



• solidarité •

OBSERVATION DU PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE EN BRETAGNE

Mortalité et hospitalisations
en court séjour

→ JANVIER 2011

**En Bretagne, le suicide
n'est pas une fatalité**

CONFÉRENCE DE CONSENSUS :
comprendre ensemble pour agir

CONTEXTE

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

Dans ce contexte, l'objectif de ce tableau de bord est de réunir dans un même document, des indicateurs fiables et facilement reproductibles permettant de décrire et de suivre dans le temps l'évolution du phénomène suicidaire à l'échelon régional et infra régional.

Il s'appuie sur les données actuellement exploitables, relatives à la mortalité et aux prises en charge en service hospitalier de court séjour.

LES SOURCES DE DONNÉES ET LEURS LIMITES

▪ **Les données de population** utilisées sont issues des recensements de la population (RP) en 1999, 2006 et 2007 et des estimations de population au 1^{er} janvier de chaque année réalisées par l'Insee.

▪ **Les données de mortalité** proviennent de la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le CépiDc de l'Inserm. La dernière année disponible actuellement se réfère à l'année 2008.

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 raisons¹. Notamment :

▪ Une partie des décès peut être incluse dans les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, du fait de la perception sociale du suicide ou de 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 en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre.

▪ En cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} révision depuis 2000 (CIM10), les codes retenus pour le suicide sont : X60 à X84.

▪ **Les données de morbidité hospitalière** sont issues de l'exploitation de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2008, diffusée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Cette base regroupe les séjours des établissements publics, privés lucratifs et non lucratifs. Depuis 2001, les prises en charge pour tentative de suicide peuvent être identifiées par les codes du chapitre XX de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) relatifs aux causes externes de morbidité et de mortalité en diagnostic associé significatif (DAS). En théorie selon les règles et consignes de codage définies par l'ATIH, les séjours pour tentative de suicide doivent mentionner en DAS un code X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée), ainsi qu'un diagnostic principal (DP) codé avec le chapitre XIX « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (code S00 à T98). Cependant, compte tenu des imprécisions relevées au niveau du codage, tous les séjours contenant en DAS un code X60 à X84 sont retenus pour l'analyse, quel que soit le code mentionné en DP. Par ailleurs, seuls les séjours domiciliés en Bretagne sont pris en compte.

Afin de caractériser les patients concernés par une hospitalisation pour tentative de suicide, la procédure dite du « chaînage » des séjours est appliquée afin de relier les différents séjours d'une même personne hospitalisée grâce à un numéro anonyme unique.

Pour étudier l'association entre manifestations psychiques et tentatives de suicide les principaux codes du chapitre V de la CIM10 retrouvés en DP, DAS ou diagnostic relié sont explorés : F32 « Episodes dépressifs », F10 « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool » (dont le F100 caractérisant ceux liés à une intoxication alcoolique aiguë), F43 « Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation », et F41 « Troubles anxieux ».

Limites du recueil : les séjours issus de la base PMSI regroupent à la fois les prises en charge initiales pour tentative de suicide, les réhospitalisations consécutives à la tentative de suicide et les récidives sans qu'il soit possible de les distinguer à partir des variables disponibles. Par ailleurs, en raison d'erreurs ou d'oublis, les codes d'auto-intoxication ou de lésions auto-infligées peuvent être omis, induisant une sous-estimation des prises en charge pour tentative de suicide. D'autre part, les données ne comptabilisent pas les passages dans les services d'urgence hors zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD). De même, les suicidants orientés directement vers un service de psychiatrie ne sont pas comptabilisés dans cette étude. Cependant, l'exploitation de la base de données issue du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) devrait permettre à terme d'inclure ces patients dans le tableau de bord.

LES INDICATEURS UTILISÉS

▪ **Les taux spécifiques selon l'âge**

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

▪ **L'indice comparatif de mortalité (ICM)**

Il permet de comparer le niveau de risque de décès dans une zone géographique (département, pays, ...) par rapport au niveau national (égal à 100 par définition) indépendamment des variations dues aux différences de structures d'âge et de sexe entre les populations étudiées. Par exemple, un ICM égal à 110 signifie, qu'à âge égal, la zone géographique considérée présente un risque de mortalité supérieur de 10% au niveau national reflétant une situation défavorable. A l'inverse, un ICM inférieur à 100 traduit une situation favorable par rapport à la moyenne nationale. Les ICM sont calculés sur un nombre d'années suffisant afin de rendre les résultats statistiquement valides. Pour les ICM issus de la base de données Score-santé de la Fnors, l'année mentionnée dans les graphiques correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2006 se rapporte à la période 2005-2007.

▪ **Le taux standardisé de mortalité**

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

▪ **Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation**

La méthode de calcul et le principe sont les mêmes que pour le taux standardisé de mortalité mais cet indicateur repose sur les données du PMSI transmises par l'ATIH et la population de référence est la population française au recensement de la population de 2006.

Dans l'analyse descriptive des séjours liés à une tentative de suicide, les taux sont calculés sur la base du nombre de séjours, alors que dans celle qui porte sur les patients hospitalisés, les taux sont calculés sur la base du nombre de patients.

