



• solidarité •

ÉTUDE DU PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE DANS LES PAYS DE GUINGAMP ET DU TRÉGOR-GOËLO

→ JUILLET 2009

En Bretagne, le suicide
n'est pas une fatalité

CONFÉRENCE DE CONSENSUS :
comprendre ensemble pour agir

Etude du phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor Goëlo :

- **La mortalité**
- **Les tentatives de suicide et les récidives prises en charge aux urgences des 3 secteurs psychiatriques de Lannion, Paimpol et Guingamp**

Travaux réalisés avec le soutien du Conseil Régional de Bretagne dans le cadre de la convention additionnelle au contrat de projets Etat - Région

Philippe CLAPPIER, Chef de projet
Léna PENNOGNON, Chargée d'études

Juillet 2009

Vertical line

Contexte général

L'étude dont le présent rapport rend compte et les deux approches qui le composent s'inscrivent dans le cadre des orientations prises par la conférence de consensus relative à la prévention du suicide en Bretagne.

Dans le cadre cette conférence, l'importance des inégalités infra-régionales devant le phénomène suicidaire a été soulignée. A ce titre, le comité de suivi de la conférence a souhaité mettre en place une expérimentation afin de mieux connaître les spécificités des territoires les plus concernés. Cette expérimentation étant guidée par un double objectif : aboutir à un diagnostic partagé et renforcer à terme les moyens de prévention.

Cette démarche a ainsi été proposée aux pays de Guingamp et du Trégor Goëlo.

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre du premier objectif de l'expérimentation : la réalisation du diagnostic partagé. Afin d'améliorer la connaissance du phénomène suicidaire sur les deux pays, il rend compte successivement de deux approches complémentaires :

- Une étude de la mortalité par suicide au sein des deux pays.
- Une étude relative à la morbidité à travers l'analyse des tentatives de suicide et de leurs récurrences prises en charge aux urgences des hôpitaux de trois secteurs psychiatriques qui recouvrent géographiquement les deux pays de façon proche.

Sommaire

	Pages
Etude de la mortalité par suicide dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo	7
Contexte	7
Objectifs	7
Source et limites des données utilisées	8
Rappel de la situation régionale	9
Contexte démographique des deux pays : la structure de la population	10
Mortalité selon les pays (cartographie générale)	12
Evolution de la mortalité au cours des 15 dernières années	13
Mortalité par sexe et âge	16
Modes de suicide selon le sexe et l'âge	18
Mortalité selon l'espace urbain et rural	21
Mortalité selon les PCS	24
Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge aux urgences dans 3 secteurs psychiatriques de Bretagne : Lannion, Guingamp et Paimpol	27
Remerciements	28
Contexte	29
Objectifs	29
Matériel et méthode	30
Estimation du nombre de passages aux urgences, du nombre de patients concernés et du poids de la récurrence	32
Principales caractéristiques des suicidants	35
Facteurs liés à la résidence et au secteur d'hospitalisation	
Facteurs familiaux	
Facteurs liés au statut résidentiel	
Facteurs liés à l'activité professionnelle ou scolaire	
Facteurs liés à la protection sociale	
Facteurs liés aux caractéristiques cliniques	
L'orientation des personnes incluses dans l'enquête	
Approche spécifique de l'incidence et du risque de récurrence	56

Synthèse générale	59
Etude sur la mortalité	61
Etude portant sur la prise en charge des tentatives de suicide dans les services d'urgence des hôpitaux de Lannion, Guingamp et Paimpol	62

Conclusion	65
-------------------	-----------

Annexes	69
----------------	-----------

Références bibliographiques	81
------------------------------------	-----------

Vertical line

Etude de la mortalité par suicide dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

Contexte

Dans un contexte régional de mortalité par suicide particulièrement élevée, les pays de Guingamp et du Trégor Goëlo font partie des pays de Bretagne repérés parmi ceux dans la situation la plus défavorable. Un approfondissement des connaissances liées à cette problématique et mené à l'échelle des deux pays sera susceptible d'aider à l'orientation des politiques de prévention qui pourront être mises en œuvre par la suite.

Objectifs

La présente analyse repose sur l'exploitation des données de mortalité par suicide à l'échelle des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.

Elle a pour objectif d'exploiter finement ces données afin d'observer leur évolution dans le temps et de tenter d'identifier des facteurs de risque liés à cette problématique.

Source et limites des données utilisées

Les données de mortalité utilisées sont issues de la statistique des causes médicales de décès produite annuellement par le CépiDc de l'INSERM. La dernière année disponible actuellement se réfère à l'année 2006. 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 raisons. Notamment :

- Une partie des décès peut se trouver incluse dans les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, 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 données de population sont issues de la publication INSEE « Projections démographiques – Trois scénarios pour la Bretagne et ses pays » - juin 2002, seules données démographiques disponibles par sexe et tranche d'âge quinquennales pour les pays de Bretagne¹ ayant permis le calcul des populations au milieu des périodes décennales prises en compte pour les calculs d'indicateurs comparatifs de mortalité (1997-2006). Les projections démographiques sont réalisées à partir du modèle Omphale qui s'appuie sur les résultats du recensement général de la population de mars 1999, sur les statistiques d'état-civil ainsi que sur des hypothèses paramétrables relatives à l'évolution des naissances, des décès et des soldes migratoires annuels. Trois scénarii ont été définis pour la Bretagne. Seules les données du scénario central sont utilisées ici pour calculer les indicateurs de mortalité.

¹ Au jour de la réalisation de l'étude, les données actualisées du nouveau recensement INSEE n'étaient pas encore parues.

Rappel de la situation régionale

Le suicide est une priorité régionale de santé constamment réaffirmée dans la région compte tenu du tribut que la Bretagne paye chaque année à ce phénomène qui lui confère le statut de région la plus touchée de France métropolitaine.

Avec un taux standardisé de 41,9 décès chez les hommes et de 14 décès chez les femmes pour 100 000 personnes sur la période 2003-2005, la Bretagne se situe en effet au premier rang régional en France et ce, pour les deux sexes.

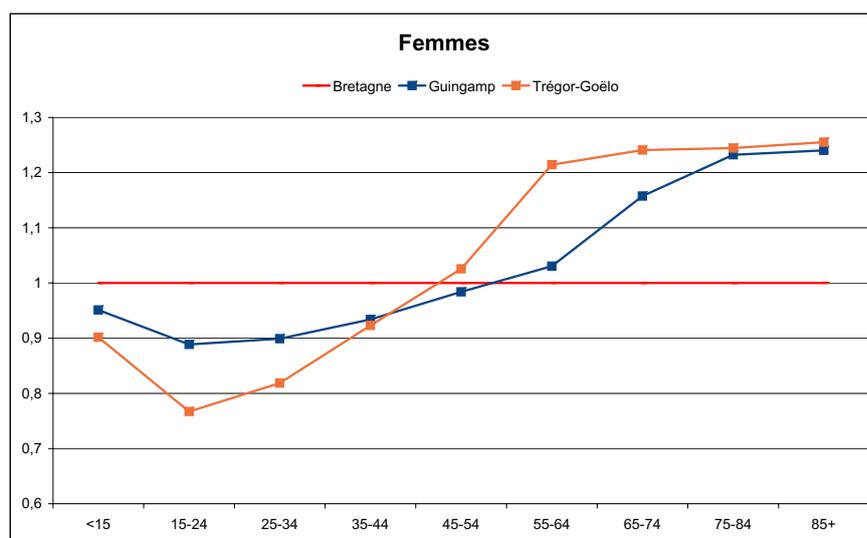
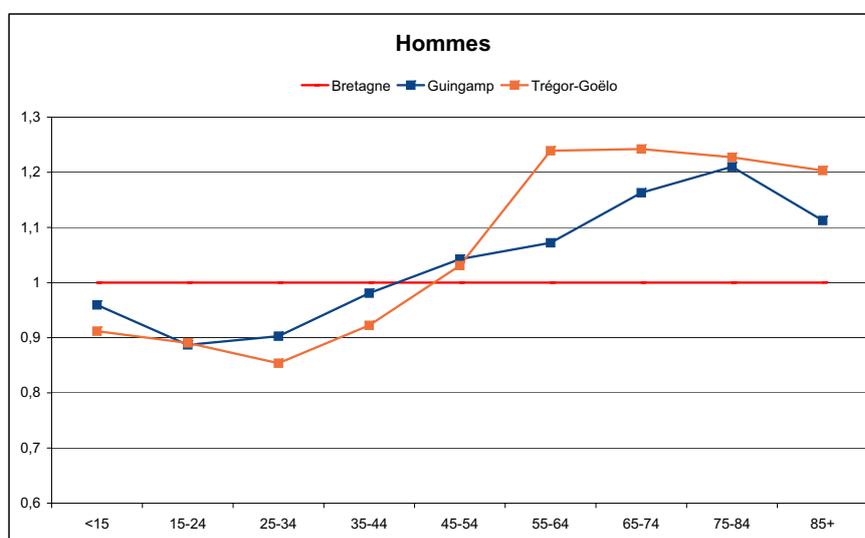
En 2006, 815 personnes se sont données la mort en Bretagne, ce qui représente, en moyenne plus de 2 suicides par jour.

Contexte démographique des deux pays : la structure de la population

Le pays de Guingamp compte 71 851 habitants (34 467 hommes et 37 835 femmes), soit 2,4% de la population régionale au 1^{er} janvier 2002².

Le pays du Trégor-Goëlo dénombre 113 555 habitants (54 660 hommes et 58 895 femmes), soit 3,8% de la population régionale au 1^{er} janvier 2002.

Indice de répartition de la population selon l'âge dans le pays de Guingamp et le pays de Trégor-Goëlo par rapport à la Bretagne au 01-01-2002



Source : INSEE Projections de population

² Population estimée à partir des projections de population au 1^{er} janvier 2000 et 2005. L'ensemble des chiffres de population présentés dans le document ont été calculés de façon identique.

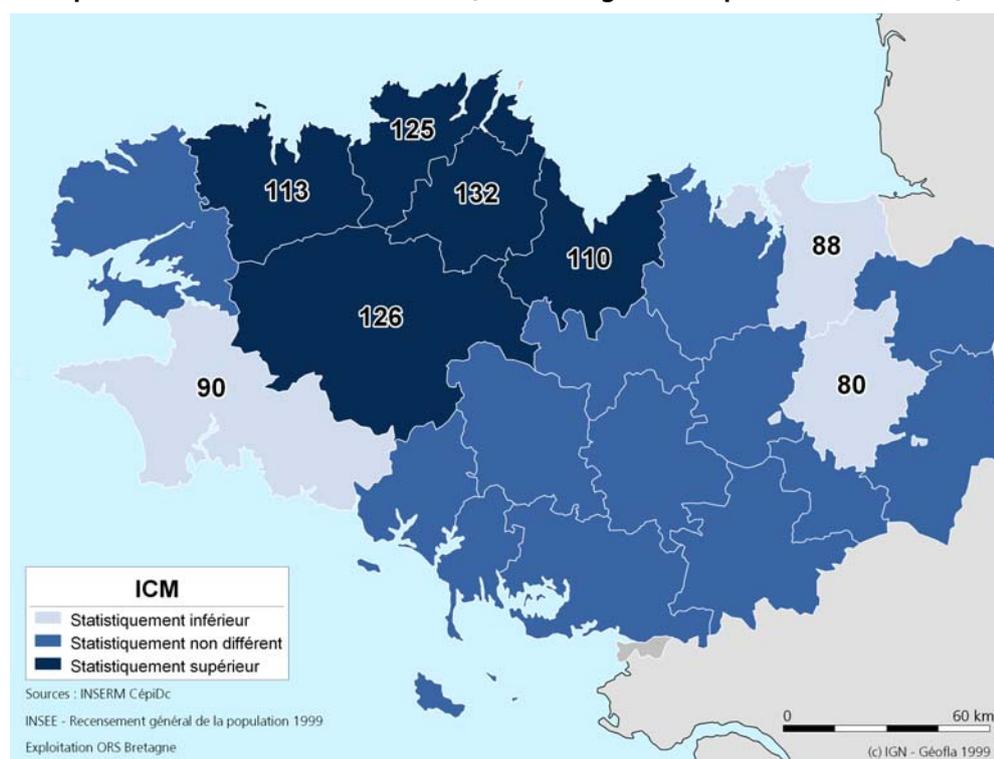
Dans le pays de Guingamp comme dans le pays du Trégor-Goëlo, la population est plus âgée que la moyenne bretonne.

La population masculine de 45 ans et plus est surreprésentée dans chaque pays par rapport à la Bretagne, cette surreprésentation s'accroît avec l'âge, elle est maximale entre 55-64 ans dans le pays du Trégor-Goëlo et entre 75 et 84 ans dans le pays de Guingamp.

Chez les femmes, c'est après 50 ans que la population des 2 pays est plus fortement représentée qu'en Bretagne. La surreprésentation de la population féminine s'accroît avec l'âge plus rapidement dans le pays du Trégor-Goëlo que dans celui de Guingamp. Ce dernier rejoint le niveau du pays du Trégor-Goëlo à partir de 75 ans, âge à partir duquel la surreprésentation féminine atteint son plus fort niveau dans les deux pays. Cf. Annexe 1.

Mortalité selon les pays (cartographie générale)

Indices comparatifs de mortalité par suicide selon les pays en Bretagne
pour les deux sexes confondus (ICM Bretagne=100, période 1997-2006)



Dans un contexte de mortalité par suicide particulièrement élevée en Bretagne, la situation apparaît favorable pour trois pays, le pays de Cornouaille à l'ouest et les pays de Saint-Malo et Rennes à l'est qui présentent une sous mortalité significative par rapport à la moyenne régionale.

Cependant, cinq pays, tous voisins, se démarquent défavorablement, affichant une surmortalité significative par rapport à la moyenne régionale. Ils se concentrent dans le quart nord-ouest de la région, du pays du Centre-Ouest-Bretagne vers le littoral nord touchant dans cette direction les pays de Morlaix, du Trégor-Goëlo, de Guingamp et Saint-Brieuc.

Les pays de Guingamp et du Trégor Goëlo choisis et observés dans le cadre de cette étude font partie, avec respectivement des indices supérieurs de 32% et de 25% à la moyenne bretonne (ICM respectifs de 132 et de 125), des trois pays bretons dans la situation la plus défavorable.

Évolution de la mortalité au cours des 15 dernières années³

Le tableau suivant présente les effectifs bruts de décès par suicide dénombrés depuis 1991 dans le pays de Guingamp et dans celui du Trégor-Goëlo selon le sexe.

Effectifs bruts de décès par suicide entre 1991 et 2006

Année	Pays de Guingamp			Pays du Trégor-Goëlo		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1991	16	11	27	34	14	48
1992	21	11	32	41	9	50
1993	28	12	40	35	10	45
1994	24	16	40	35	11	46
1995	24	5	29	20	18	38
1996	26	14	40	21	12	33
1997	23	9	32	52	13	65
1998	19	10	29	25	14	39
1999	19	7	26	31	14	45
2000	25	6	31	34	15	49
2001	20	6	26	25	11	36
2002	18	6	24	26	13	39
2003	28	6	34	33	12	45
2004	21	3	24	25	18	43
2005	25	6	31	36	13	49
2006	24	11	35	22	7	29

Source : INSERM CépiDc

Sur les 16 années prises en compte (1991-2006), 500 décès par suicide ont été recensés dans le pays de Guingamp et 699 dans le pays du Trégor-Goëlo.

En 2006, 35 décès par suicide (24 masculins et 11 féminins) ont été dénombrés dans le pays de Guingamp, soit 4,3% de la mortalité régionale par suicide (pour 2,4% de la population régionale en 2002) et 29 décès par suicide (22 masculins et 7 féminins) ont été recensés dans le pays du Trégor-Goëlo, soit 3,6% de la mortalité régionale (pour 3,8% de la population régionale en 2002). À noter que l'année 2006, présente un niveau record historiquement bas pour le pays du Trégor-Goëlo qui s'écarte fortement de la tendance chronologique observée les années précédentes où, à l'exception de 1996, le nombre de décès par suicide est systématiquement supérieur à celui du pays de Guingamp sur l'ensemble de la période 1991-2005.

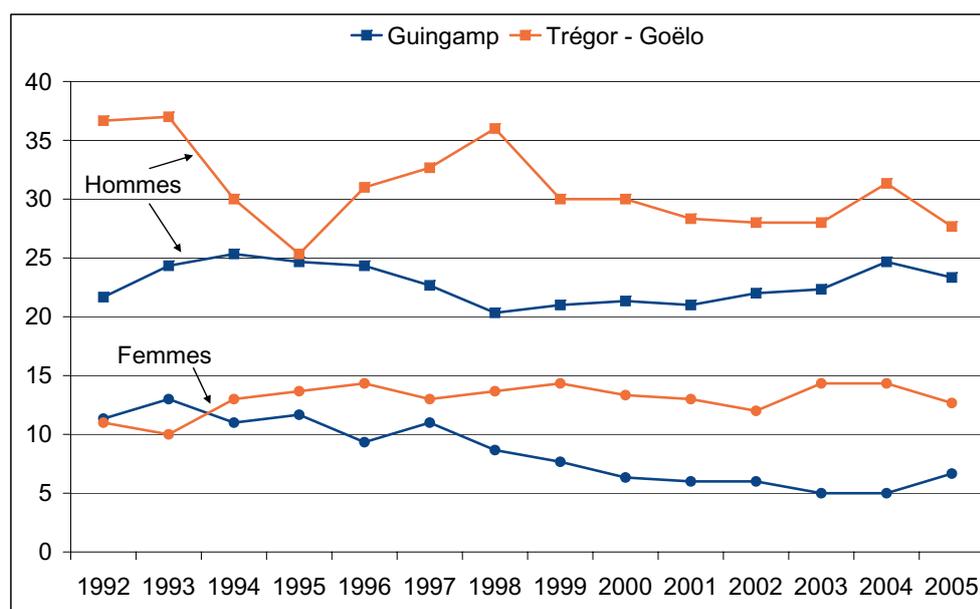
³ L'observation de l'évolution de la mortalité par suicide annuelle a été réalisée à partir de 1991, les années 1988, 1989 et 1990 présentant uniquement des effectifs cumulés.

