Mars 2015

Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes

TABLEAU DE BORD • TERRITOIRES DE SANTE • SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

203, route de Gençay 86280 SAINT BENOIT • Tél. 05 49 38 33 12 • ors@ors-poitou-charentes.org • www.ors-poitou-charentes.org

Rapport n° 165 Mars 2015

Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes

Julie DEBARRE
Mélanie PUBERT
Julien GIRAUD
Béatrice BOUFFARD

203 route de Gençay • 86280 St Benoit • Tél. 05 49 38 33 12 • ors@ors-poitou-charentes.org • www.ors-poitou-charentes.org
Sites gérés par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com • www.indisante.org

Remerciements

L'équipe de l'ORS tient à remercier :

- chacun des membres du comité de pilotage pour leur collaboration,
- la Direction inter-régionale des services pénitentiaires de Bordeaux (DISP) en particulier Bénédicte Deblock ainsi que de Jean- Luc Douillard, pour la fourniture des données relatives au suicide en milieu carcéral,
- l'InVS et la CIRE Limousin-Poitou-Charentes pour nous avoir permis d'utiliser les données OSCOUR® et particulièrement Rémi Métral pour l'extraction des données,
- le Collège régional d'information médicale (CoRIM) pour la validation méthodologique concernant les données du PMSI.

Comité de pilotage

Le comité de pilotage de cette étude est composé de :

- Dr BOUET, Praticien Hospitalier au Département d'information Médicale Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers,
- Mme CAILLAUD, MSA Charentes,
- M. DOUILLARD, Coordinateur du PRS Santé mentale de Charente-Maritime Sud,
- Dr FARANPOUR, Médecin du service des urgences du CH de Niort,
- M. FOUET, Coordinateur du PRS Santé mentale de Deux Sèvres,
- M. GERMONNEAU, Responsable de la CIRE Limousin-Poitou-Charentes,
- Dr LARDEUR, Chef de service de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de Poitiers-Vivonne.
- Dr LEVIGOUROUX, Coordonnateur des plateformes politiques publiques de l'ARS,
- Dr POMMIER, Médecin inspecteur de la Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE),
- M. POUPIN, M. BLOSSIER, M. COLIN, Coordinateurs du PRS Santé mentale de la Vienne,
- M. RIVIERE, Coordinateur du Programme régional de santé (PRS) Santé mentale de Charente,
- Mme RONDEL, Coordinatrice du PRS Santé mentale de Charente-Maritime Nord,
- Dr SIMMAT, Médecin conseillère auprès du recteur Rectorat.

Sommaire

SYNTHESE DES PRINCIPALES DONNEES EN POITOU-CHARENTES..... 8

LES TENTATIVES DE SUICIDE EN POITOU-CHARENTES..... 11

I.1. Hospitalisations suite à une tentative de suicide 12

Eléments clés 12

Le taux de recours à l'hospitalisation 13

Les taux de recours hospitalier par suicide à l'échelle des cantons 14

Le mode d'entrée de l'hospitalisation 15

Le mode de sortie de l'hospitalisation 15

Les séjours de 48 heures et plus 15

Les modes de tentatives de suicide 16

Les diagnostics associés 17

Les patients hospitalisés pour tentative de suicide 18

Le nombre de séjours hospitaliers par patient 18

Source et méthodes 19

I.2. La surveillance des services des urgences 20

Eléments clés 20

Les caractéristiques des tentatives de suicide enregistrées aux services des urgences 21

Le taux de recours au service des urgences suite à une tentative de suicide 21

Le nombre de tentatives de suicide selon le trimestre 22

Le niveau de gravité des tentatives de suicide 23

Les modes de tentative de suicide recensés aux services des urgences 23

Le mode de sortie des patients 24

I.3. La prise en charge des suicidants en Poitou-Charentes 25

I.4. Idées suicidaires et tentatives de suicide déclarées 26

Eléments clés 26

I.4.1. Les pensées suicidaires dans l'année 27

I.4.2. Les tentatives de suicide 27

Source et méthodes 28

I.4.3. Risque suicidaire en milieu du travail 29

I.4.4. Enquêtes régionales en cours 29

LES SUICIDES EN POITOU-CHARENTES 30

Eléments clés 31

II.1. Les suicides en population générale 32

II.1.1. Une sous-évaluation du nombre de suicides 32

Source et méthodes 32

II.1.2. Les décès par suicide 33

Une surmortalité régionale masculine 33

Les taux de mortalité par suicide à l'échelle des cantons 33

Les taux de mortalité par suicide selon le type d'espace 35
Une diminution des taux de mortalité depuis 20 ans 35
Les taux de mortalité par âge 36
Le nombre de décès par suicide selon le statut matrimonial 37
Les modes de suicide 37
Autres éléments 38
Source et méthodes 39

II.1.3. Taux de mortalité par suicide selon la catégorie socio-professionnelle et le secteur d'activité 39
Chez les salariés en emploi 39
Source et méthodes 41
Chez les agriculteurs exploitants 41
Source et méthodes 41
Système de surveillance des suicides en lien avec le travail 41

II.2. Les suicides en milieu carcéral 42
Source et méthodes 43

LES FICHES PAR TERRITOIRES DE SANTE 44

BIBLIOGRAPHIE 55

ANNEXE 57

Table des tableaux

Tableau 1. Nombre de séjours et taux comparatifs de recours à l'hospitalisation suite à une tentative de suicide en 2013 13

Tableau 2. Mode d'entrée de l'hospitalisation suite à une tentative de suicide en 2013 15

Tableau 3. Mode de sortie de l'hospitalisation suite à une tentative de suicide en 2013..... 15

Tableau 4. Nombre de séjours de 48 heures et plus suite à une tentative de suicide par sexe en 2013..... 15

Tableau 5. Nombre de séjours de 48 heures et plus suite à une tentative de suicide par âge en 2013 16

Tableau 6. Mode de tentatives de suicide en 2013 16

Tableau 7. Nombre de séjours avec au moins un diagnostic psychiatrique associé suite à une tentative de suicide en 2013 17

Tableau 8. Nombre de personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide en 2013 18

Tableau 9. Nombre de séjours hospitaliers par patient suite à une tentative de suicide en 2011-2013 18

Tableau 10. Nombre et taux comparatifs de passages aux services des urgences du Poitou-Charentes suite à une tentative de suicide en 2014..... 21

Tableau 11. Répartition des tentatives de suicide prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes selon la gravité en 2014 (en %) 23

Tableau 12. Nombre de tentatives de suicide prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes selon le sexe et le mode en 2014..... 23

Tableau 13. Caractéristiques des trois enquêtes évoquant les idées suicidaires et les tentatives de suicide existantes en Poitou-Charentes 27

Tableau 14. Proportion de personnes ayant déclarées avoir eu des idées suicidaires selon le sexe dans l'année (en %) 27

Tableau 15. Proportion de personnes ayant déclarées avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie (en %) 28

Tableau 16. Estimation du nombre de suicides après corrections en Poitou-Charentes de 2003 à 2011 32

Tableau 17. Taux comparatif de mortalité par suicide sur la période 2009-2011 (pour 100 000 habitants)..... 33

Tableau 18. Taux comparatif de mortalité par suicide selon le type d'espace sur la période 2009-2011 (pour 100 000 habitants) 35

Tableau 19. Nombre annuel moyen de décès par suicide selon la tranche d'âge sur la période 2009-2011 ... 36

Tableau 20. Nombre annuel moyen, répartition de décès par suicide et répartition de la population générale selon le statut matrimonial sur la période 2009-2011 37

Tableau 21. Nombre annuel moyen de décès selon le mode de suicide sur la période 2009-2011 37

Tableau 22. Taux comparatifs de mortalité par suicide chez les hommes salariés selon la situation professionnelle en France 39