¹ Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm évalue à 20% la sous-estimation du suicide dans la certification des causes de décès.

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

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

Sur la période 2005-2007, les indices comparatifs de mortalité par suicide placent la Bretagne au 1^{er} rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de +59% et une surmortalité féminine de +67%.

...un phénomène persistant dans le temps

Depuis le début des années 1990, bien que la mortalité par suicide soit en baisse chez les hommes et stable chez les femmes, la région affiche une situation particulièrement défavorable. En effet sur l'ensemble de la période, chez les hommes comme chez les femmes, la Bretagne présente des taux standardisés de mortalité par suicide plus élevés qu'en France métropolitaine. Ainsi, sur la dernière période 2006-2008, ils se situent à 40,1 décès pour 100 000 chez les hommes et 14 pour 100 000 chez les femmes contre respectivement 25,7 et 8,4 pour 100 000 en France métropolitaine.

Une surmortalité généralisée dans tous les départements

Sur la période 2006-2008, quel que soit le sexe, la surmortalité bretonne se confirme dans tous les départements de la région puisqu'ils affichent tous les quatre, des taux standardisés de mortalité nettement supérieurs aux taux français.

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

Chez les femmes, la situation des départements présente moins de disparités. Ainsi, les écarts par rapport à la moyenne régionale sont sensiblement moins importants.

Près de 840 décès par suicide en Bretagne...

En 2006-2008, en moyenne annuelle, 839 décès par suicide ont été recensés dans la région, soit 3% de l'ensemble des décès en Bretagne.

...majoritairement des hommes...

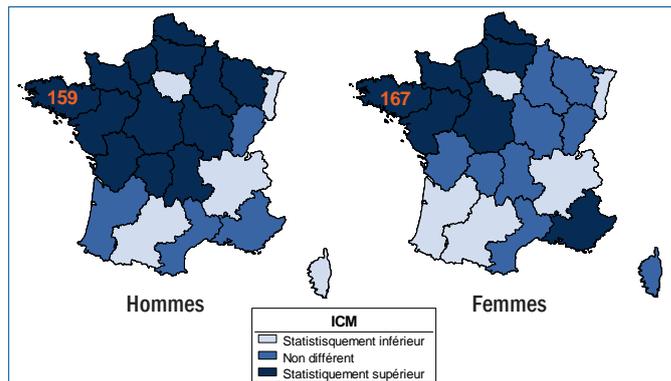
En 2006-2008, en Bretagne comme en France, les décès par suicide sont majoritairement masculins : avec 606 décès annuels chez les hommes et 233 chez les femmes, le suicide est responsable du décès de trois fois plus d'hommes que de femmes. La prédominance masculine se retrouve à tous les âges.

... et des personnes jeunes : 7 décès par suicide sur 10 ont lieu prématurément²

En 2006-2008, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme chez les femmes, environ 7 décès par suicide sur 10 ont lieu avant 65 ans. Toutefois, si l'on considère la proportion de décès par suicide parmi l'ensemble des autres causes de décès, c'est entre 25 et 34 ans que le poids du suicide est le plus important : dans cette tranche d'âge, près d'un décès sur 3 (32%) correspond à un suicide.

² Est considéré comme prématuré tout décès survenant avant l'âge de 65 ans.

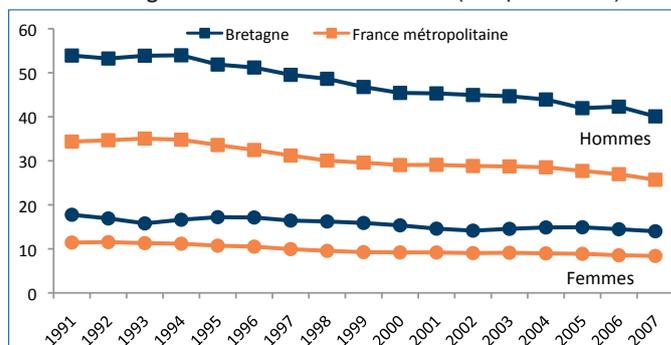
Indices comparatifs de mortalité par suicide
Période 2005-2007 - ICM France = 100



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé.

Exploitation ORS Bretagne.

Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 1990 à 2008* (unité pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé.

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2007 correspond à la période 2006-2008.

Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe en 2006-2008 (unité pour 100 000)

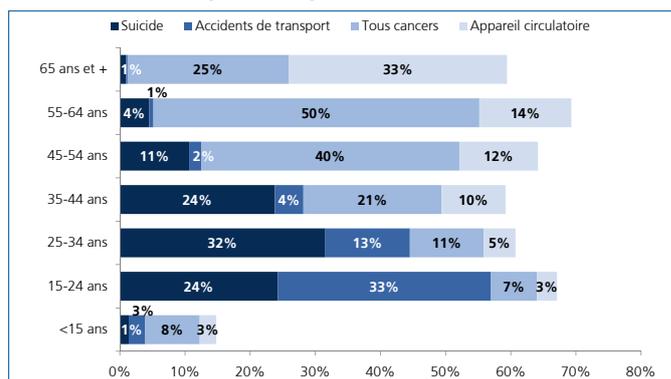
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	137	47,9	51	16,0	188	31,2
Finistère	171	39,6	62	13,1	233	26,0
Ille-et-Vilaine	150	33,3	72	14,8	221	23,5
Morbihan	149	43,4	48	12,8	197	27,3
Bretagne	606	40,1	233	14,0	839	26,3
France	7 519	25,7	2 745	8,4	10 264	16,4

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP2006.

