

Janvier 2013

Etude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge dans les services d'urgence des Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol

Recueil 2011

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



Remerciements :

Nous tenons à remercier vivement la Fondation Bon Sauveur de Bégard et notamment Monsieur COQUELIN, Cadre de santé et animateur de la cellule suicidant, les équipes soignantes des centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion ainsi que Madame LE CORRE du Département d'information médicale (DIM) de Bégard qui ont organisés et mis en œuvre le recueil de données en 2011 au sein des urgences des 3 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 TERRET, Directeur général de la Fondation Bon Sauveur jusqu'en 2012 pour son autorisation d'exploitation des données.

Rédaction

Léna Pennognon : Chargée d'études, ORS Bretagne

Philippe Clappier : Directeur adjoint, ORS Bretagne

Avec la participation de Mathilde Guivarch, stagiaire

Conception graphique

Elisabeth Quéguiner : Assistante d'études, ORS Bretagne

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

Contexte et objectifs	Page 5
Matériel et méthode	Page 7
La cohorte 2011 et le poids de la récurrence	Page 9
Origine géographique des séjours et des patients pris en charge	Page 11
Contexte sociodémographique	Page 13
Sexe et âge	Page 13
Contexte familial et résidentiel	Page 14
Contexte socio-professionnel	Page 15
Précarité et accès aux soins	Page 16
Contexte clinique et prise en charge	Page 17
Contexte clinique	Page 17
La tentative de suicide	Page 20
La prise en charge	Page 21
Suivi du patient	Page 25
Estimation du risque de récurrence	Page 27
Synthèse	Page 29

L'étude dont le présent rapport rend compte s'inscrit dans le cadre, d'une part des priorités régionales relatives à la prévention de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire, d'autre part des orientations liées à la conférence de consensus relative à la prévention du suicide en Bretagne.

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, il n'existe pas de recensement des tentatives de suicide. Toutefois, la Fondation Bon Sauveur située à Bégard (Côtes d'Armor), a soutenu l'initiative d'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 centres hospitaliers généraux de Guingamp, Paimpol et Lannion situés dans les secteurs psychiatriques dont elle est l'établissement de rattachement¹. Ces secteurs psychiatriques recouvrent en grande partie la géographie de deux pays de Bretagne (les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo), parmi les plus concernés par le phénomène suicidaire en région et dont certaines communautés de communes font l'objet d'expérimentations dans l'objectif de réduire les tentatives de suicide et la mortalité liée au phénomène suicidaire.

Après une première étude réalisée sur la période 2005-2007², un recueil de données exhaustif et pérenne concernant les tentatives de suicide prises en charge au sein des services d'urgences des trois hôpitaux s'est mis en place en concertation et en coordination avec les équipes soignantes à partir du 1^{er} janvier 2011.

L'analyse réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne rend compte du recueil effectué au cours des 12 mois de l'année 2011. Elle a pour objectifs de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgence des trois établissements de santé, d'étudier leurs profils en portant une attention particulière au phénomène de la récurrence.

Cette étude permettra ainsi de compléter les informations déjà connues relatives au suicide en région Bretagne (notamment via les études s'appuyant sur l'analyse de la mortalité ainsi que celles relatives aux hospitalisations), en améliorant la connaissance du processus suicidaire (tentatives et récurrences), afin d'aider les politiques de prévention par une meilleure identification de la crise suicidaire et des modalités de sa prise en charge.

¹ Les secteurs psychiatriques concernés par les hôpitaux de l'étude et dont l'établissement de rattachement est le CH Fondation Bon Sauveur à Bégard sont :

- Le secteur psychiatrique G01 regroupant les cantons de Lannion, Perros-Guirec, Plouaret et Plestin Les Grèves.
- Le secteur psychiatrique G02 regroupant les cantons de Guingamp, Bégard, Quintin, Châteaulaudren, Callac, Belle-Ile-en-Terre, Plouagat et Bourbriac.
- Le secteur psychiatrique G03 regroupant les cantons de Paimpol, Tréguier, Etables sur Mer, Lézardrieux, Lanvollon, Pontrieux, Plouha et La Roche Derrien.

² «Étude du phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo». Observatoire Régional de Santé de Bretagne. Juillet 2009.

■ Champ de l'enquête et population cible

Le recueil de données a consisté en l'enregistrement de tous les passages des personnes présentant une lésion auto-infligée ou une auto-intoxication témoins de l'intention de vouloir mettre fin à sa vie au sein des services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion. Passages identifiés et validés par un membre de l'équipe psychiatrique de l'Antenne Médico-Psychologique (AMP). Le cas spécifique de l'inclusion des patients entrés pour intoxication par alcool et exposition à l'alcool (code CIM10 = X65) étant conditionnée par la déclaration, par la personne concernée, de l'intention de la tentative de suicide. Enfin, les personnes décédées suite à l'acte suicidaire n'ont pas été incluses dans l'enquête.

■ Période de recueil

La période de recueil est allée du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011.

■ Exhaustivité du recueil

L'exhaustivité du recueil peut être estimée conforme à celle observée à l'occasion de l'étude initiale portant sur la période 2005-2007³, pour laquelle et selon les centres hospitaliers, la fourchette de prise en compte des tentatives de suicides était comprise entre 85% et 100%. Les non-prises en compte concernant notamment une partie des arrivées de nuit au regard du manque de disponibilité du personnel sur ce moment spécifique ainsi qu'une partie des sorties contre avis médical.

■ Contenu du recueil

Les données collectées s'articulent 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 proposé à ces derniers et mis en place avec les patients volontaires.

■ Anonymisation, chaînage des séjours et modalités de transmission de la base de données à l'ORS Bretagne

La procédure de chaînage des séjours et d'anonymisation des données a été réalisée par le Département d'Information Médicale (DIM) de la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

Les données ont été collectées en continu au cours de l'année 2011 sur la base d'une fiche de recueil standardisée.

Un fichier a été établi pour chaque centre hospitalier sur la base d'un enregistrement individuel par séjour.

Les fichiers ont ensuite été fusionnés puis triés au DIM de Bégard de façon à éliminer les éventuels doublons et repérer les tentatives successives d'un même individu qui ont ainsi été reliées afin de permettre à la fois une approche patients, une approche trajectoires et une étude possible du phénomène de la récurrence.

Après vérification, les données ont été rendues anonymes par le DIM de Bégard avant d'être transmises à l'ORS Bretagne. La transmission des données à l'ORS s'est effectuée en fin de premier semestre 2012, permettant ainsi à la procédure de suivi d'aller jusqu'à son terme pour les derniers patients inclus (fin décembre 2011).

Au final, le recueil de données 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 de la récurrence à l'occasion d'analyses dont la fréquence pourrait être annuelle.

■ Analyse des données

Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS. Les résultats relatifs (pourcentages), ont été arrondis à la valeur entière conduisant ainsi parfois à des totaux supérieurs ou inférieurs de 1% aux 100% attendus.

Par ailleurs et lorsque les données s'y prêtent, les résultats de l'analyse réalisée sur l'année 2011 ont été comparés à ceux issus de l'étude initiale portant sur la période 2005-2007³.

³ «Étude du phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo». Observatoire Régional de santé de Bretagne. Juillet 2009.

La base de données anonymisées correspondant au recueil effectué entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011 dans les trois centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 499 passages aux urgences pour tentative de suicide correspondant à 440 patients pris en charge.

A partir de cette base de données dite « passage », une base de données dite « patient » a été établie. Elle est constituée de 440 enregistrements correspondants aux 440 patients identifiés grâce à leur code spécifique (numéro anonyme) permettant le chaînage des tentatives de suicide successives d'une même personne.

Notre population peut se scinder en 3 groupes :

Primo-suicidants à l'entrée dans la base : 186 individus

- ceux qui ne récidivent pas sur la période : 177 individus,
- ceux qui récidivent sur la période : 9 individus.

Récidivistes antérieurs à l'enregistrement dans la base : 224 individus

- sans récidive enregistrée sur la période : 193 individus,
- avec récidive enregistrée sur la période : 31 individus.

Indéterminés dans la base : 30 individus

- indéterminés qui récidivent sur la période : 6 individus,
- indéterminés sans récidive enregistrés sur la période : 24 individus.

Le graphique 1 ci-contre illustre les différentes situations rencontrées au sein de la population sur la base de 440 patients inclus.

Plus d'un suicidant sur deux est un récidiviste

Plus de la moitié des suicidants⁴ (54%), soit 239 patients ont tenté plusieurs fois à leur vie avant la mise en place du recueil ou au cours de celui-ci.

On peut par ailleurs remarquer que parmi la population des suicidants récidivistes (avant ou pendant la période de recueil, n=239) :

- 94% (n=224 : 193+31) ont déjà commis une tentative de suicide avant le début de la période de recueil,
- 19% (n=46 : 31+9+6) ont récidivé avant et au cours de la période,
- 2% (n=9) n'ont commis une récidive qu'au cours de la période.

Au final, le poids de la récidive sur l'ensemble de la cohorte peut être estimé a minima⁵ :

- **54% des patients (239 / 440),**
- **57% des passages (283 / 499).**

Au niveau des patients, on peut noter que le poids de la récidive est supérieur à celui observé dans l'étude portant sur la période 2005-2007 (47% contre 54% a minima dans la présente période d'observation).

Parmi les récidivistes, la répartition du nombre de tentatives avant et au cours de la période (voir le graphique 2) montre que :

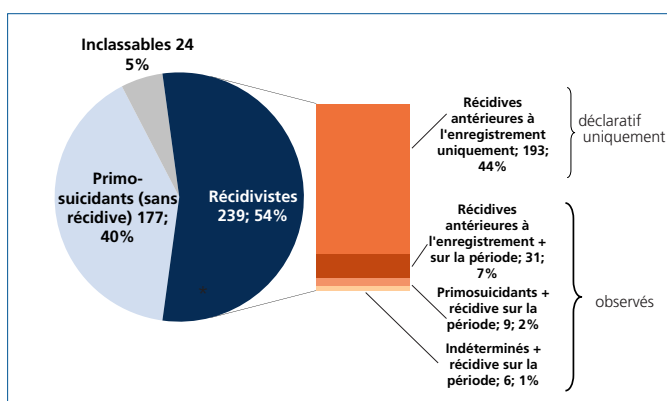
- Près de la moitié des patients concernés n'a fait qu'une récidive,
- Plus d'un patient sur sept (15%) a fait 4 tentatives ou plus.

Enfin et vis-à-vis de l'étude initiale portant sur la période 2005-2007, les données issues du recueil 2011 apparaissent cohérentes avec ces dernières, notamment vis-à-vis de l'incidence annuelle 2011 qui est en effet très proche de celle observée en moyenne annuelle au cours de la période 2005-2007 (445 patients en moyenne annuelle contre 440 dans la présente étude).

⁴ Le terme de suicidant sera utilisé dans l'étude pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

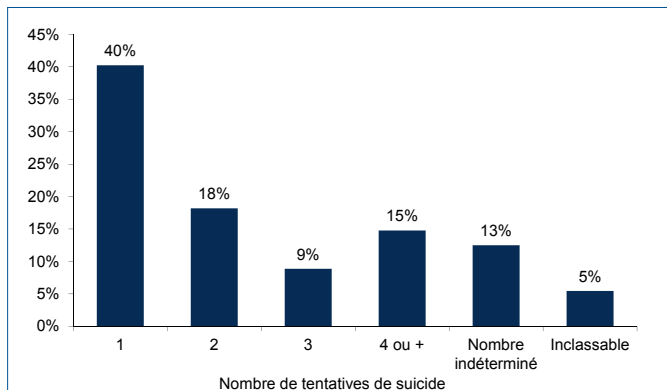
⁵ L'estimation du poids de la récidive est estimé a minima : près de 5% des patients (qualifiés d'« inclassables ») n'étant pas renseigné vis-à-vis du fait d'avoir ou non effectué une tentative préalablement au recueil et n'ayant pas récidivé sur la période.