Tableau 23. Taux comparatifs de mortalité par suicide chez les hommes salariés selon le secteur d'activité en France 40

Tableau 24. Taux comparatifs de mortalité par suicide chez les hommes salariés selon le groupe socio-professionnel en France 40

Tableau 25. 42

Table des figures

Figure 1. Effectifs estimés des populations régionales concernées et/ou des actes afférents à ces personnes par les conduites suicidaires..... 10

Figure 2. Taux spécifique de recours à l'hospitalisation suite à une tentative de suicide selon le sexe et l'âge en 2013 en Poitou-Charentes..... 13

Figure 3. Taux comparatifs d'hospitalisation par suicide à l'échelle cantonale sur la période 2011-2013 (méthode de discrétisation par quantile)..... 14

Figure 4. Répartition des personnes prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes pour une tentative de suicide en 2014 par tranche d'âge et par sexe (en %)..... 22

Figure 5. Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide selon le trimestre et la tranche d'âge en 2014 22

Figure 6. Répartition du mode de sortie des patients après leur passage aux urgences suite à une tentative de suicide en 2014..... 24

Figure 7. Taux comparatifs de mortalité par suicide à l'échelle cantonale sur la période 2003-2011 (méthode de discrétisation par écart-type) 34

Figure 8. Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide de 1990 à 2011 35

Figure 9. Taux annuel moyen de mortalité par suicide selon l'âge 36

sur la période 2009-2011 36

Figure 10. Evolution des modes de suicide selon le sexe de 2000 à 2011 38

Figure 11. Nombre moyen de décès par suicide selon le trimestre sur la période 2009-2011 38

Figure 12. Nombre et taux de suicide en milieu carcéral en Poitou-Charentes, des régions couvrant le DISP et en France en 2013 42

Contexte

En Poitou-Charentes, la prévention du suicide est une priorité régionale depuis la mise en œuvre du premier programme régional de santé en 1998, ciblant essentiellement les adolescents et les jeunes adultes. Depuis, les programmes se sont succédés, incluant d'autres publics au centre de leur prévention (personnes âgées, personnes en situation de précarité, publics au travail,…).

Dans ce cadre, en 2012, l'Agence régionale de santé (ARS) a chargé l'ORS de réaliser un état des lieux et un suivi des tentatives de suicide et des suicides en Poitou-Charentes. Le premier tableau de bord a été publié à l'occasion de la journée nationale de prévention du suicide le 5 février 2013 [1].

Cette troisième édition[1] est une actualisation de cet état des lieux des tentatives de suicide et des suicides à partir de bases de données existantes (données d'hospitalisation et de mortalité, données Oscour®, données en milieu carcéral). Par ailleurs, une recherche bibliographique a permis d'identifier des données issues d'enquêtes régionales ou nationales sur le suicide, et particulièrement sur le suicide au travail. Le comité de pilotage a validé la mise à jour des indicateurs des versions précédentes ainsi que les nouveaux indicateurs.

Cet objectif répond à deux mesures du programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) dans l'axe 5 (études et recherches) [2] :

- Mesure 1 : « améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide en population générale et au sein de populations ou dans les lieux spécifiques »
- Mesure 2 : « améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide en population générale et au sein de populations ou dans des lieux spécifiques » [1].

D'autre part, il correspond aux recommandations de l'Observatoire national du suicide, qui lors de la parution de son premier rapport [3], préconise un suivi des indicateurs de suicide au niveau national et régional.

Au niveau régional, ce tableau de bord permet d'alimenter les indicateurs de suivi de la plateforme « Santé mentale, prévention du suicide et addictions ». Cette plateforme a été créée en 2014, dans le cadre de la réorganisation de la Direction de la santé publique (DSP) de l'Agence régionale de santé (ARS) Poitou-Charentes. Cette plateforme poursuit et développe les politiques de prévention et de promotion de la santé conduites en Poitou-Charentes dans ces domaines.

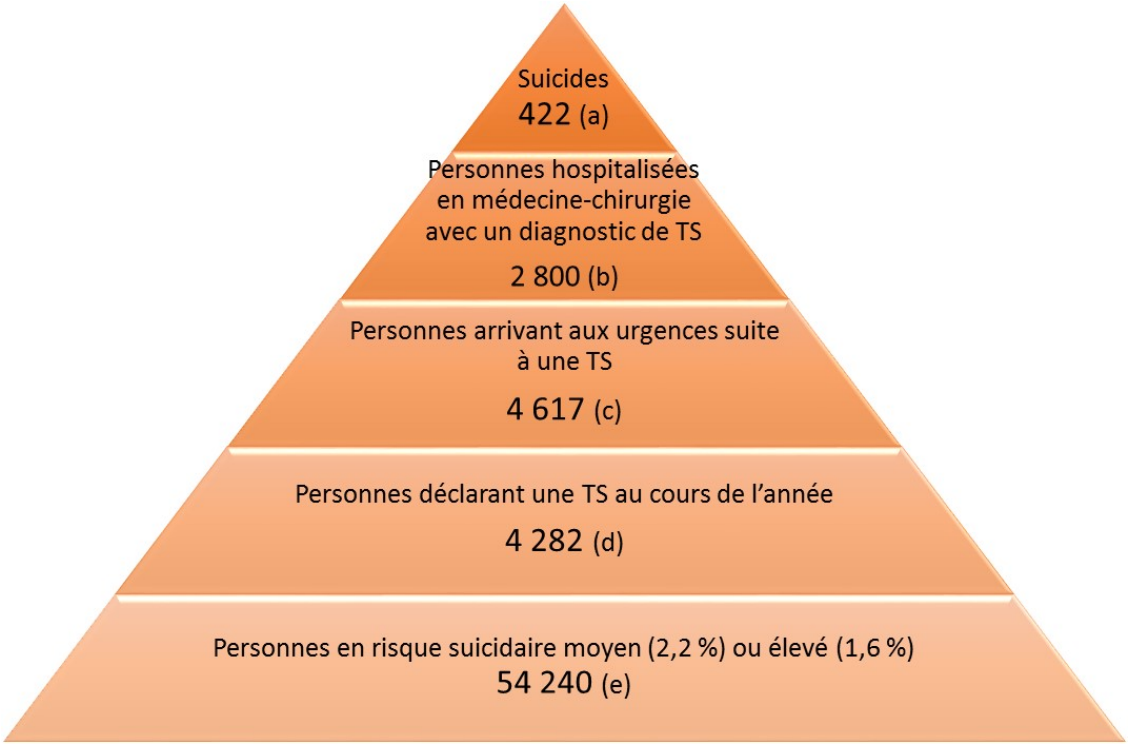
Cette édition du tableau de bord régional de suivi des suicides et des tentatives de suicide est complétée par l'élaboration de fiches par territoire de santé, reprenant les indicateurs clés présentés ici mais déclinés à l'échelle territoriale.

[1] La deuxième édition est parue en février 2014

SYNTHESE DES PRINCIPALES DONNEES EN POITOU-CHARENTES

Les effectifs de la figure suivante sont issus des différentes sources utilisées dans ce tableau de bord. Pour chaque source sont précisés la date, l'enquête ou le producteur de données, ainsi que la page du rapport s'y rapportant. Si nécessaire, une note méthodologique est précisée.

Figure 1. *Effectifs estimés des populations régionales concernées et/ou des actes afférents à ces personnes par les conduites suicidaires*



Sources : Inserm CépiDc 2009-2011, PMSI MCO 2013, Oscour 2014, Baromètre Santé 2010 Poitou-Charentes, SMPG Poitou-Charentes 2002

Précisions, sources et années

(a) Données issues des certificats de décès Poitou-Charentes de 2009 à 2011, le chiffre indiqué tient compte de la sous-estimation régionale de déclaration des suicides de 12 %. Pour plus de précision, se reporter en page 32 de ce document.