Part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès selon l'âge en Bretagne en 2006-2008* (en %)



Sources : Inserm CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

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

La surmortalité masculine s'observe à tous les âges

En 2006-2008, en Bretagne comme en France, la surmortalité masculine se retrouve à tous les âges, l'écart étant particulièrement marqué aux âges les plus élevés.

Chez les hommes, la tendance selon l'âge est superposable en Bretagne et en France. Les taux de décès par suicide sont de plus en plus élevés avec l'avancée en âge, à l'exception de la tranche d'âge des 55-74 ans. Dans la région, le taux de mortalité est multiplié par 7 entre la population des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus.

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

Les Côtes d'Armor en situation plus défavorable que la région à tous les âges sauf chez les moins de 15 ans

Sur la période 2006-2008, à l'exception des moins de 15 ans, pour toutes les autres tranches d'âges, les taux de mortalité observés dans les Côtes d'Armor sont supérieurs à ceux de la région.

La situation est plus favorable que celle de la région entre 15 et 64 ans et au-delà de 85 ans en Ille-et-Vilaine et entre 15 et 44 ans et 65 et 84 ans dans le Finistère, mais ce département présente les taux les plus élevés de la région chez les moins de 15 ans et entre 55 et 64 ans.

Dans le Morbihan, les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région sauf entre 15 et 34 ans et 75 et 84 ans où ils sont les plus élevés des quatre départements bretons.

Prédominance des suicides par pendaison

En 2006-2008, en Bretagne comme en France, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison, il représente plus de la moitié (56%) de l'ensemble des décès par suicide dans la région. Viennent ensuite les intoxications médicamenteuses (14%) suivies dans des proportions équivalentes par la noyade (8%) et les armes à feu (7%). Par ailleurs, la part des décès par suicide « sans précision » atteint 5%, davantage chez les femmes (7%) que chez les hommes (4%).

Si la prédominance des décès par pendaison s'observe pour les deux sexes, elle est nettement plus marquée chez les hommes (62% contre 39% chez les femmes) et la répartition des autres modes de suicide diffèrent fortement selon le sexe.

Chez les hommes, après la pendaison, arrivent à égale fréquence les suicides par arme à feu et ceux par intoxication médicamenteuse avec 10% chacun de l'ensemble des décès masculins par suicide. Ces trois modes représentent plus de 8 décès par suicide sur 10 (82%).

Chez les femmes, après la pendaison, les intoxications médicamenteuses correspondent au deuxième mode le plus fréquemment utilisé représentant 27% de l'ensemble des décès féminins par suicide, suivi par la noyade (15%). Comme pour les hommes, les trois principaux modes de suicide représentent plus de 8 décès par suicide sur 10 (81%).

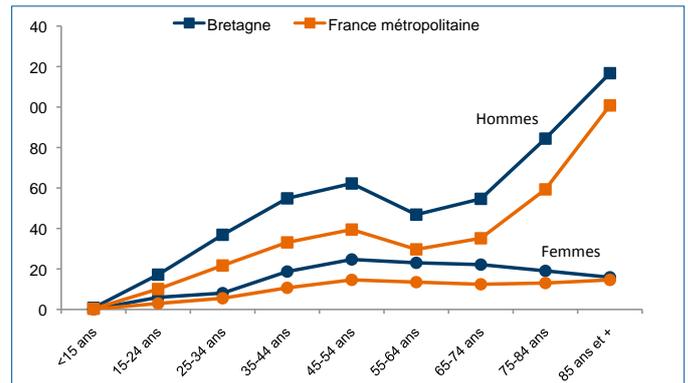
Des modes variables selon l'âge

Avant 25 ans, les modes de suicide ne sont pas sexués : les différences entre hommes et femmes sont marginales. Au-delà de cet âge, ils diffèrent fortement.

Chez les hommes, si la part des décès par pendaison n'évolue pas quel que soit l'âge, en revanche, les décès par arme à feu augmentent avec l'avancée en âge et sont trois fois plus fréquents chez les 65 ans et plus (15%) que chez les moins de 25 ans (5%). Les sauts dans le vide représentent le deuxième mode de suicide utilisé par les plus jeunes (18%) tandis qu'entre 25 et 64 ans ce sont les intoxications médicamenteuses (13%).

Chez les femmes, la pendaison reste prédominante quel que soit l'âge, notamment avant 25 ans avec 59%. Ensuite, entre 25 et 64 ans, ce mode précède de peu les intoxications médicamenteuses (respectivement 36% et 32% pour cette tranche d'âge) tandis qu'à partir de 65 ans ce sont les noyades qui constituent le deuxième mode le plus fréquent, juste devant les intoxications médicamenteuses (respectivement 21% et 17% pour cette tranche d'âge).

Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France en 2006-2008 (unité : pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

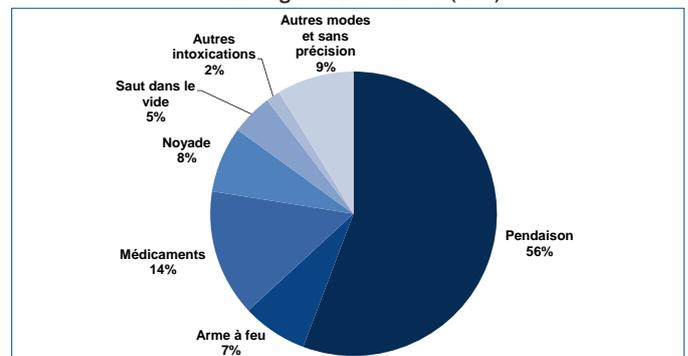
Taux de mortalité selon l'âge selon les départements en Bretagne en 2006-2008 (unité : pour 100 000)

Tranche d'âge	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
<15 ans	0,3	0,6	0,5	0,3	0,4
15-24 ans	14,1	10,3	10,1	14,9	11,8
25-34 ans	25,4	18,9	19,3	31,4	22,8
35-44 ans	45,9	35,2	35,0	34,8	37,0
45-54 ans	52,0	48,1	33,0	43,9	43,4
55-64 ans	37,0	40,4	30,2	30,7	34,6
65-74 ans	43,9	30,5	38,3	36,3	36,7
75-84 ans	49,5	30,7	48,0	50,6	43,7
85 ans et +	57,7	46,9	42,3	28,0	43,7

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

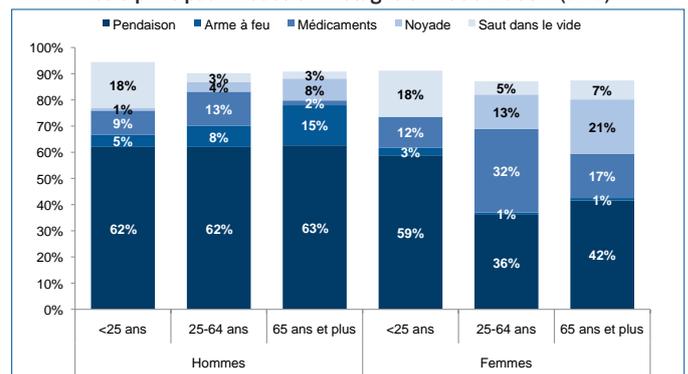
Répartition des décès par suicide selon le mode en Bretagne en 2006-2008 (en %)



Sources : Inserm CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des décès par suicide selon le sexe, l'âge et les 5 principaux modes en Bretagne en 2006-2008* (en %)



Sources : Inserm CépiDc.

Exploitation ORS Bretagne.

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

La Bretagne en position défavorable par rapport à la France

En 2007, la Bretagne présente un taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide plus élevé que celui de la France métropolitaine³ : il est de 248 séjours pour 100 000 habitants, contre 161 pour 100 000 en France métropolitaine.

Ce constat se vérifie tant chez les hommes que chez les femmes : les taux de recours à l'hospitalisation atteignent 184 séjours pour 100 000 hommes et 313 pour 100 000 femmes, contre respectivement 117 et 204 pour 100 000 en France métropolitaine.

Près de 7 400 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide

En 2008, 7 378 hospitalisations en court séjour, domiciliés en Bretagne sont liées à une tentative de suicide, soit une moyenne de 20 séjours quotidiens.

Ces séjours représentent 0,9% de l'ensemble des hospitalisations domiciliées en Bretagne (hors séances) et 2,8% des hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement.

Une prise en charge secondaire à un passage aux urgences

Parmi les 7 378 séjours hospitaliers identifiés, 6 956 ont fait l'objet d'un passage aux urgences, soit 94%.

Un séjour sur 10 nécessite une prise en charge lourde, c'est-à-dire un passage en réanimation et/ou soins intensifs.

L'arrivée directe en provenance du domicile concerne 3,5% des séjours, dont plus de la moitié requiert une hospitalisation en réanimation et/ou soins intensifs.

Un retour au domicile près de 2 fois sur 3

Près de deux-tiers (63,5%) des séjours sont conclus par un retour à domicile et à un degré moindre par des hospitalisations en psychiatrie dans 23,8% des cas, en unité de court séjour d'un autre établissement dans 10,5% des cas et en soins de suite ou de réadaptation dans 1,2% des cas. 43 séjours ont conduit à un décès.

Les autres types d'orientation (vers une structure d'hébergement médico-social, vers des soins de longue durée, vers une hospitalisation à domicile) sont marginaux.

Une durée d'hospitalisation généralement courte ...

Près de 67% des hospitalisations ont une durée de moins de 48 heures. Parmi celles-ci, dans 2 cas sur 10 (15%), la prise en charge est inférieure à 24 heures et pour la moitié (51%) elle varie de 24 à 48 heures.

Pour un quart des séjours, l'hospitalisation a une durée de 2 à 5 jours, la durée moyenne de séjour⁴ (DMS) étant de 5,5 jours (écart-type de 7,8 jours).

