

Février 2020

Observation du phénomène suicidaire en Bretagne

Étude réalisée avec le soutien de
la Région 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 qui étaient en baisse depuis 2014 tendent à remonter depuis 2017.

...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 EPCI de Bretagne, si certaines intercommunalités associent un recours hospitalier plus important et une surmortalité (Lannion-Trégor Communauté, Guingamp-Paimpol Agglomération, Leff Armor Communauté, Kreiz-Breizh, Dinan Agglomération, Loudéac Communauté – Bretagne Centre, Ploërmel Communauté, Centre Morbihan Communauté, Arc Sud Bretagne et Redon Agglomération), dans d'autres, les tendances s'opposent.

...et une inversion de tendance des recours à l'hospitalisation en 2017

Sur l'ensemble de la région, les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué de 5 % entre 2013 et 2018. Les Côtes-d'Armor qui ont présenté une tendance inverse jusqu'en 2013 enregistrent une baisse trois fois plus importante (-14 %). Cependant, les taux ont tendance à augmenter sensiblement depuis 2017 dans tous les départements à l'exception du Finistère.

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 de Lannion-Trégor Communauté et du pays de Guingamp (hôpitaux de Lannion, Paimpol et Guingamp), 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 de la récurrence est élevé

De 2011 à 2017, 2 090 patients (pour 2 693 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 (68 %) des passages pour tentative de suicide pris en charge dans les services d'urgence participant au recueil.

Une tendance à la baisse du phénomène suicidaire observée jusqu'alors, qui s'inverse en 2017

L'ensemble des indicateurs susceptibles de caractériser l'incidence du phénomène suicidaire ont diminué fortement et régulièrement jusqu'en 2016. Puis la tendance à la baisse s'est inversée et repart à la hausse en 2017, la plus remarquable augmentation concerne les nouveaux patients accueillis dans les services (+19 % par rapport à 2016).

Une population jeune et majoritairement féminine...

En cohérence avec les patients hospitalisés en court séjour, la population prise en charge pour tentative de suicide dans la cohorte est très majoritairement jeune (80 % des hommes et 71 % des femmes ont entre 15 et 54 ans) et les femmes y sont les plus nombreuses (59 %) comparativement à la structure de la population du territoire.

...à laquelle une procédure de suivi spécifique est proposée

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 (87 %). 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 (69 %) ainsi que ceux organisés auprès d'un médecin psychiatre (73 %) ou d'un CMP (69 %). Très majoritairement, les patients rappelés (65 %) 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, l'Observatoire régional de la santé de Bretagne, soutenu par le Conseil régional et l'Agence régionale de santé, met en œuvre plusieurs types de travaux et d'études sur le territoire régional.

▪ 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, ces indicateurs sont mis à jour annuellement sur un **espace numérique en ligne** sur le site de l'ORS Bretagne. Une **infographie** est produite à chaque mise à jour des indicateurs.

▪ Parallèlement, l'ORS Bretagne a analysé les données 2011-2017 du recueil soutenu par la Fondation Bon Sauveur de Bégard. Ce recueil repose sur une expérience innovante de dénombrement et de description des tentatives de suicide prises 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 Lannion-Trégor Communauté et le pays de Guingamp. Ces territoires sont parmi les plus concernés par le phénomène suicidaire en région et font l'objet d'expérimentations et d'actions dans l'objectif de réduire les tentatives de suicide et les suicides.

Cette édition 2020 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 par les équipes des Antennes Médico-Psychologiques (AMP) intervenant dans les centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol.

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 EPCI DE BRETAGNE	8
LES TENTATIVES DE SUICIDE PRISES EN CHARGE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE GUINGAMP, LANNION ET PAIMPOL	9
COHORTE 2011-2017 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES PATIENTS PRIS EN CHARGE	10
COHORTE 2011-2017 : SUIVI DES PATIENTS PRIS EN CHARGE	11
COHORTE 2011-2017 : RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS ET À 12 MOIS	12
SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE	13
MORTALITÉ ET HOSPITALISATIONS	13
RECUEIL TENTATIVES DE SUICIDE AUX URGENCES DE LA FONDATION BON SAUVEUR	14
EN SAVOIR PLUS	15

Rédaction

Sous la direction du Dr Isabelle TRON, Directrice, ORS Bretagne
Patricia BÉDAGUE et Léna PENNOGNON, Chargées d'études, ORS Bretagne

Mise en forme

Laurence POIRIER, ORS Bretagne

Étude réalisée en partenariat avec le Conseil Régional de Bretagne et
l'Agence Régionale de Santé Bretagne

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 Anne Le Diuzet 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 la 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.

REMARQUE :

Les sources de données et la méthodologie sont détaillées page 13.

La Bretagne : région la plus touchée par le suicide

Sur la période 2013-2015, les indices comparatifs de mortalité placent la Bretagne au 1^{er} rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de +57 % et une surmortalité féminine de +50 %.

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 2013-2015, ils se situent à 35,7 décès pour 100 000 chez les hommes et 9,7 pour 100 000 chez les femmes contre respectivement 22,6 et 6,4 pour 100 000 en France hexagonale.

... et généralisée dans tous les départements

Sur la période 2013-2015, 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 et le Morbihan se caractérisent par les situations les plus défavorables avec les taux les plus élevés de la région. 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 légèrement inférieur à 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. Là encore, les Côtes-d'Armor affichent la situation la plus défavorable.

Plus de 740 décès par suicide en Bretagne

En 2013-2015, en moyenne annuelle, 746 décès par suicide ont été recensés dans la région, soit 2,3% de l'ensemble des décès en Bretagne.

Le suicide touche trois plus d'hommes que de femmes...

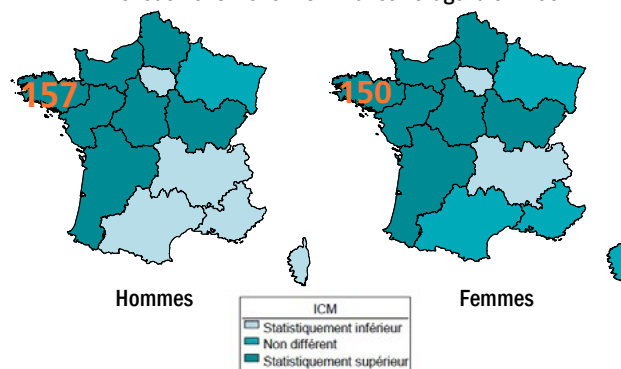
En 2013-2015, en Bretagne comme en France, les décès par suicide sont majoritairement masculins : avec 570 décès en moyenne annuelle chez les hommes et 176 chez les femmes, le suicide est responsable du décès de trois fois plus d'hommes que de femmes. La prédominance masculine se retrouve à tous les âges.