Graphique 1 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récidive



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne
* La catégorie inclassable correspond aux patients non récidivistes sur la période pour laquelle le fait d'avoir effectué une tentative préalablement au recueil n'est pas renseigné

Graphique 2 : Répartition des patients selon le nombre de tentatives de suicide



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

■ À NOTER :

- Les chapitres qui suivent et qui concernent les principales caractéristiques de la cohorte des suicidants s'appuient, à de rares exceptions qui seront signalées au fur et à mesure des résultats, sur une approche patient. Pour les patients récidivistes sur la période, les données prises en compte sont les données renseignées lors du premier enregistrement (la première tentative de suicide).
- Par ailleurs, les populations primo-suicidantes ont été comparées aux populations récidivistes (y compris préalablement à la période de recueil), de façon à tenter d'identifier les facteurs de risque de la récurrence. Pour ce type d'analyse, les 24 patients⁶ (soit 5% des patients de la cohorte 2011) pour lesquels le statut vis-à-vis de la récurrence n'est pas connu (non renseignement vis-à-vis d'éventuelles tentatives préalables à la période de recueil ; pas de récurrence sur la période), ont été systématiquement exclus.

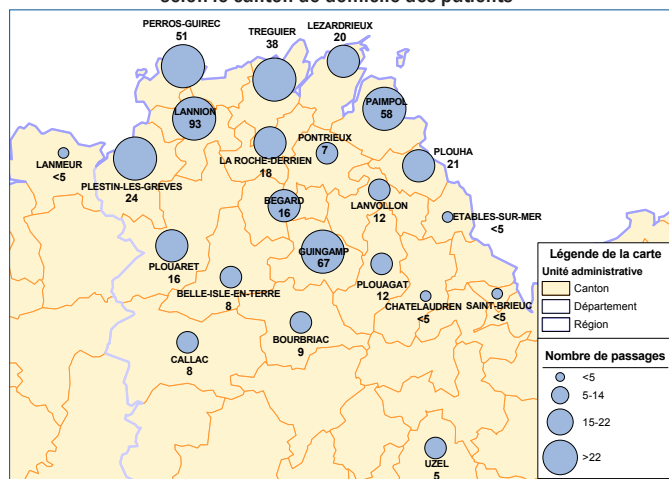
⁶ Patients dénommés «inclassables» vis-à-vis du statut relatif à la récurrence, voir à ce propos page 9.

Des suicidants qui proviennent de façon très majoritaire des cantons d'implantation ou proches des structures hospitalières

A eux trois, les cantons de Paimpol, Lannion et Guingamp rassemblent 44 % de l'ensemble des prises en charge proposées.

Par ailleurs et logiquement, le recrutement des structures de prise en charge provient des cantons les plus importants démographiquement.

Graphique 3 : Répartition des passages pour tentatives de suicides selon le canton de domicile des patients*



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

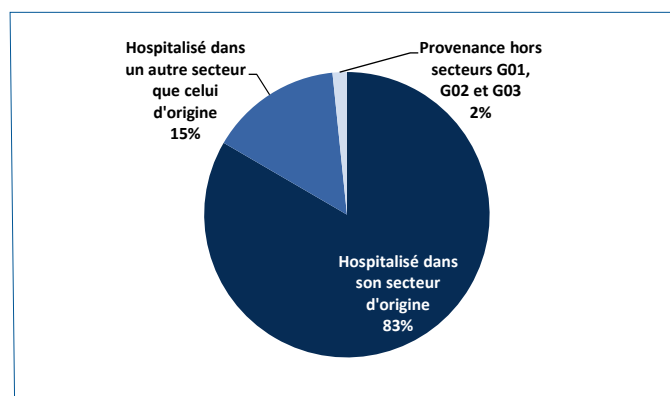
*pour moins de 5 passages, les patients sont originaires d'une part du canton de Rennes et d'autre part du canton de Dinard et pour 7 passages, le domicile est inconnu

Essentiellement, une prise en charge de proximité cohérente : plus de huit prises en charge sur dix sont hospitalisées dans leur secteur psychiatrique de résidence

Globalement et très majoritairement (83%), les prises en charge proposées en terme de sectorisation psychiatrique sont cohérentes avec le secteur de résidence des patients, témoignant ainsi d'une prise en charge très majoritairement de proximité. Les prises en charge de patients dont la résidence est hors des trois secteurs psychiatriques locaux étant très minoritaires (2%). Ces chiffres sont d'ailleurs très proches de ceux observés au cours de l'étude sur la période 2005-2007.

Par ailleurs et comme illustré dans le graphique 5, malgré des écarts parfois sensibles, le lieu d'hospitalisation au regard du lieu de résidence n'est pas lié significativement au fait de récidiver ou non ($p > 0,05$).

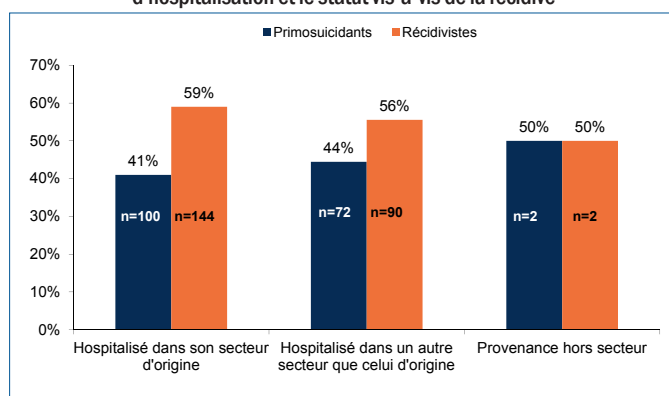
Graphique 4 : Répartition des passages pour tentatives de suicide selon le secteur psychiatrique de domicile et d'hospitalisation*



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

* cf note page 9.

Graphique 5 : Répartition des suicidants selon le secteur de domicile, d'hospitalisation et le statut vis-à-vis de la récidive



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

Une proportion de suicidants résidant dans l'espace urbain plus importante que celle observée en population générale

Contrairement à l'étude initiale (2005-2007) où le type d'espace (urbain-rural) n'avait pas d'impact sur le fait d'avoir réalisé une tentative de suicide, on peut observer que pour la cohorte 2011, les suicidants issus de l'espace urbain sont significativement surreprésentés ($p<0,001$) : 74% des patients de la cohorte alors que les personnes résidentes au sein de l'espace urbain dans les deux pays ne représentent que 67% de l'ensemble de la population. En miroir, les suicidants issus de l'espace rural sont donc sous-représentés (25% contre 33% dans l'ensemble de la population des deux pays).

Par contre et comme le représente le graphique 7, malgré des écarts sensibles, l'appartenance du suicidant à un espace rural ou urbain n'a pas d'impact significatif ($p>0,05$) sur le fait de récidiver ou non. Cette observation est conforme à celle réalisée au cours de la première période 2005-2007.

A noter :

Deux expérimentations de veilleurs vigilants ont été mises en œuvre officiellement au sein des communautés de communes des pays de Belle-Isle-en-Terre et du pays Rochois à partir de l'année 2012. Par contre et préalablement (en 2011), un important travail préparatoire de sensibilisation et de début de mise en place avait déjà été mené dans ces communautés de communes.

Sur la période 2005-2007, le nombre moyen annuel de patients pris en charge et issus de ces deux communautés de communes était de 19. Il passe à 16 patients au cours de l'année 2011, soit une baisse de 16%.

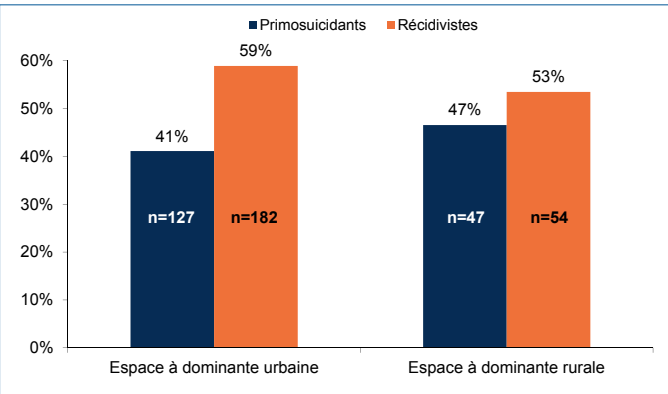
Cette tendance devra être confirmée à l'avenir à l'occasion d'analyses ultérieures portant sur une période d'observation plus longue.

Tableau 6 : Nombre des patients et population en 2009 domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le type d'espace

	Nombre de patients		Population au RP 2009	
	Effectif	%	Effectif	%
Espace à dominante urbaine	324	74%	131 927	67%
Espace à dominante rurale	109	25%	66 303	33%
Non renseigné	7	2%		
Total	440	100%	198 230	100%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2009. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 7 : Répartition des patients selon le type d'espace et le statut vis-à-vis de la récidive



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

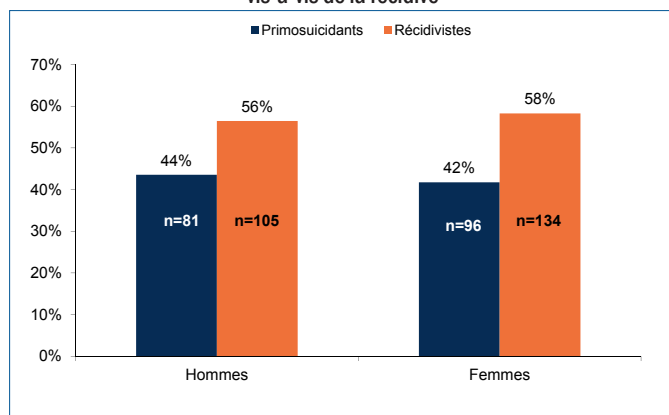
SEXE ET ÂGE

Une prédominance féminine sans surreprésentation des femmes vis-à-vis de la population des deux pays

Globalement, les premières prises en charge pour tentatives de suicide au cours de la période ont concerné majoritairement des femmes (55%), le sex ratio étant égal à 1,1 (1,7 dans l'étude initiale sur la période 2005-2007). Par contre et pour le présent recueil (2011), la répartition sexuée des patients pris en charge correspond stricto sensu à la répartition de la population résidente au sein des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Il n'y a donc pas de surreprésentation féminine au sein de la cohorte des suicidants.

Enfin et comme l'indique le graphique 8, malgré les écarts observés, il n'y a pas d'impact significatif du sexe de la personne ($p>0,05$) sur le fait de récidiver ou non. Cette observation est conforme à celle réalisée au cours de la période 2005-2007.