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

Les hospitalisations de moins de 48 heures sont majoritaires pour les patients âgés de 15 à 64 ans. Avant 15 ans, les deux-tiers des séjours ont une durée de 2 à 10 jours et à partir de 65 ans, les durées d'hospitalisations progressent, notamment celles de plus de 10 jours.

Près de la moitié (48%) des tentatives de suicide par lésion auto-infligée est hospitalisée au moins 2 jours, contre 31% pour les tentatives de suicide par auto-intoxication.

La durée moyenne de séjour³ est plus élevée pour les tentatives de suicide par lésion auto-infligée (8,6 jours) que pour celles par auto-intoxication (4,9 jours), probablement du fait de la gravité des blessures.

³ Dans ce paragraphe, les données sont celles de 2007 (année 2008 non disponible pour la France). Standardisation sur la population française au RP 2006.

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

Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon les modes d'entrée et de sortie en Bretagne en 2008 (en %)

	Mode d'entrée		Mode de sortie	
	Effectif	%	Effectif	%
Passage aux urgences	6 956	94,3%	-	-
Domicile personnel	260	3,5%	4 684	63,5%
Psychiatrie	35	0,5%	1 755	23,8%
Court séjour*	115	1,6%	778	10,5%
SSR**	6	0,1%	87	1,2%
Décès	-	-	43	0,6%
Autres	6	0,1%	31	0,4%
Total	7 378	100%	7 378	100%

Source : PMSI MCO 2008, ATIH.

* court séjour d'un autre établissement

** SSR : soins de suite ou de réadaptation

Exploitation ORS Bretagne.

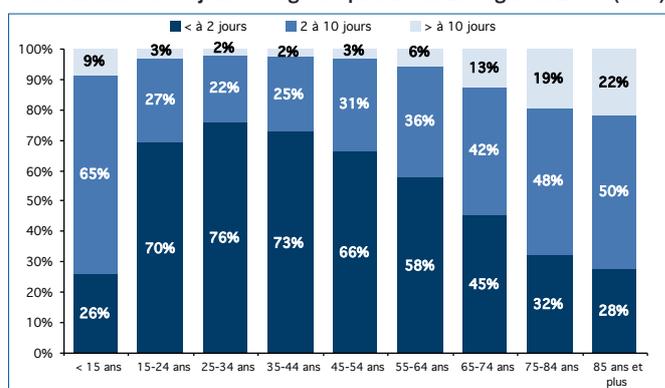
Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée de séjour en Bretagne en 2008 (en %)

Durée de séjour	Effectif	%
< à 2 jours	4 921	66,7%
2 à 5 jours	1 808	24,5%
6 à 10 jours	359	4,9%
11 à 15 jours	148	2,0%
> à 15 jours	142	1,9%
Total	7 378	100%

Source : PMSI MCO 2008, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

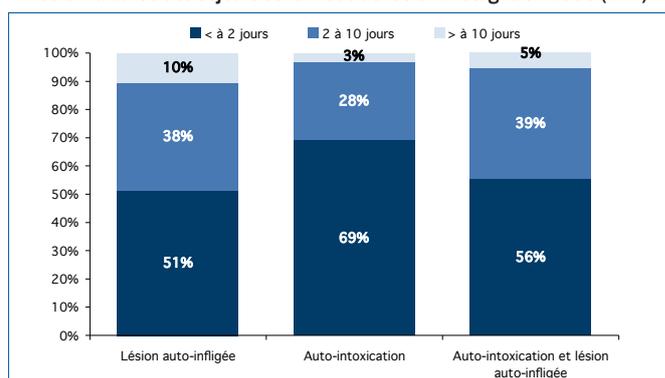
Répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée des séjours et l'âge des patients en Bretagne en 2008 (en %)



Source : PMSI MCO 2008, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

Répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée des séjours et le mode utilisé en Bretagne en 2008 (en %)



Source : PMSI MCO 2008, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

Davantage de tentatives de suicide chez les femmes ...

Au cours de l'année 2008, les hospitalisations en lien avec une tentative de suicide ont concerné 6 191 patients pris en charge en court séjour. Parmi ceux-ci, 5 391 patients, soit 87,1%, ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année⁵.

Ces patients sont à prédominance féminine : 3 281 femmes (60,9%) et 2 110 hommes (39,1%). Le sex-ratio est égal à 1,55.

Près du quart des patients sont âgés de 35 à 44 ans pour une moyenne de 39,4 ans (39,2 ans pour les hommes et 39,6 ans pour les femmes).

... surtout chez les jeunes

En Bretagne, le taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est de 140 pour 100 000 hommes et de 213 pour 100 000 femmes. Jusqu'à l'âge de 75 ans, les taux de recours sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf entre 25 et 34 ans où ils diffèrent peu entre les deux sexes et au-delà de 85 ans où les tendances s'inversent.

Chez les hommes, le taux de recours le plus élevé se situe entre 35 et 44 ans (environ 265 pour 100 000 hommes) à un niveau bien inférieur au taux maximal constaté chez les femmes de 15 à 24 ans (environ 398 pour 100 000 femmes). Les taux de recours diminuent avec l'âge à partir de 45 ans, de manière constante chez les femmes, alors qu'ils progressent de nouveau chez les hommes de plus de 65 ans.