(b) Données issues du système de mesure de l'activité hospitalière régionale de court séjour de 2013. Pour plus de précision, se reporter en page 12 de ce document.

(c) Données issues du système de surveillance des services des urgences régionales. Pour plus de précision, se reporter en page 20 de ce document.

(d) L'enquête téléphonique Baromètre Santé 2010 en Poitou-Charentes a permis d'estimer la proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée. Cette proportion a ensuite été extrapolée au nombre de personnes de 18 ans et plus habitant en Poitou-Charentes. Pour plus de précision, se reporter en page 26 de ce document.

(e) Grâce à l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) de 2002, le risque suicidaire a été estimé dans la population générale (chez les 18 ans et plus) à partir des réponses à 5 questions sur les pensées suicidaires, les idées auto-agressives et les tentatives de suicide. Au final, 3,8 % de la population régionale présentent un risque suicidaire moyen ou fort (4 % en France). Cette proportion a ensuite été extrapolée au nombre de personnes de 18 ans et plus habitant en Poitou-Charentes.

LES TENTATIVES DE SUICIDE EN POITOU-CHARENTES

I.1. Hospitalisations suite à une tentative de suicide

Eléments clés

- Plus de 3 200 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (TS) en médecine et chirurgie, correspondant à 2 800 patients ;

- Les séjours féminins représentent 65 % de l'ensemble des séjours pour TS ;

- Un taux comparatif de recours à l'hospitalisation plus élevé qu'en métropole (213 contre 159 pour 100 000 habitants).

- A la suite de l'hospitalisation en court séjour, trois patients sur dix sont orientés vers une unité de psychiatrie ;

- Un quart des hospitalisations a duré plus de 48 heures. Cette proportion est de plus de la moitié chez les 65 ans et plus ;

- L'absorption de médicaments est le mode de tentative de suicide le plus fréquent (79 %), surtout chez les femmes. L'auto-intoxication par l'alcool, l'utilisation d'un objet tranchant et la pendaison sont plus souvent utilisées par les hommes ;

- Près de 8 séjours sur 10 sont associés à un diagnostic psychiatrique. Les troubles dépressifs sont les diagnostics les plus fréquents (48 %) suivis par les troubles liés à l'utilisation de l'alcool (29 %).

- Sur la période 2011-2013, 16 % des personnes hospitalisées pour une TS ont réalisé au moins 2 séjours hospitaliers pour ce même motif.

Le taux de recours à l'hospitalisation

En 2013, les picto-charentais ont effectué **3 225 séjours pour tentative de suicide** en établissement de soins de courte durée publics et privés. Les séjours féminins représentaient 65 % de l'ensemble des séjours pour tentative de suicide.

Le taux comparatif de recours à l'hospitalisation était supérieur à celui de la France métropolitaine (213 contre 159 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus). A l'échelle des territoires de santé, le taux de recours variait de 157 dans la Vienne à 255 en Charente-Maritime Nord, soit un rapport de 1,6. Chez les hommes, ce taux de recours était supérieur à celui de la métropole dans la région mais également en Charente et Charente Maritime (nord et sud-est). Chez les femmes, il était également plus élevé en Poitou-Charentes et dans ses territoires de santé (excepté en Vienne).

Tableau 1. *Nombre de séjours et taux comparatifs de recours à l'hospitalisation suite à une tentative de suicide en 2013*

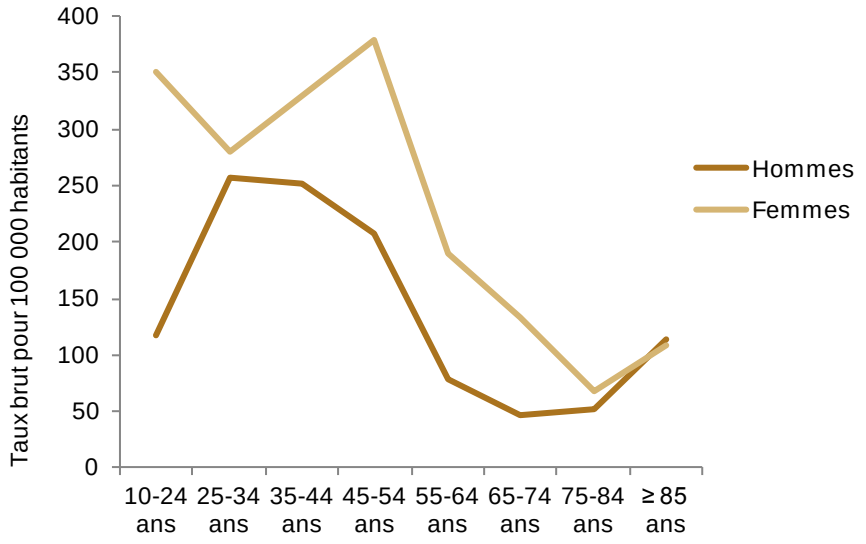
	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
Nombre de séjours (n=)	3 225	734	738	565	599	589
Taux comparatifs de recours (pour 100 000 habitants)						
Hommes	**155,4**	**176,9**	**187,0**	**172,4**	138,4	122,0
Femmes	**270,9**	**314,7**	**321,2**	**316,4**	**251,4**	191,4
Ensemble	**213,2**	**245,3**	**254,7**	**244,6**	**193,6**	157,5

Sources : PMSI MCO, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 % (taux comparatifs pour 100 000 habitants : 124,8 pour les hommes, 192,9 pour les femmes, 159,0 pour l'ensemble)

Le taux brut de recours à l'hospitalisation était de 204 pour 100 000 habitants (150 pour 100 000 hommes et 254 pour 100 000 femmes). Chez les hommes, ce taux montrait un pic entre 25 et 44 ans, alors que chez les femmes, il survenait entre 10 et 24 ans puis entre 45 et 54 ans. Pour les deux sexes, le taux de recours diminuait rapidement à partir de 55 ans puis remontait légèrement à partir de 75 ans. Selon l'âge, le taux demeurait plus élevé chez les femmes, sauf pour les 85 ans et plus *(Figure 2)*.

Figure 2. *Taux spécifique de recours à l'hospitalisation suite à une tentative de suicide selon le sexe et l'âge en 2013 en Poitou-Charentes*