Graphique 8 : Répartition des patients selon le sexe et le statut vis-à-vis de la récidive



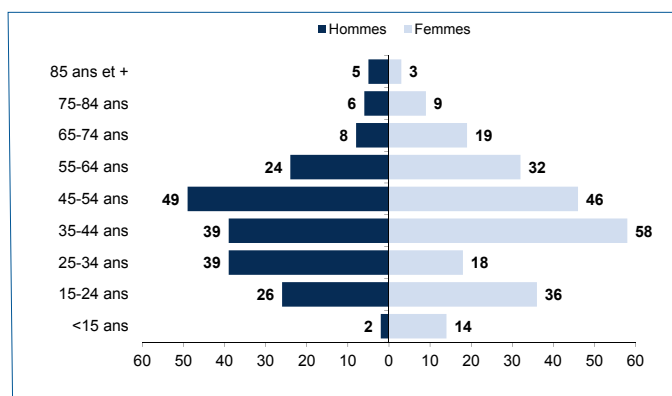
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

A l'instar de l'étude précédente, une population jeune : trois quarts des suicidants ont moins de 55 ans

L'âge moyen de la population prise en charge est de 43 ans sans différence significative selon le sexe ou entre primo-suicidants et récidivistes.

La pyramide des âges de la population prise en charge indique une population jeune, notamment chez les hommes pour lesquels 78% ont moins de 55 ans (73% chez les femmes). Les différences de répartition entre les deux sexes étant notamment marquées dans la tranche d'âge des 25-34 ans.

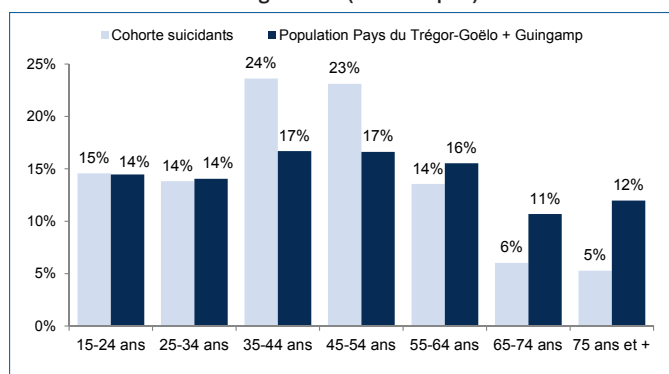
Graphique 9 : Pyramide des âges à la première tentative de suicide observée au cours de la période



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

Si l'on compare la population prise en charge à la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (graphique 10), on observe une surreprésentation significative ($p<0,001$) des tranches d'âge allant de 35 à 54 ans, confirmant ainsi les observations précédentes.

Graphique 10 : Répartition par sexe et par âge de la population générale et de celle des suicidants domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans et plus)



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2009. Exploitation ORS Bretagne

A noter :

Ont été exclus pour les comparaisons avec la population résidente au sein des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, les suicidants de moins de 15 ans ainsi que ceux domiciliés en dehors du pays de Guingamp ou du pays du Trégor-Goëlo.

CONTEXTE FAMILIAL ET RÉSIDENTIEL

Des suicidants plus souvent célibataires, divorcés ou séparés que la population des ménages

Comparés à la population des ménages des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (voir graphique 11), les suicidants inclus dans l'enquête sont significativement ($p < 0,001$) plus souvent :

- divorcés : (+ 10%),
- célibataires (+ 8%),
- veufs-veuves (+ 6%).

Les personnes mariées étant à l'inverse sous-représentées.

En revanche, la situation matrimoniale, à l'instar de l'étude portant sur la période 2005-2007, n'a pas d'impact significatif ($p > 0,05$) sur le fait de récidiver ou non (tous âges confondus).

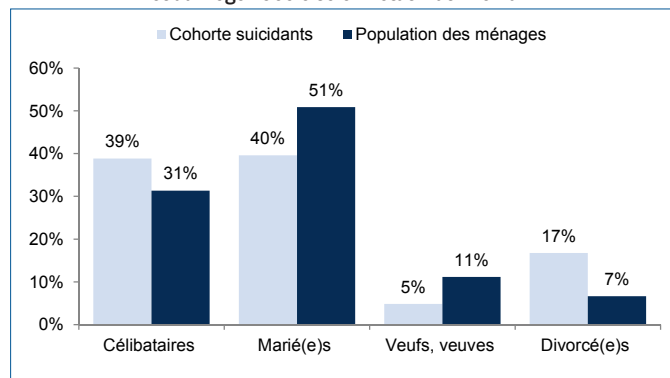
Un phénomène de récurrence plus fréquent chez les personnes vivant seules

Concernant le mode de vie (graphique 12), celui-ci a par contre un impact significatif ($p < 0,001$) sur le statut vis-à-vis de la récurrence. On observe en effet que les récidivistes sont fortement surreprésentés parmi les personnes vivant seules (+ 10% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants) au contraire des personnes vivant en famille ou en collectivité chez qui le phénomène de la récurrence est sous-représenté, notamment chez les personnes vivant en collectivité (- 24% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants).

L'existence d'une descendance ne protège pas de la récurrence

Globalement, environ un tiers des suicidants (31%) n'ont pas d'enfant (41% dans l'étude portant sur la période 2005-2007). Cette absence de descendance étant davantage marquée chez les hommes que chez les femmes (39% versus 24% chez les femmes). Par ailleurs, de façon cohérente avec l'étude 2005-2007 et comme illustré dans le graphique 13, il n'y a pas d'impact significatif de l'existence d'une descendance sur le fait de récidiver ou non ($p > 0,05$).

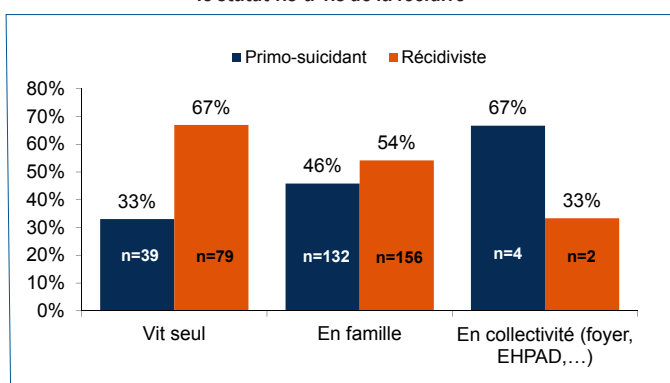
Graphique 11 : Répartition de la population générale et de celle des suicidants âgés de 15 ans et plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon l'état matrimonial*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2009. Exploitation ORS Bretagne.

*Dans les enquêtes de recensement, les personnes en union libre peuvent se déclarer soit célibataires, soit mariées ; de même les personnes vivant séparées de leur conjoint mais non encore divorcées (et donc légalement mariées) auront pu hésiter entre les réponses « célibataire », « marié » ou « divorcé ». Dans le recueil, les personnes vivant en union libre sont décomptées avec les personnes mariées ou pacées et les personnes séparées avec les divorcés.

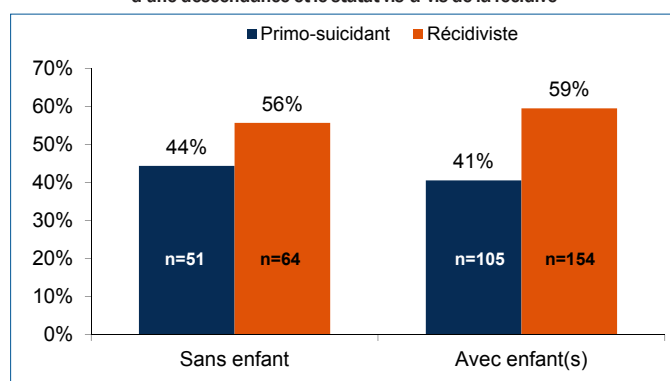
Graphique 12 : Répartition des suicidants selon le mode de vie et le statut vis-à-vis de la récurrence**



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

** à l'exclusion d'un patient ayant déclaré un « autre mode de vie ».

Graphique 13 : Répartition des suicidants âgés de 15 ans ou plus selon l'existence d'une descendance et le statut vis-à-vis de la récurrence



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

A noter :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo les suicidants de moins de 15 ans et ceux domiciliés en dehors des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL

Une forte surreprésentation des chômeurs et des inactifs, notamment ceux en situation d'invalidité

Si l'on compare la cohorte des suicidants à la population âgée de 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, certaines catégories apparaissent fortement et significativement surreprésentées ($p < 0,001$), notamment :

- les « autres inactifs » composés aux trois quarts de personnes en situation d'invalidité (+ 15% vis-à-vis de la population résidente),
- les chômeurs (+ 8%).

En miroir, les retraités et les actifs sont pour leur part sous-représentés (respectivement - 19% et - 5% vis-à-vis de la population générale).

Un phénomène de récurrence plus fréquent notamment chez les chômeurs et les inactifs

Concernant la situation vis-à-vis de l'emploi (graphique 15), celle-ci a un impact significatif sur le statut vis-à-vis de la récurrence ($p < 0,001$). On observe en effet que les récidivistes sont fortement surreprésentés parmi les chômeurs (+ 15% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants) et les personnes inactives (+ 12%). En miroir, les élèves, étudiants et apprentis sont sous-représentés (- 30%) tandis que les actifs en emploi et les retraités sont relativement proches du niveau de récurrence de l'ensemble de la cohorte.

Une forte surreprésentation des employés, ouvriers et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise

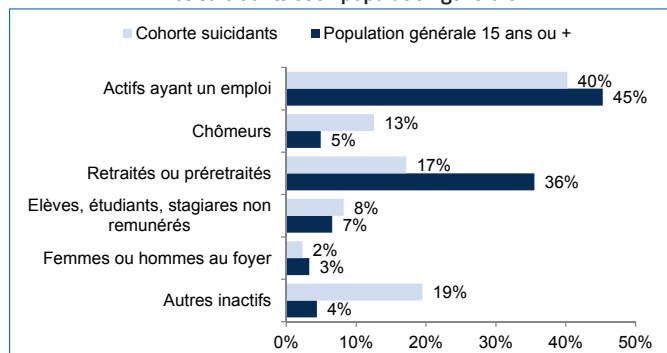
En effectuant la même comparaison vis-à-vis de la répartition des deux populations selon la catégorie socioprofessionnelle, certaines d'entre elles apparaissent là aussi fortement et significativement surreprésentées ($p < 0,001$). Il s'agit notamment des :

- employés (+ 15% vis-à-vis de la population générale),
- ouvriers (+ 6%),
- artisans, commerçants et chefs d'entreprise (+ 5%).

En miroir, les cadres et les professions intermédiaires sont sous-représentés.

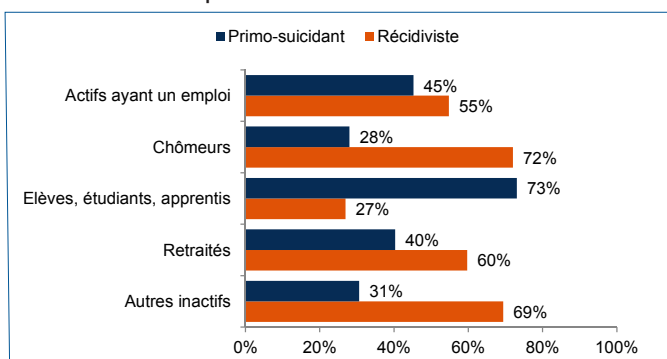
Par contre, l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle n'impacte pas le fait de récidiver ou non.