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

En 2013-2015, 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.

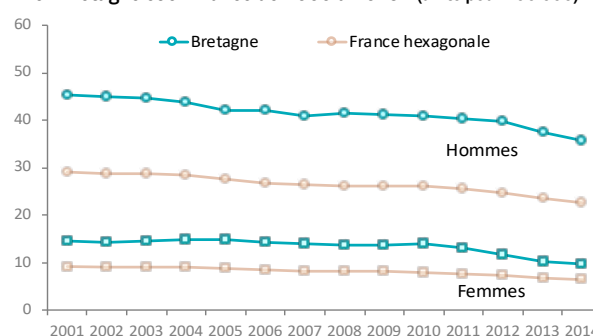
¹ Est considéré comme prématuré tout décès survenant avant l'âge de 65 ans.

Indices comparatifs de mortalité par suicide Période 2013-2015 - ICM France hexagonale = 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 2015* (unité pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

* L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2014 correspond à la période 2013-2015.

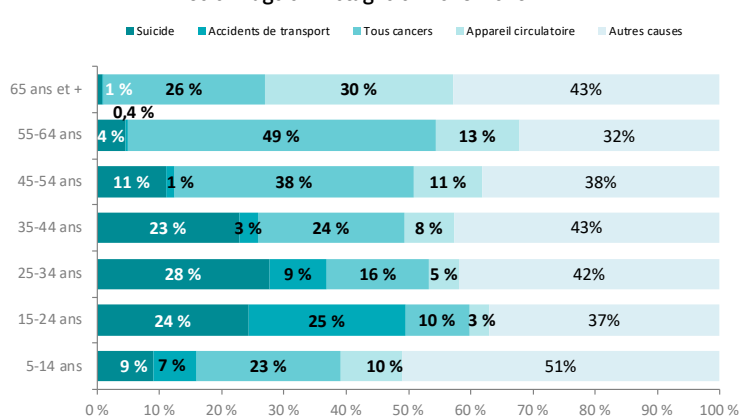
Effectifs* et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe en 2013-2015 (unité pour 100 000)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes-d'Armor	121	40,7	40	10,7	160	24,8
Finistère	153	34,2	47	9,8	200	21,4
Ille-et-Vilaine	148	30,7	48	9,5	198	19,4
Morbihan	148	40,5	50	9,5	187	24,1
Bretagne	570	35,7	176	9,7	746	22,0
France hexagonale	6 920	22,6	2 236	6,4	9 156	13,8

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

*Nombre moyen annuel de décès

Part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès selon l'âge en Bretagne en 2013-2015



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

La surmortalité masculine s'observe à tous les âges

En 2013-2015, en Bretagne comme en France, la surmortalité masculine se retrouve à tous les âges, les taux masculins étant 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.

Les Côtes-d'Armor en situation la plus défavorable de la région pour les suicides chez les personnes âgées

Sur la période 2013-2015, à l'exception des moins de 35 ans et des 55-64 ans, pour toutes les autres tranches d'âges, les taux de mortalité observés dans les Côtes-d'Armor sont les plus élevés de la région, avec des taux très supérieurs à la moyenne bretonne chez les 65 ans et plus.

À l'inverse, l'Ille-et-Vilaine enregistre les taux les plus faibles de la région pour les classes d'âge de 25-64 ans.

Dans le Finistère, les taux sont les plus faibles de la région après 65 ans, avec des taux proches de la moyenne bretonne dans les autres classes d'âge.

Dans le Morbihan, les taux sont les plus élevés de la région chez les plus jeunes (moins de 35 ans), ainsi que chez les 55-64 ans.

Près des deux tiers des suicides par pendaison

En 2013-2015, en Bretagne comme en France, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison, il représente près des deux tiers (64 %) de l'ensemble des décès par suicide dans la région. Viennent ensuite les intoxications médicamenteuses (9 %), les armes à feu (8 %) et la noyade (6%). 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 (69 % contre 49 % 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.

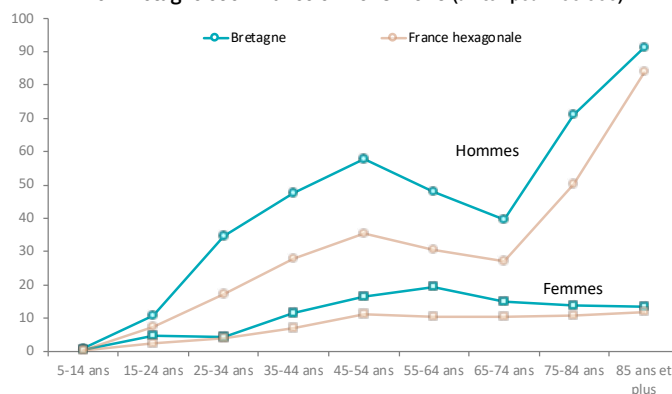
Chez les femmes, les intoxications médicamenteuses correspondent au second mode le plus fréquemment utilisé (18 %) suivi par la noyade (13 %).

Des modes variables selon l'âge

Chez les hommes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge. Viennent ensuite les armes à feu plus souvent chez les 65 ans et plus (16 %) et chez les plus jeunes (11 %). Les sauts dans le vide arrivent en troisième position chez les plus jeunes (4 %). Entre 25 et 64 ans, les armes à feu et les médicaments sont utilisés à fréquence quasi-équivalente (respectivement 7 % et 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 (20 %) tandis qu'à partir de 65 ans, les suicides par noyade constituent le second mode utilisé, devant les intoxications médicamenteuses (respectivement 23 % et 14 %). Aucun décès par arme à feu n'a été enregistré chez les femmes.

Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France en 2013-2015 (unité : pour 100 000)



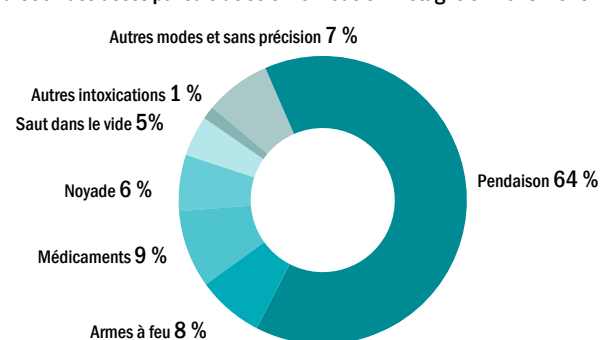
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Taux de mortalité par suicide selon l'âge et les départements en Bretagne en 2013-2015 (unité : pour 100 000)

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
5-14 ans	-	0,3	1,0	1,5	0,7
15-24 ans	4,6	9,3	6,6	11,4	8,0
25-34 ans	19,9	19,5	15,4	27,0	19,7
35-44 ans	34,0	31,9	26,6	28,4	29,7
45-54 ans	46,6	37,2	29,6	40,3	37,3
55-64 ans	33,9	31,9	31,2	36,6	33,2
65-74 ans	31,7	24,3	25,4	25,2	26,4
75-84 ans	45,2	28,1	38,3	38,3	36,8
85 ans et +	50,2	26,8	34,3	36,5	36,2

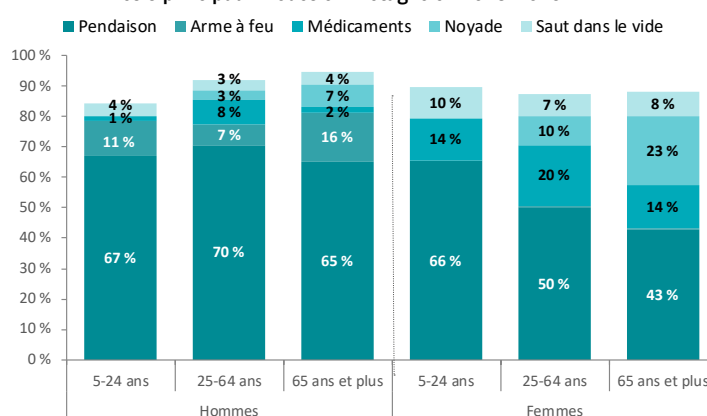
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des décès par suicide selon le mode en Bretagne en 2013-2015



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des décès par suicide selon le sexe, l'âge et les 5 principaux modes en Bretagne en 2013-2015*



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

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

En Bretagne, après plusieurs années de baisse, une tendance à la hausse des taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide

En 2018, la Bretagne présente un taux standardisé de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide supérieur à celui de la France hexagonale : il est de 207 séjours pour 100 000 habitants, contre 193 pour 100 000 en France hexagonale.

Ce constat se vérifie chez les hommes comme chez les femmes : les taux standardisés atteignent 173 séjours pour 100 000 hommes et 242 pour 100 000 femmes, contre respectivement 156 et 230 pour 100 000 en France hexagonale.

Plus de 6 500 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide

En 2018, 6 508 hospitalisations en court séjour, de patients domiciliés en Bretagne, sont liées à une tentative de suicide, soit une moyenne de 18 séjours quotidiens.

Le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide, qui avait diminué entre 2011 et 2016 (passant de 7 119 séjours à 5 989), tend à augmenter à nouveau depuis 2017.

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

Parmi les 6 508 séjours hospitaliers identifiés, 95 % ont fait l'objet d'un passage 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 plus des deux tiers (69 %) requièrent une hospitalisation en réanimation et/ou soins intensifs.

Plus de la moitié (57 %) des séjours sont conclus par un retour à domicile et un tiers par des hospitalisations en psychiatrie (34 %). Enfin, 67 séjours ont conduit à un décès.

Une durée d'hospitalisation généralement courte ...

Sept hospitalisations sur dix (70 %) ont une durée de moins de 48 heures. Parmi celles-ci, dans 17 % des cas, la prise en charge est inférieure à 24 heures et pour la moitié (53 %) elle varie de 24 à 48 heures. Une hospitalisation sur cinq a une durée de 2 à 5 jours et une sur dix se prolonge au-delà de 6 jours, la durée moyenne de séjour³ (DMS) étant de 6,6 jours.

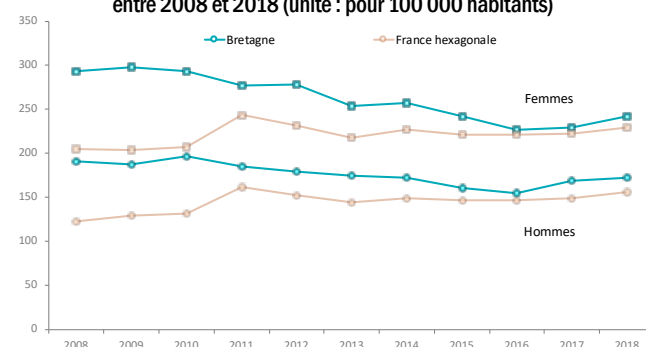
... allongée aux âges élevés et dans les situations de lésion auto-infligée

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 : 40 % des tentatives de suicide par lésion auto-infligée sont hospitalisées au moins 2 jours, contre 28 % pour les tentatives de suicide par auto-intoxication. La durée moyenne de séjour² est presque deux fois plus élevée pour les tentatives de suicide par lésion auto-infligée (10,1 jours) que pour celles par auto-intoxication (5,5 jours), probablement en lien avec leur gravité.

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

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 2018 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2008 à 2018, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

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 2018

	Mode d'entrée		Mode de sortie	
	Effectif	%	Effectif	%
Passage aux urgences	6 154	95 %	-	-
Domicile personnel	259	4 %	3 713	57 %
Psychiatrie	8	<1 %	2 199	34 %
Court séjour*	73	1 %	399	6 %
Soins de suite ou de réadaptation	3	<1 %	88	1 %
Décès	-	-	67	1 %
Autres	11	<1 %	42	1 %
Total	6 508	100%	6 508	100%

Source : PMSI MCO 2018, ATIH - Exploitation ORS Bretagne.

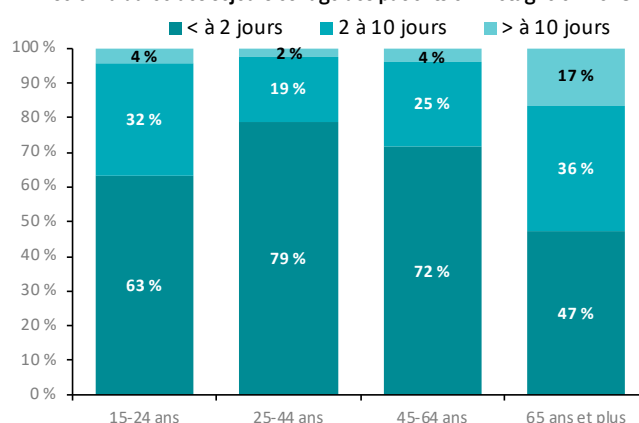
* court séjour d'un autre établissement

Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée de séjour en Bretagne en 2018

Durée de séjour	Effectif	%
< à 2 jours	4 544	70 %
2 à 5 jours	1 324	20 %
6 à 10 jours	344	5 %
11 à 15 jours	130	2 %
> à 15 jours	166	3 %
Total	6 508	100 %

Source : PMSI MCO 2018, 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 2018



Source : PMSI MCO 2018, ATIH - Exploitation ORS Bretagne.