Les Côtes d'Armor, le département le plus touché

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

Les Côtes d'Armor affichent des taux plus élevés qu'au niveau régional de 15 à 84 ans, ils y sont notamment 1,6 fois supérieurs à ceux de l'Ille-et-Vilaine entre 15 à 34 ans.

Le Finistère se situe également à un niveau supérieur à celui de la région entre 15 et 64 ans et présente le taux de recours le plus important des quatre départements bretons entre 55 et 64 ans.

L'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable, avec des taux inférieurs à ceux de la région, sauf pour les personnes de 65 à 74 ans et de plus de 85 ans pour lesquelles les taux sont les plus élevés de la région.

Le Morbihan se distingue par le taux le plus important de la région pour les jeunes de moins de 15 ans, et les taux les plus bas pour les personnes de 55 à 74 ans.

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

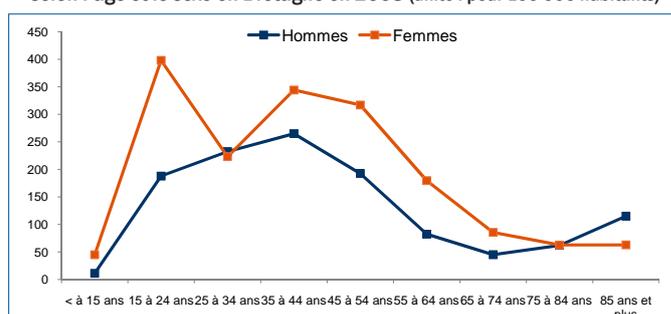
Le mode de tentative de suicide prédominant est l'auto-intoxication médicamenteuse (85,3% des tentatives de suicide). Les hospitalisations consécutives à une lésion auto-infligée sont deux fois plus fréquentes chez les hommes (16,6%) que chez les femmes (8,5%).

La dépression et l'alcool associés à la tentative de suicide dans plus de la moitié des cas

Plus de 4 patients sur 10 (40,8%) présentent des troubles psychiques associés, qui correspondent de manière prépondérante à «un épisode dépressif» (27%), puis dans une moindre mesure à une «réaction à un facteur de stress sévère et des troubles de l'adaptation» (7,5%) et des «troubles anxieux» (6,3%).

Et pour un quart des patients, des troubles liés à l'alcool (9 fois sur 10, il s'agit d'une intoxication aiguë) sont identifiés plus fréquemment chez les hommes (34% pour 19% chez les femmes).

Taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en Bretagne en 2008 (unité : pour 100 000 habitants)



Source : PMSI MCO 2008, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

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

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	438	166,4	703	261,7	1 141	212,8
Finistère	670	156,7	957	221,5	1 627	188,7
Ille-et-Vilaine	573	119,7	896	183,2	1 469	151,3
Morbihan	429	128,3	725	213,2	1 154	170,0
Bretagne	2 110	139,7	3 281	213,5	5 391	176,1

Sources : PMSI MCO 2008, ATIH, INSEE RP 2008.

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP 2006.

Taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon l'âge et le département de résidence en 2008 – Deux sexes confondus (unité : pour 100 000 habitants)

Tranche d'âge	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
<15 ans	27,4	21,6	24,3	40,4	27,7
15-24 ans	387,3	303,7	238,6	287,5	289,6
25-34 ans	293,5	247,6	187,0	218,6	227,8
35-44 ans	353,0	335,7	246,2	308,0	304,2
45-54 ans	304,1	283,1	226,3	216,9	254,9
55-64 ans	146,2	148,7	118,3	117,3	132,4
65-74 ans	68,2	61,4	82,7	57,9	67,4
75-84 ans	67,0	62,2	58,2	63,0	62,4
85 ans et +	74,9	61,3	90,5	86,3	77,3

Sources : PMSI MCO 2008, ATIH, INSEE - population au 01/01/2008.

Exploitation ORS Bretagne.

Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour pour tentative de suicide selon le mode utilisé et le sexe des patients en Bretagne en 2008 (en %)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	1 688	80,0%	2 923	89,1%	4 611	85,5%
dont auto-intoxication médicamenteuse	1 682	79,7%	2 917	88,9%	4 599	85,3%
Lésion auto-infligée	351	16,6%	280	8,5%	631	11,7%
dont phlébotomie	94	4,5%	91	2,8%	185	3,4%
Auto-intoxication et lésion auto-infligée	71	3,4%	78	2,4%	149	2,8%
Total	2 110	100%	3 281	100%	5 391	100%

Source : PMSI MCO 2008, ATIH.

Exploitation ORS Bretagne.

⁵ Les données présentées ici concernent les caractéristiques des patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois en 2008, dans le contexte d'une tentative de suicide, afin que les résultats ne contiennent pas de «doublons» (c'est-à-dire qu'une même personne ne soit pas comptée deux fois ou plus). C'est le cas lorsque le patient change de département de résidence ou que son âge évolue entre les séjours.

En termes de morbidité

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

Les pays du Trégor-Goëlo, du Centre-Ouest Bretagne et Ploërmel ont une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

Comparés aux taux de ces trois pays, ceux des pays de Brocéliande et Vitré sont 1,4 à 1,6 fois moins élevés. Les taux dans les pays de Morlaix, Rennes, Vallons de Vilaine, Vannes, Auray, Redon se situent à mi-chemin entre le taux régional et les taux des pays de Brocéliande et Vitré.