Graphique 14 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale



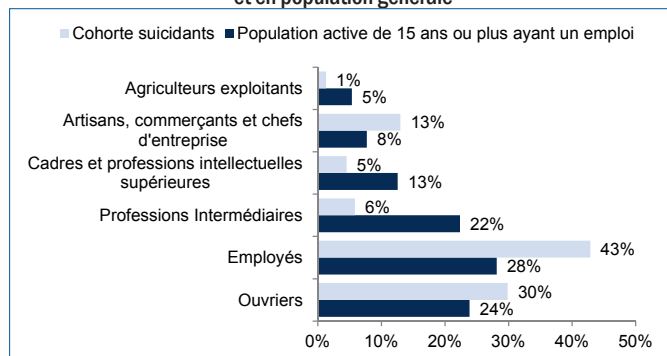
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2009. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 15 : Répartition des suicidants selon la situation par rapport à l'emploi et le statut vis-à-vis de la récurrence



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

Graphique 16 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale



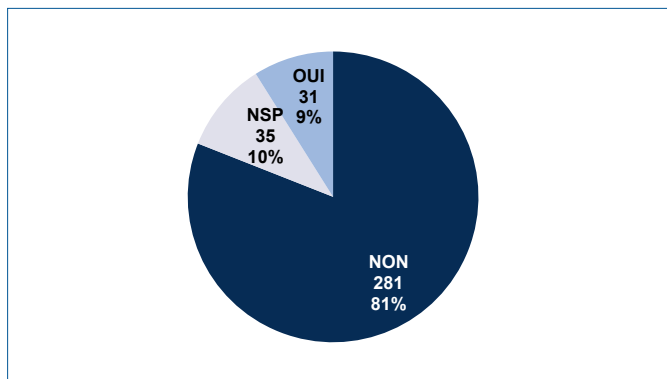
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Insee RP 2009. Exploitation ORS Bretagne

PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

Près d'un suicidant sur dix bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA)⁷

Comparativement à la situation régionale ou départementale⁸, la cohorte des suicidants présente nettement plus de personnes bénéficiaires du RSA qu'en population générale (un peu moins de 10% contre 3,9% en région et 4,1% dans le département). Ce chiffre étant par ailleurs a minima au regard de la situation non connue d'environ 10% des suicidants.

Graphique 17 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus bénéficiaires du RSA

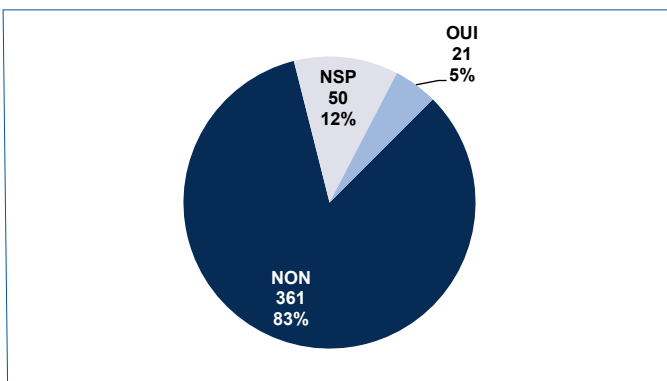


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Près d'un suicidant sur vingt bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU)

Dans une moindre mesure mais comme pour le RSA, la cohorte des suicidants composée a minima de 5% de personnes bénéficiaires de la CMU⁹, présente des chiffres supérieurs à ceux observés en région ou dans le département (5% dans la cohorte contre 3,5% en région et dans le département).

Graphique 18 : Proportion de suicidants bénéficiaires de la CMU



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

Au final

Ni le fait de bénéficier du RSA ou de la CMU n'a d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non ($p > 0,05$).

⁷ Pour les personnes âgées de 25 ans ou plus.

⁸ Situation au 31 décembre 2010.

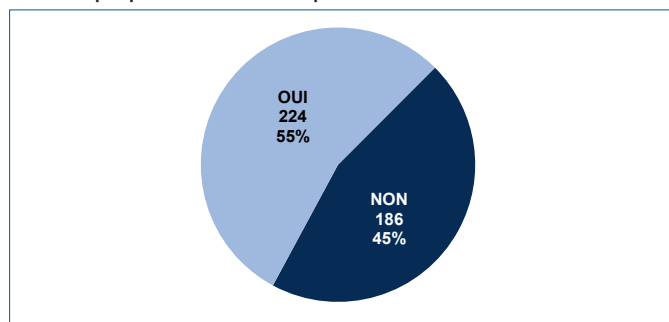
⁹ A minima au regard des 12% non connus vis-à-vis de cette variable.

CONTEXTE CLINIQUE

Une forte proportion de patients ayant déjà fait une tentative de suicide avant l'inclusion dans la cohorte

Comme déjà vu dans le chapitre introductif présentant la cohorte 2011, plus de la moitié des patients inclus dans la cohorte (55%) avaient déjà fait au moins une tentative de suicide dans les années précédant l'inclusion. Parmi ces derniers, près de la moitié a minima (nombre de tentatives inconnues pour près d'un quart des patients concernés), avaient fait deux tentatives au plus et 16% d'entre eux a minima au moins quatre tentatives.

Graphique 19 : Antécédents personnels de tentatives de suicide

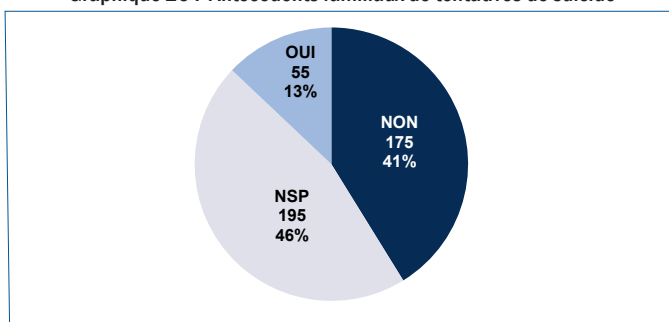


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Des antécédents familiaux inconnus pour près de la moitié des suicidants

Globalement, on observe que cet élément contextuel n'est pas connu pour 46% des patients inclus dans l'étude. Le fait d'avoir des antécédents familiaux de tentative de suicide qui est donc identifié pour environ un suicidant sur sept de la cohorte (13%) est donc à considérer comme un véritable minima, la fourchette des patients concernés étant comprise entre 13% et 59% (13+46) des patients de la cohorte. En tout état de cause quel que soit le chiffre réel qui se situe probablement dans une fourchette intermédiaire, cet élément contextuel est probablement relativement élevé.

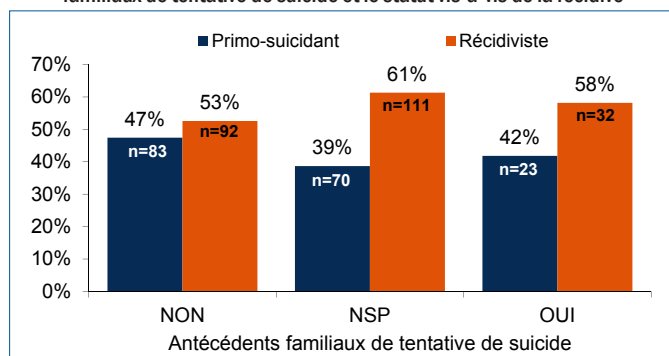
Graphique 20 : Antécédents familiaux de tentatives de suicide



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

Par contre et malgré les écarts observés dans le graphique 21, il n'y a pas d'impact statistique significatif ($p > 0,05$) de l'existence d'antécédents familiaux de suicide sur le fait que le patient soit lui-même récidiviste. Cette observation qui est à considérer avec prudence au regard du poids des contextes familiaux non renseignés devra être confirmée dans les années futures.

Graphique 21 : Répartition des suicidants selon l'existence d'antécédents familiaux de tentative de suicide et le statut vis-à-vis de la récurrence

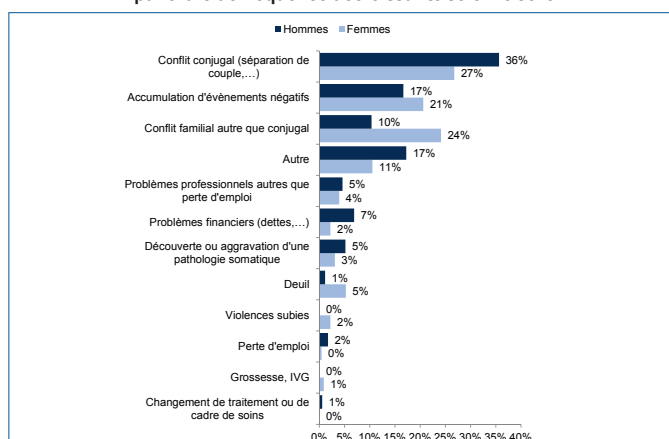


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Le conflit conjugal, contexte précipitant principal chez les hommes comme chez les femmes

L'existence d'un contexte précipitant est identifiée pour près de 95% de la population qui compose la cohorte. Parmi les contextes précipitants principaux cités, le conflit conjugal qui concerne près d'un tiers de la cohorte (31%) arrive en tout premier lieu chez les hommes comme chez les femmes (cf graphique 22). On peut aussi remarquer qu'au-delà de «l'accumulation d'événements négatifs», les conflits familiaux autres que conjugaux sont cités en second rang pour près d'un quart des femmes de la cohorte. Au total et pour la population féminine, les conflits familiaux sont cités comme contexte précipitant pour plus de la moitié des femmes et doivent donc être considérés comme un véritable facteur de risque.

Graphique 22 : Répartition des contextes précipitants principaux par ordre de fréquence décroissante selon le sexe



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

CONTEXTE CLINIQUE

Des antécédents psychiatriques qui concernent une forte majorité de patients et qui impactent fortement sur le fait de récidiver

Comme l'indique le graphique 23, a minima¹⁰, près de 6 patients sur 10 sont qualifiés par les professionnels des équipes psychiatriques ayant renseigné les fiches de recueil comme étant concernés par des antécédents psychiatriques. On peut noter qu'il n'est pas possible de distinguer si cette qualification est issue des déclarations des patients ou d'éléments extraits du dossier médical constitué au cours d'une prise en charge précédente.

Enfin, on peut aussi remarquer que cette qualification d'antécédents psychiatriques impacte fortement sur le fait d'être ou non récidiviste, les patients récidivistes étant fortement et significativement sur-représentés ($p < 0,01$) chez les personnes avec antécédents (+ 22% vis-à-vis de l'ensemble des suicidants).

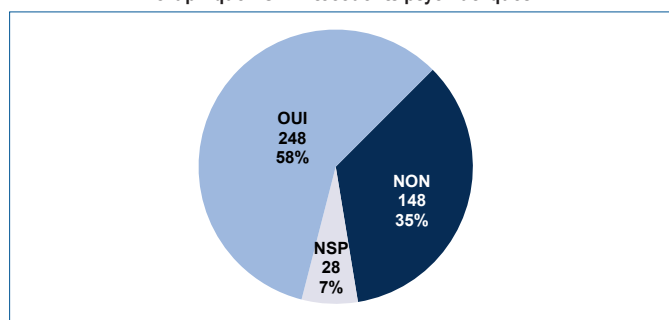
Des traitements médicamenteux fréquemment en cours au moment des prises en charge et plus souvent présents chez les personnes récidivistes

Plus des deux tiers de la population prise en charge reçoit un traitement psychotrope au moment de sa prise en charge (graphique 25). Parmi eux, 25% consomment une molécule, 37% deux molécules et 38% trois molécules ou plus.