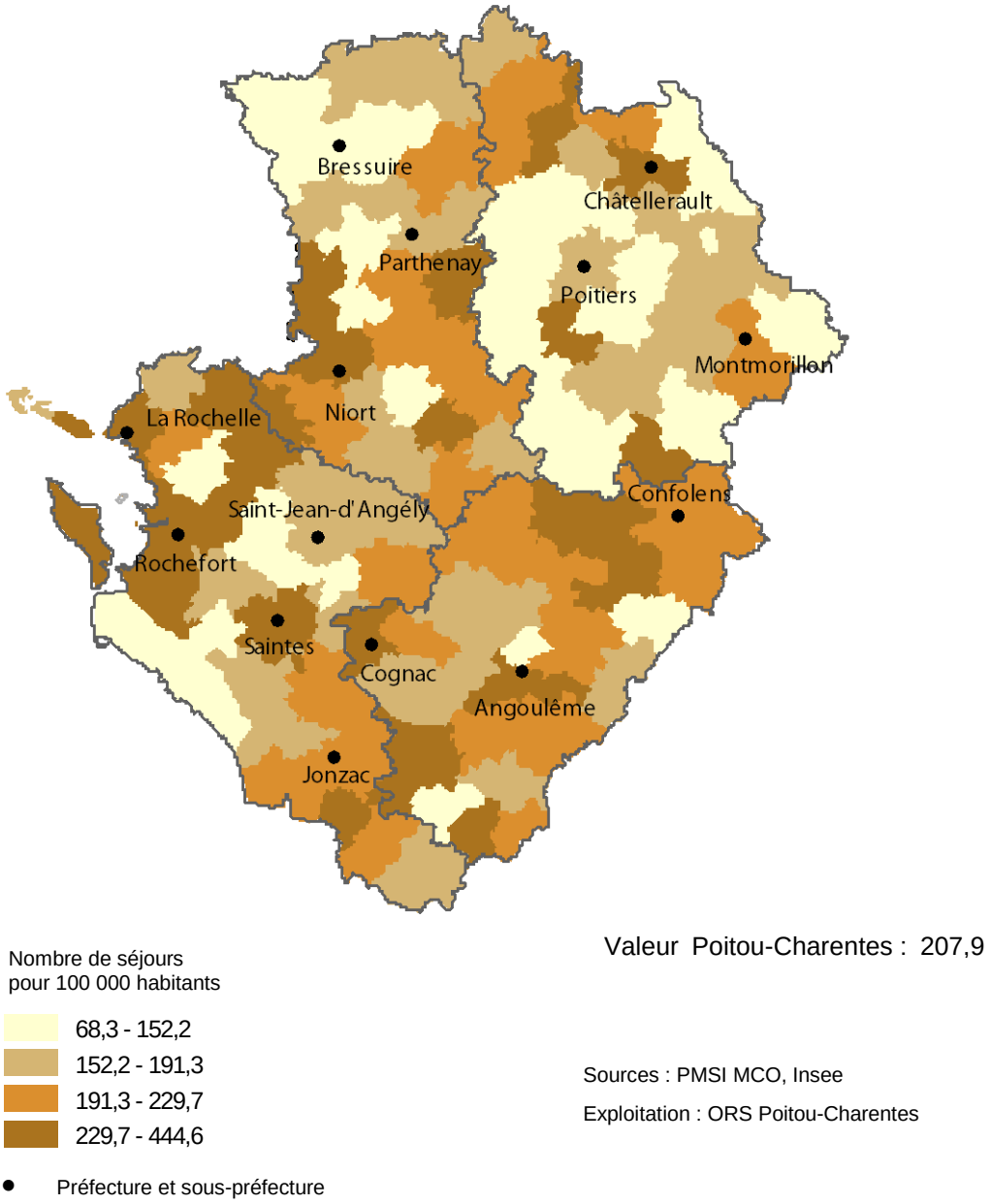
Sources : PMSI MCO, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les taux de recours hospitalier par suicide à l'échelle des cantons

Sur la période 2011-2013 et à l'échelle infra départementale, les territoires de Poitou-Charentes présentant les taux comparatifs d'hospitalisation pour suicide les plus élevés[1] étaient majoritairement situés en Charente et en Charente-Maritime. Ainsi un tiers des cantons de chacun de ces deux départements appartenait à la classe des plus forts taux de recours hospitalier suite à une tentative de suicide. A l'inverse, dans le département de la Vienne, la moitié des cantons appartenait à la classe des plus faibles[2] taux de recours hospitalier. Les Deux-Sèvres présentaient un paysage plus morcelé avec des taux de recours hospitalier plus élevés dans le sud du département et plus favorables au nord.

[1]supérieurs au troisième quartile (229,7 séjours pour 100 000 habitants)
[1]inférieurs au premier quartile (152,2 séjours pour 100 000 habitants)

Figure 3. *Taux comparatifs d'hospitalisation par suicide à l'échelle cantonale sur la période 2011-2013 (méthode de discrétisation par quantile)*



NB : les taux comparatifs d'hospitalisation des cantons de Brossac (16), Tonnay-Boutonne (17), Charroux (86) et La Trimouille (86) sont à interpréter avec prudence, les effectifs cumulés de séjours pour suicide étant inférieurs à 10 sur la période de calcul.

Le mode d'entrée de l'hospitalisation

Le domicile a constitué le principal mode d'entrée en établissements de soins (97 %). Plus de 9 hospitalisations sur 10 ont fait l'objet d'un passage aux urgences.

Tableau 2. *Mode d'entrée de l'hospitalisation suite à une tentative de suicide en 2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
	n=3 225	%	n=734	n=738	n=565	n=599	n=589
Domicile	3 143	97,5	719	728	545	576	575
dont passage aux urgences	*2 921*	*90,6*	*673*	*671*	*462*	*568*	*547*
Mutation vers un autre service/Transfert vers un autre établissement	82	2,5	15	10	20	23	14

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le mode de sortie de l'hospitalisation

Le patient a regagné son domicile à la fin du séjour dans 61 % des cas. Cette proportion était de seulement 44 % en Charente. Les transferts ou mutations vers une unité de psychiatrie ont représenté 30 % des modes de sortie.

Tableau 3. *Mode de sortie de l'hospitalisation suite à une tentative de suicide en 2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
	n=3 225	%	n=734	n=738	n=565	n=599	n=589
Domicile	1 956	60,7	321	472	431	360	372
Mutation/Transfert	1 269	39,3	413	266	134	239	217
dont unité de psychiatrie	*965*	*29,9*	*317*	*217*	*68*	*190*	*173*

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les séjours de 48 heures et plus

Les hospitalisations de 48 heures et plus permettant d'isoler les tentatives de suicide « graves » ont constitué un quart des séjours (24 % chez les hommes contre 26 % chez les femmes). La proportion des séjours pour tentative de suicide « grave » variait de 17 % en Charente à 33 % dans la Vienne.

Tableau 4. *Nombre de séjours de 48 heures et plus suite à une tentative de suicide par sexe en 2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	n=1 139	%	n=258	n=260	n=187	n=214	n=220
≥ 48 heures	274	24,1	51	71	38	52	62
Femmes	n=2 086	%	n=476	n=478	n=378	n=385	n=369
≥ 48 heures	551	26,4	77	112	133	95	134

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les hospitalisations de 48 heures et plus pour tentative de suicide « grave » se montraient nettement plus élevées chez les 65 ans et plus avec 54 %. Cette proportion variait de 30 % dans les Deux-Sèvres à 77 % dans la Vienne.

Tableau 5. *Nombre de séjours de 48 heures et plus suite à une tentative de suicide par âge en 2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
10-34 ans	n=1187	%	n=247	n=268	n=211	n=241	n=220
≥ 48 heures	287	24,2	27	54	67	77	62
35-64 ans	n=1726	%	n=413	n=389	n=287	n=315	n=322
≥ 48 heures	371	21,5	64	89	63	57	98
≥ 65 ans	n=312	%	n=74	n=81	n=67	n=43	n=47
≥ 48 heures	167	53,5	37	40	41	13	36

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les modes de tentatives de suicide

Plusieurs modes de tentatives de suicide étaient renseignés pour 10 % des hospitalisations. Le principal mode utilisé était l'auto-intoxication médicamenteuse (79 %), suivi par l'auto-intoxication par l'alcool (7 %). Les femmes ont eu davantage recours à l'auto-intoxication médicamenteuse que les hommes, tandis que l'auto-intoxication par l'alcool, l'utilisation d'un objet tranchant et la pendaison étaient plus souvent utilisées par ces derniers.

Tableau 6. *Mode de tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation en court séjour en 2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	n=1279	%	n=289	n=271	n=195	n=280	n=244
Médicaments	913	71,4	205	197	157	172	182
Alcool	112	8,8	25	4	5	59	19
Objet tranchant	87	6,8	23	19	11	23	11
Pendaison	59	4,6	11	14	11	9	14
Autres	108	8,4	25	37	11	17	18
Femmes	n=2274	%	n=513	n=505	n=401	n=462	n=393
Médicaments	1887	83,0	443	429	336	340	339
Alcool	139	6,1	22	14	12	70	21
Objet tranchant	104	4,6	26	18	23	21	16
Pendaison	23	1,0	2	6	4	6	5
Autres	121	5,3	20	38	26	25	12

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Codes CIM 10 : auto-intoxication médicamenteuse (X60-X64) ; auto-intoxication par l'alcool (X65) ; pendaison (X70) ; objet tranchant (X78)

Les diagnostics associés

L'analyse des diagnostics associés aux hospitalisations pour tentative de suicide montre qu'un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ont été codés pour 2 468 séjours, soit 77 % des séjours pour tentative de suicide. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents étaient les troubles dépressifs (48 %) et les troubles liés à l'utilisation de l'alcool (29 %). Les femmes présentaient davantage de troubles dépressifs et bipolaires que les hommes, alors que ces derniers montraient davantage de troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances psycho-actives ainsi que de schizophrénie.