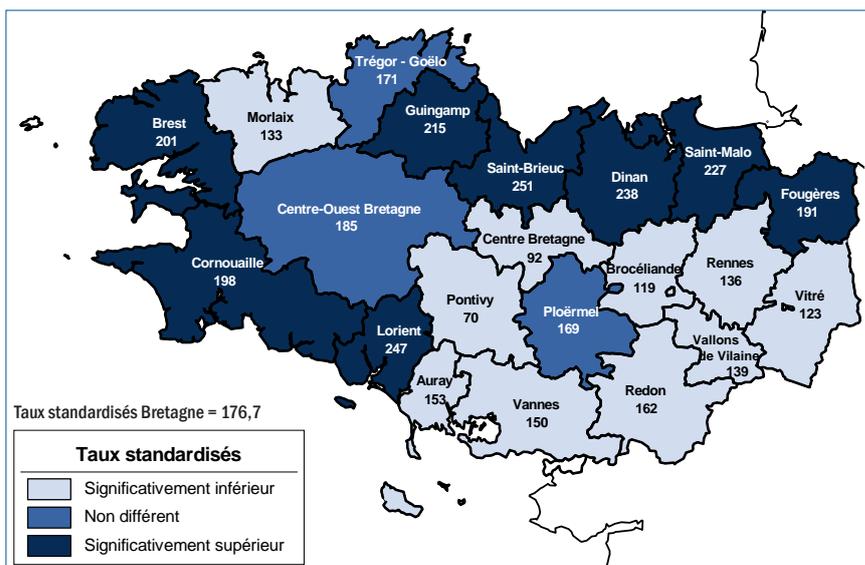
On distingue une zone de forts taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide sur la façade ouest de la Bretagne (de Brest à Lorient) ainsi que sur le littoral nord (de Guingamp à Saint-Malo) jusqu'à Fougères. Au sein de cette zone de forte morbidité, les écarts sont importants, les taux variant dans un rapport de 1 à 1,3 selon les pays. La morbidité est plus élevée dans les pays de Dinan, Saint-Malo et Guingamp que dans ceux de Brest, Cornouaille et Fougères, mais elle y est plus faible que dans les pays de Lorient et Saint-Brieuc, les deux pays en situation la plus défavorable.

En termes de mortalité

De même, la mortalité par suicide varie selon les pays de Bretagne. Cependant, les écarts ne sont pas aussi marqués que ceux observés pour le recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide. En effet, les taux standardisés de mortalité varient dans une fourchette allant d'un minimum de 22 décès par suicide pour 100 000 habitants dans le pays de Rennes à un maximum de 36 pour 100 000 dans le pays de Guingamp et Centre-Ouest Bretagne. Si une majorité de pays ne présente pas de différence par rapport à la moyenne régionale, en revanche, une zone de surmortalité située au nord-ouest de la région et regroupant 4 pays limitrophes concentre les taux de mortalité les plus élevés. Il s'agit des pays de Guingamp, Trégor-Goëlo, Centre-Ouest Bretagne et Morlaix. A l'opposé, à l'est de la région le pays de Rennes et à l'ouest celui de Cornouaille affichent les taux les plus faibles.

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide selon les pays de Bretagne en 2008*

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



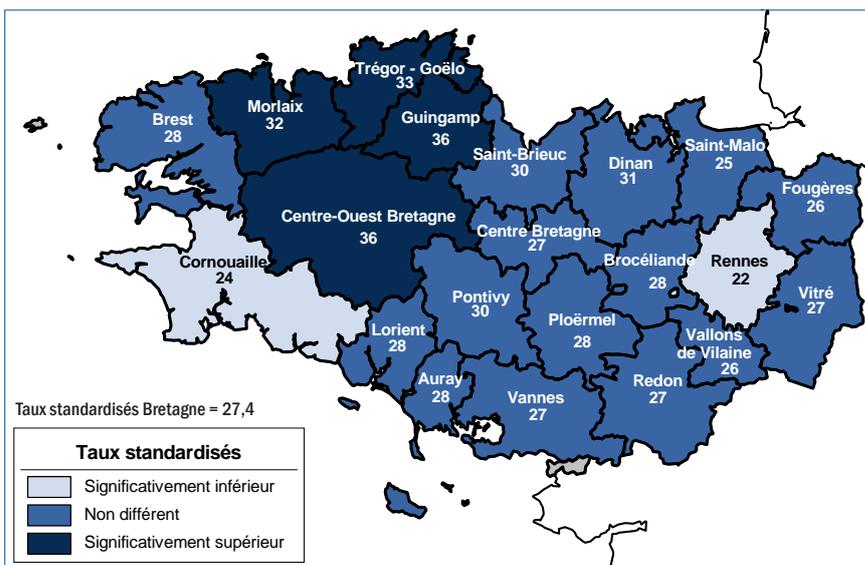
Sources : PMSI MCO 2008, ATIH, INSEE RP 2007.

Exploitation ORS Bretagne.