Comme l'indique le graphique 26, les associations anti-dépresseurs - hypnotiques-anxiolytiques et antidépresseurs - anxiolytiques sont les plus représentées et concernent à elles seules près de la moitié des patients ayant un traitement en cours au moment de la prise en charge.

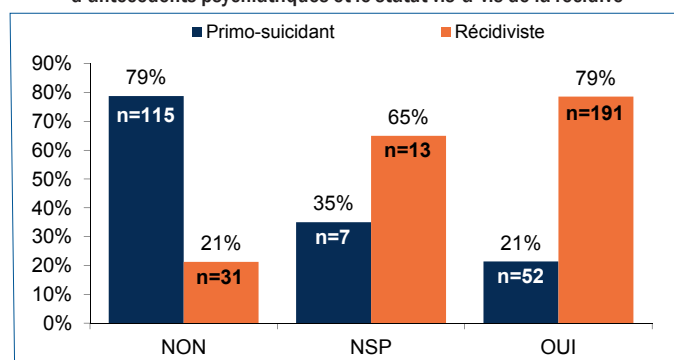
¹⁰ Le chiffre est a minima du fait du non renseignement de cette variable pour 7% de la population.

Graphique 23 : Antécédents psychiatriques



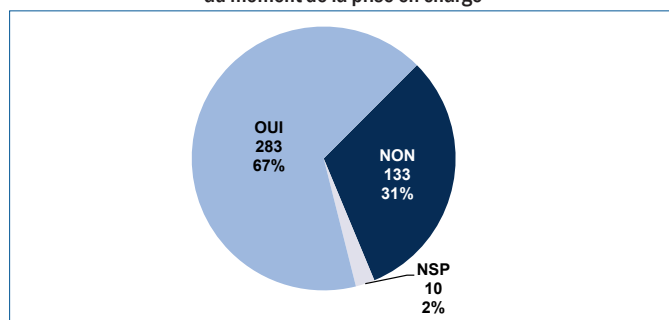
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 24 : Répartition des suicidants selon l'existence d'antécédents psychiatriques et le statut vis-à-vis de la récidive



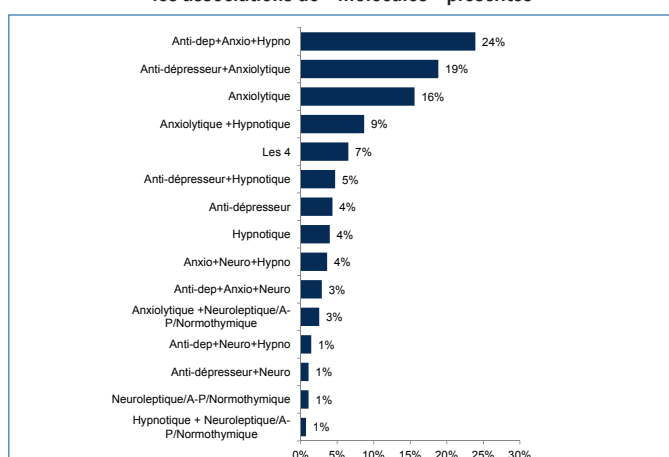
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

Graphique 25 : Traitement médicamenteux psychotropes en cours au moment de la prise en charge



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

Graphique 26 : Répartition des suicidants ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon les associations de « molécules » prescrites

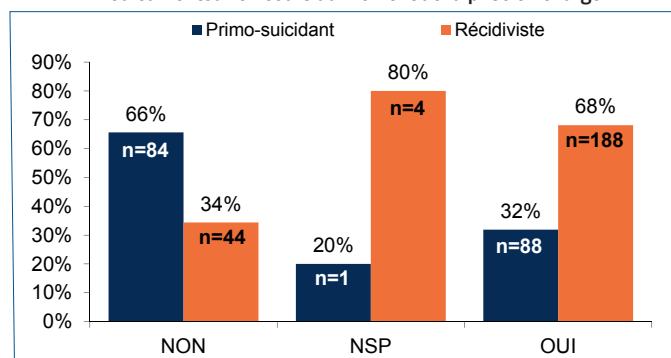


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne

CONTEXTE CLINIQUE

On peut enfin remarquer que la population récidiviste est fortement et significativement surreprésentée ($p < 0,001$) parmi les patients consommant un traitement au moment de la prise en charge (+ 11 % vis-à-vis de l'ensemble de la cohorte : voir à ce propos le graphique 27).

Graphique 27 : Répartition des suicidants selon l'existence d'un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge



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

LA TENTATIVE DE SUICIDE

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

Globalement et comme le montre le tableau 28, près de 9 patients sur 10 recourent à l'intoxication (87%), essentiellement médicamenteuse. Les lésions auto-infligées concernent pour leur part 13% des patients de la cohorte, l'auto-agression par objet tranchant et la pendaison étant les plus fréquentes (respectivement 6% et 4%).

A noter :

La répartition des modes de passage à l'acte de la cohorte 2011 correspond de façon quasi identique (écarts inférieurs ou égal à 1%) à celle de l'étude portant sur la période 2005-2007.

Une plus grande fréquence des modes agressifs chez les hommes

Les intoxications médicamenteuses qui représentent environ trois quarts des tentatives chez les hommes concernent par contre 9 femmes sur 10. Les modes de passage à l'acte plus agressifs (auto-agression par objets tranchants, pendaison, armes à feu, saut dans le vide) sont en miroir plus fréquents dans la population masculine.

Au final, les analyses réalisées montrent comme pour les périodes 2005-2007 qu'il n'existe pas de lien significatif ($p>0,05$) entre mode de passage à l'acte et statut vis-à-vis de la récidive.

Ce constat demandera à être confirmé dans les années futures en s'appuyant sur une durée d'observation plus importante.

Près de la moitié des patients ont associé un autre mode dont le principal est l'alcool

Globalement, 45% des patients associent un autre mode de passage à l'acte au mode principal, cette association étant significativement plus fréquente ($p<0,01$) dans la population récidiviste (51% contre 37% chez les primo-suicidants).

Comme l'indique le tableau 30, l'auto-intoxication par l'alcool est le mode associé le plus fréquent puisqu'il concerne 8 cas sur 10 d'association.

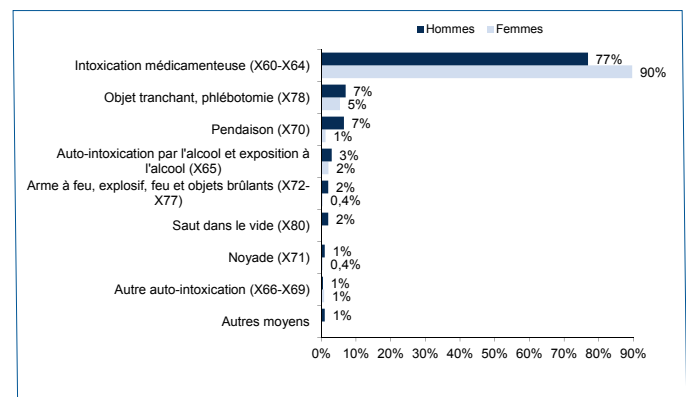
On peut enfin noter que la proportion de patients sous l'emprise de l'alcool au moment de leur prise en charge est encore plus élevée puisqu'elle concerne 41% de l'ensemble des patients (proportion identique pour les auto-Intoxications et les lésions auto-infligées), un certain nombre d'entre eux n'ayant pas eu un codage spécifique d'auto-intoxication par l'alcool indiqué en motif principal ou associé.

Tableau 28 : Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation regroupée en grande catégorie

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Effectif	% par rapport au total des patients
Auto-intoxication	383	87%
Intoxication médicamenteuse (X60--X64)	369	84%
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool (X65)	11	3%
Autre auto-intoxication (X66--X69)	3	1%
Lésion auto-infligée	57	13%
Pendaison (X70)	16	4%
Noyade (X71)	3	1%
Arme à feu, explosif, feu et objets brûlants (X72--X77)	5	1%
Objet tranchant, Phlébotomie (X78)	27	6%
Saut dans le vide (X80)	4	1%
Autres moyens (X81--X84)	2	0%

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

Graphique 29 : Répartition des patients selon le sexe et le mode principal de la tentative de suicide



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

Tableau 30 : Répartition des suicidants selon les modalités associées

Modalité associée	Effectif	%
X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	159	80%
X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits	12	6%
X61 Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, anti-parkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs	11	6%
X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant	7	4%
X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision	2	1%
X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits	2	1%
X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation	2	1%
F41 Autres troubles anxieux	1	1%
X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion	1	1%
X79 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant	1	1%
Total	198	100%

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

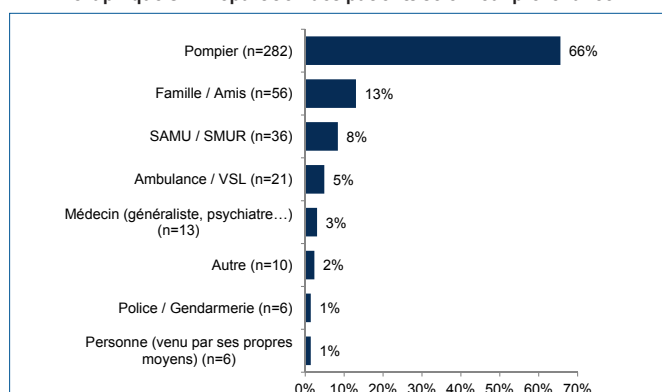
LA PRISE EN CHARGE

■ La provenance et la prise en charge immédiate

Trois quarts des patients sont amenés par les services d'intervention

Comme l'indique le graphique 31, environ trois quarts des patients sont amenés aux urgences hospitalières soit par les pompiers, soit par le SAMU-SMUR. Les pompiers assurant à eux seuls le transport de deux tiers des patients.

Graphique 31 : Répartition des patients selon leur provenance

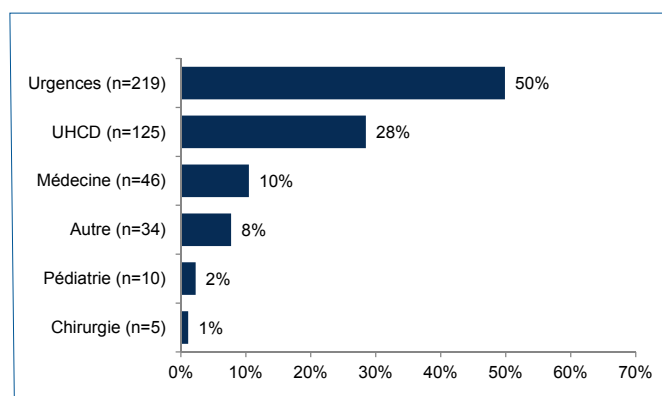


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Une rencontre avec l'équipe psychiatrique dès la prise en charge aux urgences pour la moitié des patients

La moitié des patients bénéficie d'une consultation avec l'équipe psychiatrique directement dès la prise en charge au sein du service d'urgence, les autres étant rencontrés a posteriori au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée (plus d'un quart des patients), d'une unité de court séjour ou encore d'un autre type d'unité.