Au niveau régional, l'évolution de la mortalité par suicide n'est pas linéaire dans le temps mais la tendance générale est à la baisse chez les hommes. Chez les femmes, le phénomène est plus saccadé, faisant se succéder périodes de hausse puis de baisse.

Comme le montre le graphique ci-après et à l'échelle des pays, les courbes d'évolution des effectifs de décès par suicide sont beaucoup plus irrégulières vraisemblablement du fait d'un effectif de population plus restreint et donc plus soumis à des aléas conjoncturels. Afin de limiter l'effet de la forte variabilité observée d'une année sur l'autre, la méthode des moyennes mobiles (sur 3 ans glissants) est appliquée pour lisser les courbes et tenter de dégager des tendances.

La figure suivante présente les résultats lissés sur 3 ans pour le pays de Guingamp et celui du Trégor-Goëlo.

Évolution des effectifs de décès par suicide selon le sexe (moyenne lissée sur 3 ans)



Source : INSERM CépiDc

Chez les hommes et dans le pays de Trégor-Goëlo, l'année 1999 marque une séparation entre deux phases, la première phase se caractérisant par une forte diminution des effectifs de décès jusqu'au milieu des années 90 puis un fort accroissement jusqu'en 1998, année au cours de laquelle le pays retrouve approximativement son niveau du début des années 90.

Dans le pays de Guingamp et au cours de la même période, le phénomène s'inverse : le nombre de décès par suicide augmente sensiblement jusqu'à la moitié des années 90, puis une baisse se dessine sur la deuxième moitié de la décennie.

À partir de 1999, l'évolution est beaucoup plus modérée. Si les courbes des deux pays varient toujours en sens inverse jusqu'en 2003 (tendance à la baisse dans le pays du Trégor-Goëlo et augmentation dans le pays de Guingamp), l'année 2004 marque un rebond avant une nouvelle baisse, variation observée dans les deux pays.

Chez les femmes, la courbe des effectifs de décès par suicide du pays du Trégor-Goëlo traduit une relative stabilité depuis le milieu des années 90, les effectifs oscillant autour de 13 décès, en revanche dans le pays de Guingamp, la courbe affiche une tendance à la baisse qui ne semble pas se confirmer à compter de 2005 où les effectifs repartent à la hausse. Cependant on peut noter que ces effectifs concernent peu de personnes.

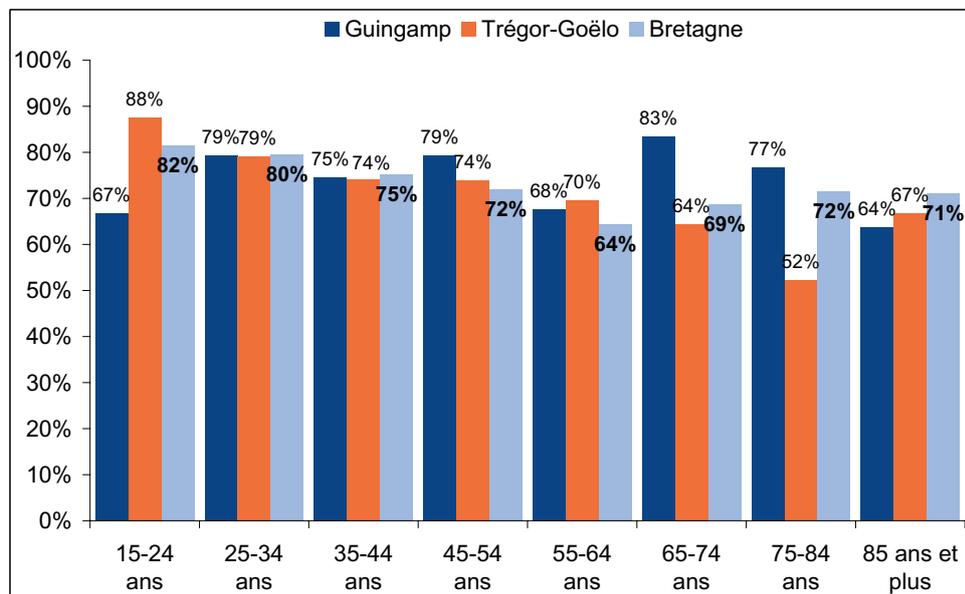
Au final, la période centrée autour de 2004 et 2005 semble à la baisse à l'exception des femmes du pays de Guingamp qui se distinguent par un retournement de tendance à la hausse.

Mortalité par sexe et âge

■ Une prédominance masculine, davantage marquée dans le pays de Guingamp

Au niveau régional, la prédominance des décès masculins s'observe à tous les âges avec un minimum de 64% chez les 55-64 ans et un maximum de 82% chez les 15-24 ans.

Part (en %) des décès masculins dans la mortalité par suicide selon l'âge (période 1997-2006)



Source : INSERM CépiDc

Globalement dans les deux pays et tous âges confondus, les décès par suicide sont à prédominance masculine, cette prépondérance étant plus marquée dans le pays de Guingamp que dans le pays du Trégor-Goëlo (respectivement 76% vs 70%).

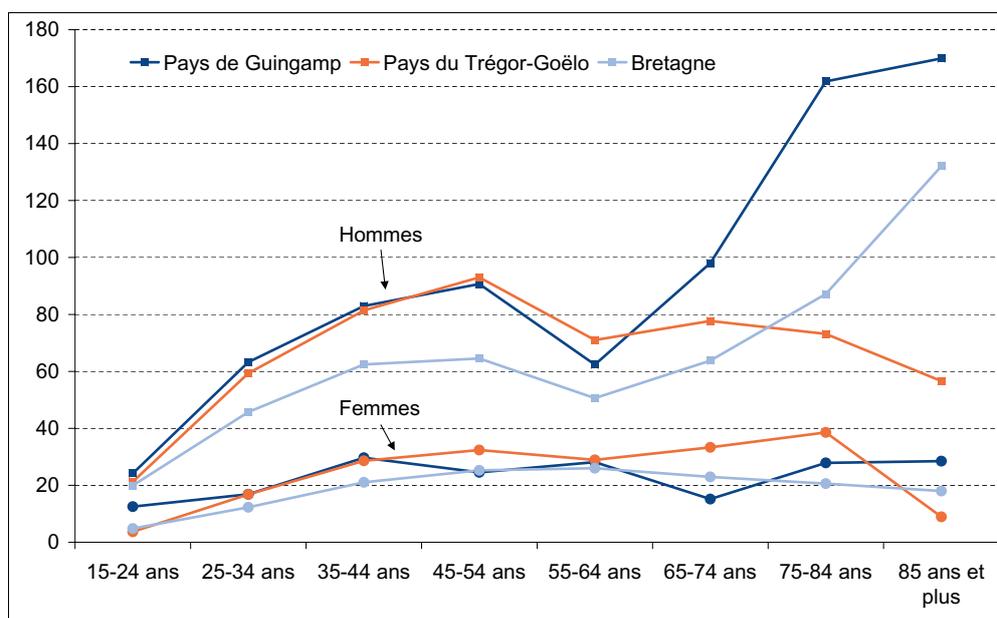
Si la prédominance masculine s'observe à tous les âges, son importance varie selon les tranches d'âge et présente un profil différent selon le pays. Dans le pays du Trégor-Goëlo qui se rapproche du profil régional, elle diminue à mesure que l'âge augmente jusqu'à 84 ans (où les décès masculins ne représentent plus que 52% de la totalité des décès par suicide) avant de croître à nouveau au-delà.

Dans le pays de Guingamp par contre, aucune tendance nette ne se dessine puisque d'une tranche d'âge à l'autre, son importance fluctue.

■ Comparativement, une sursuicidit  masculine qui s'observe à tous les âges

La sursuicidit  masculine se vérifie à tous les âges, les hommes étant en effet toujours plus susceptibles de se suicider que les femmes.

Taux de mortalité selon l'âge (période 1997-2006, unité : pour 100 000)



Source : INSERM CépiDc, INSEE Projections de population

Chez les hommes :

- Le pays de Guingamp affiche une situation de surmortalité à tous les âges vis-à-vis des taux bretons même si le profil des taux selon l'âge présente des ressemblances vis-à-vis du profil breton : dans le pays de Guingamp et à l'exception de la tranche d'âge des 55-64 ans, les taux de mortalité augmentent avec l'âge. Dans le pays, ils sont multipliés par 7 entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus.
- Dans le pays du Trégor-Goëlo par contre, si les taux de mortalité selon l'âge varient de la même façon que dans le pays de Guingamp jusqu'à 55-64 ans, ils présentent ensuite une spécificité marquée avec une stagnation voir une décroissance des taux au fur et à mesure de l'avancée en âge, tendance opposée à celles observées dans la région et dans le pays de Guingamp.

Chez les femmes :

- Globalement au niveau régional comme dans les deux pays, les taux féminins sont plus homogènes et proches d'une catégorie d'âge à l'autre.
- Si au niveau régional les taux augmentent en tendance jusqu'à 64 ans pour décroître doucement ensuite, les courbes dans les pays sont plus irrégulières et sont vraisemblablement sensibles à la faiblesse de ses effectifs.

Modes de suicide selon le sexe et l'âge⁴

■ La pendaison : le mode de suicide le plus répandu, particulièrement chez les hommes

Par souci de respect de l'homogénéité du codage, les modes de suicide seront étudiés à partir de l'année 2000, date de mise en application de la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision pour la codification des causes médicales de décès.

Globalement, au niveau régional, plus de 8 décès par suicide sur 10 résultent d'une lésion auto-infligée. Ce mode de suicide est beaucoup plus souvent rencontré chez les hommes que chez les femmes (89% vs 72%). Par répercussion, les auto-intoxications se rencontrent plus fréquemment chez les femmes (28% vs 11%).

Parmi les lésions auto-infligées, la pendaison est le mode dominant (plus de 50% de l'ensemble des décès), encore plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes (58% vs 33%). Cependant, les autres modes utilisés diffèrent aussi selon le sexe. En effet, les femmes délaissent les armes à feu contrairement aux hommes pour lesquels ce mode arrive en deuxième position (12% vs 1% pour les femmes), second rang occupé pour les femmes par les noyades et submersions (18% vs 6% chez les hommes). Cf. Annexe 2.

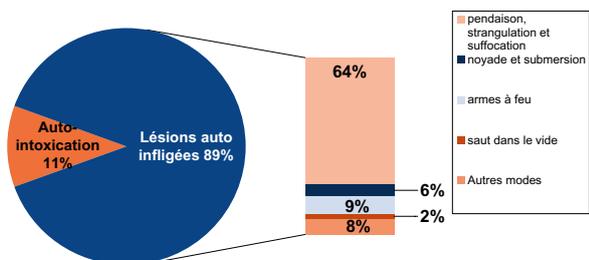
Le pays de Guingamp et le pays du Trégor-Goëlo présentent des disparités entre eux mais aussi vis-à-vis de la moyenne bretonne. Ainsi, par rapport à la région, ils se caractérisent notamment tous deux par un recours à la pendaison plus fréquent (respectivement 64% et 59% de l'ensemble des suicide contre 52% en Bretagne), cet écart étant plus fortement marqué chez les hommes dans le pays de Guingamp (+12% par rapport à la Bretagne) et chez les femmes dans le Pays du Trégor-Goëlo (+ 13% par rapport à la Bretagne).

Concernant les autres modes de suicide, les écarts supérieurs ou égal à 5% vis-à-vis des chiffres de mortalité bretons concernent les auto-intoxications chez les hommes dans le pays de Guingamp (- 5%) et chez les femmes dans le pays du Trégor (- 6%) ainsi que les sauts dans le vide moins fréquemment présents dans la population féminine de ce pays (- 7%).

⁴ Le tableau des effectifs selon le mode de suicide est joint en annexe 2.

Répartition (en %) des décès par suicide selon le mode pour les deux sexes (période 2000-2006)

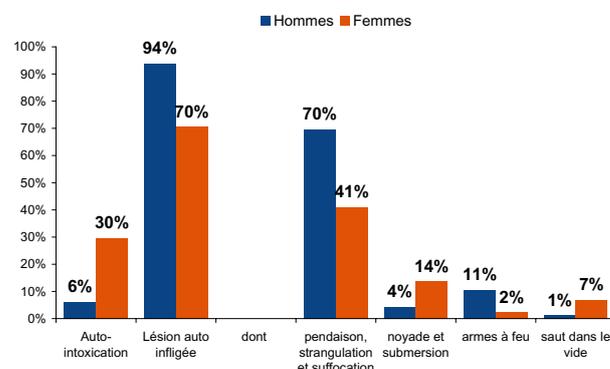
Pays de Guingamp



Source : INSERM CépiDc

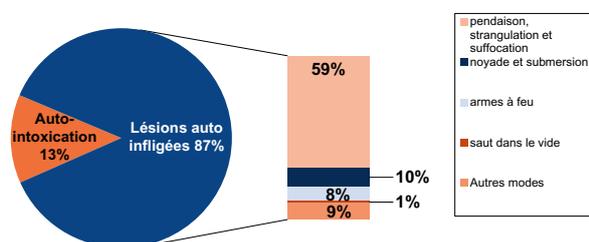
Répartition par sexe (en %) des décès par suicide selon le mode (période 2000-2006)

Pays de Guingamp



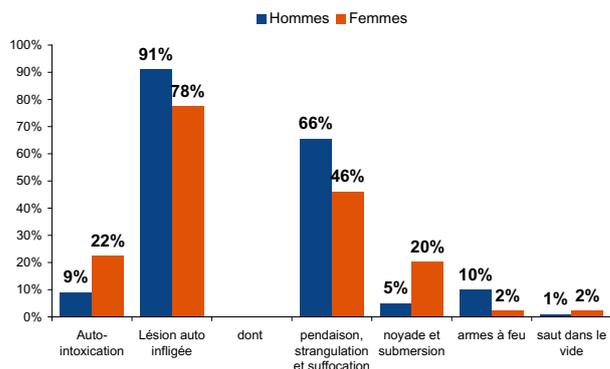
Source : INSERM CépiDc

Pays du Trégor-Goëlo



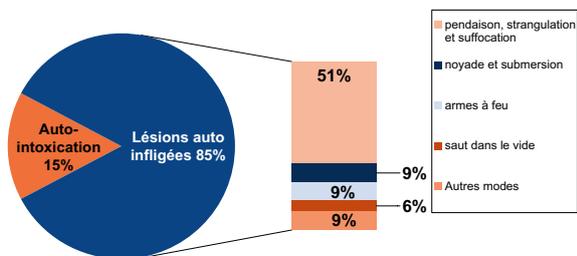
Source : INSERM CépiDc

Pays du Trégor-Goëlo



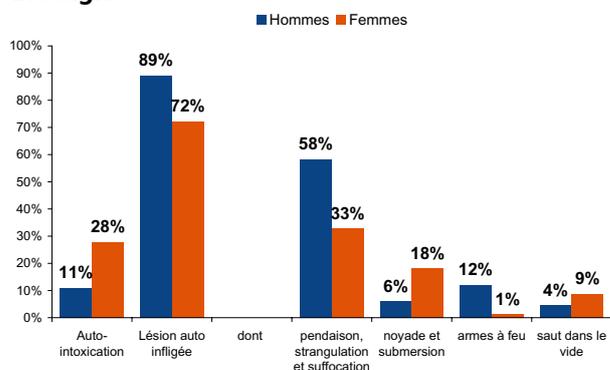
Source : INSERM CépiDc

Bretagne



Source : INSERM CépiDc

Bretagne

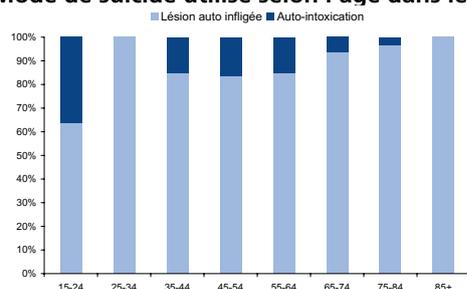


Source : INSERM CépiDc

■ Une nette prédominance des lésions auto-infligées à tous les âges

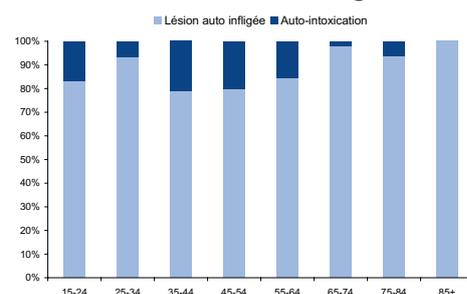
Les moyens les plus létaux sont très largement majoritaires à tous les âges⁵.