Tableau 7. *Nombre de séjours avec au moins un diagnostic psychiatrique associé suite à une tentative de suicide en 2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	n=976	%	n=286	n=199	n=207	n=135	n=149
Troubles dépressifs	379	38,8	123	64	80	66	46
Alcool	364	37,3	94	84	75	37	74
Autres substances psycho-actives	82	8,4	25	21	19	6	11
Troubles névrotiques	51	5,2	11	10	10	13	7
Troubles bipolaires	25	2,6	5	7	8	3	2
Schizophrénie	25	2,6	11	5	2	5	2
Autres	50	5,1	17	8	19	5	7
Femmes	n=1492	%	n=435	n=276	n=360	n=204	n=217
Troubles dépressifs	816	54,7	253	126	197	133	107
Alcool	356	23,9	107	92	68	26	63
Autres substances psycho-actives	53	3,6	10	12	18	6	7
Troubles névrotiques	86	5,8	21	13	19	16	17
Troubles bipolaires	51	3,4	9	12	13	8	9
Schizophrénie	31	2,1	12	4	5	2	8
Autres	99	6,6	23	17	18	13	6

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Codes CIM 10 : troubles liés à l'utilisation de l'alcool (F10) ; troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives (F11-F19) ; schizophrénie (F20-F29) ; trouble affectif bipolaire (F31) ; troubles dépressifs (F32-F33) ; troubles névrotiques (F40-F48)

Les patients hospitalisés pour tentative de suicide

En 2013, parmi les 3 225 séjours pour tentative de suicide, 2 800 patients ont été identifiés dont 64 % de femmes. L'âge moyen était de 41 ans, sans distinction selon le sexe. Chez les femmes, la proportion des 65 ans et plus se montrait supérieure à celle observée chez les hommes.

Tableau 8. *Nombre de personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide en 2013*

		Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
		n=2800	%	n=632	n=661	n=465	n=519	n=531
Hommes	**Total**	**997**	**35,6**	**223**	**234**	**157**	**182**	**203**
	10-34 ans	364	36,5	75	88	58	64	81
	35-64 ans	548	55,0	120	122	89	108	109
	≥ 65 ans	85	8,5	28	24	10	10	13
Femmes	**Total**	**1 803**	**64,4**	**409**	**427**	**308**	**337**	**328**
	10-34 ans	663	36,8	140	154	103	150	121
	35-64 ans	935	51,9	227	218	155	162	174
	≥ 65 ans	205	11,4	42	55	50	25	33

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Note : la somme des patients des cinq territoires de santé est de 2 808, soit légèrement supérieure au nombre total de patients de la région car un patient peut avoir été pris en charge sur deux territoires différents.

Le nombre de séjours hospitaliers par patient

Parmi les séjours pour tentative de suicide, il n'est pas possible de distinguer les prises en charge initiales pour une tentative de suicide, les ré-hospitalisations consécutives à la tentative de suicide initiale et les récidives. Ainsi nous avons étudié le nombre de séjours hospitaliers effectué pour un même patient au cours de la période 2011-2013. Sur les 7 777 patients identifiés, 11 % ont effectué deux séjours pour tentative de suicide au cours de ces trois années d'observation et 5 % en ont effectué au moins trois. Pour ces derniers, 68 % étaient des femmes avec un âge moyen de 41 ans contre 40 ans pour les hommes.

Tableau 9. *Nombre de séjours hospitaliers par patient suite à une tentative de suicide en 2011-2013*

	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud-Est	Deux-Sèvres	Vienne
	n=7777	%	n=1 808	n=1 876	n=1 059	n=1 580	n=1 491
Séjour unique	6 528	83,9	1 499	1 576	900	1 322	1 284
Deux séjours	841	10,8	202	212	107	165	146
≥ trois séjours	408	5,2	107	88	52	93	61

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Source et méthodes

*Le **programme de médicalisation des systèmes d'information** (PMSI) est un système de mesure de l'activité hospitalière. Il consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, en un enregistrement standardisé reposant sur la collecte d'un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les diagnostics, un principal et des associés, recueillis à l'occasion de chaque séjour sont codés avec la CIM-10.*

***Dans ce document, les données font référence aux patients domiciliés en Poitou-Charentes ayant effectué un séjour pour tentative de suicide dans les unités de soins de courte durée des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)**. La dernière année disponible est 2013. Tous les séjours codés X60 à X84 en diagnostic associé significatif et concernant des personnes âgées de 10 ans et plus ont été incluses.*

Une procédure de chaînage permet de relier les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à un numéro anonyme. Les séjours non correctement chaînés (0,6 %) n'ont pas été inclus. En outre, les séjours pour tentative de suicide se terminant par un décès (46 séjours) ont été exclus. Les données d'hospitalisation en psychiatrie n'ont pas été intégrées à cette analyse. Par ailleurs, le PMSI ne prend pas en compte les passages aux urgences sans hospitalisation. L'interprétation des données issues du PMSI doit être réalisée avec prudence en raison de nombreuses limites. Les informations recueillies dépendent de l'état de santé de la population, mais également de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales des professionnels ou encore des habitudes de recours des personnes.

I.2. La surveillance des services des urgences

Eléments clés

- En 2014, 4 073 passages aux urgences, suite à une tentative de suicide, comptabilisés par le système de surveillance OSCOUR®, dont 59 % concernaient des femmes et les deux tiers des personnes de moins de 50 ans,

- Par rapport à 2013, une évolution de 8 % du nombre de passages aux urgences, expliquée par une transmission plus exhaustive des données de la part des services d'urgences,

- Une extrapolation régionale estimée à 4 617 passages annuels aux urgences en relation avec une tentative de suicide

- Le nombre de tentatives de suicide enregistrées aux urgences est plus élevé au dernier trimestre

- En 2014, 266 cas graves (pronostic vital engagé) répertoriés aux urgences (soit 7 % des cas)

- L'absorption de médicaments ou de poisons était le mode opératoire le plus fréquent (89 %), particulièrement chez les femmes (92 %)

- Des troubles psychiatriques associés dans plus d'un quart des enregistrements

- Après le passage aux urgences, le patient est retourné à son domicile dans un quart des cas et a été hospitalisé dans 60 % des cas (dans un service autre que psychiatrique). Le mode de sortie était différent selon l'âge du patient et son niveau de gravité lors de son entrée aux urgences.

Les caractéristiques des tentatives de suicide enregistrées aux services des urgences

Au cours de l'année 2014, **le nombre de passages pour tentative de suicide dans les services d'urgence** recueilli par Oscour® est de **4 073** sur les sites participants dans la région, ce qui représente **0,9 % de l'ensemble des passages aux urgences**. En 2014, en Poitou-Charentes, la totalité des services des Urgences (soit 21 services) ont transmis les résumés de passages aux urgences. En tenant compte des passages aux urgences inexploitables, du fait notamment de l'absence de motif ou de diagnostic, on peut considérer que ce réseau permet de recueillir les caractéristiques de 88 % **des tentatives de suicide prises en charge au service des urgences** du Poitou-Charentes, soit **4 617 passages aux urgences** pour tentative de suicide extrapolés à l'ensemble des services des urgences de Poitou-Charentes.

