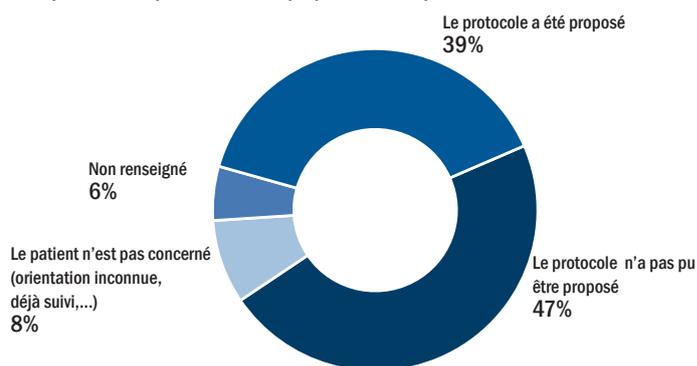
Concernant l'observance des orientations proposées ou organisées au moment de la prise en charge initiale (soit au moment de l'inclusion dans la cohorte),

- **La proposition de rendez-vous** est largement suivie d'effet pour le médecin traitant (67 %). En revanche, elle l'est nettement moins pour le médecin psychiatre (36 %), pour le CMP (32 %) ou le CSAPA (17 %),
- **L'organisation de rendez-vous** est à l'inverse très fortement suivie dans le cas du médecin psychiatre (78 %), du CMP (69 %) et du CSAPA (65 %).

Des patients majoritairement satisfaits de leurs orientations

Globalement, à l'issue de leur prise en charge initiale, près de sept patients sur dix (66 %) considèrent que les orientations qui leur ont été proposées étaient adaptées. Cependant, près d'un patient sur dix (7 %) les ont jugées inadaptées.

Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi - cohorte 2011-2016



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

Répartition des patients ayant accepté le protocole de rappel téléphonique - cohorte 2011-2016



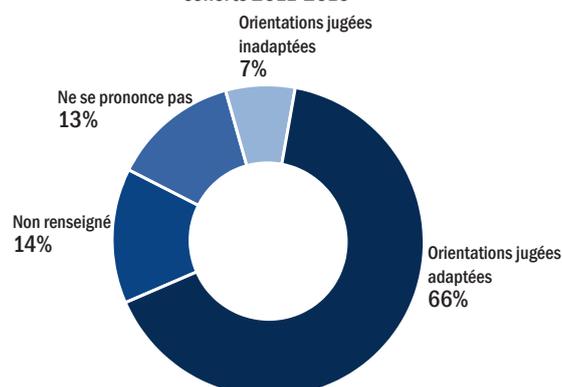
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des patients selon les orientations proposées et observance de ces propositions - cohorte 2011-2016

Nombre de patients ayant été rappelés (n=250)		Orientations proposées	Observance du patient	%
Médecin traitant	RDV proposé	64	43	67%
	RDV organisé	8	4	50%
Médecin psychiatre	RDV proposé	28	12	43%
	RDV organisé	67	52	78%
CMP	RDV proposé	66	21	32%
	RDV organisé	83	57	69%
CSAPA	RDV proposé	6	1	17%
	RDV organisé	26	17	65%

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

Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation des orientations proposées - cohorte 2011-2016



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

⁹ Des investigations complémentaires sont actuellement en cours pour objectiver ces « événements intercurrents » (voir aussi page suivante).

RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS ET À 12 MOIS

Au sein de la cohorte 2011-2016, 16 % des patients (308 / 1 901), ont fait au moins une deuxième tentative après la première prise en charge marquant l'inclusion dans la cohorte. Ici, le risque de récurrence mesure le délai entre la première et la deuxième tentative de suicide enregistrées sur la période de recueil.

Pour estimer le risque de récurrence, deux temps sont définis :

- **à 6 mois** : sont exclus tous les patients entrés pour la 1^{ère} fois dans la cohorte après le 30 juin 2016 de façon à avoir une durée minimale de 6 mois d'observation pour tous les patients, soit 78 patients.
- **à 12 mois** : sont exclus tous les patients entrés pour la 1^{ère} fois dans la cohorte après le 31 décembre 2015 de façon à avoir une durée minimale de 12 mois d'observation pour tous les patients, soit 198 patients.

Globalement, pour l'ensemble des patients de la cohorte 2011-2016 pour lesquels les observations sont possibles¹⁰ :

- **7 %** récidivent dans les 6 mois après leur première prise en charge et,
- **10 %** dans les 12 mois.

À noter :

L'analyse de l'impact de la procédure de suivi sur la prévention de la récurrence réalisée à l'occasion des parutions précédentes, a été différée cette année dans l'attente du résultat d'investigations actuellement en cours relatives aux « événements intercurrents ». Cette catégorie de patients, distinguée de celles concernant les suivis organisés au CMP, les suivis organisés dans le cadre de la procédure ou les patients sans suivi spécifique, présente en effet un taux de récurrence plus élevé sans que l'on puisse savoir précisément à quelles situations concrètes se réfèrent cette qualification d'évènements « intercurrents ».



PROJET VIGILANS : DISPOSITIF DE VEILLE POST-HOSPITALIÈRE AUPRÈS DES PATIENTS SUICIDANTS EN RÉGION BRETAGNE

Le projet Vigilans, initié par le Professeur Vaiva au CHU de Lille dès 2014, se déploie en Bretagne depuis juin 2016.