Mode de suicide utilisé selon l'âge dans le pays de Guingamp (période 2000-2006)



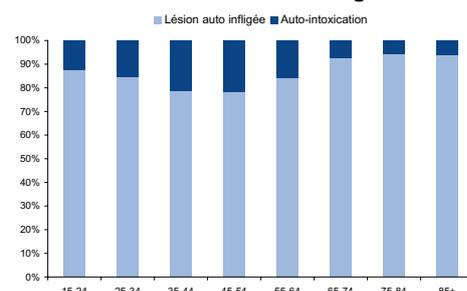
Source : INSERM CépiDc

Mode de suicide utilisé selon l'âge dans le pays du Trégor-Goëlo (période 2000-2006)



Source : INSERM CépiDc

Mode de suicide utilisé selon l'âge en Bretagne (période 2000-2006)



Source : INSERM CépiDc

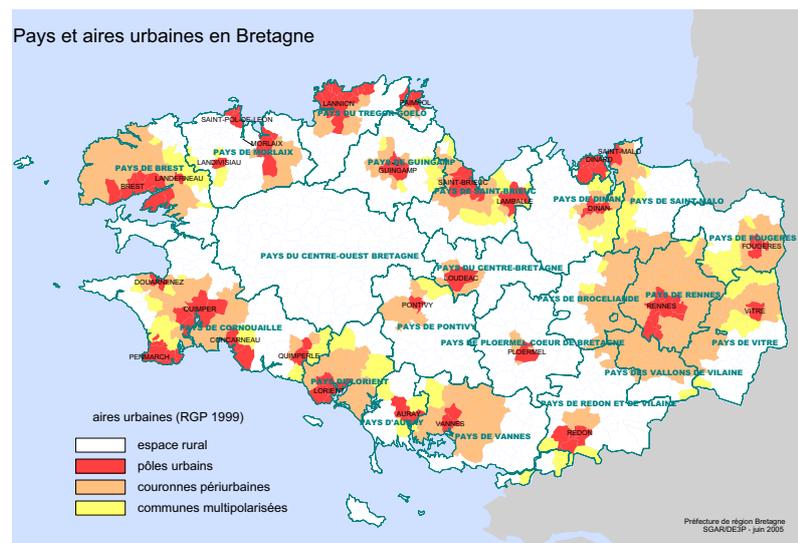
Au niveau régional, le mode utilisé varie selon les tranches d'âge : la part des lésions auto-infligées diminue jusqu'à 54 ans avant de repartir à la hausse jusqu'à 85 ans et plus. Au niveau des pays et mis à part pour les 15-24 ans dans le pays de Guingamp, la part des lésions auto-infligées est toujours voisine ou supérieure à 80% de l'ensemble des modes de suicide.

⁵ Sur la période 2000-2006, 13 décès par suicide sont survenus chez des personnes âgées de moins de 15 ans en Bretagne, étant donnée la faiblesse des effectifs pour cette tranche d'âge, la répartition selon le mode de suicide n'est pas représentée.

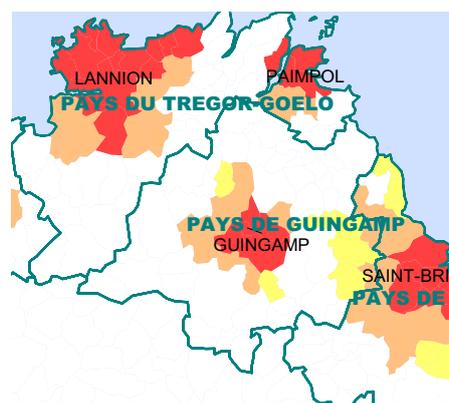
Mortalité selon l'espace urbain et rural

■ Présentation des pays selon le zonage en aires urbaines et rurales

Le zonage en aires urbaines et rurales de l'espace breton a été défini par l'INSEE en 1999.



Zoom sur le pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo



En Bretagne, en 1999, 71,5% de la population habitaient l'espace à dominante urbaine contre 82% de la population française.

Le pays de Guingamp apparaît comme un pays essentiellement rural puisque plus de la moitié de la population (56,5%) habitaient dans l'espace à dominante rurale en 1999 (vs 28,5% pour l'ensemble de la région).

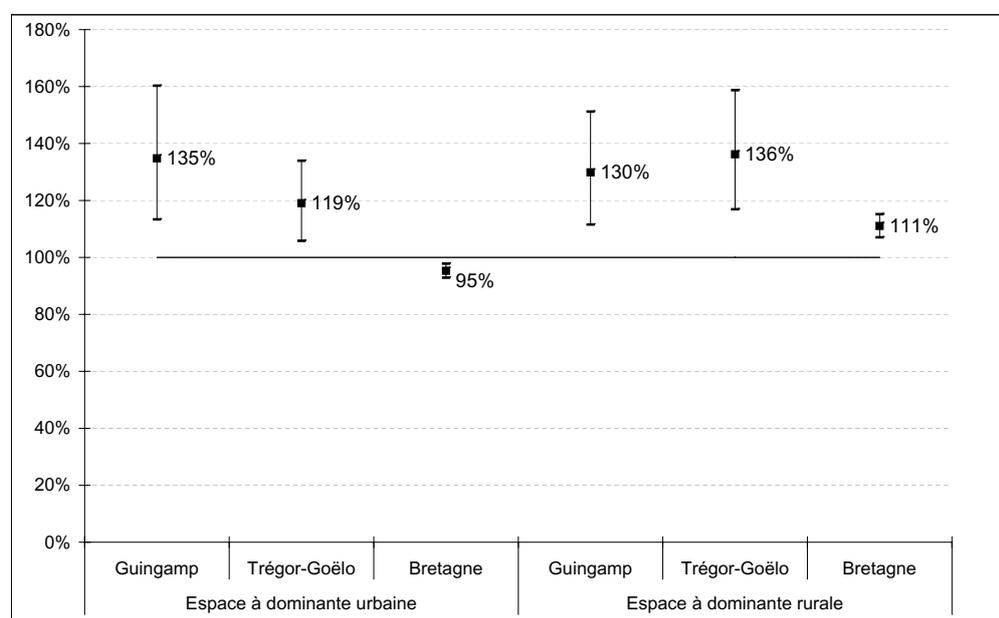
Le pays du Trégor-Goëlo, tourné vers la mer avec ses 180 kilomètres de côtes, concentre les zones urbaines sur le littoral où, en 1999, les deux tiers de la population résidaient.

■ En Bretagne, une surmortalité dans l'espace rural

A l'échelle de la région et comme le montre le graphique ci-dessous, l'hypothèse d'une surmortalité par suicide dans l'espace rural et d'une sous-mortalité dans l'espace urbain se confirme.

En effet, de façon statistiquement significative et comparativement, la mortalité rurale par suicide est de 11% supérieure (ICM = 111) à la mortalité par suicide bretonne tandis que la mortalité urbaine est de 5% inférieure (ICM=95).

Indice Comparatif de Mortalité par Suicide. Période 1997-2006 pour les 2 sexes (référence structure bretonne de mortalité par suicide = 100 tous espaces confondus)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE RGP 1999

Au niveau des pays, que ce soit en espace rural ou urbain, la mortalité est toujours en excès vis-à-vis de l'ensemble régional.

Dans ce contexte de surmortalité quel que soit l'espace, les deux pays présentent des tendances sensiblement différentes ⁶ :

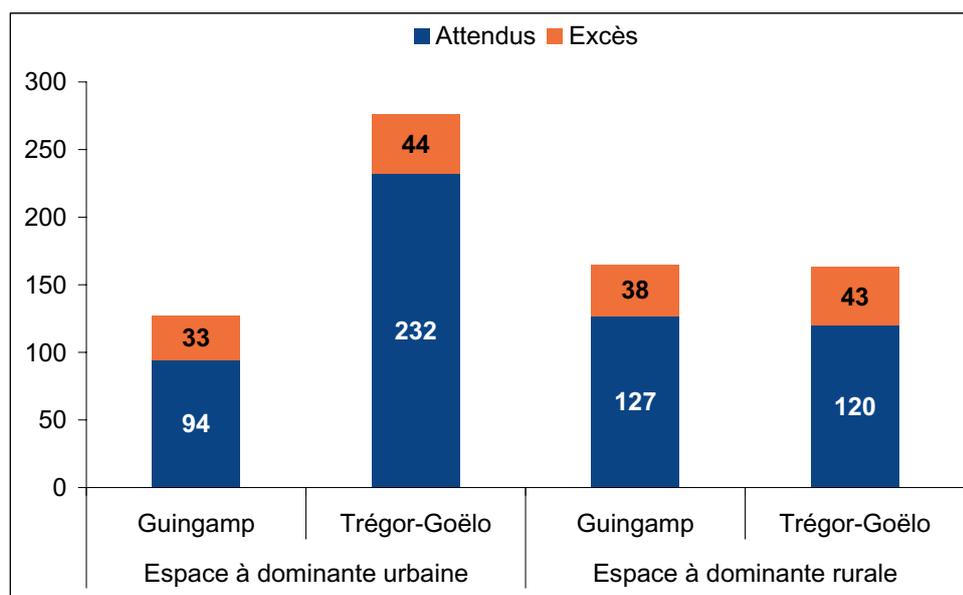
- La surmortalité urbaine du pays de Guingamp semble contribuer plus à l'ensemble de la surmortalité du pays (+ 35% : ICM = 135).
- Concernant le pays du Trégor-Goëlo, c'est au contraire la surmortalité rurale qui semble devenir plus contributive (+ 36% : ICM = 136).

Au final, si les espaces rural et urbain des 2 pays sont en situation de surmortalité vis-à-vis de la Bretagne, au sein de chaque pays et au-delà des tendances observées ci-dessus, la mortalité par suicide de l'espace rural ou urbain ne diffère pas significativement de celle de l'ensemble du pays.

⁶ Ces tendances ont aussi été vérifiées en comparant la mortalité des espaces rural et urbain des 2 pays respectivement à l'espace rural et urbain breton.

Enfin, on peut estimer, à partir du graphique précédent « l'excédant » du nombre de décès pour les 2 pays en espace urbain et rural vis-à-vis de l'ensemble de la mortalité par suicide bretonne.

Effectifs cumulés des décès en excès par suicide dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo vis-à-vis de la mortalité en Bretagne. Période 1997-2006



Sources : INSERM CépiDc, INSEE RGP 1999

Les effectifs cumulés de décès sur la période montrent que vis-à-vis de la Bretagne :

- En espace urbain, 44 décès peuvent être considérés comme en excédant dans le pays du Trégor-Goëlo (rapport de 19% : 44/232) pour 33 décès dans le pays de Guingamp (rapport de 35% : 33/94) soit en moyenne annuelle respectivement un peu plus de 4 personnes et de 3 personnes décédées.
- En espace rural, 43 décès peuvent être considérés comme en excédant dans le pays du Trégor-Goëlo (rapport de 36% : 43/120) pour 38 décès dans le pays de Guingamp (rapport de 30% : 38/127) soit en moyenne annuelle environ 4 décédées dans les 2 pays.

Mortalité selon les PCS

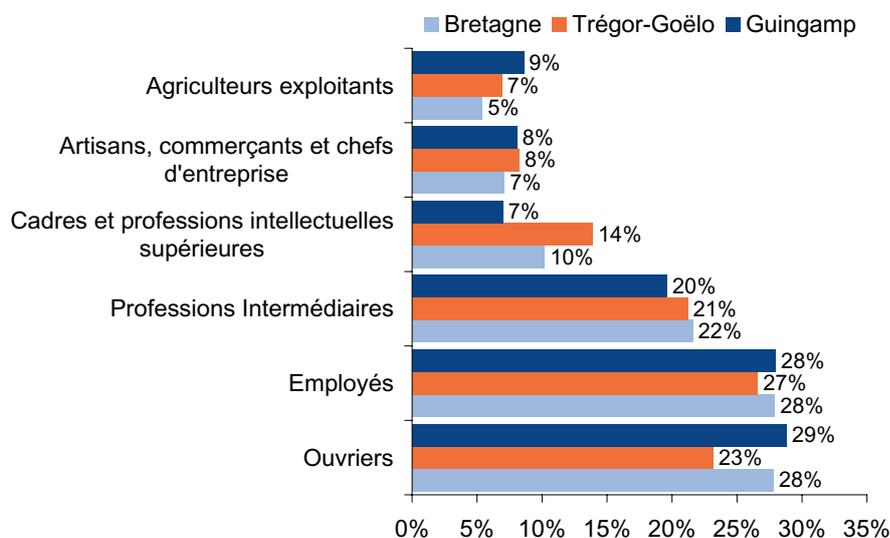
La nomenclature utilisée pour le codage des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) dans la statistique des causes médicales de décès ayant été modifiée en 1998, les données présentées ci-après se référeront à la période 1998-2006. Par ailleurs, il est recommandé pour l'utilisation de ces données de ne travailler que sur la population des 25-54 ans.

La nomenclature en 6 postes de l'INSEE est utilisée pour l'étude suivante.

■ Contexte socio-économique : la structure de la population selon les catégories socioprofessionnelles

Le graphique suivant présente la structure de la population active ayant un emploi selon la nomenclature des catégories socioprofessionnelles en 6 postes dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo et pour la région en 1999 (dernières données disponibles).

Structure de la population active ayant un emploi (Hommes + Femmes) âgées de 15 à 59 ans en 1999



Source : INSEE RGP 1999

Globalement, la structure socioprofessionnelle des deux pays est relativement proche de celle de la région. Malgré tout quelques différences peuvent être observées.

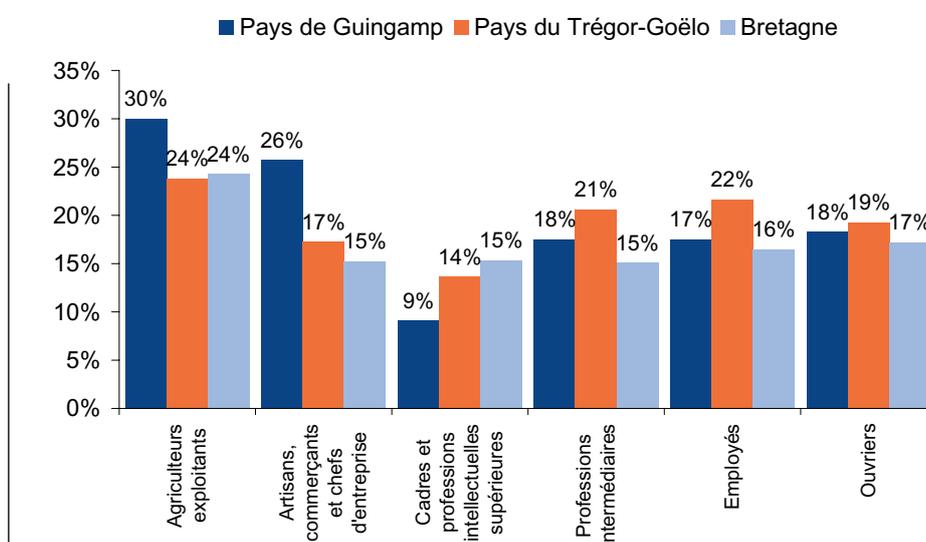
Par rapport à la région, le pays de Guingamp fait apparaître une proportion plus importante d'agriculteurs exploitants (+4%) et une proportion moins élevée de cadres et professions intellectuelles supérieures (-3%). Le pays du Trégor-Goëlo se distingue quant à lui principalement par une proportion plus importante d'emplois de cadres et de professions intellectuelles supérieures (+4%) et une proportion d'ouvriers moins élevée (-5%).

Note : seuls ont été pris en compte les écarts supérieurs à 2%.

■ Des écarts non concluants selon les PCS

Le graphique suivant représente la part de la mortalité par suicide dans la mortalité générale selon les catégories socioprofessionnelles.

Part des décès par suicide dans la mortalité générale selon les catégories socioprofessionnelles chez les 25-54 ans



Source : INSEE RGP 1999

Aucune différence statistiquement significative n'est relevée selon la PCS entre :

- Les 2 pays pris ensemble et la Bretagne
- Les pays entre eux
- Entre chaque pays et la région,

Et ce malgré le fait que les graphiques laissent apparaître des disparités selon les niveaux géographiques observés⁷.

⁷ Les tests statistiques du Chi deux et celui de Fisher ne sont pas interprétables concernant la PCS des cadres et professions intellectuelles supérieures entre le pays de Guingamp et la région Bretagne.

Vertical line

Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge aux urgences dans 3 secteurs psychiatriques de Bretagne : Lannion, Guingamp et Paimpol

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement la Fondation Bon Sauveur à Bégard et en particulier Monsieur COQUELIN, Cadre de santé et animateur de la cellule suicidant ainsi que Monsieur le Docteur BERNARD, médecin psychiatre responsable de la même cellule qui ont organisé et mis en oeuvre le recueil de données de 2005 à 2007 au sein des urgences des hôpitaux de Lannion, Paimpol et Guingamp, permettant ainsi à l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne d'exploiter ces données dans le cadre du volet «Etude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge aux urgences des trois secteurs psychiatriques de Lannion, Paimpol et Guingamp».

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

Contexte

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, il n'existe pas de recensements des tentatives de suicide. Toutefois, la Fondation Bon Sauveur située à Bégard (Côtes d'Armor) a pris l'initiative d'une expérience innovante de dénombrement et de description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge aux services d'urgence de trois centres hospitaliers généraux situés dans les secteurs psychiatriques dont elle est l'établissement de rattachement (secteur 22G01 situé autour de Lannion, secteur 22G02 situé autour de Guingamp et secteur 22G03 situé autour de Paimpol)⁸.

Cette expérience s'est déroulée pendant 3 années, du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007.

La tentative de suicide étant un facteur de risque de suicide réussi, cette étude permettra de palier le manque d'informations et d'améliorer la connaissance du processus suicidaire (tentatives et récidives) afin d'aider les politiques de prévention par une meilleure identification de la crise suicidaire et de sa prise en charge.