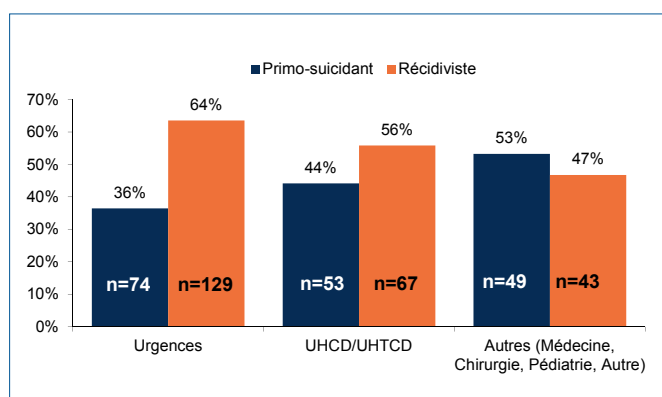
Graphique 32 : Répartition des patients selon l'unité où ils sont vus initialement par l'équipe psychiatrique



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

On peut aussi remarquer que les patients récidivistes sont plus fréquemment vus de façon immédiate au service des urgences que les primo-suicidants (voir graphique 33 : $p < 0,05$).

Graphique 33 : Répartition des patients selon l'unité où ils sont vus initialement et le statut vis-à-vis de la récurrence



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

LA PRISE EN CHARGE

Le mode de sortie du service des urgences

Trois quarts des suicidants hospitalisés en post-urgence

A l'issue de leur prise en charge aux services des urgences, les trois quarts des patients sont hospitalisés en post-urgence, un quart retourne à son domicile et une proportion marginale ne se conforme pas à l'avis médical. Cette répartition étant indépendante du statut du patient vis-à-vis de la récurrence ($p>0,05$).

Comme l'indique le graphique 35 et pour les patients ne retournant pas au domicile, les mutations concernent 60% d'entre eux et un peu moins d'un tiers est transféré au CHS de Bégard. Là non plus et pour cette population ne retournant pas au domicile, le type d'orientation est indépendant du statut du patient vis-à-vis de la récurrence ($p>0,05$).

L'information du médecin traitant

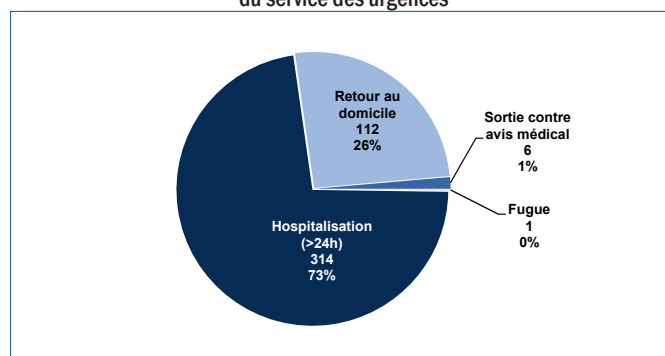
Des comptes-rendus d'hospitalisation plus fréquents que les appels téléphoniques

Globalement, 92% des patients pris en charge (403/440) déclarent et identifient un médecin traitant (2% déclarent ne pas en avoir et pour 6% d'entre eux, cette information n'est pas renseignée). Parmi ces derniers, 20 patients ne sont pas renseignés quant aux modalités d'information transmises aux médecins traitants.

Pour les 383 patients pour lesquels les éléments sont renseignés, on peut constater que :

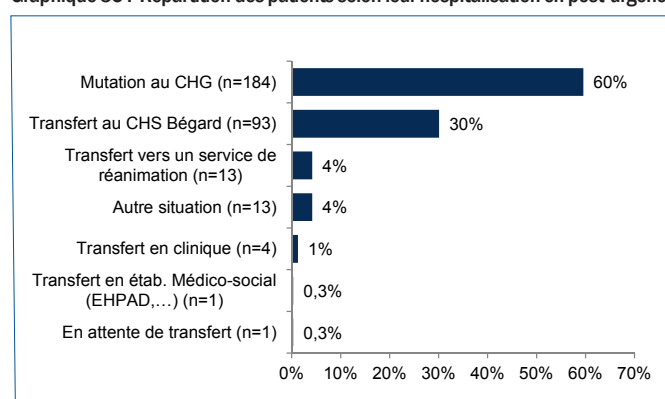
- **Un peu plus d'un tiers (36%) bénéficie d'un appel téléphonique d'information en direction du médecin traitant** et ce, quel que soit le mode de sortie principal (graphique 36). On peut aussi noter que le fait de prendre un contact téléphonique avec le médecin traitant est indépendant du statut du patient vis-à-vis de la récurrence ($p>0,05$).
- **Globalement, 54% des patients bénéficient d'un compte-rendu d'hospitalisation** adressé au médecin traitant et identifié par les équipes. On peut aussi remarquer que si près de 6 patients sur 10 hospitalisés en post-urgence en bénéficient (graphique 37), les patients qui retournent au domicile sont par contre moins nombreux à en bénéficier (moins de la moitié). Il faut cependant nuancer ces constats au regard de la proportion élevée d'informations non renseignées.

Graphique 34 : Répartition des patients selon le mode de sortie du service des urgences



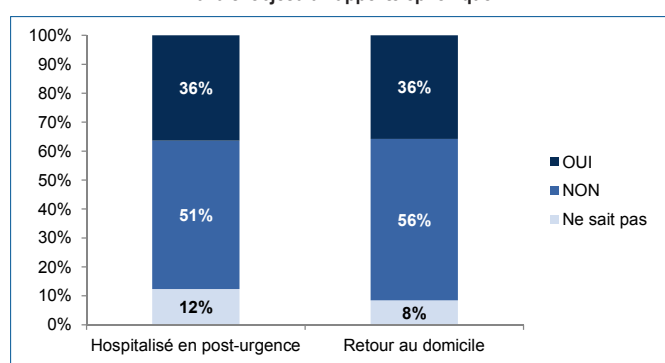
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 35 : Répartition des patients selon leur hospitalisation en post-urgence



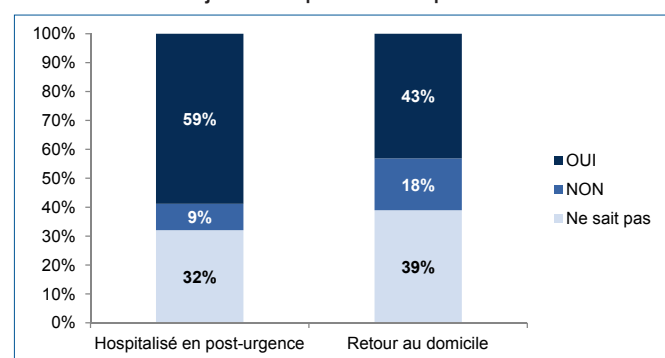
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 36 : Répartition des patients selon le fait que leur médecin traitant a fait l'objet d'un appel téléphonique



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

Graphique 37 : Répartition des patients selon le fait que leur médecin traitant a fait l'objet d'un compte-rendu d'hospitalisation écrit



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

LA PRISE EN CHARGE

■ L'information au médecin traitant (suite)

Au final, parmi les patients pour lesquels un médecin traitant est identifié et les renseignements sont connus (383/440) :

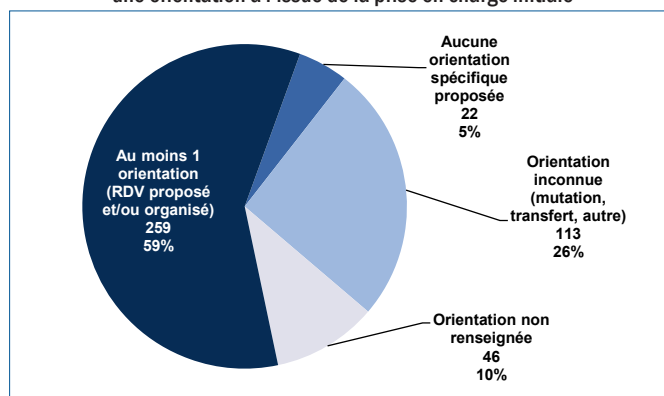
- 16% (62/383) bénéficient à la fois d'un appel téléphonique et d'un compte-rendu d'hospitalisation.
- 11% (43/383) ne bénéficient ni de compte-rendu ni d'appel téléphonique.
- Près de 30% (113/383) bénéficient d'un compte-rendu sans appel téléphonique et 8% (31/383) d'un compte-rendu sans que l'on sache si un appel téléphonique a été mis en place.
- 19% (74/383) bénéficient d'un appel téléphonique sans que l'on sache si un compte-rendu a été adressé et 1% (3/383) d'un appel téléphonique sans compte-rendu.
- Enfin, pour 15% (57/383) des patients, les soignants déclarent ne pas connaître les modalités de transmission au médecin traitant.

■ L'orientation des patients

La majorité des patients se voit proposer une orientation à l'issue de sa prise en charge

Globalement, la majorité des patients (59%) se sont vus proposer ou organiser au moins une orientation à l'issue de leur prise en charge initiale. Parmi ces derniers, 189 (soit 43% de l'ensemble des patients de la cohorte) se sont vus organiser au moins un rendez-vous. On peut aussi remarquer (graphique 38) que pour plus d'un quart de la population prise en charge, les éléments sont inconnus du fait d'une mutation ou d'un transfert post-urgence.

Graphique 38 : Répartition des patients ayant bénéficié d'au moins une orientation à l'issue de la prise en charge initiale

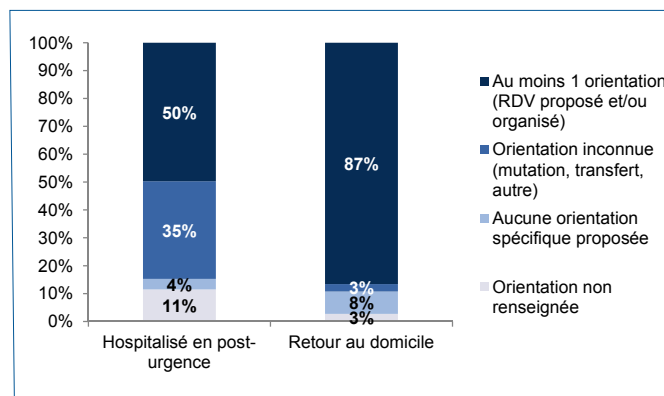


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

La connaissance de l'orientation varie par contre fortement selon le mode de sortie des urgences

Les équipes psychiatriques à l'origine de la prise en charge initiale du patient n'ont connaissance de l'orientation des patients que dans la moitié des cas lorsqu'ils sont hospitalisés en post-urgence alors qu'elles sont logiquement informées dans la plupart des cas lors d'un retour au domicile. Dans ce dernier cas et pour près de 9 patients sur 10, au moins un rendez-vous est soit organisé, soit proposé. Enfin, il faut noter que le fait de se voir proposer ou organiser une orientation ne varie pas selon le statut vis-à-vis de la récidive.

Graphique 39 : Répartition des patients ayant bénéficié d'une orientation selon les deux principaux modes de sortie du service des urgences



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

LA PRISE EN CHARGE

■ L'orientation des patients

Une orientation proposée ou organisée principalement en direction des Centres médico-psychologiques (CMP) ou des Centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA)

Comme l'indique le tableau 40 et pour les 259 patients pour qui au moins une orientation est proposée ou organisée, la destination principale est dans les deux cas (proposition et organisation) le CMP ou le CMPEA.

On peut aussi remarquer qu'au-delà des CMP-CMPEA :

- **Les propositions de rendez-vous** concernent notamment le médecin traitant (18% des patients concernés) et le médecin psychiatre (10%).
- **L'organisation des rendez-vous** pour sa part concerne principalement le médecin psychiatre (41% des patients) mais ne concerne plus que 3% des patients pour un rendez-vous avec le médecin traitant.