Les objectifs de ce dispositif de veille posthospitalière sont de :

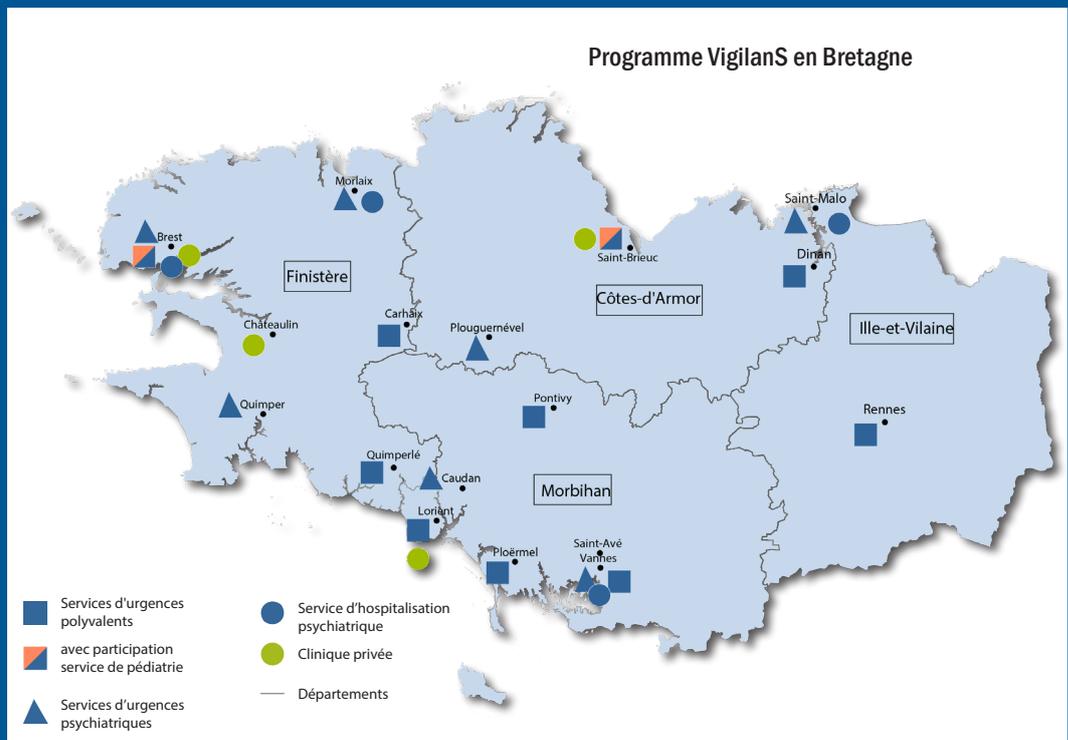
- ▶ **Maintenir le contact avec les patients après l'hospitalisation.**
- ▶ **Faire circuler l'information entre les professionnels de santé.**
- ▶ **Renforcer le réseau de prévention du suicide en Bretagne.**

Le dispositif de veille repose sur le signalement par les équipes des services des centres hospitaliers participants de toutes les sorties des patients ayant fait une tentative de suicide. En parallèle, ces derniers se voient remettre une « carte ressource »

qui indique le numéro vert de Vigilans joignable de 9h à 18h. Le patient est aussi rappelé systématiquement 10 à 20 jours après sa sortie, dans le cas où ce n'était pas son premier geste. Un deuxième appel à six mois est effectué pour tous les patients. Chaque appel donne lieu à un compte-rendu qui est alors envoyé au médecin référent (médecin traitant ou psychiatre). Ces derniers sont aussi informés dès qu'un de leurs patients appelle sur le numéro vert de Vigilans.

La veille s'effectue sur une période de 6 mois, qui peut être prolongée tous les 6 mois, si nécessaire. S'il survient une récurrence suicidaire, le patient est de nouveau inscrit dans le dispositif pour 6 mois.

Programme Vigilans en Bretagne



À ce jour, le dispositif Vigilans assure une veille pour 1 000 patients inclus dans les 20 structures hospitalières bretonnes ayant rejoint le projet. Parmi ces patients, 448 sont primo-suicidants. L'évaluation de l'efficacité du dispositif commencera simultanément dans six régions françaises à partir de mars 2018.



Contacts :

- Responsable : Dr Sofian Berrouiguet
- Chargée de communication : Noémie Calvez
- Mail : vigilans-bretagne@chu-brest.fr

¹⁰ 1 823 patients pour l'étude de la récurrence à 6 mois et 1 703 patients pour l'étude de la récurrence à 12 mois.

LES SOURCES DE DONNÉES ET LEURS LIMITES

• **Les données de population** utilisées sont issues des recensements de la population (RP) 1999, 2006 et 2014 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 2014.

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 2016, 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 Toulliec, 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.

Pour en savoir plus ...

- *Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3^e rapport* - Observatoire national du suicide - février 2018.
- Janssen E., Spilka S., Beck F. *Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2017, Vol. 65, n° 6, p. 409-417.
- *Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011* - V. Gigonzac, E. Breuillard, C. Bossard et al., Santé publique France, 2017, 10 p.
- « *Étude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge dans les services d'urgence des Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol - Recueil 2011-2015* », février 2017, téléchargeable sur le site de l'ORS Bretagne.
- « *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.

Sites Internet :

- « *Indicateurs relatifs aux suicide et tentatives de suicide* », espace de consultation en ligne sur le site de l'ORS Bretagne.
- Observatoire national du suicide.



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>