Objectifs

La présente analyse repose sur le recueil des tentatives de suicide prises en charge aux urgences des centres hospitaliers de Paimpol, Lannion et Guingamp. Ce recueil ayant été mis en place et financé par la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

L'analyse qui a été réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, en collaboration avec le responsable du recueil, a pour objectifs de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgence de ces trois établissements de santé, d'étudier leurs profils en portant une attention particulière au phénomène de la récidive.

⁸ 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-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.

Matériel et Méthode

■ 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 intoxication témoins de l'intention de vouloir mettre fin à sa vie au sein des services d'urgence des centres hospitaliers de Paimpol, Lannion et Guingamp. Passages identifiés et validés par le médecin urgentiste avec relai en direction de l'équipe psychiatrique.

Le cas spécifique de l'inclusion des patients entrés pour intoxication par alcool et exposition à l'alcool (code CIM10 = X65) étant conditionnée par la déclaration par la personne concernée de l'intention de la tentative de suicide.

Les comas consécutifs à l'acte et transférés en service de réanimation au centre hospitalier de Saint-Brieuc ont été inclus à posteriori, à l'issue de leur retour dans l'un des trois centres hospitaliers de prise en charge post-réanimation participant au recueil.

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 2005 au 31 décembre 2007.

Remarque méthodologique : Étant donné la charge de travail conséquente que représente un tel recueil, la procédure de recueil a été allégée en 2007. Ainsi et pour cette année, le descriptif précis de la tentative de suicide n'a été renseigné pour un même patient qu'une seule fois lors du premier passage pour tentative aux services des urgences de l'un des trois centres hospitaliers. Les éventuelles récides au cours de l'année 2007 n'ont été prises en compte que numériquement mais sans descriptif contrairement aux tentatives enregistrées au cours des années 2005 et 2006.

Par ailleurs et au cours de l'année 2007, les règles d'éligibilité sont restées identiques à celles adoptées en 2005 et 2006.

■ Exhaustivité du recueil

Le responsable du recueil au sein des trois centres hospitaliers participants a estimé l'exhaustivité du recueil :

- A 100% pour le centre hospitalier de Paimpol sur la totalité de la période de recueil,
- Entre 85% et 90% pour le centre hospitalier de Lannion sur la totalité de la période de recueil,
- Pour le centre hospitalier de Guingamp, à environ 90% la première et la seconde année, pour ensuite approcher 95% au cours de l'année 2007.

L'écart avec l'exhaustivité pour les centres hospitaliers de Lannion et de Guingamp concerne notamment une partie des arrivées de nuit au regard du manque de disponibilité du personnel sur ce moment spécifique ainsi que 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 la chronologie et les modalités du geste suicidaire ainsi que l'orientation du patient. Ce recueil ayant été effectué à partir du dossier médical de la personne.

■ Anonymisation et chaînage des séjours

La procédure de chaînage des séjours et d'anonymisation des données a été réalisée en collaboration entre l'ORS et la personne en charge du recueil pour la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

Les données ont été collectées annuellement sur la base d'une fiche de recueil standardisée. Un fichier a été établi chaque année sur la base d'un enregistrement individuel par séjour. Les 3 fichiers correspondant aux 3 années de recueil ont été fusionnés puis triés, de façon à rassembler les séjours d'un même individu, d'éliminer les doublons et repérer les tentatives successives d'un même individu.

Après un important travail de vérification, de contrôle et de tri, un code spécifique unique appelé « numéro anonyme », a été affecté à chaque individu permettant de constituer au final une base de données complètement anonymisée. C'est ce code spécifique patient qui donne la possibilité d'un chaînage des tentatives successives d'une même personne permettant, au-delà d'une approche « séjours », une approche patients, trajectoires et récidives.

Estimation du nombre de passages aux urgences, du nombre de patients concernés et du poids de la récurrence⁹

La base de données anonymisées correspondant au recueil effectué entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2007 dans les 3 centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 1664 passages aux urgences pour tentative de suicide (dont seulement 1626 sont décrits du fait de la seule description du premier passage pour l'année 2007) correspondant à 1336 patients.

À partir de cette base de données dite « passage », une base de données dite « patient » est établie, elle est constituée de 1336 enregistrements correspondant aux 1336 patients identifiés grâce à leur code spécifique (numéro anonyme) permettant le chaînage des tentatives successives d'une même personne.

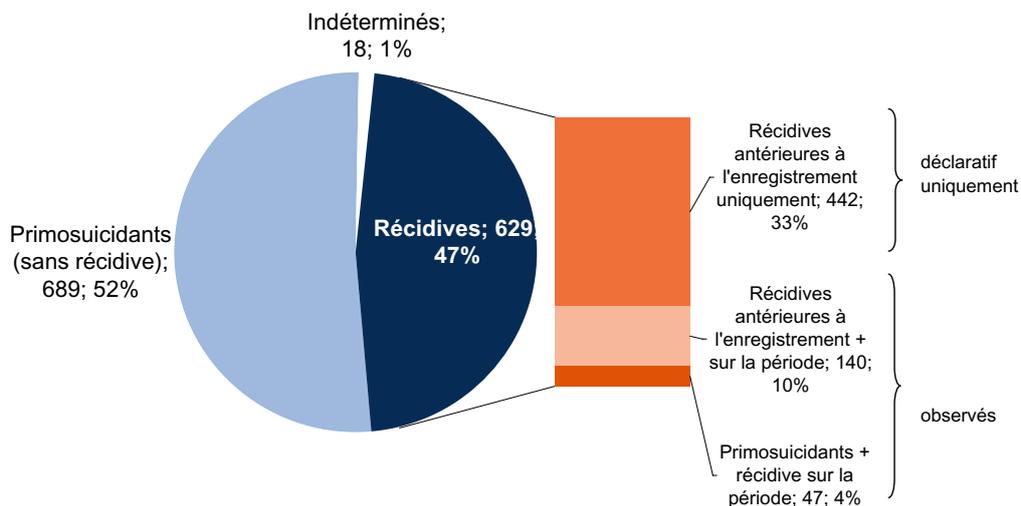
Notre population peut se scinder en 3 groupes :

- 1) Primo suicidants à l'entrée dans la base : 736 individus
 - Ceux qui ne récidivent pas sur la période : 689 patients
 - Ceux qui récidivent sur la période : 47 patients correspondant à 112 passages
- 2) Récidivistes antérieurs à l'enregistrement dans la base : 582 individus
 - Sans récurrence enregistrée sur la période : 442 patients
 - Avec récurrence enregistrée sur la période : 140 patients correspondant à 363 passages
- 3) Indéterminés dans la base : 18 patients correspondant à 20 passages (dont un patient qui peut être classé parmi les récidivistes puisqu'il a connu plusieurs enregistrements sur la période bien que nous ne connaissions pas son statut antérieurement à son premier enregistrement dans la base)

Le graphique page suivante illustre les différentes situations rencontrées au sein de la population sur la base des 1336 patients.

⁹ Compte tenu du fait qu'à partir de 5 tentatives de suicides pour un même individu, les suivantes ne sont plus comptabilisées précisément, il n'est pas possible de déterminer le nombre total de récurrence sur la période. De fait le nombre précis ou moyen de récurrences ne peut être calculé.

Répartition des patients selon leur statut par rapport à la récurrence



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Près d'1 suicidant sur 2 est un récidiviste

Près de la moitié des suicidants¹⁰ (47%) ont tenté plusieurs fois à leur vie avant le recueil ou au cours de celui-ci.

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

- **56% (917 / 1 626) des passages et,**
- **47% (629 / 1 336) des patients.**

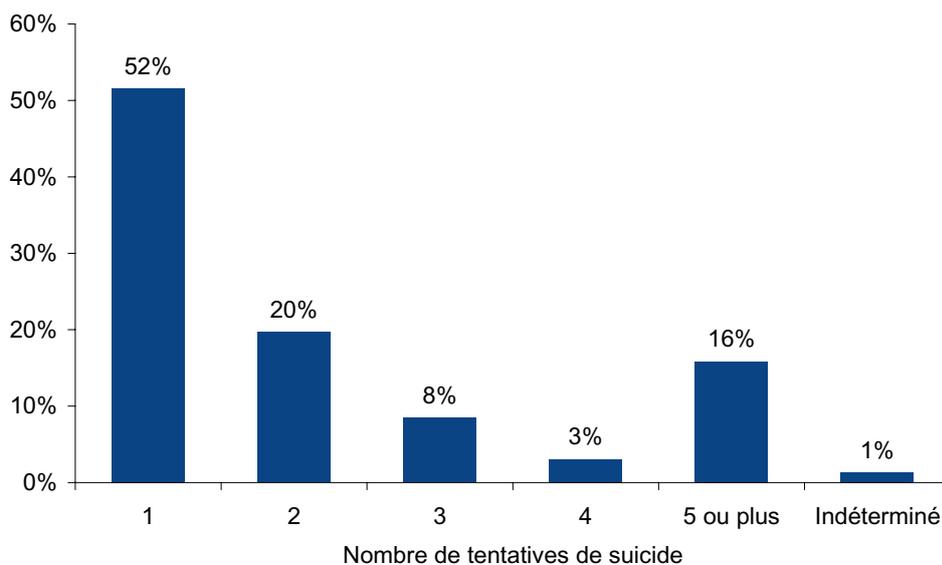
On peut par ailleurs remarquer que parmi la population des suicidants récidivistes (avant ou pendant la période de recueil : n = 629) :

- 92 % (n = 582 : 442 + 140) ont déjà commis une tentative de suicide avant la période de recueil,
- 30 % (n = 187 : 140 + 47) ont commis des tentatives et récurrences au cours de la période de recueil,
- 8 % (n = 47) n'ont commis de récurrences qu'au cours de la période de recueil.

¹⁰ Le terme de suicidants sera utilisé dans toute la suite du document pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

La répartition du nombre de récurrences s'établit comme suit :

Répartition des patients selon le nombre de récurrences



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

On remarque que parmi les récidivistes (avant et au cours de la période), plus de la moitié n'ont fait qu'une récurrence, près d'un individu sur 7 (16 %) ayant mis en place 5 tentatives ou plus.

Au final, le poids de la récurrence estimée au cours de ce recueil est cohérent avec d'autres résultats retrouvés dans la littérature :

- Dans l'enquête « Les tentatives de suicide en Bretagne » réalisée au cours de l'année 1990 au sein des services d'urgence des hôpitaux publics bretons, 52% des personnes admises aux urgences des hôpitaux publics bretons étaient des récidivistes. L'événement pris en compte dans cette enquête étant le passage.
- Dans l'enquête auprès des patients vus au centre hospitalier de Dreux en 2000 pour tentative de suicide, 44% des patients sont récidivistes. L'événement pris en compte dans cette enquête étant l'individu.

Dans la suite du document et dans un premier temps, les principales caractéristiques des patients seront étudiées. Dans un second temps, une approche spécifique des tentatives de suicide par le calcul des taux d'incidence et l'estimation d'un taux de récurrence du geste suicidaire sera réalisé.

Principales caractéristiques des suicidants¹¹

Dans ce chapitre, c'est une approche patient qui sera abordée. Seules les données renseignées lors du premier enregistrement (tentative de suicide) vont être explorées. L'analyse des caractéristiques des passages, complémentaire à celle des patients, est jointe en annexe 3.

Par ailleurs seront comparées les populations non récidivistes 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 18 patients pour lesquels le statut vis-à-vis de la récurrence est inconnu ont été systématiquement exclus.

Le choix d'inclure au sein de la population des récidivistes les personnes ayant déclaré avoir effectué une tentative de suicide avant l'inclusion dans l'enquête mais n'ayant pas récidivé par la suite est lié à un ensemble de facteurs ou de contraintes relatives au cadre et à la méthodologie de l'enquête :

- L'enquête porte sur une observation d'une durée de 3 ans. Celle-ci ne peut donc s'apparenter à un suivi de cohorte (comme par exemple en Franche-Comté) où une tentative engage l'inclusion dans la cohorte puis une observation en continuité. Dans ce cas, le déclaratif préalable à l'inclusion n'est pas pris en compte. Dans notre cas, la durée de la période d'observation ne permet pas d'assimiler (après chaînage des passages) l'enquête à une enquête de cohorte.
- De plus, dans l'hypothèse où seuls les récidivistes sur la période auraient été pris en compte (n = 187) l'échelle géographique prise en compte (et donc le nombre de tentatives) va à l'encontre, au regard de l'effectif, du fait de procéder à des analyses statistiques sur des facteurs potentiellement discriminants.

■ Facteurs démographiques

■ Plus de 1 300 personnes ont tenté à leurs jours au cours des 3 années de recueil...

Les passages décrits précédemment ont concerné 1336 patients au cours de la période d'étude.

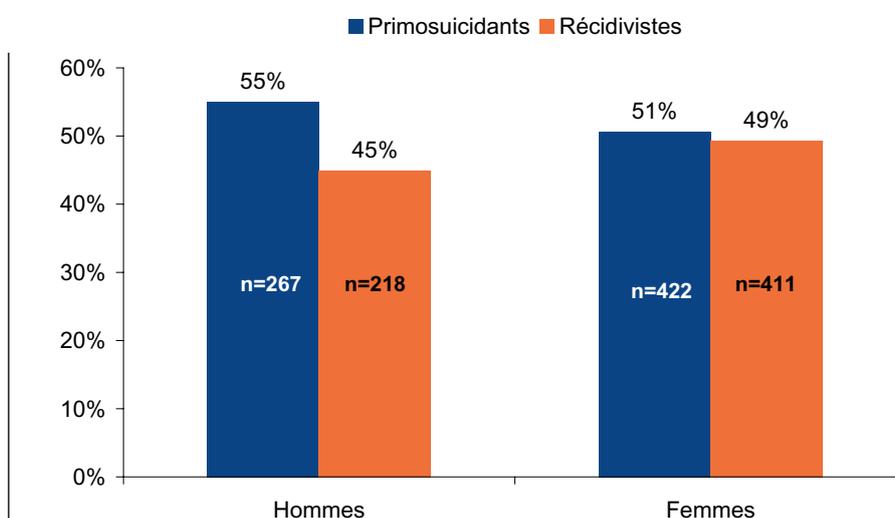
¹¹ Dans ce chapitre, les principales caractéristiques des patients sont, pour les récidivistes, celles renseignées, lors du 1^{er} événement enregistré dans la base, (1^{ère} tentative de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge par les hôpitaux de Paimpol, Guingamp et Lannion entre le 01/01/2005 et le 31/12/2007). Malgré tout, à des fins de contrôle de cohérence et concernant les récidivistes, les données ont été comparées et vérifiées d'une tentative à l'autre.

■ ...avec une nette prédominance féminine...

Les patients pris en charge dans les hôpitaux de Paimpol, Lannion et Guingamp sont majoritairement des femmes (63%) à l'image des constats observés dans la littérature portant sur le sujet. Le sex-ratio est égal à 1,7.

Par contre et malgré les écarts observés (voir graphique ci-dessous), il n'y a pas d'impact significatif du sexe de la personne sur le fait qu'elle récidive ou non.

Répartition du statut des suicidants selon le sexe



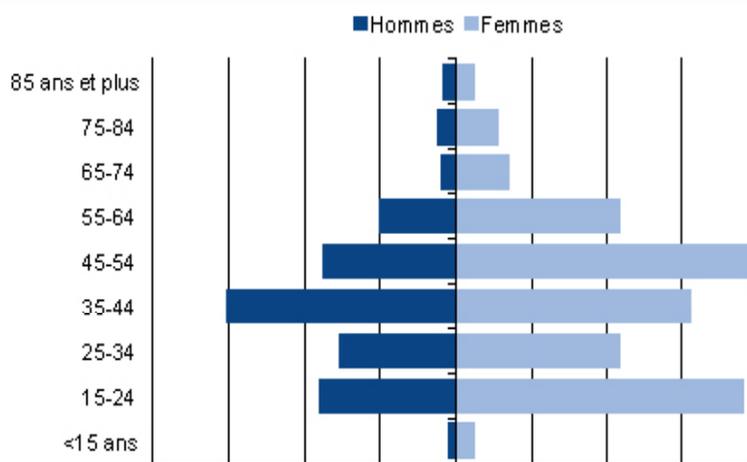
Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ ... et représentent une population jeune : 8 suicidants sur 10 ont moins de 55 ans

Globalement 79% des suicidants sont âgés de moins de 55 ans (83% chez les hommes et 77% chez les femmes).

Par ailleurs, l'âge moyen des suicidants est égal à 40,8 ans (40 ans pour les hommes et 41,3 ans pour les femmes, sans différence significative selon le sexe).

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



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Chez les hommes, il existe un pic de fréquence des tentatives de suicide dans la tranche d'âge des 35-44 ans tandis que chez les femmes, on observe 2 pics, l'un touchant la tranche d'âge des 15-24 ans et le second celle des 45-54 ans.

Enfin, on peut observer que tout en étant proche, l'âge moyen des primosuicidants est significativement inférieur à celui des récidivistes (39,9 ans vs 41,7 ans).