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

Au cours de l'année 2018, les hospitalisations en lien avec une tentative de suicide ont concerné 5 449 patients pris en charge en court séjour. Parmi ceux-ci, 4 761 patients, soit 87 %, ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année³.

Ces patients sont majoritairement des femmes : 2 795 femmes (59 %) et 1 966 hommes (41 %). Le sex-ratio est de 1,4.

En Bretagne, le taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est de 127 pour 100 000 hommes et de 174 pour 100 000 femmes.

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

Plus d'un patient sur cinq (21 %) sont âgés de 45 à 54 ans pour une moyenne de 41,6 ans (42,4 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 44 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 (212 pour 100 000 hommes), soit un niveau bien inférieur au taux maximal constaté chez les femmes de 15-24 ans (335 pour 100 000 femmes) et chez celles de 45-54 ans (262 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 le taux standardisé de recours à l'hospitalisation le plus élevé. 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 comme chez les femmes.

... avec une évolution défavorable depuis 2017

Les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué entre 2008 et 2016 sur l'ensemble de la région (-15 %), comme dans le Finistère (-20 %), dans le Morbihan (-15 %), en Ille-et-Vilaine (-13 %) et dans les Côtes-d'Armor (-9 %). Même si la baisse est la plus importante dans ce département ces dernières années (-14 % entre 2013 et 2018 contre -5 % en Bretagne), les taux sont repartis à la hausse depuis 2017.

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

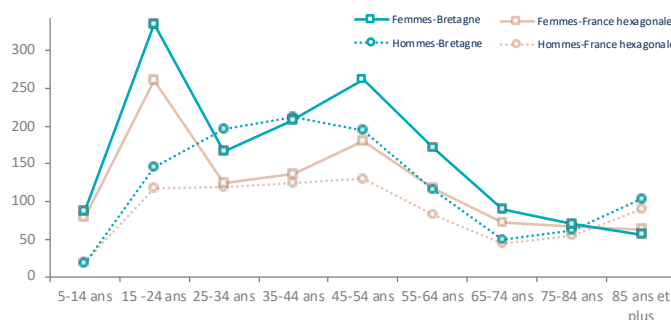
Le mode de tentative de suicide prédominant est l'auto-intoxication médicamenteuse (71 % des tentatives de suicide). Les hospitalisations consécutives à une lésion auto-infligée sont plus fréquentes chez les hommes (21 %) que chez les femmes (13 %).

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

Un patient sur cinq présente « un épisode dépressif » (20 %), 9 % des « troubles anxieux » et 6 % 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 (36 % pour 19 % chez les femmes). Plus de huit fois sur dix, 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 2018 (unité : pour 100 000 habitants)



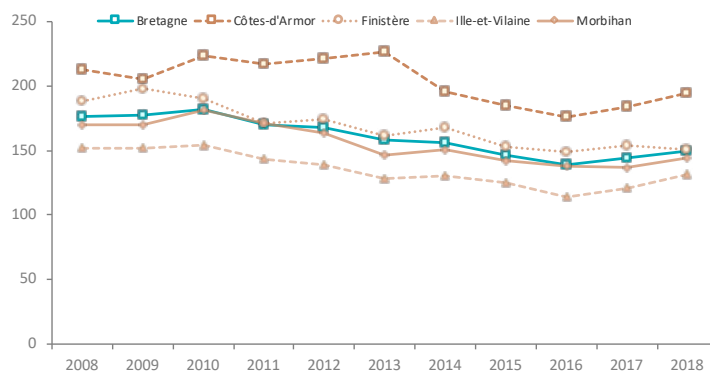
Sources : PMSI MCO 2018, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

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 2018 (unité : pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes-d'Armor	425	162,3	621	228,7	1 046	194,5
Finistère	547	128,2	770	174,9	1 317	151,0
Ille-et-Vilaine	583	113,4	802	149,5	1 385	131,2
Morbihan	411	120,8	602	168,5	1 013	143,9
Bretagne	966	127,0	2 795	173,5	4 761	149,8

Sources : PMSI MCO 2018, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Évolution des taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les départements de résidence entre 2008 et 2018 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2008 à 2018, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour pour tentative de suicide selon le mode utilisé et le sexe des patients en Bretagne en 2018 (en %)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	1 474	75 %	2 347	84 %	3 821	80 %
dont auto-intoxication médicamenteuse	1 284	65 %	2 110	75 %	3 394	71 %
Lésion auto-infligée	416	21 %	363	13 %	779	16 %
dont phlébotomie	147	7 %	178	6 %	325	7 %
Auto-intoxication et lésion auto-infligée	76	4 %	85	3 %	161	3 %
Total	1 966	100 %	2 795	100 %	4 761	100 %

Source : PMSI MCO 2018, ATIH - Exploitation ORS Bretagne.

³ Les données présentées ici concernent les caractéristiques des patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois en 2018, 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 mortalité

La mortalité par suicide varie selon les EPCI de Bretagne, avec des taux deux fois plus importants dans les EPCI des Monts d'Arrée Communauté ou du Kreiz-Breizh par rapport au Pays de Châteaugiron Communauté, à Rennes Métropole, au Pays Bigouden Sud, au pays de Landerneau-Daoulas, au Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération et à Brest Métropole.

La zone centrale de surmortalité regroupe 11 EPCI allant du nord au sud de la région et comprenant en plus des Monts d'Arrée Communauté et du Kreiz-Breizh : Lannion-Trégor Communauté, Leff Armor Communauté, Guingamp-Paimpol Agglomération, Dinan Agglomération, Loudéac Communauté, Ploërmel Communauté, Centre Morbihan Communauté, Arc Sud Bretagne et Redon Agglomération. La majorité des EPCI (42 sur 59) ne présente pas de différence par rapport à la moyenne régionale.