Peu de différenciation de l'organisation et/ou de la proposition de rendez-vous selon le mode de sortie et le statut vis-à-vis de la récurrence

Concernant le mode de sortie et le destinataire de l'orientation, à l'exception du médecin traitant et du psychiatre, tels qu'illustrés dans le graphique 41, les modalités d'organisation de l'orientation ne se différencient pas significativement selon le mode de sortie (hospitalisé en post-urgence ou retour au domicile) et le destinataire de l'orientation.

Pour le médecin traitant et le psychiatre (graphique 41), on constate que :

- Un rendez-vous est organisé (6%) ou proposé (20%) en direction du médecin traitant significativement plus souvent lorsque le patient retourne au domicile que lorsqu'il est hospitalisé en post-urgence (respectivement 1% et 18%).
- Un rendez-vous est plus souvent proposé en direction du psychiatre lorsque le patient retourne au domicile (16%) que lorsqu'il est hospitalisé en post-urgence (7%). A l'inverse, un rendez-vous est plus souvent organisé en direction du psychiatre lorsque le patient est hospitalisé en post-urgence (46%) que lorsqu'il retourne au domicile (35%).

Enfin et concernant le statut vis-à-vis de la récurrence, à l'exception du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (graphique 42), les modalités d'organisation de l'orientation ne se différencient pas significativement selon le statut de l'orientation. Pour l'orientation en direction du CSAPA, on peut constater qu'un rendez-vous est organisé (15%) ou proposé (6%) significativement plus souvent lorsque le patient est récidiviste que lorsqu'il est primo-suicidant (respectivement 5% et 3%).

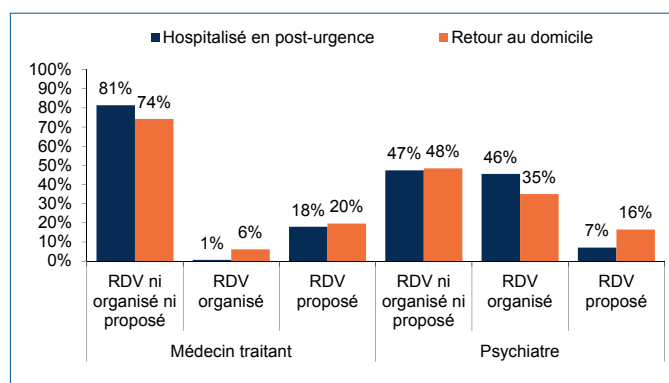
Tableau 40 : Répartition des patients selon les orientations proposées*

Orientations proposées (Nombre de patients ayant eu au moins une orientation, n=259)	Rendez-vous proposé		Rendez-vous organisé	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecin traitant	47	18%	7	3%
Psychiatre	27	10%	106	41%
CMP ou CMPEA	66	25%	110	42%
CSAPA	11	4%	26	10%
Visite à domicile	1	0%	6	2%
Autre	21	8%	16	6%

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

* Pourcentage calculé par rapport au total des patients ayant eu au moins une orientation proposée et/ou organisée, soit 259 patients

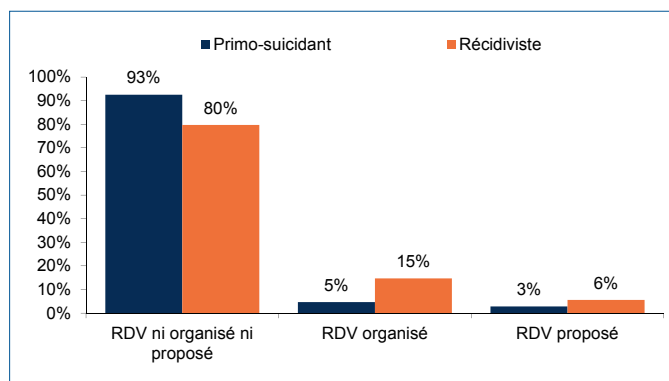
Graphique 41 : Répartition des modes d'organisation de l'orientation selon le mode de sortie et le destinataire de l'orientation



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

Lecture du graphique : sur l'ensemble des patients retournés au domicile et orientés vers le médecin traitant, 20% ont eu un rendez-vous proposé et 6% un rendez-vous organisé. Les autres patients (74%) ne s'étant pas vu proposer, ni organiser de rendez-vous avec le médecin traitant.

Graphique 42 : Répartition des modes d'organisation de l'orientation selon le statut vis-à-vis de la récurrence



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

Lecture du graphique : sur l'ensemble des patients récidivistes, 15% ont eu un rendez-vous organisé en direction du CSAPA et 6% un rendez-vous proposé. Les autres patients (80% environ) ne s'étant pas vu proposer ni organiser de rendez-vous avec le CSAPA.

A noter :

Une procédure de suivi du patient a été mise en place au sein des trois services d'urgence impliqués dans le recueil. Elle consiste, pour les soignants qui prennent en charge le patient et lorsque la situation le permet, à proposer au patient d'entrer dans un protocole de suivi que ce dernier valide par signature. Ce protocole concerne deux points :

- La possibilité de s'informer auprès du médecin traitant du suivi ambulatoire du patient. Des informations au médecin traitant étant bien sûr susceptibles d'être délivrées à cette occasion.
- La possibilité pour le patient d'être rappelé téléphoniquement dans un délai convenu avec l'équipe soignante, délai situé théoriquement dans un intervalle de 3 à 6 semaines. En cas d'acceptation par le patient, la date de rappel convenue est indiquée dans un agenda de service destiné spécifiquement à cet effet. Pour un même patient, trois rappels au maximum sont organisés à partir de la date convenue avant abandon de la procédure. Lorsque le patient est joint, des renseignements complémentaires sont collectés (perception de l'état de santé, adhésion du patient aux propositions initiales d'orientation, perception de l'adaptation de cette orientation).

■ La proposition de la procédure de suivi

La proposition d'entrer dans un protocole de suivi est réalisée pour la moitié des patients pris en charge (voir le graphique 43).

On peut remarquer que cette proposition est beaucoup plus présente dès lors qu'un rendez-vous d'orientation a soit été proposé parallèlement, soit été organisé (voir le graphique 44).

Enfin, on peut noter que la proposition d'entrer dans un protocole de suivi ne dépend pas :

- du fait que le patient bénéficie du RSA ou de la CMU,
- du statut du patient vis-à-vis de la récurrence.

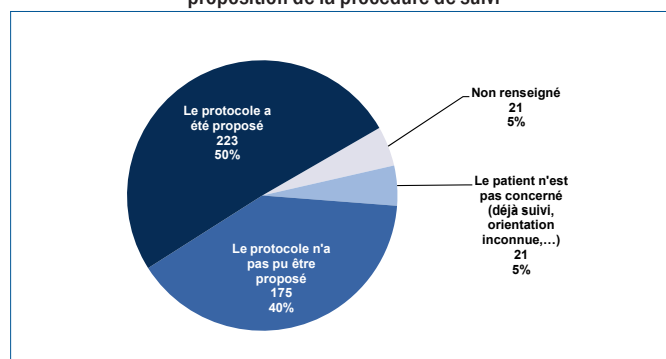
■ L'acceptation de la procédure de suivi

Parmi les 223 patients à qui a été proposé d'entrer dans la procédure de suivi (voir le graphique 45) :

- Plus de 9 patients sur 10 a minima (91%) acceptent le principe d'un rappel téléphonique par l'équipe soignante dans un délai de 3 à 6 semaines (élément non renseigné dans 5% des cas).
- Près de 7 patients sur 10 a minima (69%) acceptent le fait que l'équipe soignante prenne contact avec le médecin traitant (élément non renseigné dans 13% des cas).

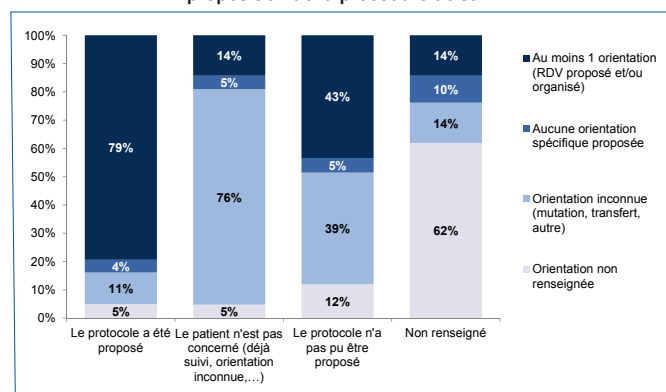
Au final, le protocole de suivi témoigne d'une très bonne acceptabilité, notamment en ce qui concerne les rappels téléphoniques au patient.

Graphique 43 : Répartition des patients selon la réalisation de la proposition de la procédure de suivi



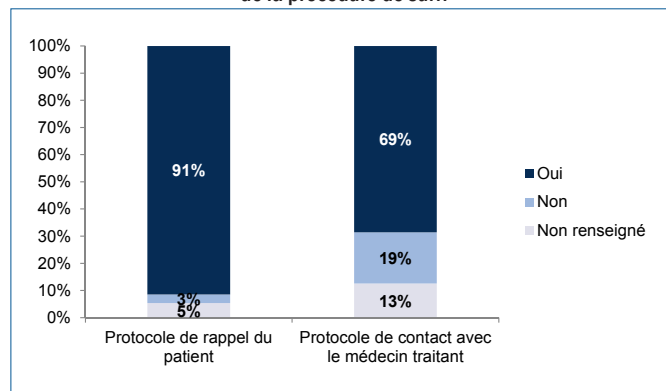
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Graphique 44 : Répartition des patients selon l'orientation et la proposition de la procédure de suivi



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

Graphique 45 : Répartition des patients selon leur acceptation de la procédure de suivi



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

■ La réalisation de la procédure de suivi téléphonique

Parmi les 204 patients ayant accepté le protocole de rappel téléphonique :

- Pour un peu plus de la moitié (51%), la procédure a pu être mise en place.
- Pour un peu moins d'un tiers (29%), la procédure n'a pu être mise en place (contact impossible au final, survenue d'événements intercurrents).
- Pour un peu moins d'un patient sur dix (7%), la procédure s'est révélée inadaptée du fait du suivi organisé par l'équipe soignante directement au CMP.

Au final, pour près de 6 patients sur 10 (58%), à qui a été proposé d'entrer dans une procédure de suivi, un suivi a effectivement été mis en place, qu'il soit téléphonique comme prévu dans la procédure initiale (51%) ou organisé directement au CMP (7%).

■ La perception de l'état de santé

Parmi les 104 patients pour lesquels un rappel téléphonique a été mis en place :

- Une forte majorité (59%) qualifie son état de santé psychique et moral de « bon ».
- Une forte minorité (34%) qualifie par ailleurs cet état de santé de « moyen ».
- En miroir, la qualification « mauvais » n'est adoptée que par 4% des patients rappelés (qualification non renseignée pour environ 3% des patients rappelés).