Le taux de recours au service des urgences suite à une tentative de suicide

Le **taux comparatif de recours** aux urgences suite à une tentative de suicide est de 259 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus. A l'échelle des territoires de santé, ce taux de recours varie de 125 dans les Deux-Sèvres à 409 en Charente-Maritime Sud Est.

Tableau 10. *Nombre et taux comparatifs de passages aux services des urgences du Poitou-Charentes suite à une tentative de suicide en 2014*

	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime Nord(1,2)	Charente-Maritime Sud-Est(1,2)	Deux-Sèvres	Vienne (1,2)
Nombre de séjours (n=)	4 073	1 123	657	1 013	410	868
Taux comparatifs de recours (pour 100 000 habitants)						
Hommes	223,4	**315,8**	**181,8**	**347,6**	**107,5**	204,8
Femmes	295,3	**401,9**	**258,6**	**471,8**	**141,9**	**252,3**
Ensemble	258,6	**356,9**	**220,2**	**408,8**	**124,9**	**227,0**

Sources : InVS-Dcar/OSCOUR®, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes

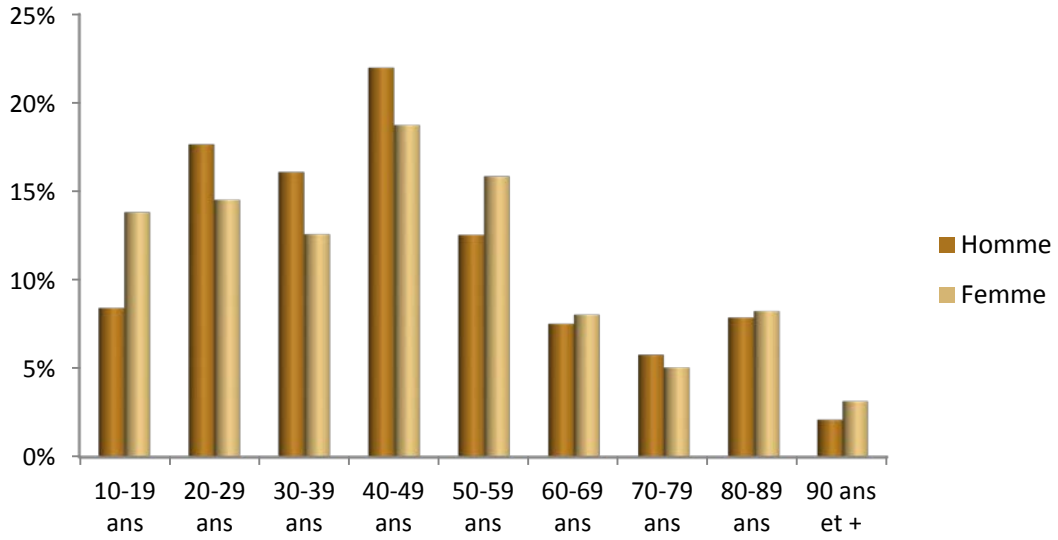
En gras : différence significative avec le Poitou-Charentes au risque de 5 %

NB : Les données ont été regroupées selon la localisation de l'établissement et non du domicile de la personne se présentant aux urgences. Un territoire de santé contenant un établissement avec une forte attractivité aura donc un taux élevé de recours.

(1,2) : sous-estimation probable due à des problèmes de transmission de données et de problème de codage des données

Globalement, 59 % des passages aux urgences suite à une tentative de suicide concernent des femmes, alors que chez les 20 à 49 ans, ce sont plutôt les hommes qui sont le plus comptabilisés. Près des deux tiers des passages aux urgences pour tentative de suicide concernent les moins de 50 ans.

Figure 4. *Répartition des personnes prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes pour une tentative de suicide en 2014 par tranche d'âge et par sexe (en %)*

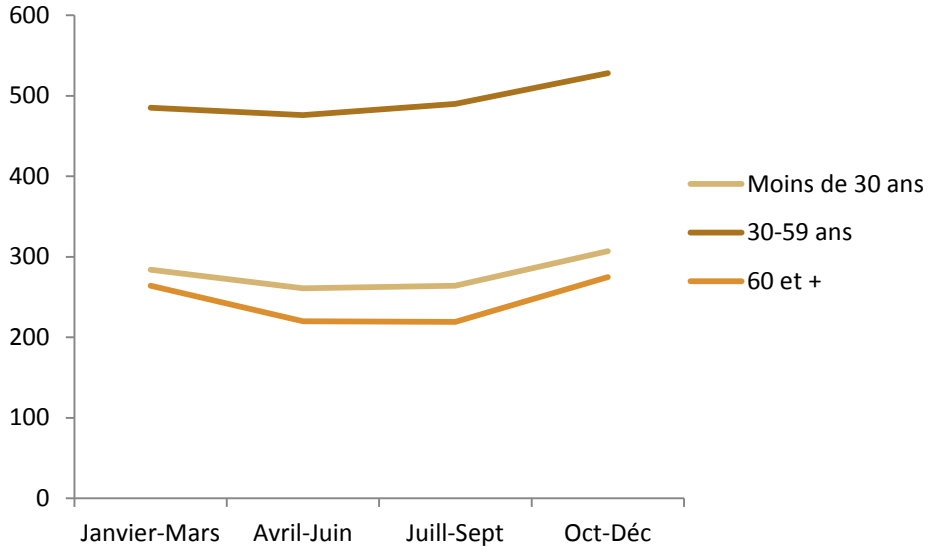


Source : InVS-Dcar/OSCOUR® Exploitation : CIRE Limousin-Poitou-Charentes/ ORS Poitou-Charentes

Le nombre de tentatives de suicide selon le trimestre

Selon les données OSCOUR®, le nombre d'enregistrements de tentatives de suicide aux services des urgences est plus élevé au premier et au dernier trimestre 2014. Chez les moins de 30 ans, 28 % des passages aux urgences suite à une tentative de suicide ont lieu au dernier trimestre.

Figure 5. *Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide selon le trimestre et la tranche d'âge en 2014*



Source : InVS-Dcar/OSCOUR® Exploitation : CIRE Limousin-Poitou-Charentes/ ORS Poitou-Charentes

Le niveau de gravité des tentatives de suicide

Dans près de la moitié des cas, les personnes arrivant aux urgences après une tentative de suicide sont dans un état stable. Le pronostic vital est engagé dans 7 % des cas (soit 266 passages aux urgences en 2014). Cette proportion de cas les plus graves est plus importante chez les hommes (8 %) et chez les plus âgés (8 % pour les 60 ans et plus). De plus, cette proportion est plus élevée au mois de février et de mars (10 %).

Tableau 11. *Répartition des tentatives de suicide prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes selon la gravité en 2014 (en %)*

	Etat stable (CCMU1, 2,P)[1]	Etat instable (CCMU3)[1]	Pronostic vital engagé (CCMU4,5) [1]
Ensemble (n=3 969)	49,9	43,4	6,7
Hommes (n=1 624)	49,6	42,6	7,8
Femmes (n=2 343)	50,1	43,9	5,9
Moins de 30 ans (n=1 082)	56,1	39,3	4,6
De 30 à 59 ans (n=1 916)	48,4	44,4	7,2
60 ans et plus (n=971)	45,9	46,0	8,0

Source : InVS-Dcar/OSCOUR® Exploitation : CIRE Limousin-Poitou-Charentes/ ORS Poitou-Charentes

104 valeurs manquantes

[1]Codes CCMU (Classification clinique des malades aux urgences)

Dans 26 % des cas, des **troubles psychiatriques** sont associés, particulièrement chez les 30-49 ans (33 %).

Les modes de tentative de suicide recensés aux services des urgences

La grande majorité de ces tentatives de suicide a été réalisée par intoxication médicamenteuse ou par poison (89 %), particulièrement chez les femmes (92 %). Les hommes ont eu davantage recours aux auto-intoxications par émanation de gaz, à l'alcool et à la pendaison que les femmes.