En termes de morbidité

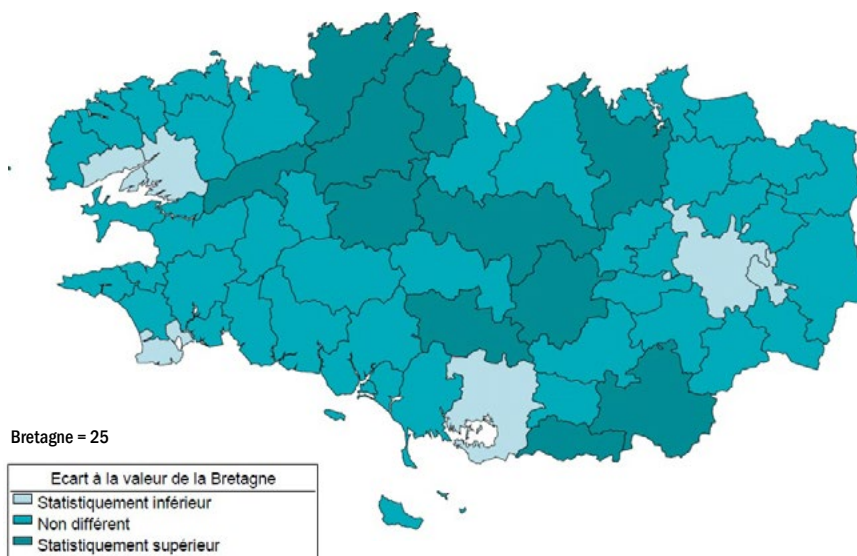
L'approche infrarégionale des taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide souligne également l'étendue des disparités entre les EPCI de Bretagne. Les taux sont très élevés dans plusieurs EPCI des Côtes-d'Armor (Guingamp-Paimpol Agglomération, suivi par Kreiz-Breizh et Saint-Brieuc Armor Agglomération), ainsi que dans Lorient Agglomération. En revanche, ils sont deux fois moins importants dans plusieurs EPCI d'Ille-et-Vilaine (Brocéliande, Bretagne Porte de Loire Communauté, Vallons de Haute-Bretagne Communauté, Val d'Ille-Aubigné) et du Morbihan (Arc Sud Bretagne, Questembert Communauté, Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération).

Près de la moitié des EPCI (27 sur 59) affiche une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

Définition : Un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) est une structure administrative française regroupant plusieurs communes afin d'exercer certaines de leurs compétences en commun. Il s'agit de la forme la plus aboutie d'intercommunalité.

Au 1^{er} janvier 2019, la Bretagne est couverte par 59 EPCI.

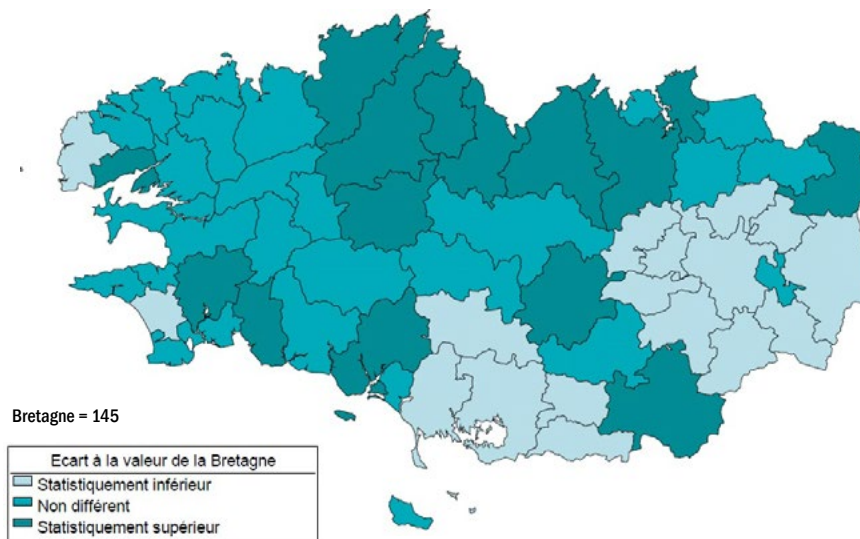
Taux standardisés de mortalité par suicide selon les EPCI de Bretagne en 2006-2015
Deux sexes confondus – Population de référence France RP 2006 (Unité : pour 100 000 habitants)



Sources : Insee CépiDc, Insee RP, Conseil Régional – découpage EPCI 2019 - Exploitation ORS Bretagne

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les EPCI de Bretagne en 2016-2018

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



Sources : PMSI MCO, ATIH, Insee RP, Conseil Régional – découpage EPCI 2019 - Exploitation ORS Bretagne.

EN RÉSUMÉ :

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

- Les EPCI de Lannion-Trégor Communauté, Guingamp-Paimpol Agglomération, Leff Armor Communauté, Kreiz-Breizh, Dinan Agglomération, Ploërmel Communauté et Redon Agglomération se caractérisent par une mortalité et une morbidité hospitalière supérieures à la moyenne régionale.
- Rennes Métropole et le Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération, à l'inverse, présentent les profils les plus favorables avec des taux de mortalité et de morbidité hospitalière significativement inférieurs aux taux moyens bretons.
- Brest métropole se distingue par une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale alors que la morbidité y est supérieure.
- Centre Morbihan Communauté et Arc Sud Bretagne, à l'inverse, associent 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 5,8, soit près de 6 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 1 décès.

REMARQUE :

Le recueil « Tentatives de suicide aux urgences » de la Fondation Bon Sauveur et sa méthodologie sont présentés page 14.

Près de 2 100 patients pris en charge au cours des 7 années de recueil

La cohorte de patients constituée à partir du recueil anonymisé réalisé entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2017 dans les trois centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 2 693 passages pour tentative de suicide au sein des trois services d'urgence correspondant au total à 2 090 patients pris en charge.

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

• **Primo-suicidants : 851 patients, 41 %.**

• **Récidivistes : 1 098 patients, 53 %**

- avec récidive uniquement avant la mise en place du recueil : 735 individus,

- avec au moins une récidive depuis la mise en place du recueil : 363 individus.

Pour 141 patients (7 %), le statut vis-à-vis de la récidive n'a pas pu être déterminé⁴.

Plus d'un suicidant sur deux est un récidiviste⁵

Plus de la moitié des suicidants de la cohorte (53 %, soit 1 098 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 68 % de l'ensemble des passages pour tentative de suicide enregistrés sur la période de recueil.