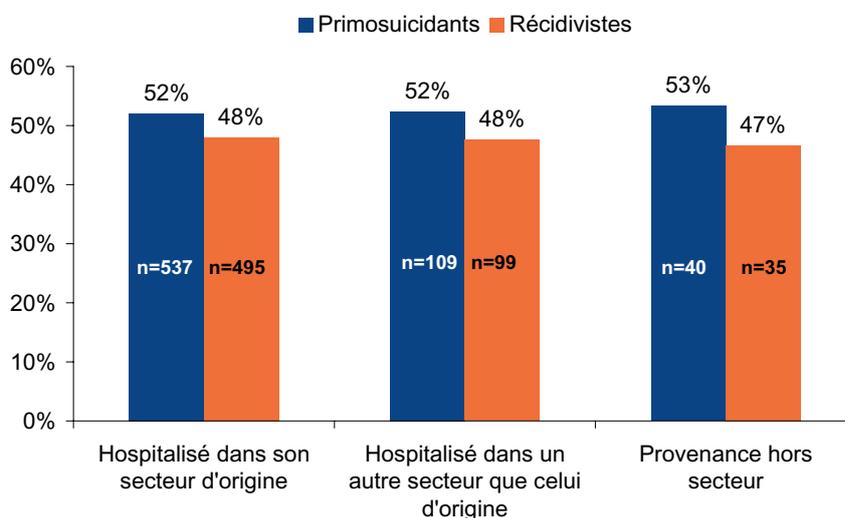
■ Facteurs liés à la résidence et au secteur d'hospitalisation

■ *Essentiellement, une prise en charge cohérente : près de 8 suicidants sur 10 sont hospitalisés dans leur secteur psychiatrique de domicile*

Globalement et très majoritairement les suicidants sont pris en charge dans le secteur psychiatrique où ils résident (près de 80% quel que soit le secteur).

Par ailleurs, et comme on peut l'observer dans le graphique ci-après, le lieu d'hospitalisation au regard du lieu de résidence n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non.

Répartition du statut des suicidants selon leur secteur d'origine et d'hospitalisation



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

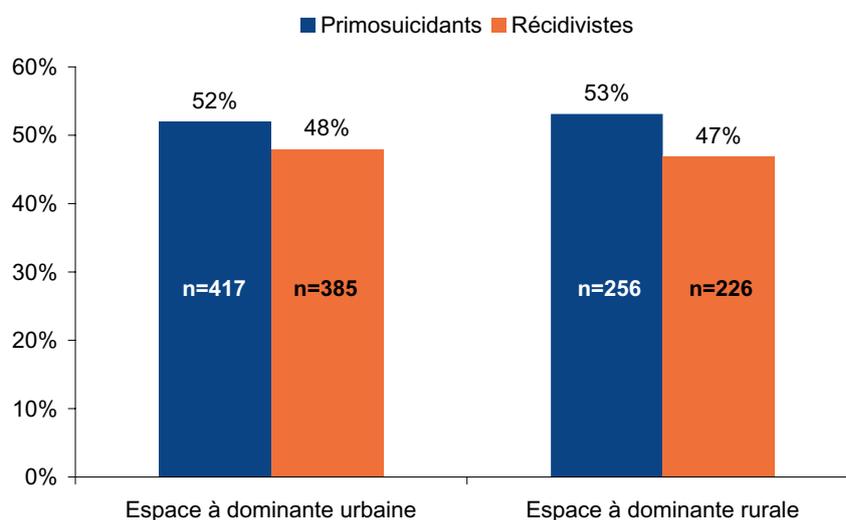
■ Le type d'espace n'a pas d'influence sur la tentative de suicide ni sur le statut du suicidant

La proportion de suicidants issus d'un territoire appartenant à l'espace à dominante urbaine correspond à la proportion de personnes résidant dans ce même espace. En effet et comme le montre le tableau ci-dessous, les 3 secteurs psychiatriques étudiés se composent de 62% d'habitants dans l'espace à dominante urbaine et de 38% dans l'espace à dominante rurale. Par ailleurs, le taux brut est sensiblement le même quelque soit le type d'espace ce qui conforte le fait que la fréquence des tentatives de suicide est similaire dans le rural et l'urbain.

	Nombre de patients		Population au RGP 1999		Taux pour 100 000
	Effectif	%	Effectif	%	
Espace à dominante urbaine	809	61%	131 233	62%	205,5
Espace à dominante rurale	491	37%	80 508	38%	203,3
Non renseigné	36	3%			
Total	1 336	100%	211 741	100%	210,3

Source : Insee - Recensement 1999, Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Enfin, l'appartenance du suicidant à un espace rural ou urbain n'a pas non plus d'impact significatif sur le fait qu'il récidive ou non.



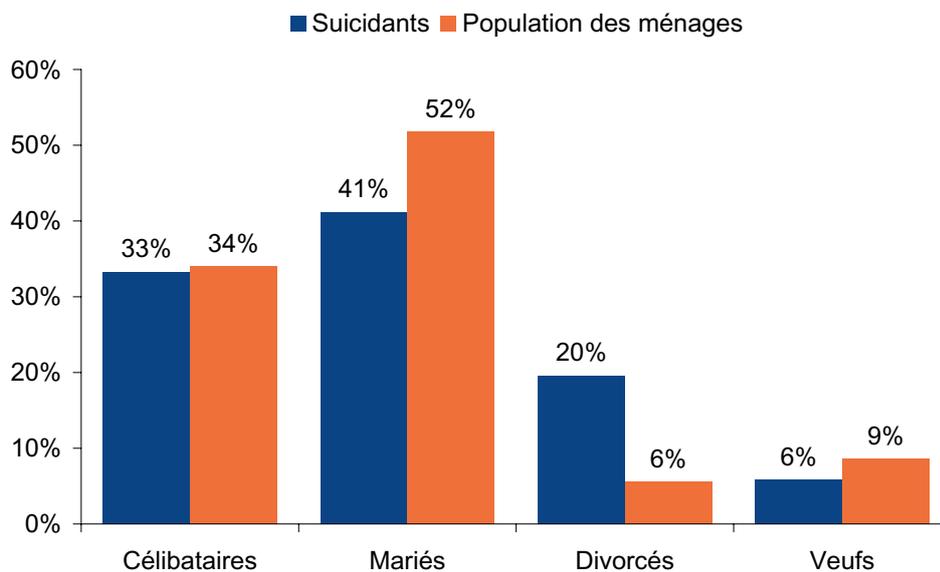
Source : Insee – Recensement 1999, Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ Facteurs familiaux

■ *Les suicidants plus souvent divorcés ou séparés que la population totale des ménages*

Comparé à la population régionale des ménages au 1^{er} janvier 2005, les suicidants inclus dans l'enquête sont proportionnellement plus souvent divorcés et moins fréquemment mariés (la répartition des personnes incluses dans l'étude étant par ailleurs relativement cohérente avec celles d'autres études comparables menées à Dreux, en centre hospitalier spécialisé ainsi que celle dont le Bulletin épidémiologique hebdomadaire rend compte : voir à ce propos la bibliographie).

Situation matrimoniale des suicidants et de la population des ménages bretons des personnes de 15 ans ou plus*



Sources : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences et INSEE – Enquêtes annuelles de recensement, données au 1^{er} janvier 2005, exploitation ORS Bretagne

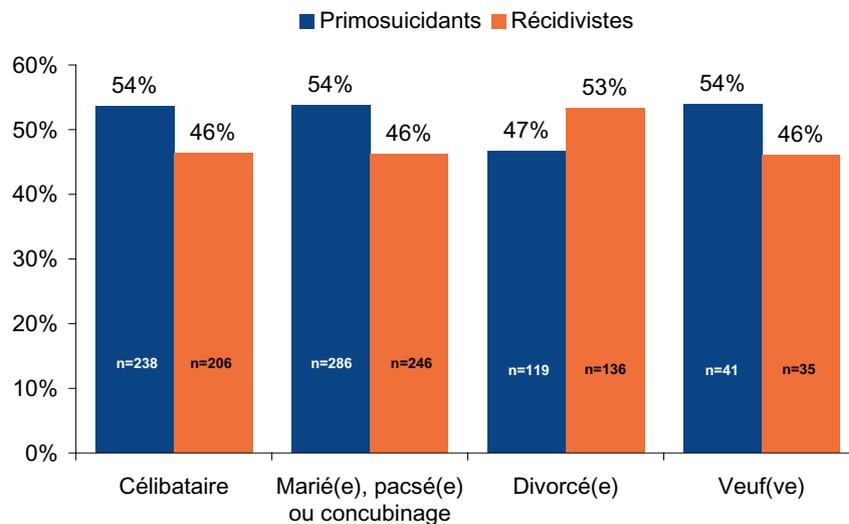
Enfin, on peut notamment remarquer que, parmi les personnes incluses dans l'étude les hommes sont plus fréquemment célibataires que les femmes (40% vs 30%) et moins fréquemment veufs (2% vs 8%). Les personnes divorcées étant représentées de façon égale quel que soit leur sexe.

* Dans les enquêtes de recensement, les personnes en union libre peuvent se déclarer soit célibataires, soit mariés ; 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», «divorcé». Ici, dans l'enquête, les personnes vivant en union libre sont décomptées avec les personnes mariées ou pacées et les personnes séparées avec les divorcés.

■ **Le statut matrimonial n'est pas lié au statut vis-à-vis de la récurrence**

Là encore et malgré les écarts observés ci-dessous, il n'y a pas d'impact significatif de la situation matrimoniale des suicidants (tous âges confondus) sur le fait de récidiver ou non.

Répartition du statut des suicidants selon le statut matrimonial



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ **2 suicidants sur 5 n'ont pas d'enfants**

Globalement, 2 suicidants sur 5 n'ont pas d'enfants, davantage les hommes (45%) que les femmes (39%). Toutefois, à situation matrimoniale identique, les différences selon le sexe ne sont plus significatives.

Nombre d'enfants et sexe des suicidants de 15 ans ou plus

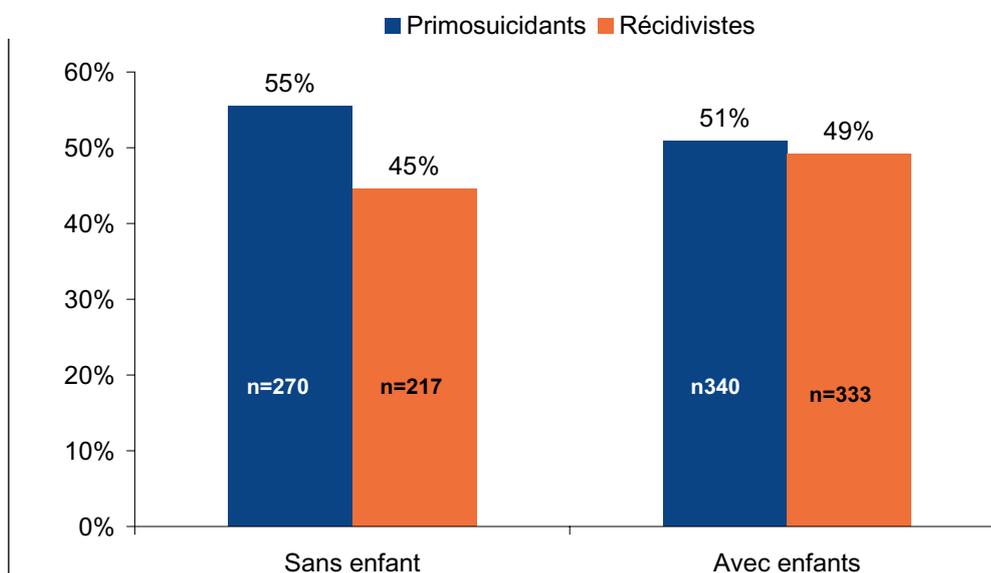
Nombre d'enfants	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	195	45%	285	39%	480	41%
1 ou 2	192	44%	295	41%	487	42%
3 ou +	50	11%	144	20%	194	17%
Total	437	100%	724	100%	1161	100%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ Mais les enfants ne protègent pas de la récurrence

Il n'y a en effet pas d'impact significatif de l'existence de la descendance dans les suicidants sur le fait de récidiver ou non. Selon le fait d'avoir ou non des enfants, cette constatation a aussi été vérifiée selon le nombre d'enfants (1-2, 3 et +).

Répartition du statut des suicidants âgés de 15 ans ou plus selon l'existence d'une descendance



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ Facteurs liés au statut résidentiel

La variable caractérisant le statut résidentiel des suicidants ne permet pas d'obtenir une vision discriminante de la situation puisque l'essentiel des suicidants (97%) réside en milieu ordinaire (maison individuelle, appartement).

■ Facteurs liés à l'activité professionnelle ou scolaire

Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, la variable « activité professionnelle » regroupe des concepts différents et mélange des situations qui ne sont pas exclusives les unes des autres : par rapport à l'emploi, d'autre part par rapport à la classification des professions et catégories socioprofessionnelles. Elle ne peut donc pas être exploitée de manière globale.

Répartition de l'activité professionnelle ou scolaire des suicidants

Activité professionnelle ou scolaire	Effectif	%
Agriculteurs	17	1%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	37	3%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	16	1%
Professions intermédiaires	45	3%
Employés	276	21%
Ouvriers	100	8%
Retraités	154	12%
Chômage	114	9%
Arrêt de travail > 3 mois	40	3%
Maternité Congé parental	8	1%
Au foyer par choix	42	3%
Invalidité	138	11%
RMI	40	3%
Scolarisés	178	14%
Non Scolarisés	3	0%
Non renseigné	110	8%
Total	1318	100%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

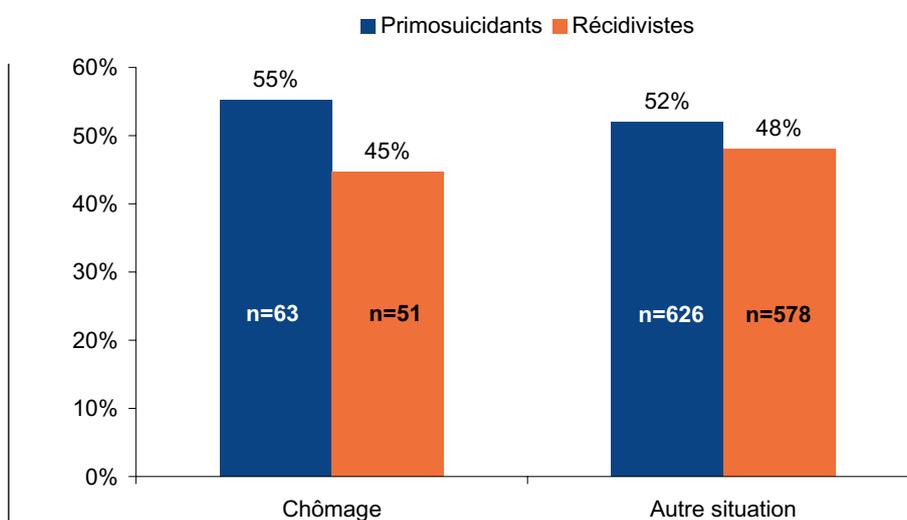
Cependant, compte tenu de l'importance de certaines catégories, les proportions ont été comparées deux à deux à l'aide du test du chi² entre primosuicidants et récidivistes.

Les résultats doivent malgré tout être interprétés avec prudence du fait de regroupements de catégories non homogènes.

■ **Le statut du suicidant ne varie pas selon l'état vis-à-vis du chômage**

Dans notre enquête, près d'1 patient sur 10 est au chômage. Il n'y a pas d'impact significatif du statut vis-à-vis du chômage sur le fait de récidiver ou non.

Répartition du statut des suicidants selon la situation vis-à-vis du chômage

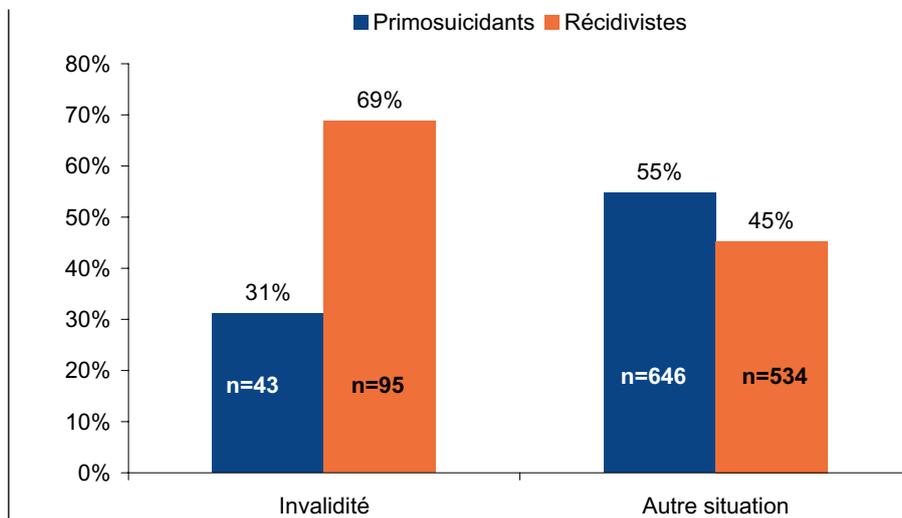


Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ **L'invalidité fragilise les patients**

Dans notre enquête, les personnes en situation d'invalidité (bénéficiaires ou non d'une allocation) représentent plus d'une personne sur dix. Sur cette variable, le fait d'être ou non en invalidité a par plus un impact significatif sur le fait de récidiver ou non. En effet les personnes en invalidité récidivent pour plus de deux tiers d'entre elles (69%) alors que moins d'une personne sur deux hors situation d'invalidité récidive (45%)

Répartition du statut des suicidants selon la situation vis-à-vis de l'invalidité

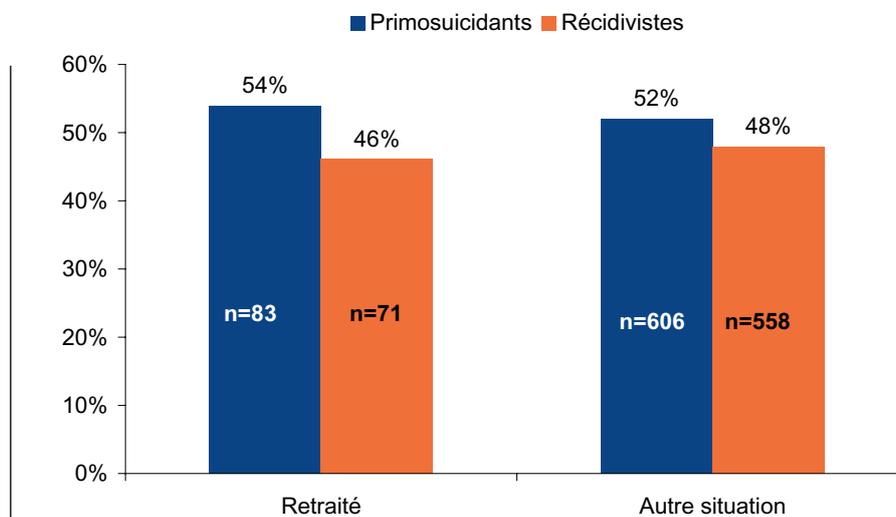


Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ La cessation d'activité n'influence pas la récurrence du geste suicidaire

Qu'ils soient primosuicidants ou récidivistes, les retraités représentent plus d'1 patient sur 10. Cette variable n'a pas d'impact sur le fait de récidiver ou non.