Tableau 12. *Nombre de tentatives de suicide prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes selon le sexe et le mode en 2014*

	Hommes		Femmes	
	n=1 660	%	n=2 411	%
Intoxication aux médicaments et poisons	1 725	83,9	2 872	91,9
- Somnifères	394	19,2	742	23,7
- Autres médicaments	886	43,1	1 420	45,4
- Poisons	120	5,8	110	3,5
Intoxication au gaz	136	6,6	93	3,0
Intoxication à l'alcool	97	4,7	42	1,3
Phlébotomie	43	2,1	75	2,4
Pendaison	35	1,7	18	0,6
Autres[1]	19	0,9	25	0,8

Source : InVS-Dcar/OSCOUR® Exploitation : CIRE Limousin-Poitou-Charentes/ ORS Poitou-Charentes
Note : une tentative de suicide peut avoir plusieurs modes (23 % des cas)
Le mode de suicide n'est pas renseigné pour 103 tentatives de suicide

Codes CIM 10 : intoxication aux médicaments et poisons (X60-X64, X66, X68-X69, T36-T41, T43-T50, T52-T57, T60, T62, T64-T65) ; intoxication au gaz (x67, T58-T59), intoxication à l'alcool (X65, T51), phlébotomie (X503), pendaison (X70, T71) ;

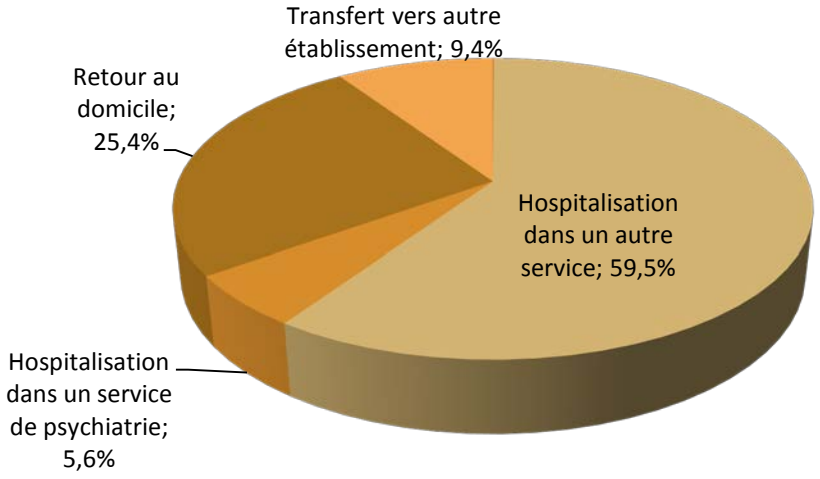
autres[1] : noyade (X71) ; arme à feu (X72-X74) ; saut dans le vide (X80) ; collision avec un véhicule (X81-X82, X504) et divers (X75-X79, X83, X84, Y87.0 et Y87.2)

Le mode de sortie des patients

Après leur passage aux urgences suite à une tentative de suicide, plus du quart des personnes sont retournées au domicile. Cette proportion est plus élevée chez les moins de 30 ans (31 %) et pour les personnes arrivées aux urgences dans un état stable (43 %).

En 2014, 6 % ont été hospitalisés dans un service de psychiatrie, plus particulièrement chez les 30-39 ans (8 %). Une hospitalisation dans un autre service a été faite pour 60 % des patients, particulièrement pour les cas où le pronostic vital était engagé (85 %). Près de 9 % des patients ont été transférés dans un autre établissement. Deux personnes sont décédées aux urgences.

Figure 6. *Répartition du mode de sortie des patients après leur passage aux urgences suite à une tentative de suicide en 2014*



Source : InVS-Dcar/OSCOUR® Exploitation : CIRE Limousin-Poitou-Charentes/ ORS Poitou-Charentes
58 valeurs manquantes

Source et méthodes

Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

Suite à la canicule de 2003, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a développé un système de surveillance centré sur des structures capables de fournir des informations au jour le jour sur l'état de santé de la population[2]. Créé en 2004, le réseau OSCOUR® assure la surveillance sanitaire des urgences et couvre, en 2013 en France, 65 % des passages aux urgences (soit 414 services d'accueil sur près de 640 existants) [5]. En 2014, en Poitou-Charentes, la totalité des services des Urgences[3] (soit 21 services) ont transmis les résumés de passages aux urgences. Cependant, certains établissements ont commencé à transmettre leurs données au cours de l'année ou ont eu des difficultés à transmettre leurs données sur cette période. Grâce à une extrapolation des données existantes, nous pouvons estimer le nombre de passages prises en charge aux services d'urgence du Poitou-Charentes.

La sélection des codes Cim-10 correspondants à une tentative de suicide a été faite suivant une liste étendue, établie par l'InVS, pouvant surestimer le nombre de tentatives de suicide compte tenu du fait que certaines intoxications sont accidentelles. Seules les personnes de plus de 10 ans ont été prises en compte dans ce tableau de bord.

[2] dossier thématique sur le site de l'InVS se rapportant à la surveillance à partir des intervenants de l'urgence : http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Veille-et-alerte/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R

[3] CH d'Angoulême (sans les urgences pédiatriques), CH de Barbezieux, CH de Châtellerault, CH de Cognac, CH de Confolens, CH de Jonzac, CH de La Rochelle (sans les urgences pédiatriques), CH de Loudun, CH de Montmorillon, CH de Niort (avec les urgences pédiatriques), CH Nord Deux Sèvres (Sites de Thouars, Bressuire et Parthenay), CHU de Poitiers (avec les urgences pédiatriques), CH de Royan, CH de Rochefort, CH de Ruffec, CH de Saintes (avec les urgences pédiatriques), CH St Jean d'Angély, Polyclinique Inkermann, Polyclinique de Poitiers.

I.3. La prise en charge des suicidants en Poitou-Charentes

Une enquête a été réalisée auprès des services des urgences de Poitou-Charentes afin de connaître les différents modes de prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide.

Objectif

L'objectif était de recenser les dispositifs de prise en charge des suicidants dans les services des urgences de la région et de connaître leur fonctionnement.

Matériels et méthodes

Deux questionnaires ont été établis et validés par les coordonnateurs du programme « Promotion de la santé mentale et prévention du suicide ». Ils ont été réalisés sur un logiciel gratuit de questionnaire en ligne, LimeSurvey© et adressés par messagerie aux services concernés.

La première enquête concernait les services d'urgences n'ayant pas, à notre connaissance, de dispositif spécifique de prise en charge des suicidants. Il a été envoyé à 13 services de la région.

La seconde enquête était destinée aux dispositifs spécifiques de prise en charge des suicidants de la région. Leurs coordonnées nous ont été fournies par les coordinateurs des PRS, 10 services ont été interrogés.

Une relance, par mail, a été faite auprès de tous les services.

Résultats

<u>Prise en charge des suicidants aux services d'urgences</u>

Sept services sur treize ont répondu. Deux ont précisé qu'il n'existait aucune prise en charge spécifique des suicidants au sein de leur service et qu'il n'était pas envisagé d'en mettre en place. Parmi les cinq services offrant une prise en charge :

- 3 services prennent contact avec un centre médico-psychologique pour une consultation spécialisée
- 1 service suit un protocole spécifique (appel à un psychologue, arbre décisionnel et protocole de prise en charge)
- 1 service contacte un service psychiatrique dès que l'état somatique du patient permet un entretien constructif.

Pour un service des urgences, un protocole a été mis en place avec le service de psychiatrie Adolescents, dans le cas d'une tentative de suicide chez un adolescent.

Parmi les services des urgences répondant, deux envisagent de mettre en place un dispositif spécifique de prise en charge.