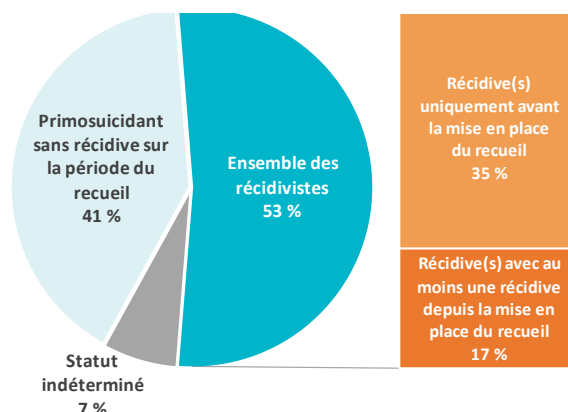
En 2017, une inversion de la tendance : augmentation des passages et des patients accueillis

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 objectivait jusqu'en 2016 une forte baisse des tentatives de suicide aussi bien en termes de passages que de patients. Cette tendance s'est inversée en 2017 avec une augmentation du nombre de passages et de patients accueillis annuellement dans les services : +17 % pour les passages et +19 % pour les patients. Le nombre de primo-suicidants reste, quant à lui, stable et représente une centaine de nouveaux patients pris en charge annuellement depuis 2015.

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

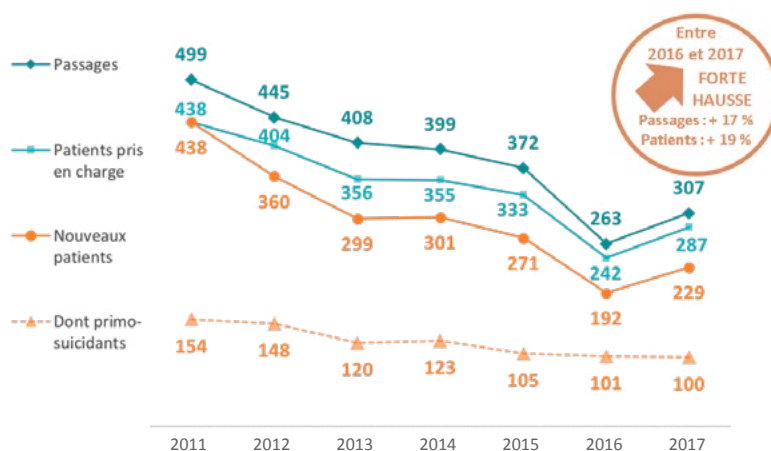
Plus de huit passages pour tentative de suicide sur dix (85 %) concernent des patients domiciliés dans les deux EPCI dans lesquels sont implantés les trois établissements participant au recueil.

Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récidive lors de leur 1^{er} enregistrement dans la cohorte



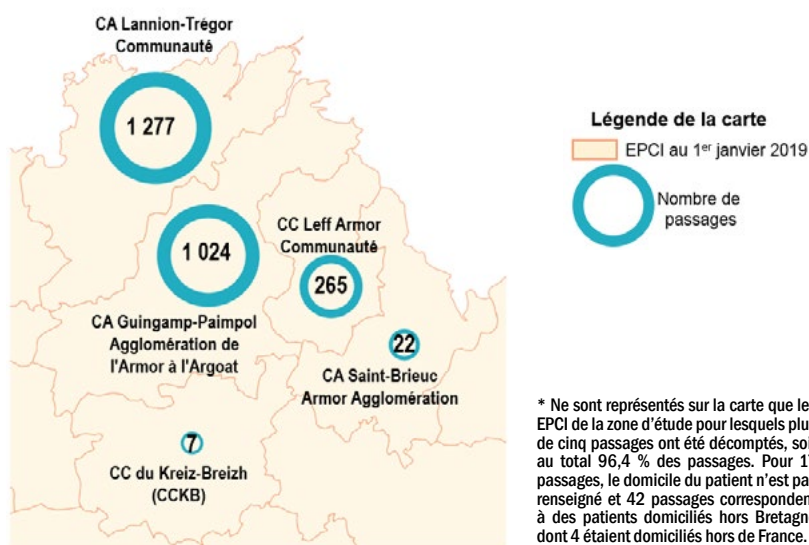
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

Évolution en nombre des passages et des patients selon l'année de recueil



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

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 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

⁴ La catégorie « inclassable » correspond aux patients non récidivistes sur la période et dont le statut antérieur vis-à-vis de la récidive n'est pas connu lors du 1^{er} enregistrement dans la base.

⁵ Le poids de la récidive est sous-estimé car pour 7 % des patients, leur statut vis-à-vis de la récidive ne pouvant être déterminé, ils sont classés dans la catégorie des « 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 semblable à celle observée sur l'ensemble de la région pour les hospitalisations en court séjour. Par ailleurs, et comparativement à la population de 15 ans et plus domiciliée dans les pays de Guingamp et de Lannion-Trégor⁶ communauté, les femmes sont significativement plus nombreuses dans la cohorte de suicidants (58 % contre 52 % dans la population générale de 15 ans et plus).

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

L'âge moyen des suicidants comme l'âge médian est de 43,3 ans. En moyenne, les suicidants de la cohorte sont un peu plus âgés que l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour sur l'ensemble de la région (41,2 ans) en raison d'une population plus âgée domiciliée sur le territoire d'implantation des trois CH. De plus, l'âge médian varie selon le sexe : les femmes sont plus âgées que leurs homologues masculins (44,7 ans contre 42,1 ans pour les hommes). Cette population est majoritairement jeune : 80 % des hommes et 71 % 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

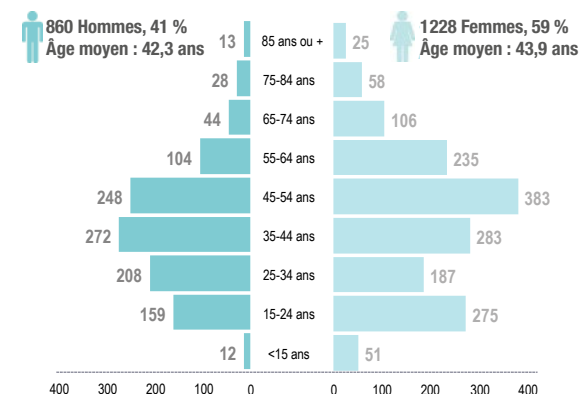
Plus de huit patients sur dix (83 %) recourent à l'auto-intoxication, pour l'essentiel médicamenteuse (81 %). Les lésions auto-infligées concernent 17 % des patients, l'auto-agression par objet tranchant et la pendaison étant les plus fréquentes. Par ailleurs, 41 % des patients associent plusieurs modes 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 (39 %), il s'agit dans plus de la moitié des cas (56 %) 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 (74 %) sont amenés aux services des urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, samu/smur, police/gendarmerie). Près d'un patient sur deux (46 %) est vu par l'équipe psychiatrique dès son arrivée au service des urgences. Plus du tiers des patients (36 %) bénéficient d'une consultation avec l'équipe psychiatrique dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Plus d'un patient sur sept (15 %) retourne à son domicile directement après sa prise en charge et plus de huit sur dix (82 %) sont hospitalisés en post-urgence.