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

Taux standardisés de mortalité par suicide selon les pays de Bretagne en 2000-2008*

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



Sources : Insem CépiDc, Insee RP 1999 et RP 2007.

Exploitation ORS Bretagne.

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

EN RÉSUMÉ :

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

- Le pays de Guingamp se caractérise par une mortalité et une morbidité hospitalière supérieures à la moyenne régionale.
- Le pays de Rennes, à l'inverse, présente le profil le plus favorable avec des taux de mortalité et de morbidité hospitalière significativement inférieurs aux taux moyens bretons.
- Le pays de Cornouaille se distingue par une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale alors que la morbidité lui est supérieure.
- Le pays de Morlaix, à l'inverse, associe une situation de surmortalité et de sous morbidité hospitalière vis-à-vis de la moyenne régionale.
- Le rapport des taux moyens régionaux « tentatives de suicide hospitalisées/décès » se situe à 6,4, soit plus de 6 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 1 décès.

Rédaction : Patricia Bédague, Assistante d'études, Léna Pennognon, Chargée d'études, ORS Bretagne

Sous la direction du Docteur Isabelle Tron : Directrice, ORS Bretagne

Conception graphique : Elisabeth Quéguiner : Assistante d'études, ORS Bretagne

Avec nos remerciements pour sa relecture au Docteur Paolo Bercelli, Département d'information médicale du Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient.

À RETENIR...

Le suicide et les tentatives de suicide: persistance d'un problème de santé publique plus important en Bretagne que dans les autres régions françaises...

En 2008 en Bretagne et en moyenne chaque jour, plus de 2 personnes sont décédées par suicide (majoritairement des hommes), et plus de 20 personnes ont été prises en charge en hospitalisation de court séjour, dans le cadre d'une tentative de suicide (majoritairement des femmes). La Bretagne est la région de France où la mortalité par suicide est la plus importante et où le recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé qu'en moyenne française (respectivement 26 décès et 248 séjours hospitaliers pour 100 000 habitants contre 16 et 161 en France).

...qui concerne des populations jeunes et actives

7 décès par suicide sur 10 surviennent avant 65 ans, le nombre de décès par suicide parmi l'ensemble des décès étant le plus important entre 15 et 44 ans. Rapportée à la structure par âge et par sexe de la population, la mortalité par suicide est supérieure dans la population masculine quel que soit l'âge, le risque de décès par suicide étant comparativement plus important chez les hommes les plus âgés.

En parallèle, ce sont les jeunes femmes de 15 à 24 ans, et à un degré sensiblement moindre celles âgées de 35 à 54 ans qui présentent les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés.

Une géographie régionale contrastée

La mise en perspective de la morbidité hospitalière liée aux tentatives de suicide et de la mortalité par suicide selon différentes échelles géographiques conduit aux observations suivantes:

- Au niveau départemental, les Côtes d'Armor présentent les taux standardisés de recours à l'hospitalisation et de décès les plus élevés. À l'inverse, l'Ille-et-Vilaine se situe dans la position la plus favorable.
- À l'échelle des pays, si certaines zones associent surmorbidity hospitalière et surmortalité, dans d'autres zones les tendances s'opposent ou s'inversent. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer ces disparités: structuration de l'offre, pratiques de prise en charge selon les zones géographiques étudiées, contexte socio-économique...

PERSPECTIVES ...

Sur le plan de l'observation du phénomène suicidaire, l'étude de la morbidité hospitalière vient utilement compléter celle de la mortalité, cette approche pouvant à l'avenir être étayée par d'autres analyses. Elles nécessiteront de s'appuyer sur les données issues du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P); sur les possibilités d'harmonisation du codage PMSI au niveau régional, notamment pour permettre l'identification des antécédents de suicide et sur les données concernant les prises en charge réalisées dans les services d'urgence.

Par ailleurs, dans un objectif de mise en adéquation des besoins avec les moyens à mettre en œuvre, il conviendrait de poursuivre la démarche engagée qui vise à approfondir la connaissance des facteurs explicatifs des disparités infra-régionales. Dans ce cadre, les différentes études précédemment soutenues par le Conseil régional, notamment dans les Pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, pourraient être enrichies par des analyses relatives à la structuration des différentes composantes de l'offre, aux pratiques de prise en charge et de suivi des suicidants, ainsi qu'aux actions de prévention développées...

Dans ce contexte, l'étude réalisée par l'ORS Bretagne* à la demande du Conseil régional et de l'ARS Bretagne apportera des premiers éléments de réponse et proposera des préconisations, notamment en termes de prise en charge ambulatoire des patients suicidants et d'amélioration de la coopération et de la coordination des professionnels impliqués, à l'échelle des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.

* À paraître début 2011.



CONSEIL RÉGIONAL DE BRETAGNE

283 avenue du Général Patton – CS 21101 – 35 711 RENNES CEDEX 7
Tél.: 02 99 27 10 10 – Fax: 02 99 27 11 11 – www.bretagne.fr



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE

8 D rue Franz Heller – CS 70625 – 35 706 RENNES Cedex 7
Tél.: 02 99 14 24 24 – Fax: 02 99 14 25 21
E-mail: orsb@orsbretagne.fr – <http://www.orsbretagne.fr>