Répartition du statut des suicidants selon la situation vis-à-vis de la retraite



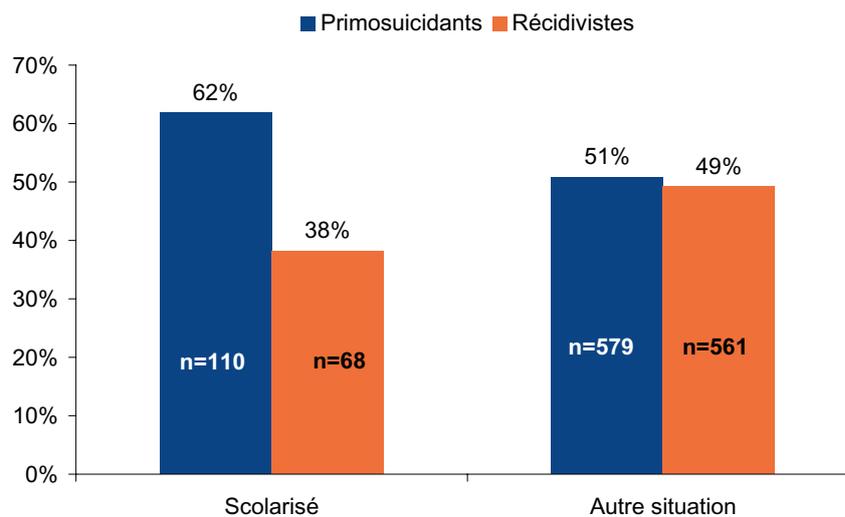
Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ **Les patients scolarisés sont plus souvent des individus primosuicidants**

Globalement, les personnes scolarisées représentent environ 15% de l'ensemble de la population. Parmi elle, près de la moitié sont des lycéens à proportion équivalente entre enseignement général et professionnel bien que ces derniers représentent environ 5 fois moins d'élèves inscrits qu'en enseignement général dans la région (classes de première et terminales).

Comme pour l'invalidité, cette variable a un impact significatif sur le fait de récidiver ou non. En effet, les personnes scolarisées sont moins en situation de récidive que les personnes dans une autre situation (38% vs 49%).

Répartition du statut des suicidants selon la situation vis-à-vis de la scolarité



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

À titre d'information, dans l'enquête Santé des jeunes, en 2007, 1 jeune sur 10 déclarait avoir déjà attenté à ces jours, les filles davantage que les garçons (16% vs 6%). Ces jeunes avaient en moyenne 16 ans et étaient scolarisés en collèges et lycées.

■ Facteurs liés à la protection sociale

■ *8 suicidants sur 10 dépendent du régime général*

La répartition de la population d'étude selon leur régime d'affiliation s'établit comme suit :

Régime d'affiliation à la sécurité sociale des suicidants

	Effectif	%
CPAM	1062	79%
Caisse Spécifique	89	7%
MSA	54	4%
Caisse Artisans	33	2%
Autres	3	0%
Pas de couverture	2	0%
Non renseigné	93	7%
Total	1336	100%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

On peut remarquer que les personnes sans couverture sociale représentent une part très marginale de la population de l'enquête.

■ *Concernant la détention d'une mutuelle ou de la CMU, une proportion de valeurs non renseignées très importante*

Sur la période de recueil, les éléments concernant la détention d'une mutuelle et la détention de la CMU font l'objet de nombreuses non réponses (près de 60% pour les mutuelles et plus de 75% pour la CMU). Ces proportions de non réponse interdisent toute analyse statistique.

La qualité de renseignement de la variable CMU s'est améliorée en 2007, bien que les valeurs non renseignées représentent encore 26% des patients. Si l'on exclut les valeurs non renseignées, la proportion de bénéficiaires de la CMU est égale à 3,7% (Pour information, au 01/01/2007, la proportion de la population régionale bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire est de 4,1% en Bretagne – Source : DRASS STATISS 2008).

Malgré tout et pour l'année 2007, la faiblesse des effectifs (10 patients qui relèvent de la CMU) ne permet pas d'observer si ce statut a ou non un impact sur le fait de récidiver.

■ Facteurs liés aux caractéristiques cliniques

■ *Les intoxications médicamenteuses : le mode de tentative le plus fréquent*

Globalement et comme le montre le tableau ci-dessous, près de 9 patients sur 10 recourent à l'intoxication (86%), essentiellement médicamenteuse. Les lésions auto-infligées concernent 14% des patients, l'auto-agression par objet tranchant et la pendaison étant les plus fréquentes, respectivement 7% et 3%.

Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation regroupée en grande catégorie¹²

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Effectif	% par rapport au total des patients
Auto-intoxication	1149	86%
Intoxication médicamenteuse (X60--X64)	1110	83%
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool (X65)	14	1%
Autre auto-intoxication (X66--X69)	25	2%
Lésion auto-infligée	187	14%
Pendaison (X70)	45	3%
Noyade (X71)	11	1%
Arme à feu, explosif, feu et objets brûlants (X72--X77)	9	1%
Objet tranchant, Phlébotomie (X78)	96	7%
Saut dans le vide (X80)	18	1%
Autres moyens (X81--X84)	8	1%

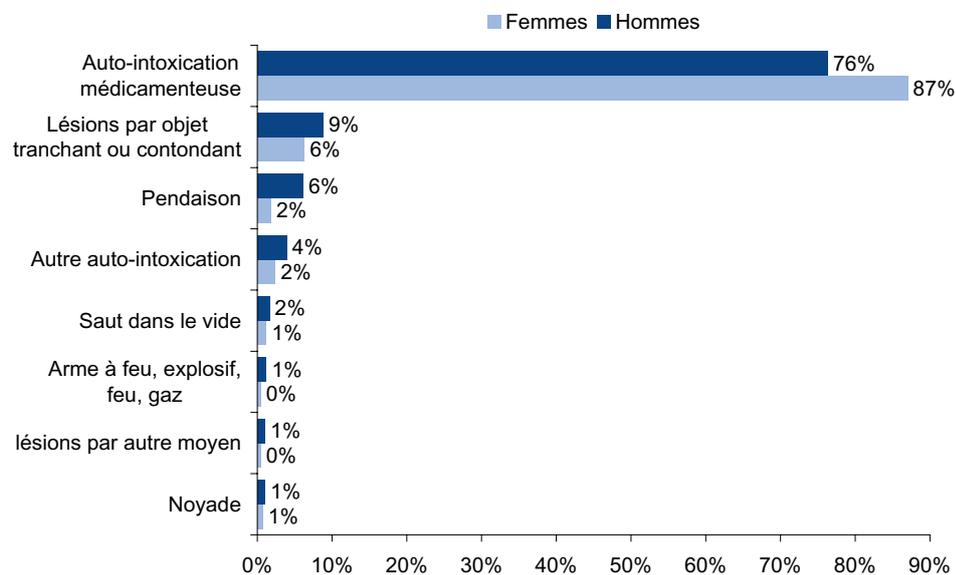
Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

¹² Le détail précis des modes principaux d'hospitalisation est donné en annexe 4.

■ Une plus grande fréquence des modes agressifs chez l'homme

Chez l'homme, l'intoxication représente les $\frac{3}{4}$ de l'ensemble des tentatives de suicide, alors qu'elle représente 87% des tentatives chez la femme. Les modes les plus agressifs (agression par objet tranchant, pendaison, saut dans le vide), sont de fait plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Répartition par sexe des modalités principales d'hospitalisation regroupée

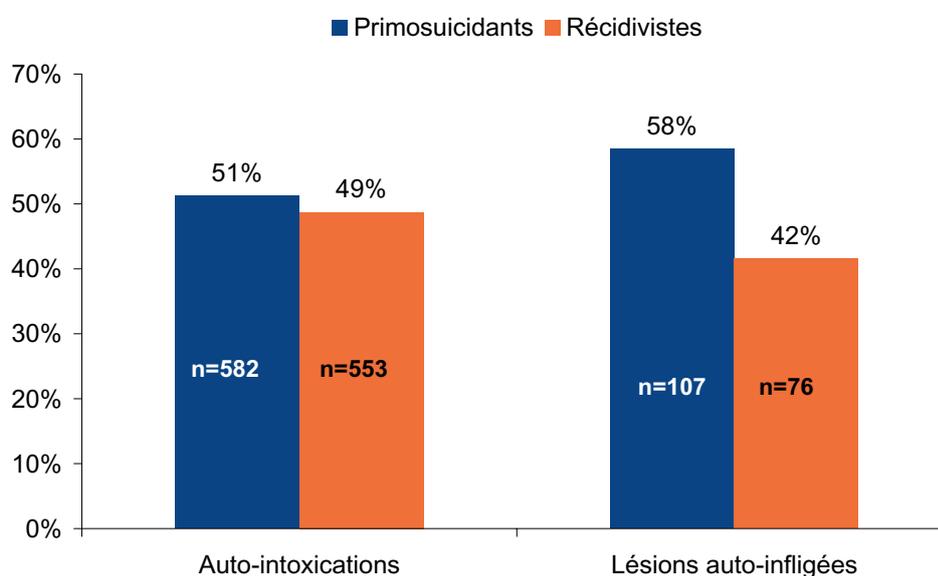


Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ **Un statut vis-à-vis de la récurrence qui ne dépend pas du mode principal d'hospitalisation**

Malgré les écarts observés dans le graphique ci-dessous, il n'y a, au sens strict du terme, pas d'impact significatif du mode de recours principal sur le fait de récidiver (42% des personnes hospitalisées pour lésion auto-infligée vs 49% des personnes hospitalisées pour auto-intoxication : $p = 0,07$).

Répartition des suicidants selon leur statut par rapport à la récurrence et la modalité principale d'hospitalisation



Source : Fondation Bon Sauveteur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

On peut malgré tout faire l'hypothèse d'une « sélection » préalable des personnes commettant un acte de suicide par lésion auto-infligée : la mortalité étant vraisemblablement supérieure dans ces modes de passage à l'acte plus létaux, la possibilité de récidiver pourrait en être d'autant amoindrie. Ceci pourrait contribuer à l'écart observé même si statistiquement, cet écart n'est pas significatif.

■ **Près d'1 patient sur 3 a associé un autre mode au cours de sa tentative**

Globalement, 32% des patients associent un autre mode de passage à l'acte au mode principal (28% chez les primosuicidants vs 35% chez les recidivistes).

■ L'alcool, la substance le plus souvent associée¹³

Globalement et lorsqu'une modalité est associée au mode de passage à l'acte principal, il s'agit dans près de 9 cas sur 10 d'une consommation d'alcool. Cette association concerne 363 des 1336 patients inclus dans l'enquête.

Répartition des suicidants selon la modalité associée

Modalité associée	Effectif	%
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	366	87%
Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant	23	5%
Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, anti-parkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs	17	4%
Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation	4	1%
Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits	3	1%
Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision	2	0%
Lésion auto-infligée par noyade et submersion	2	0%
Lésion auto-infligée par saut dans le vide	2	0%
Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs	1	0%
Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits	1	0%
Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits	1	0%
Total	422	100%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

¹³ La répartition des modalités associées selon le mode de suicide principal est donné en annexe 5.

■ Plus du tiers des patients présentent un trouble mental

Dans plus du tiers des dossiers (36%), un diagnostic relié est mentionné quel que soit le statut du suicidant, il s'agit toujours d'un diagnostic relatifs aux troubles mentaux ou du comportement.

Deux chapitres regroupent l'essentiel de ces diagnostics : les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Au sein de ces deux chapitres, les diagnostics les plus fréquemment rencontrés sont :

- Les épisodes dépressifs (17%),
- La réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation (9%),
- Les autres troubles anxieux (7%).

Répartition des suicidants selon le diagnostic relié

Code CIM10	Diagnostic relié	Effectif	%
	Aucun diagnostic relié connu	848	64%
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]	248	19%
	<i>Dont F32 Episodes dépressifs</i>	225	17%
F40-F49	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	213	16%
	<i>Dont F41 Autres troubles anxieux</i>	86	7%
	<i>Dont F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et trouble de l'adaptation</i>	118	9%
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	4	0%
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	3	0%
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	1	0%
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1	0%
Total		1318	100%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ Pour plus de 4 personnes sur 10, la présence d'un traitement psychotrope antérieur

Même si l'information sur l'existence de la prescription d'un traitement antérieur à la prise en charge n'est pas renseignée dans près d'un tiers des dossiers (31%), on peut malgré tout remarquer que pour plus de 4 personnes sur 10 (ce qui constitue donc un minima), un traitement psychotrope préexistait à la prise en charge.

Répartition des suicidants selon l'existence d'un traitement antérieur à la prise en charge

Traitement à l'entrée	Effectif	%
Psychotrope	547	42%
NON	339	26%
Psychotrope et somatique	13	1%
Somatique	13	1%
Non renseigné dans le dossier	406	31%
Total	1318	100%

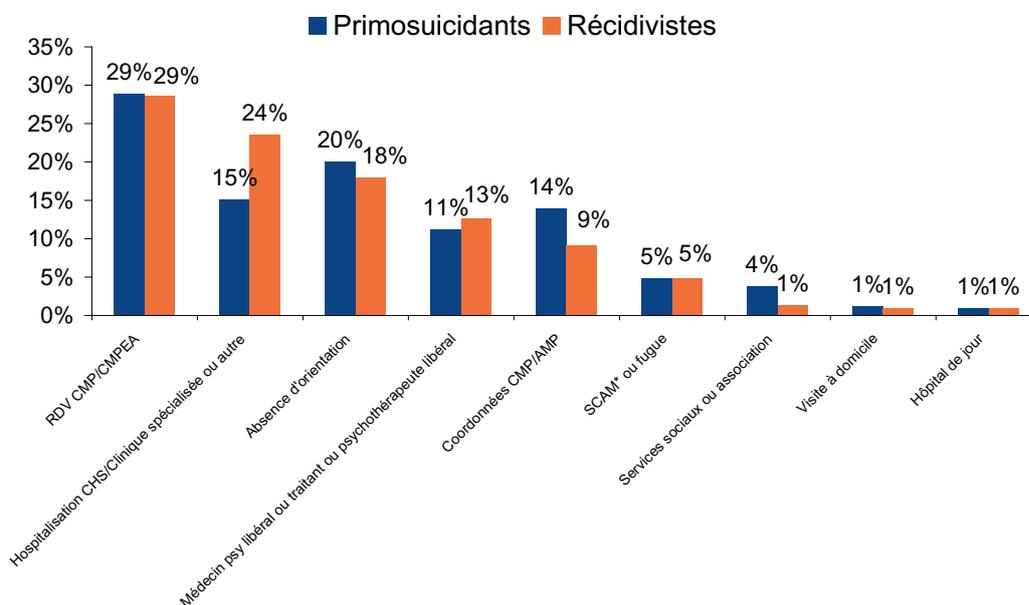
Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ L'orientation des personnes incluses dans l'enquête¹⁴

■ L'hospitalisation plus fréquente chez les récidivistes

Globalement, près d'un tiers des patients se sont vu proposer un rendez-vous avec un psychiatre, un psychologue ou un infirmier d'un CMP ou d'un CMPEA ou encore en alcoologie. Par ailleurs, on peut aussi remarquer que l'hospitalisation est proposée à près d'une personne sur cinq (principalement en centre hospitalier spécialisé).

Répartition des suicidants selon le statut vis-à-vis de la récurrence et l'orientation proposée à l'issue de la 1^{ère} prise en charge



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Peu de modes d'orientation diffèrent fortement entre les primosuicidants et les personnes récidivistes. Le plus fort écart concerne l'hospitalisation (24% chez les récidivistes vs 15%). L'orientation vers des services sociaux ou association étant plus fréquemment rencontrée chez les primosuicidants (4% vs 1%) ainsi que le fait de simplement donner au patient les coordonnées d'un CMP-AMP (14% vs 9%).

Enfin, les différences d'orientation selon le secteur psychiatrique de prise en charge ne sont pas interprétables : les dossiers non renseignés étant trop fortement représentés sur certains des trois secteurs.

¹⁴ L'absence d'orientation ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'orientation à l'issue de la prise en charge de la tentative de suicide. Par contre le dossier du patient ne comportait pas d'information à ce sujet.