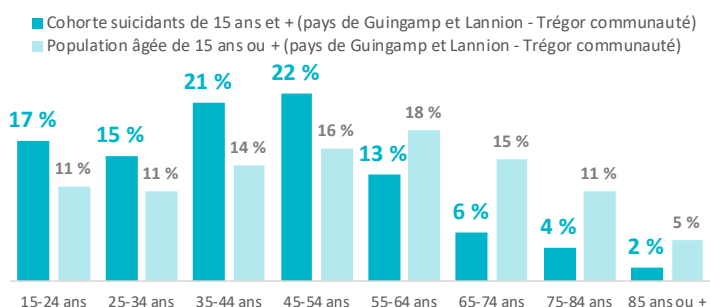
⁶ Données issues du recensement de la population au 01/01/2016.

Pyramide des âges des patients à la dernière tentative de suicide observée



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - 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



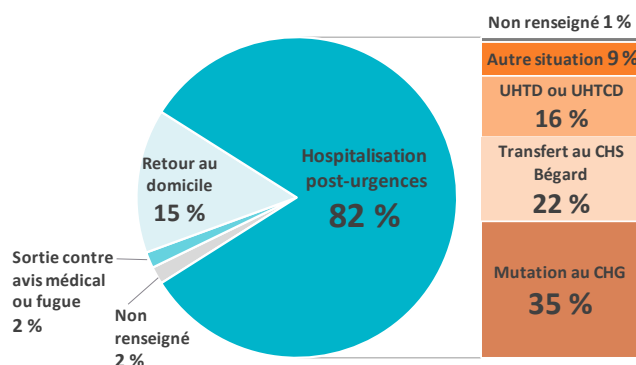
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des patients selon la modalité principale d'hospitalisation

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Nombre de patients	%
Auto-intoxication (X60 à X69)	1 726	83 %
Auto-intoxication médicamenteuse (X60 à X64)	1 679	81 %
Autre auto-intoxication	47	2 %
Lésion auto-infligée (X70 à X84)	345	17 %
Objet tranchant, phlébotomie (X78)	190	9 %
Pendaison (X70)	88	4 %
Saut dans le vide (X80)	22	1 %
Autre lésion auto-infligée	49	2 %

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - 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



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - 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 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 récurrence 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 (87 %) l'ont acceptée pour eux-mêmes et les deux tiers (65 %) 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 681 patients qui ont accepté le protocole de rappel téléphonique pour eux-mêmes :

- Le rappel a effectivement eu lieu pour 38 % d'entre eux (soit 261 patients),
- Pour 20 % des patients, l'équipe soignante signale la survenue d'un événement intercurrent,
- 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 (64 %) ont estimé leur état de santé, au moment de l'appel, comme « bon » et un patient sur quatre (27 %) comme « moyen ». À l'inverse, 3 % l'ont jugé mauvais et pour 6 % l'information n'est pas renseignée.

Une observance variable selon les modalités d'orientation

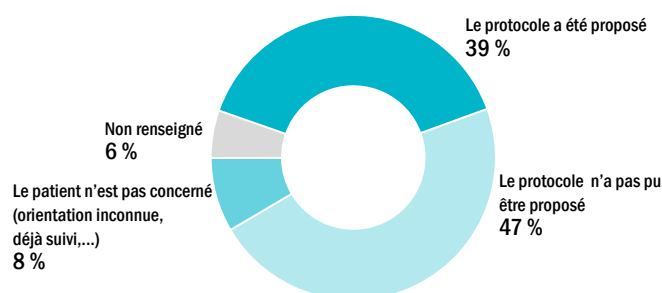
Concernant l'observance des orientations proposées ou organisées au moment de la prise en charge initiale (soit au moment de l'inclusion dans la cohorte),

- **La proposition de rendez-vous** est largement suivie d'effet pour le médecin traitant (69 %). En revanche, elle l'est nettement moins pour le médecin psychiatre (42 %), pour le CMP (35 %) ou le CSAPA (25 %),
- **L'organisation de rendez-vous** est à l'inverse très fortement suivie dans le cas du médecin psychiatre (73 %), du CMP (69 %) et du CSAPA (68 %).

Des patients majoritairement satisfaits de leurs orientations

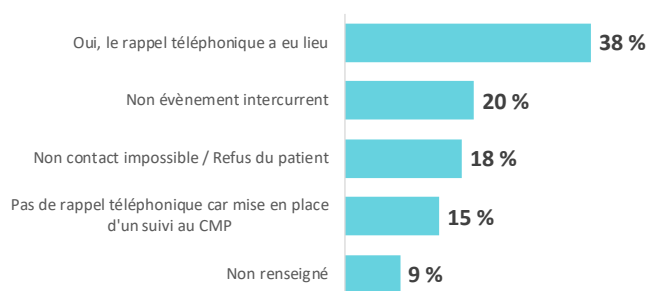
Globalement, à l'issue de leur prise en charge initiale, près de sept patients sur dix (65 %) considèrent que les orientations qui leur ont été proposées étaient adaptées. Cependant, près d'un patient sur dix (8 %) les ont jugées inadaptées.

Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des patients ayant accepté le protocole de rappel téléphonique



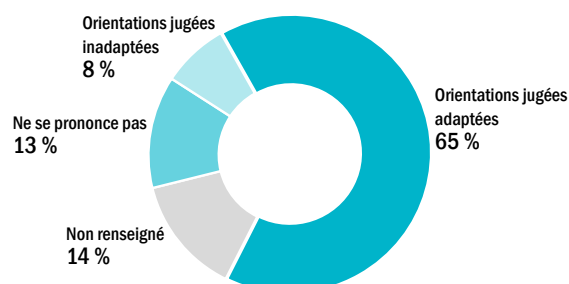
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

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

Nombre de patients ayant été rappelés (n=250)		Orientations proposées	Observance du patient	%
Médecin traitant	RDV proposé	70	48	69 %
	RDV organisé	8	5	63 %
Médecin psychiatre	RDV proposé	33	14	42 %
	RDV organisé	73	53	73 %
CMP	RDV proposé	75	26	35 %
	RDV organisé	86	59	69 %
CSAPA	RDV proposé	8	2	25 %
	RDV organisé	25	17	68 %

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation des orientations proposées



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

Au sein de la cohorte 2011-2017, 17 % des patients (363 / 2089*), 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.