■ L'observance des orientations proposées

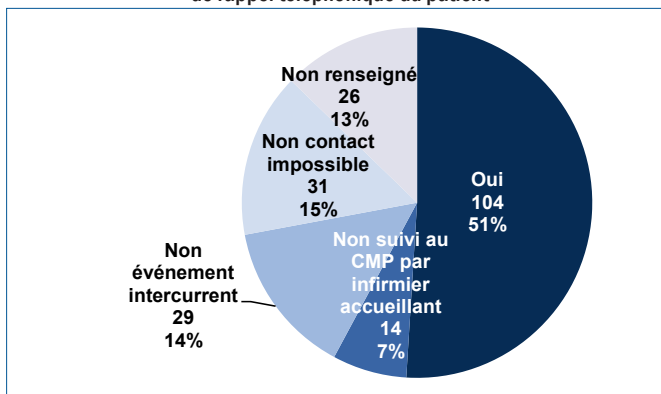
Concernant l'observance des orientations proposées ou organisées au moment de la prise en charge au sein du service des urgences, on constate notamment que (voir le tableau 47) :

- **Les propositions de rendez-vous** sont au final très fortement suivies d'effets pour les médecins traitants (83%). Par contre, elles ne sont suivies que dans un peu moins de la moitié des cas pour les propositions de rendez-vous avec un médecin psychiatre (45%) ou au CMP (42%).
- **L'organisation des rendez-vous** est par contre particulièrement suivie et efficace dans ces deux derniers cas ainsi qu'en direction du CSAPA (entre deux tiers environ et trois quarts des patients se rendent effectivement aux rendez-vous organisés selon l'orientation).

■ La perception de l'adaptation des orientations proposées

Globalement et comme l'indique le graphique 48, près des trois quarts des patients à qui a été proposé ou avec qui a été organisé un rendez-vous au cours de la prise en charge initiale estiment a posteriori que ces orientations étaient adaptées. En miroir, seulement un peu plus d'un patient sur dix (13%) l'estime au contraire inadaptée.

Graphique 46 : Répartition des patients selon la réalisation de la procédure de rappel téléphonique du patient



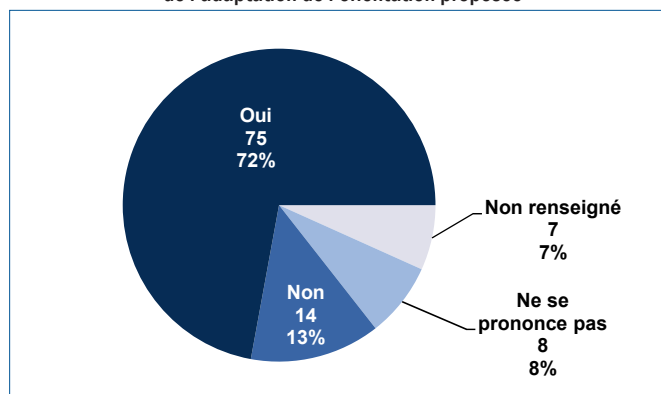
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences. Exploitation ORS Bretagne.

Tableau 47 : Répartition des patients selon les orientations proposées initialement et l'observance de ces propositions

Nombre de patients ayant été rappelé (n=104)		Orientations proposées		Observance du patient
		Effectifs	Effectifs	
Médecin traitant	RDV proposé	30	25	83%
	RDV organisé	4	1	25%
Médecin psychiatre	RDV proposé	11	5	45%
	RDV organisé	37	27	73%
CMP	RDV proposé	31	13	42%
	RDV organisé	31	23	74%
	Pas de RDV	42	8	19%
CSAPA	RDV proposé	2	0	0%
	RDV organisé	14	9	64%
Visite à domicile	RDV proposé	-	-	-
	RDV organisé	3	1	33%

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

Graphique 48 : Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation de l'orientation proposée



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

Au cours de l'étude initiale qui portait sur la période 2005-2007, une estimation du risque de récurrence avait pu être calculée, notamment liée au fait que les patients pris en charge avaient pu être observés sur une période temporelle suffisamment longue (trois années).

L'étude actuelle porte sur une période d'une année d'observation et s'avère insuffisamment longue pour procéder à cette approche, le temps maximum d'observation étant de 12 mois pour un patient ayant fait une tentative de suicide début janvier 2011.

Cette approche sera donc réalisée à l'avenir dès lors que les patients inclus dans la cohorte au fur et à mesure du temps écoulé auront une période d'observation suffisamment importante.

- **L'étude réalisée** avec une très bonne exhaustivité porte sur la population prise en charge pour tentative de suicide aux urgences des hôpitaux de Guingamp, Paimpol et Lannion entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011. **Elle concerne 440 patients pour 499 passages dans l'un des trois services.**
L'incidence annuelle 2011 (440 patients) apparaît de fait très proche de celle observée au cours de l'étude initiale portant sur la période 2005-2007 (445 patients en moyenne annuelle).
- **Le poids de la récurrence** (incluant les tentatives avant et celles observées au cours de la période d'étude) peut être estimé à minima à 54% des patients correspondant à 57% des passages enregistrés. On peut noter qu'au niveau des patients notamment, ce poids est supérieur à celui observé lors de l'étude initiale 2005-2007 (47% des patients). Des analyses ultérieures portant sur une période d'observation plus longue devront confirmer ou non cette évolution tendancielle.

■ Origine géographique des patients

- Les patients pris en charge proviennent très majoritairement des cantons d'implantation (ou de cantons proches) des structures hospitalières, **témoignant ainsi d'une prise en charge de proximité.**
- Près de huit prises en charge sur dix sont hospitalisées dans le secteur psychiatrique de résidence des patients pris en charge.
- **On observe une proportion de patients résidant dans l'espace urbain** plus importante que celle observée en population générale.

■ Contexte sociodémographique

- **Concernant le sexe et l'âge**, même si la population prise en charge est majoritairement féminine, elle est par contre comparable au niveau de la répartition par sexe à la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Par ailleurs, avec un âge moyen de 43 ans, la population prise en charge présente un profil plus jeune que celle des deux pays de résidence, notamment dans les tranches d'âge allant de 35 à 54 ans.
- **Concernant le contexte familial et résidentiel**, la population prise en charge est plus souvent célibataire, divorcée ou séparée que la population des ménages des deux pays de résidence. Par ailleurs, on note une surreprésentation des personnes vivant seules parmi les suicidants récidivistes. Enfin et en cohérence avec les observations faites en 2009-2007, l'existence d'une descendance ne protège pas de la récurrence.
- **Concernant le contexte socio-professionnel**, on observe dans la population prise en charge, une forte surreprésentation d'une part des chômeurs et des inactifs, notamment ceux en situation d'invalidité, ainsi que des employés, ouvriers et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise vis-à-vis de l'ensemble de la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. On peut aussi noter que, parmi les patients pris en charge, le phénomène de récurrence est plus fréquent notamment chez les chômeurs et les inactifs.
- **Concernant la précarité et l'accès aux soins**, on observe notamment dans la cohorte des suicidants, une proportion de bénéficiaires du RSA nettement plus élevée que celles existant aux niveaux départemental ou régional. Ce constat est dans une moindre mesure aussi observable vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU.

■ Contexte clinique et tentatives de suicide

Au niveau du contexte clinique périphérique à la tentative de suicide, on peut notamment remarquer :

- Une majorité de patients inclus dans la cohorte d'étude à des **antécédents de tentative de suicide** préalablement à l'année 2011.
- Malgré une forte proportion de données non connues, on peut faire l'hypothèse d'une proportion élevée de patients ayant des **antécédents familiaux** de tentative de suicide.
- **Le conflit conjugal** notamment mais aussi le conflit familial, représentent les contextes précipitants principaux auxquels sont associés les tentatives de suicide, et ce, chez les hommes comme chez les femmes.
- Une forte majorité de patients pris en charge est concernée par des **antécédents psychiatriques**, antécédents qui impactent eux-mêmes fortement sur le fait d'être ou non récidiviste.
- Plus de deux tiers des patients consomment des **traitements psychotropes** au moment des prises en charge, traitements qui sont eux-mêmes plus présents chez les patients récidivistes. Lors de la présence d'un traitement, l'association anti-dépresseur, anxiolytique et hypnotique est la plus fréquente.

Enfin, au niveau des tentatives de suicide elles-mêmes, les auto-intoxications médicamenteuses concernent plus de 8 patients sur 10, les modes plus agressifs (lésions auto-infligées) concernant plus fréquemment la population masculine. Par ailleurs, la présence d'alcoolisation est relevée dans plus de 4 prises en charge sur 10, cette association étant plus fréquente dans la population récidiviste que chez les primo-suicidants.

■ Les prises en charge réalisées

- **Au niveau de la provenance et de la prise en charge immédiate**, environ trois quarts des patients sont amenés aux urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, SAMU, SMUR). A l'issue de cette arrivée, la moitié des patient bénéficie d'une rencontre avec l'équipe psychiatrique dès sa prise en charge aux urgences et ce, plus fréquemment chez les patients récidivistes que chez les primo-suicidants.
- **Concernant la sortie des services d'urgence hospitaliers**, près de trois quarts des patients sont hospitalisés. Parmi ceux-ci, un peu moins d'un tiers est transféré au CHS de Bégard. Ces deux éléments (type de sortie, type d'hospitalisation), n'étant pas dépendant du fait d'être récidiviste ou primo-suicidant.
- **Si l'information au médecin traitant** via un appel téléphonique direct concerne un peu plus d'un tiers des patients (indépendamment du fait d'être ou non récidiviste), la moitié d'entre eux voit par contre leur médecin traitant être informé via l'envoi d'un compte-rendu d'hospitalisation. Au final, seulement 16% des patients bénéficient des deux modalités d'information et 11% des patients de la cohorte ne bénéficient en miroir d'aucune des deux.
- **Concernant l'orientation des patients**, la proposition ou l'organisation des rendez-vous post prise en charge concerne en tout premier lieu les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA). On peut aussi remarquer que si la proposition d'un rendez-vous concerne en second lieu à la fois les médecins traitants et les psychiatres, seuls ces derniers sont concernés par l'organisation même d'un rendez-vous. Par ailleurs et à l'exception des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec lesquels les rendez-vous sont proposés ou organisés plus souvent pour la population récidiviste, pour le reste des destinataires de l'orientation, le statut des patients vis-à-vis de la récurrence n'a pas d'impact sur le fait de proposer ou d'organiser un rendez-vous ultérieur.

■ Le suivi du patient

- **Un protocole de suivi** a été mis en place au sein des services d'urgence et est proposé aux patients volontaires. Il concerne à la fois des rappels auprès des médecins traitants et des rappels auprès du patient.
- **Le protocole de suivi a pu être proposé** à environ la moitié des patients pris en charge indépendamment de leur statut vis-à-vis de la récurrence.
- Parmi les patients à qui a pu être proposé ce protocole de suivi, **plus de 90% d'entre eux valident le principe d'un rappel** par l'équipe soignante et près de 70% le principe d'un rappel auprès du médecin traitant, témoignant ainsi d'une très bonne acceptabilité de la procédure proposée.
- **La perception de leur état de santé** est qualifiée par les patients concernés et au moment du rappel téléphonique de «bonne» par une forte majorité d'entre eux (59%). En miroir, elle n'est qualifiée de «mauvaise» que par 4% des patients.
- **L'observance des orientations proposées initialement** est particulièrement bonne pour les propositions de rendez-vous auprès du médecin traitant et pour l'organisation des rendez-vous auprès du médecin psychiatre ainsi qu'au sein des CMP ou des CSAPA.
- **La perception de la cohérence de l'adaptation des orientations proposées ou organisées initialement** est élevée puisqu'elle concerne environ trois quarts des patients concernés.



Conseil Régional de Bretagne

283, avenue du Général Patton - CS 21 101 - 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>