Approche spécifique de l'incidence et du risque de récurrence

Dans cette partie, l'unité statistique est le suicidant, quel que soit le nombre de tentatives de suicide qu'il ait effectué au cours de la période d'étude. La population de référence pour le calcul des taux est la population au recensement de 1999, seules données disponibles pour les secteurs psychiatriques 22G01, 22G02 et 22G03 au moment de la réalisation de l'étude. La population de référence pour la standardisation est la population française, deux sexes confondus, au recensement de 1990. Enfin les personnes décédées sur la période prise en compte sont celles résidant sur les trois secteurs psychiatriques de l'enquête.

■ Une morbidité principalement féminine face à une surmortalité masculine marquée

Les chiffres indiqués dans le tableau ci-dessous montrent que l'incidence des tentatives de suicide est environ deux fois plus élevée chez les femmes vis-à-vis de la population masculine (283,6 pour 100.000 femmes vs 164,7 pour 100.000 hommes). A l'exception des personnes plus âgées (85 ans et plus), cette surmorbidité est vérifiable à tous les âges et particulièrement chez les 15-24 ans et les 45-64 ans.

Tentatives de suicide et mortalité par suicide selon le sexe

	Hommes	Femmes	Ensemble
(1) Nombre de tentatives (T)	489	847	1336
Taux standardisés d'incidence	164,7	283,6	
(2) Nombre de décès par suicide (D)	180	60	240
Taux standardisés de mortalité	52,5	16,0	
Rapport (T/D)	2,7	14,1	5,6

Sources : Inserm – CépiDc, Insee – Recensement 1999, Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

(1) période 2005-2006-2007

(2) période 2004-2005-2006, les données ne sont pas encore disponibles pour l'année 2007

* le rapport T/D est légèrement surestimé puisque le nombre de TS comprend aussi les individus résidant dans des secteurs psychiatriques autres que le 22G01-02-03

Par contre et malgré cet excédent féminin de tentatives de suicide, on observe une surmortalité masculine très marquée.

En effet, si globalement le rapport Tentative/Décès (T/D) est proche de 5 (ce qui signifie qu'il survient en moyenne 1 décès pour 5 tentatives de suicide), ce rapport est environ 5 fois plus important chez les femmes que chez les hommes (14,1 vs 2,7). Environ une tentative masculine sur trois aboutit à un décès alors que chez les femmes ce rapport est d'environ 1 décès pour 14 tentatives.

A titre d'information, l'étude réalisée en 2005 en Franche-Comté observait un rapport d'un ordre de grandeur équivalent entre les hommes et les femmes à celui de la présente étude.

■ Le risque de récurrence (risque de nouvelle tentative après un 1^{er} épisode)

L'objectif de cette approche est de tenter d'évaluer le risque de récurrence selon la durée écoulée entre une première tentative enregistrée et la survenue éventuelle d'une seconde tentative. Dans ce mode de calcul, les tentatives suivantes n'ont pas été prises en compte.

Le risque de récurrence a été estimé par la méthode de Kaplan-Meier. Comme expliqué précédemment et pour le calcul du délai, la date d'origine correspondait à la date de la 1^{ère} tentative de suicide enregistrée dans la base, le délai maximum étant donc égal à 36 mois (hypothèse où la personne intègre la base en janvier 2005 et fait une seconde tentative en décembre 2007).

Les patients vus pour la 1^{ère} fois en 2007 ont été écartés puisque en cas de récurrence, nous ne disposons pas de la date de la seconde tentative. Ainsi, l'estimation du taux de récurrence se base sur l'ensemble des patients pris en charge la 1^{ère} fois (1^{er} enregistrement dans la base) pour tentative de suicide entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006.

Comme le montrent les tableaux et le graphique ci-dessous, à 12 mois, 15% des suicidants ont fait une seconde tentative de suicide, 20% à 24 mois. Ces proportions sont sensiblement les mêmes chez les hommes et chez les femmes.

À titre d'information, l'Observatoire hospitalier des tentatives de suicide en Franche-Comté (ORTS Franche-Comté), dans une étude de septembre 2005, présentait les taux de récurrence du geste suicidaire suivants : chez l'homme, le taux de récurrence à 12 mois était de 18,4% et de 26,5% à 36 mois, chez la femme ces taux étaient respectivement de 18% et 28,4%.

Ensemble des suicidants

Recul en mois	Exposés	Récurrence	Risque de récurrence en %	Intervalle de confiance à 95%	
				inf	sup
0 à 12	966	146	15,1%	12,7%	17,5%
12 à 24	820	34	19,5%	17,0%	22,0%
24 à 36	786	8	21,8%	18,7%	24,9%
Total		188			

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Hommes

Recul en mois	Exposés	Récurrence	Risque de récurrence en %	Intervalle de confiance à 95%	
				inf	sup
0 à 12	362	54	14,9%	11,2%	18,6%
12 à 24	308	10	18,3%	14,2%	22,4%
24 à 36	298	3	20,1%	15,6%	24,6%
Total		67			

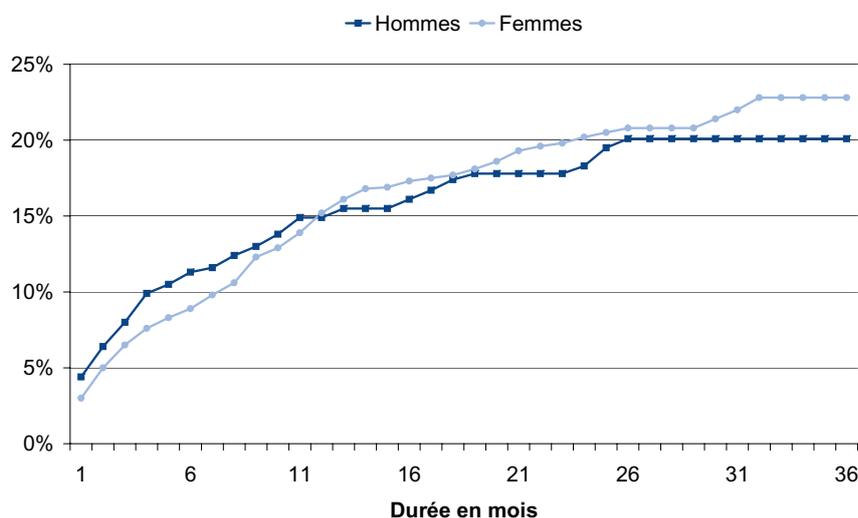
Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Femmes

Recul en mois	Exposés	Récidive	Risque de récurrence en %	Intervalle de confiance à 95%	
				inf	sup
0 à 12	604	92	15,2%	12,3%	18,1%
12 à 24	512	24	20,2%	16,9%	23,5%
24 à 36	488	5	22,8%	18,9%	26,7%
Total		121			

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Evolution du risque de récurrence selon le sexe



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

On peut remarquer sur le graphique ci-dessus qu'environ une tentative masculine sur dix est suivie d'une récurrence dans les 4 mois. Ce pourcentage étant atteint entre 6 et 7 mois pour les femmes.

Enfin et pour la population récidiviste sur la période d'observation, un quart d'entre elle récidive dans les 50 jours qui suivent la première tentative et la moitié récidive dans un délai de 177 jours (environ 6 mois). Plus des trois quarts de cette population récidive dans l'année qui suit la première tentative enregistrée.

Synthèse générale

Vertical line

Etude sur la mortalité

- La Bretagne se situe au premier rang régional en France pour la mortalité par suicide, et ce pour les deux sexes. En 2006, 815 personnes sont décédées par suicide dans la région.
- Dans ce contexte, les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo dont la structure de population est sensiblement plus âgée qu'en Bretagne, font partie des trois pays dans la situation la plus défavorable avec, sur la période 1997-2006, un indice comparatif de mortalité respectivement supérieur de 32% et de 25% à la moyenne bretonne.
- Sur la période 1991-2006, 500 décès par suicide ont été enregistrés dans le pays de Guingamp (soit en moyenne plus de 30 décès par an) et 699 dans le pays du Trégor-Goëlo (près de 43 décès en moyenne annuelle).
- Sur cette période et au niveau régional, l'évolution du nombre de décès par suicide n'est pas linéaire dans le temps : la tendance semble à la baisse chez les hommes tandis que pour les femmes, l'évolution est plus saccadée faisant se succéder des périodes de hausse puis de baisse. A l'échelle des deux pays, la faiblesse des effectifs soumet l'évolution du nombre de personnes décédées à des phénomènes conjoncturels. Malgré tout, on peut remarquer qu'au cours des dernières années prises en compte, la tendance semble à la baisse à l'exception des femmes du pays de Guingamp qui subissent le phénomène inverse.
- Comparativement, on observe une prédominance marquée de la mortalité par suicide masculine vis-à-vis de la mortalité féminine et ce, à tous les âges.
- La population masculine du pays de Guingamp qui affiche une situation de surmortalité à tous les âges vis-à-vis des taux bretons, voit, à l'image de la situation régionale, la mortalité augmenter au fur et à mesure de l'avancée en âge (à l'exception des 55-64 ans). Les taux de mortalité des personnes de 85 ans et plus étant sept fois supérieur à ceux des 15-24 ans. Le pays du Trégor-Goëlo se distingue quant à lui des tendances régionales par une baisse des taux de mortalité masculins à partir de 75 ans. Concernant la population féminine, le taux par âge des deux pays et de la région, sont plus homogènes et proches d'une catégorie d'âge à l'autre.
- En Bretagne plus de 8 décès sur 10 sont dus à des lésions auto-infligées. Cette tendance est encore plus marquée dans les deux pays. Parmi les lésions, la pendaison est le mode de suicide dominant qui concerne plus de la moitié des décès. Les auto-intoxications ne concernent quant à elles qu'environ 1 décès sur 10 au sein des deux pays.
- En Bretagne, on observe globalement une surmortalité rurale par suicide. Au niveau des pays, que ce soit en espace urbain ou rural, la mortalité est toujours en excès vis-à-vis de l'ensemble régional. Par contre, au sein même des pays, la mortalité par suicide de l'espace urbain ou rural ne diffère pas significativement de celle de l'ensemble du pays.
- Globalement, il n'y a pas de différence significative entre les pays et l'ensemble régional vis-à-vis de la part que représente la mortalité par suicide dans la mortalité générale selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS).

Etude portant sur la prise en charge des tentatives de suicide dans les services d'urgence des hôpitaux de Lannion, Guingamp et Paimpol

- L'étude réalisée avec une très bonne exhaustivité qui porte sur la population prise en charge pour tentative de suicide aux urgences des hôpitaux de Lannion, Guingamp et Paimpol entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2007, concerne 1336 patients pour 1664 passages dans l'un des trois services.
- Le poids de la récurrence (incluant les tentatives avant et au cours de l'étude) peut être estimé à 47% des patients correspondant à 56% des passages enregistrés. Ce poids semble cohérent avec d'autres résultats retrouvés dans la littérature.

■ Facteurs démographiques

- Près de deux tiers des patients pris en charge pour tentative de suicide sont des femmes. Par contre le sexe n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non¹⁵.
- Globalement, près de 80% des personnes prises en charge ont moins de 55 ans. Les primo-suicidants ont un âge moyen de 39,9 ans, relativement proche de celui des récidivistes (41,7 ans).

■ Facteurs géographiques

- Près de 80% de la population prise en charge est hospitalisée dans son secteur de résidence. Par contre la cohérence entre lieu d'hospitalisation et lieu de résidence n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non.
- La répartition de la population prise en charge selon le fait de résider en espace rural ou urbain correspond à celle de la population des territoires concernés (environ 60% des personnes résident en urbain). Le fait de résider en espace rural ou urbain n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non.

¹⁵Pour cette variable comme pour les suivantes, les récurrences incluent celles précédant l'étude et celles observées au cours de la période de recueil.

■ Facteurs familiaux

- Globalement, la population prise en charge est plus souvent divorcée et moins fréquemment mariée que la population des ménages régionale. Par contre, le statut matrimonial n'a pas d'impact significatif sur le fait de récidiver ou non.
- Près de 40% des personnes prises en charge n'ont pas d'enfant. Là encore, le fait d'avoir ou non des enfants n'a pas d'impact sur le fait de récidiver ou non.

■ Facteurs liés à l'emploi, à l'activité professionnelle et scolaire ou à la couverture sociale

- Pour l'ensemble des facteurs ci-après, la variable regroupe et mélange des concepts et des situations qui ne sont pas exclusives les unes des autres (situation vis-à-vis de l'emploi, PCS). Elle n'a donc pu être exploitée globalement. Cependant et compte tenu de l'importance de certaines catégories, les proportions ont été opposées binaires entre primosuicidants et récidivistes. Les résultats doivent malgré tout être interprétés avec prudence car regroupant de fait des catégories non homogènes.
- Pour la population prise en compte, les chômeurs opposés aux non chômeurs ainsi que les retraités opposés aux non retraités ne présentent pas une situation significativement différente face au fait de récidiver ou non.
- Les personnes en situation d'invalidité (environ 10% de la population totale) récidivent significativement plus souvent que celles n'étant pas dans cette situation (69% vs 45%).
- Les personnes scolarisées (environ 15% de la population totale) récidivent significativement moins souvent que les personnes n'étant pas dans cette situation (38% vs 49%). On peut aussi remarquer que les élèves inscrits en lycée professionnel sont 5 fois plus représentés dans la population prise en charge (qu'elle récidive ou non) que dans celle des élèves en région.

■ Facteurs liés aux caractéristiques cliniques

- Contrairement à l'étude relative à la mortalité par suicide, près de 9 personnes sur 10 prises en charge le sont pour une auto-intoxication (principalement médicamenteuse), les lésions auto-infligées qui ne représentent globalement que 14% des personnes sont malgré tout plus présentes chez les hommes que chez les femmes.
- Le mode principal de tentative de suicide (auto-intoxication ou lésion auto-infligée) n'a pas d'impact significatif au sens strict du terme sur le fait de récidiver ou non ($p=0,07$).

- Globalement, près d'un tiers des patients (32%) associent un autre mode de passage à l'acte au mode principal. Dans près de 90% des cas, ce mode associé concerne une absorption d'alcool.
- Près du tiers des patients présente un trouble mental associé (le plus fréquent étant l'épisode dépressif) sans que celui-ci impacte sur le fait de récidiver ou non.
- A minima, plus de 40% des personnes prises en charge prenaient un traitement psychotrope au moment de la tentative de suicide.

■ L'orientation des personnes

- Globalement près du tiers des personnes (29%) se voient proposer et organiser un rendez-vous en centre médico-psychologique (enfant, adolescent, adulte). Près d'un patient sur cinq (19%) est hospitalisé (en clinique ou en centre hospitalier spécialisé). On peut remarquer que le mode d'orientation diffère fortement vis-à-vis du statut de la récidive : les personnes récidivistes sont notamment plus souvent hospitalisées (24% vs 15%).

■ Incidence et risque de récidive

- L'incidence de la tentative de suicide est comparativement environ deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- En miroir (voir aussi axe d'étude précédent) la surmortalité masculine est très marquée : on peut estimer qu'en tendance, une tentative de suicide sur trois aboutit à un décès chez les hommes, contre une tentative de suicide sur 14 dans la population féminine (rapport environ de 1 à 5). Ce rapport est d'une grandeur équivalente à celui observé dans d'autres études, notamment en Franche-Comté (voir ce propos la bibliographie).
- Pour les seules tentatives observées au cours de la période d'étude, 15% des suicidants ont récidivé à 12 mois, 20% à 24 mois. Par ailleurs, environ 10% des hommes récidivent dans les 4 mois qui suivent la première tentative, ce pourcentage étant atteint dans un délai compris entre 6 et 7 mois chez les femmes.
- Pour la population récidiviste sur la période d'observation, un quart d'entre elle récidive dans les 50 jours qui suivent la première tentative enregistrée, la moitié dans les 6 mois et plus des trois quart dans l'année qui suit la première tentative.

Conclusion

Vertical line

Les deux axes d'étude abordés dans le présent rapport qui concernent la mortalité et l'étude des tentatives de suicide et de leurs récurrences prises en charge aux urgences dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo ont permis d'obtenir une vision affinée et des renseignements précieux dans le cadre de l'amélioration de la connaissance du phénomène suicidaire à l'échelle infra-régionale.

En ce sens, cette étude répond aux recommandations de la conférence régionale de consensus organisée en Bretagne.

Malgré tout, ceci ne constitue qu'une première étape qui peut être suivie d'un partage du diagnostic et des analyses effectuées avec les acteurs impliqués dans la lutte contre le suicide et les récurrences. Ceci dans la perspective d'une amélioration de la sensibilisation et de la mobilisation pour la mise oeuvre d'action auprès des populations concernées par ce phénomène.