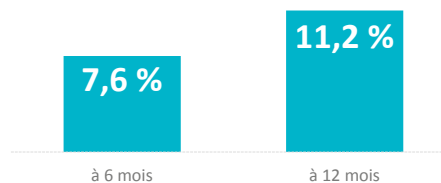
Pour estimer le risque de récurrence, deux temps sont définis :

- **à 6 mois** : sont exclus tous les patients entrés pour la 1^{ère} fois dans la cohorte après le 30 juin 2017 de façon à disposer d'une durée minimale de 6 mois d'observation pour tous les patients, soit 105 patients.
- **à 12 mois** : sont exclus tous les patients entrés pour la 1^{ère} fois dans la cohorte après le 31 décembre 2016 de façon à avoir une durée minimale de 12 mois d'observation pour tous les patients, soit 229 patients.

Globalement, pour l'ensemble des patients de la cohorte 2011-2017 pour lesquels les observations sont possibles⁷ :

- 7,6 % récidivent dans les 6 mois après leur première prise en charge et,
- 11,2 % dans les 12 mois.

Estimation du risque suicidaire chez les patients de la cohorte



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences 2011-2017 - Exploitation ORS Bretagne.

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

⁷ 1 984 patients pour l'étude de la récurrence à 6 mois et 1 860 patients pour l'étude de la récurrence à 12 mois.



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

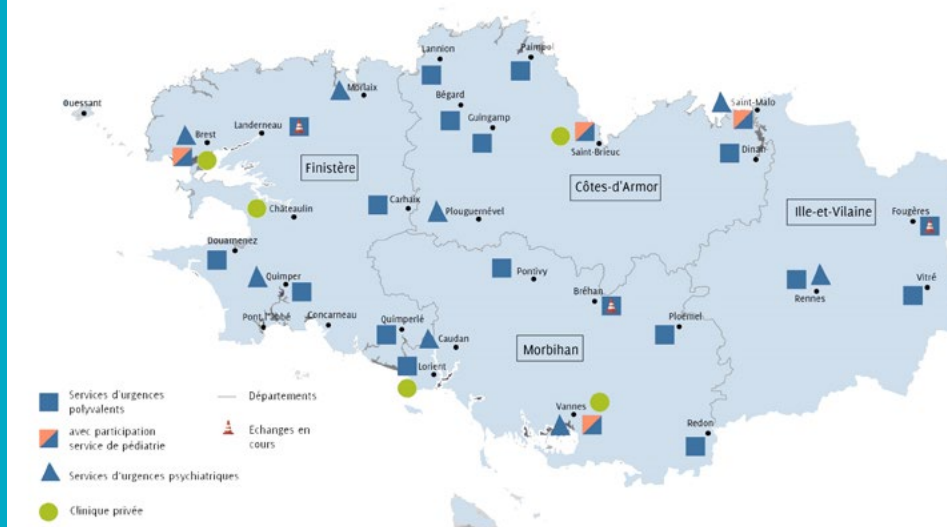
Le projet Vigilans, initié par le Professeur Vaiva au CHU de Lille dès 2014, se déploie en Bretagne depuis juin 2016.

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.

Programme Vigilans en Bretagne



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.

À ce jour, le dispositif Vigilans assure une veille pour 3 731 patients inclus dans les 23 structures hospitalières bretonnes ayant rejoint le projet. Parmi ces patients, 1 748 sont primo-suicidants.



Contacts :

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

LES SOURCES DE DONNÉES ET LEURS LIMITES

• **Les données de population** utilisées sont issues des recensements de la population (RP) 1999, 2006 et 2016 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 2015.

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 raisons⁸. 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 2018, 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.

⁸ 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 Toullec, 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.

• 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.

PRÉSENTATION DU RECUEIL

▪ **Le champ du recueil 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 2017.

▪ **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 récurrence suicidaire mise en place avec les patients volontaires (voir à ce propos l'encadré ci-dessous).

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).

TRAITEMENT ET ANALYSE STATISTIQUE

▪ **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 récurrence.

▪ **L'analyse des données**

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 suicidants⁹ ainsi que les modalités de leurs prises en charge en portant une attention particulière au phénomène de la récurrence.

L'année 2017 marque la fin de l'analyse statistique des données collectées par les Antennes Médico-Psychologiques (AMP) intervenant dans les trois établissements étudiés. Les équipes psychiatriques poursuivent leur travail de prise en charge, d'accompagnement et de suivi des patients suicidants. Par ailleurs, elles ont intégré en 2019 le dispositif Vigilans déployé dans la région depuis juin 2016.

⁹ Le terme de suicidant est employé dans l'étude pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

Références bibliographiques

- *La Santé mentale, le bien-être et la souffrance psychique des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017* - Décembre 2018 – téléchargeable sur le site de l'ORS Bretagne.
- *Les mauvais chiffres sur le suicide dans le département obligent les gendarmes à innover. Ils se forment à repérer les crises suicidaires, et à briser le tabou qui les entoure. Une première, qui avait lieu à Guingamp (Côtes-d'Armor)*, Fabrice Bernay, Ouest France, 6 décembre 2019.
- *“ Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo - Étude qualitative ”*, février 2011, ORS Bretagne.
- *Conduites suicidaires en Bretagne*, Bulletin de santé publique, Santé publique France, février 2019.
- *Prévenir le suicide : connaissances et interventions*. La Santé en action, Décembre 2019, n°450.
- *Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie* – Juin 2018.
- *Programme pluriannuel - Psychiatrie et santé mentale 2018-2023* – Haute Autorité de santé, juin 2018.
- *Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014*. Janssen E., Spilka S., Beck F. - 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.

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 (ONS) : consulter le 3^{ème} rapport - la veille stratégique - les recueils numériques : *« Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide »* - *« Surendettement & 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

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

www.ars.bretagne.sante.fr



Observatoire Régional de la Santé de Bretagne

19 Avenue Charles Tillon - 35000 RENNES
Tél - 02 99 14 24 24

www.orsbretagne.fr