Vertical line

Annexes

- Annexe 1 : effectifs et répartition de la population selon le sexe et l'âge**
- Annexe 2 : effectifs cumulés et répartition des décès par suicide selon le sexe et le mode utilisé (période 2000-2006)**
- Annexe 3 : principales caractéristiques des passages pour tentatives de suicide aux urgences**
- Annexe 4 : répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation**
- Annexe 5 : répartition des modalités associées selon la modalité principale d'hospitalisation**

Vertical line

Annexe 1 : Effectifs et répartition de la population selon le sexe et l'âge

Pays de Guingamp

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<15	6335	18%	6107	16%	12443	17%
15-24	4139	12%	3995	11%	8134	11%
25-34	4268	12%	4154	11%	8423	12%
35-44	4942	14%	4717	13%	9659	13%
45-54	5073	15%	4887	13%	9960	14%
55-64	3688	11%	3910	10%	7598	11%
65-74	3571	10%	4622	12%	8193	11%
75-84	2039	6%	3587	10%	5626	8%
85+	412	1%	1405	4%	1817	3%
Total	34467	100%	37385	100%	71851	100%

Pays du Trégor-Goëlo

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<15	9549	17%	9123	15%	18672	16%
15-24	6590	12%	5433	9%	12023	11%
25-34	6401	12%	5959	10%	12360	11%
35-44	7370	13%	7345	12%	14715	13%
45-54	7956	15%	8025	14%	15981	14%
55-64	6759	12%	7259	12%	14018	12%
65-74	6049	11%	7805	13%	13854	12%
75-84	3280	6%	5706	10%	8986	8%
85+	707	1%	2240	4%	2947	3%
Total	54660	100%	58895	100%	113555	100%

Bretagne

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<15	275433	19%	261644	17%	537078	18%
15-24	194638	14%	183167	12%	377805	13%
25-34	197216	14%	188234	12%	385450	13%
35-44	210162	15%	205825	14%	415986	14%
45-54	202997	14%	202363	13%	405360	14%
55-64	143488	10%	154608	10%	298096	10%
65-74	128089	9%	162675	11%	290763	10%
75-84	70299	5%	118576	8%	188875	6%
85+	15447	1%	46155	3%	61602	2%
Total	1437768	100%	1523247	100%	2961014	100%

Annexe 2 : Effectifs cumulés et répartition des décès par suicide selon le sexe et le mode utilisé (période 2000-2006)

Mode	Pays de Guingamp					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	10	6%	13	30%	23	11%
Lésion auto infligée	151	94%	31	70%	182	89%
<i>dont</i>						
<i>pendaison, strangulation et suffocation</i>	112	70%	18	41%	130	63%
<i>noyade et submersion</i>	7	4%	6	14%	13	6%
<i>armes à feu</i>	17	11%	1	2%	18	9%
<i>saut dans le vide</i>	2	1%	3	7%	5	2%
Total	161	100%	44	100%	205	100%

Mode	Pays du Trégor-Goëlo					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	18	9%	20	22%	38	13%
Lésion auto infligée	183	91%	69	78%	252	87%
<i>dont</i>						
<i>pendaison, strangulation et suffocation</i>	132	66%	41	46%	173	60%
<i>noyade et submersion</i>	10	5%	18	20%	28	10%
<i>armes à feu</i>	20	10%	2	2%	22	8%
<i>saut dans le vide</i>	2	1%	2	2%	4	1%
Total	201	100%	89	100%	290	100%

Mode	Bretagne					
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	476	11%	453	28%	929	15%
Lésion auto infligée	3893	89%	1177	72%	5070	85%
<i>dont</i>						
<i>pendaison, strangulation et suffocation</i>	2543	58%	533	33%	3076	51%
<i>noyade et submersion</i>	260	6%	295	18%	555	9%
<i>armes à feu</i>	529	12%	18	1%	547	9%
<i>saut dans le vide</i>	193	4%	142	9%	335	6%
Total	4369	100%	1630	100%	5999	100%

Source : INSERM CépiDc

Annexe 3 : Principales caractéristiques des passages pour tentatives de suicide aux urgences

■ Les caractéristiques démographiques

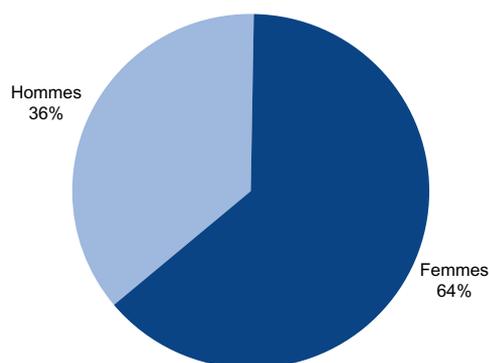
■ Près de 1 700 tentatives de suicide prises en charge dans les services d'urgence des 3 hôpitaux...

Au cours des 3 années de recueil, 1664 tentatives de suicide ont été recensées dans les hôpitaux de Guingamp, Lannion et Paimpol. Cependant, seuls 1626 passages sont décrits du fait de la création d'une fiche standardisée uniquement pour le premier passage observé en 2007.

■ ... avec une nette prédominance féminine...

Près des deux tiers des passages pour tentative de suicide (64%) sont le fait de femmes. Cette prédominance féminine est d'ailleurs observée dans toutes les études comparables.

Répartition des passages pour tentative de suicide selon le sexe



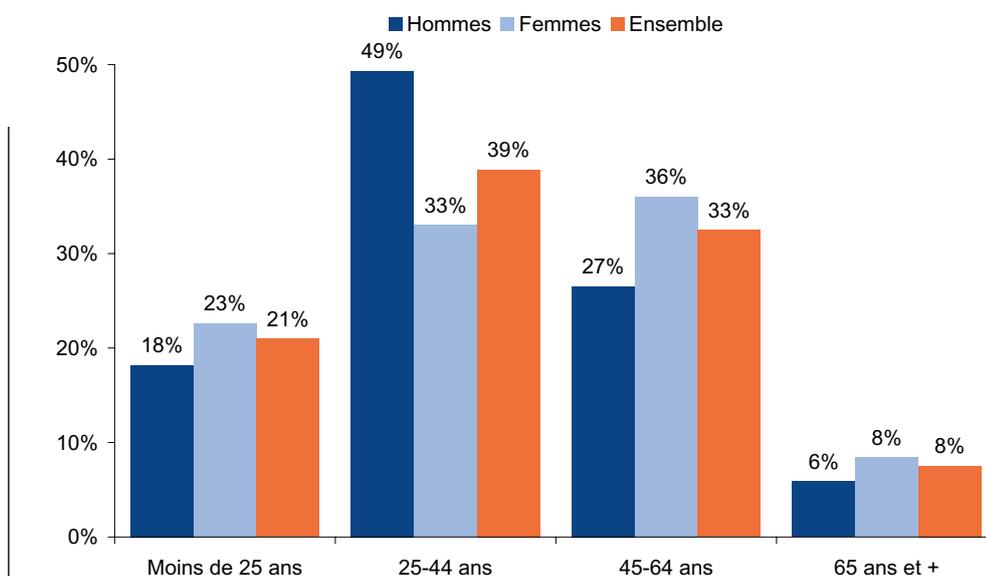
Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■... et touchent une population jeune

Dans 6 cas sur 10, le passage pour tentatives de suicide concerne une personne âgée de moins de 45 ans, les hommes davantage que les femmes (67% vs 56%).

Plus particulièrement, la moitié des passages masculins sont le fait d'hommes âgés de 25 à 44 ans contre le tiers des passages féminins pour la même tranche d'âge.

Répartition en % des passages selon le sexe et l'âge des patients



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

À titre de comparaison, dans l'enquête réalisée en 1990 auprès des services d'urgences des hôpitaux publics bretons, la proportion concernant les passages des personnes de moins de 45 ans étaient de 82% (84% des hommes et 80% des femmes).

Vis-à-vis de cette enquête, les passages aux urgences du présent recueil concernent donc une population plus âgée. Cependant ce constat doit être nuancé : la population du pays du Trégor Goëlo et de Guingamp (qui recouvre la majeure partie des 3 secteurs psychiatriques) présente un profil plus âgé que la population bretonne.

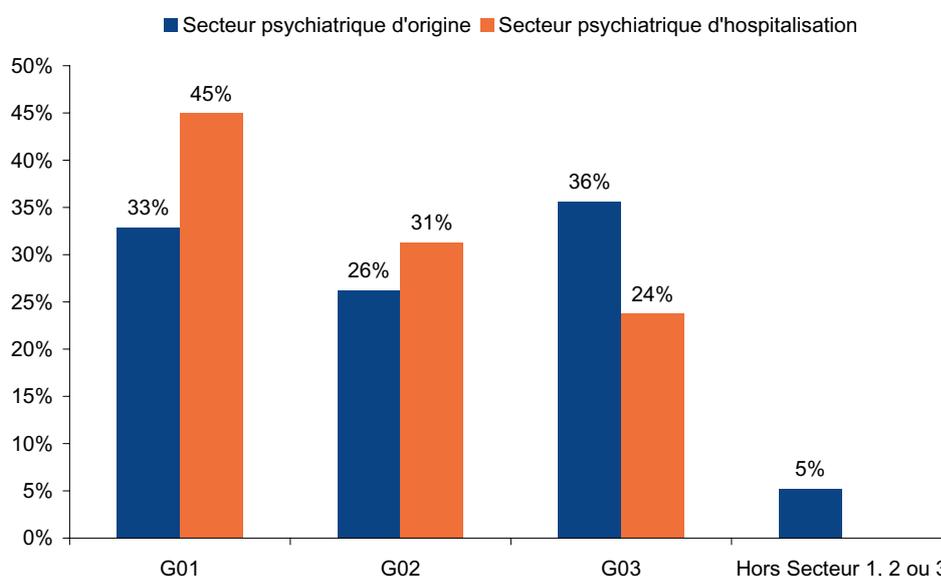
■ Le lieu de résidence et le secteur d'hospitalisation

■ 8 passages sur 10 sont le fait de personnes résidant dans leur secteur psychiatrique d'hospitalisation

Globalement, 36% des passages correspondent à des individus résidant dans le secteur psychiatrique G03 (Paimpol), 33% à des individus domiciliés dans le G01 (Lannion), 26% dans le G02 (Guingamp) et 5% des passages sont le fait de personnes habitant en dehors des limites géographiques de ces 3 secteurs.

En revanche, la répartition des passages selon le secteur d'hospitalisation est différente puisque le secteur enregistrant l'activité la plus importante est le secteur G01 avec 45% des hospitalisations, suivi par le G02 avec 31% puis en dernier lieu arrive le secteur G03 avec le quart des hospitalisations (24%).

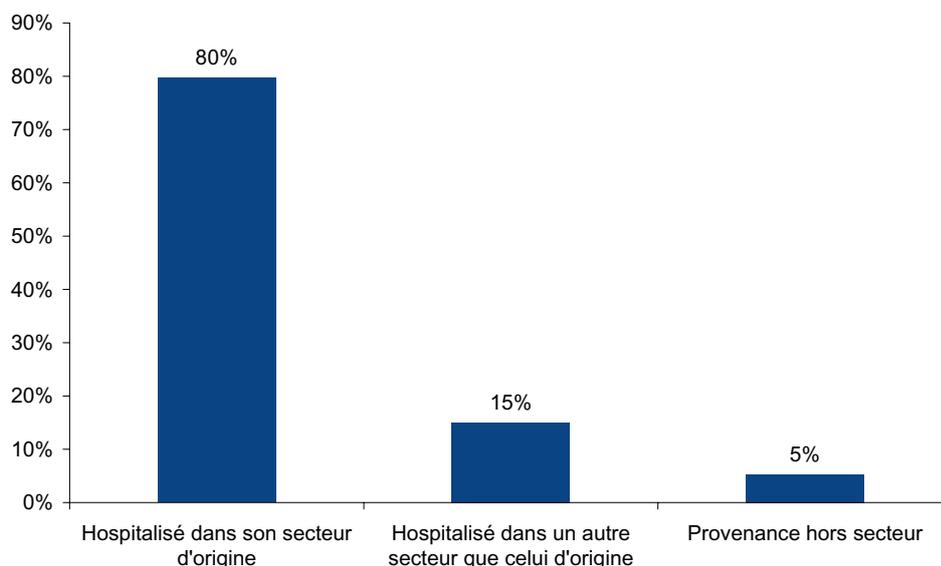
Répartition des passages selon leur secteur d'origine et d'hospitalisation



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Compte tenu des différences observées entre secteur de domicile et secteur d'hospitalisation, le croisement de ces deux informations permet de mesurer la part des passages correspondant à des individus non hospitalisés dans leur secteur de résidence. Ainsi, 1 passage sur 5 correspond à une personne dans cette situation (15% des passages sont attribuables à des habitants des secteurs 1, 2 ou 3 et 5% des passages sont le fait de personnes extérieures à ces 3 secteurs).

Répartition en % des passages selon leur secteur d'origine et d'hospitalisation



Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ L'orientation

■ **L'orientation proposée la plus courante : la prise de RDV dans un CMP**

Remarque : l'absence d'orientation ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu d'orientation proposée à l'issue du passage aux urgences. Elle signifie que ce renseignement était absent du dossier médical.

À l'issue de la prise en charge pour tentative de suicide, c'est la prise de rendez-vous dans un CMP qui est le plus souvent proposée (3 passages sur 10). L'hospitalisation concerne près d'un passage sur 5 (21%). Pour une proportion quasiment équivalente de passages (18%), il n'y a pas d'information quant à l'orientation proposée à l'issue de la prise en charge. Le retour vers le médecin traitant ou vers un psychiatre ou un psychothérapeute libéral est proposé à l'issue d'un passage sur 10 (11%), tout comme les coordonnées des CMP/AMP. Plus rarement, les services sociaux ou associations, l'hôpital de jour ou la visite à domicile constitue l'orientation proposée à l'issue de la prise en charge.

Un passage sur 20 se solde par une sortie contre avis médical ou par une fugue.

Répartition en % des passages selon l'orientation proposée à l'issue de la prise en charge

Orientation proposée	Effectif
RDV CMP/CMPEA	482
Hospitalisation CHS/Clinique spécialisée ou autre	338
Absence d'orientation	291
Médecin psychiatre libéral ou traitant ou psychothérapeute libéral	185
Coordonnées CMP/AMP	172
Sortie contre avis médical ou fugue	84
Services sociaux ou association	38
Hôpital de jour	19
Visite à domicile	17
Total	1626

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Annexe 4 : Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation

Modalité principale d'hospitalisation	Effectif	%
X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits	36	3%
X61 Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, anti-parkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs	1065	80%
X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs	2	0%
X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits	1	0%
X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision	6	0%
X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	14	1%
X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits	12	1%
X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits	1	0%
X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision	12	1%
X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation	45	3%
X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion	11	1%
X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing	1	0%
X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille	1	0%
X75 Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif	1	0%
X76 Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes	1	0%
X77 Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants	5	0%
X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant	96	7%
X80 Lésion auto-infligée par saut dans le vide	18	1%
X81 Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement	1	0%
X82 Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur	5	0%
X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés	2	0%
Total	1336	100%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Annexe 5 : Répartition des modalités associées selon la modalité principale d'hospitalisation

Modalité principale d'hospitalisation	Modalité associée à l'hospitalisation	Effectif	%
Auto-intoxication médicamenteuse N=1110	Auto-intoxication médicamenteuse	13	1%
	Auto-intoxication par l'alcool	322	29%
	Autre auto-intoxication que médicamenteuse	4	0%
	Pendaison	4	0%
	Noyade	1	0%
	Saut dans le vide	2	0%
	Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant	22	2%
Autre auto-intoxication que médicamenteuse N=25	Auto-intoxication médicamenteuse	3	12%
	Auto-intoxication par l'alcool	3	12%
Pendaison N=45	Auto-intoxication médicamenteuse	1	2%
	Auto-intoxication par l'alcool	11	24%
	Noyade	1	2%
	Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant	1	2%
Noyade N=11	Auto-intoxication par l'alcool	5	45%
Arme à feu, explosif, feu, gaz N=9	Auto-intoxication médicamenteuse	3	33%
Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant N=96	Auto-intoxication par l'alcool	19	20%
Saut dans le vide N=18	Auto-intoxication médicamenteuse	1	6%
	Auto-intoxication par l'alcool	4	22%
Lésion auto-infligée par autres moyens N=8	Auto-intoxication par l'alcool	2	25%

Source : Fondation Bon Sauveur - Enquête Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Vertical line

Références bibliographiques

Vertical line

L. Pennogon, Observatoire Régional de Santé de Bretagne
Tentatives de suicide prises en charge par les unités médico-psychologiques en Bretagne.
Retour d'enquête 2006.
Novembre 2007.

M.C. Mouquet, V. Bellamy, V. Carasco
Suicides et tentatives de suicide en France.
Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et résultats
n° 486 , mai 2006.

M Hägi, J. Crouzet, AS. Woronoff, E. Monnet. Mortalité et morbidité suicidaire en
Franche-Comté – étude des variations géographiques infra-régionales (premiers résultats).
Observatoire hospitalier des tentatives de suicide en Franche-Comté. Septembre 2005.

Palazzolo J., Favre P., Julerot J.M., Bougerol T. Caractéristiques des patients hospitalisés
dans un centre spécialisé après une tentative de suicide. L'encéphale, 2002 ; XXVIII : 39-
50.

Observatoire régional de la santé du Centre. Les patients vus au centre hospitalier de
Dreux en 2000 pour tentative de suicide. Janvier 2004.

F. Staikowsky, N. Describes et le Groupe d'études sur les tentatives de suicide dans
les services d'urgences (Getssu). Les tentatives de suicide examinées dans les services
d'urgences en France. BEH 1999 ; n°51, 216-217.

A. Tréhony, A. Batt, C. Depoivre, I. Tron-Pasquet
Observatoire Régional de Santé de Bretagne
Les tentatives de suicide de Bretagne.
Avril 1992, 53 pages.

Vertical line

Une étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé de Bretagne
Philippe Clappier, chef de projet
Léna Pennognon, chargée d'études
à la demande du Conseil régional de Bretagne



CONSEIL RÉGIONAL DE BRETAGNE

283 avenue du Général Patton – CS 21 101 – 35 711 RENNES CEDEX 7
Tél. : 02 99 27 10 10 – Fax : 02 99 27 11 11 – www.bretagne.fr