<u>Dispositifs spécifiques de prise en charge des suicidants</u>

Quatre structures sur dix ont répondu. Différents professionnels de santé sont présents dans ces structures et leur nombre varie d'une structure à l'autre : de 9 à 18 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers, de 1 à 3 ETP de psychiatres, de 0 à 1 ETP de psychologue. Des agents de services hospitaliers et assistantes sociales peuvent également être présents dans ces structures. Trois structures proposent un accueil de jour et de nuit et sont ouvertes tous les jours y compris le week-end.

Des informations concernant les patients sont recueillies et saisies par deux structures : l'âge, le sexe, la profession ou l'activité professionnelle, le lieu de domicile, la situation familiale.

Lors de la prise en charge d'un suicidant, certaines structures font une évaluation psychiatrique ou psychologique de la personne. Cette évaluation peut être complétée par une évaluation de l'état de santé physique ou sociale.

Parmi les structures ayant répondu, une d'entre elle précise que son activité a diminué depuis 5 ans alors qu'elle augmente pour deux structures.

Un protocole écrit de prise en charge a été mis en place dans deux structures. Elles ont également un protocole de suivi des patients (rappel téléphonique et consultations).

Conclusion

Les réponses à cette enquête indiquent que des dispositifs spécifiques de prise en charge des suicidants existent dans la région et qu'ils tendent même à se développer, puisque deux services d'urgence ont précisé qu'ils souhaitent en mettre en place. Les dispositifs spécifiques de prise en charge des suicidants sont situés majoritairement aux abords de grands centres hospitaliers.

Les informations recueillies par les structures pourraient permettre de mieux connaitre les caractéristiques des patients et donc de cibler les actions de prévention envers ces personnes.

I.4. Idées suicidaires et tentatives de suicide déclarées

En France, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou n'a pas séjourné au service des urgences d'un hôpital. En conséquence, les enquêtes menées auprès de la population générale fournissent des données uniques sur l'épidémiologie des tentatives de suicide et des pensées suicidaires et constituent un complément indispensable à la surveillance des décès par suicide et des tentatives de suicide. [4]

Eléments clés

En comparant les résultats des trois principales enquêtes régionales menées depuis moins de 5 ans et évoquant les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, il apparait :

- au niveau des déclarations des pensées suicidaires : pour les garçons, les proportions des jeunes ayant des pensées suicidaires sont les mêmes pour les apprentis et les élèves scolarisés alors que pour les filles, les proportions sont plus élevées pour les filles scolarisées que pour les apprenties. Quel que soit le sexe, la proportion de pensées suicidaires est plus élevée chez les jeunes.

- au niveau des tentatives de suicide : les filles déclarent plus souvent être passées à l'acte que les garçons

Le tableau suivant résume les caractéristiques des trois enquêtes régionales menées depuis moins de 5 ans et évoquant les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Tableau 13. *Caractéristiques des trois enquêtes évoquant les idées suicidaires et les tentatives de suicide existantes en Poitou-Charentes*

	Baromètre Santé Poitou-Charentes	Enquête Ados 15 ans PC	Santé des apprentis
Année	2010	2012	2013
Type d'enquête	téléphonique	autoquestionnaire	autoquestionnaire
Population	15-85 ans	Scolaires de 15 ans	Apprentis de 15-16 ans
Nombre de personnes interrogées	1 736	923	3 100

Sources : Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010 [6], Enquête Ados 15 ans [7] et Santé des apprentis [8]

I.4.1. Les pensées suicidaires dans l'année

En 2010, 3 % des personnes interrogées, âgées de 15 à 85 ans, déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était significativement plus élevée chez les femmes (4 %) que chez les hommes (2 %). De plus, la proportion d'idées suicidaires chez les hommes était moins élevée en Poitou-Charentes qu'en France (3,4 %).

D'après l'enquête Adolescents 15 ans 2012, 6 % des jeunes scolarisés de 15 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois : les filles étaient plus nombreuses que les garçons à déclarer être concernées.

En 2013, 3,9 % des apprentis ont déclaré avoir pensé fréquemment (assez ou très souvent) au suicide. Cette proportion diffère d'un groupe formation emploi (GFE) à un autre et selon le niveau d'apprentissage et est particulièrement élevée dans l'hôtellerie et la restauration (8,5 %) et la production alimentaire (5,7 %).

Tableau 14. *Proportion de personnes ayant déclarées avoir eu des idées suicidaires selon le sexe dans l'année (en %)*

	Baromètre Santé Poitou-Charentes 15-85 ans	Enquête Ados 15 ans PC	Santé des apprentis 15-16 ans
Hommes	2,0	3,5	3,1
Femmes	4,0	8,8	6,8

Sources : Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010 [6], Enquête Ados 15 ans [7] et Santé des apprentis [8]

I.4.2. Les tentatives de suicide

En 2010, 5 % des personnes de 15 à 85 ans déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie : 8 % pour les femmes et 3 % pour les hommes. Cette proportion était plus élevée chez les jeunes de 15 à 35 ans (6 %) et diminuait au fur et à mesure que l'âge augmentait. Parmi ces personnes, 7 % déclaraient l'avoir faite au cours de l'année écoulée (soit 0,3 % de l'ensemble de l'échantillon).

En 2012, 15 % des élèves de 15 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie : les filles plus souvent que les garçons (22 % contre 8 %).

Près d'un apprenti sur 10 a déclaré avoir tenté de se suicider dans la vie une fois (7,0 %) ou plus d'une fois (2,7 %), les filles plus souvent que les garçons (22 % contre 5 %). Cette proportion diffère selon la formation suivie et est particulièrement importante pour l'hôtellerie et la restauration (31 %) ainsi que la production alimentaire et la cuisine (15 %).

Tableau 15. *Proportion de personnes ayant déclarées avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie (en %)*

	Baromètre Santé Poitou-Charentes 15-85 ans	Enquête Ados 15 ans PC	Santé des apprentis 15-16 ans
Ensemble	5,2	15,1	9,7
Hommes	2,6	7,8	5,3
Femmes	7,7	22,2	22,3
15-35 ans	6,2	/	/
36-65 ans	5,8		
66-85 ans	2,6		

Sources : Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010 [6], Enquête Ados 15 ans [7] et Santé des apprentis [8]

Source et méthodes

- ✓ Le **Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010** est une enquête téléphonique mise en place par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) afin d'appréhender les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard de la santé. En 2010, 1 736 individus âgés de 15 à 85 ans et représentatifs des habitants de la région ont répondu à l'enquête [6].
- ✓ Enquête **« Enquête adolescents 15 ans 2012 Rectorat de Poitiers et Association Relais 17 ».** Cette enquête a été initiée et mise en place en 2012 par le Rectorat de Poitiers et l'association Relais 17, avec le concours financier de l'ARS Poitou-Charentes. Au total, 923 adolescents de 15 ans scolarisés dans 99 établissements de l'académie de Poitiers ont répondu à un auto questionnaire abordant un ensemble de thématiques dont le suicide [7].
- ✓ Enquête **« santé des apprentis».** Cette enquête a été initiée et mise en place en 2013 par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), l'Agence régionale de formation tout au long de la vie (ARFTLV), le Conseil régional et l'ORS. L'étude repose sur trois volets différents : l'analyse statistique des accidents du travail des apprentis, l'enquête anonyme par questionnaires auto administrés et l'enquête par entretiens auprès des apprentis et des encadrants [8].

I.4.3. Risque suicidaire en milieu du travail

En 2010, l'enquête Baromètre Santé en Poitou-Charentes permet de mettre en exergue que les chômeurs ont deux fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les travailleurs de 15 à 65 ans [9]. A ce jour, aucune donnée par catégorie socio-professionnelle ou par profession n'est disponible sur ce thème en Poitou-Charentes. Cependant, des études tentent en France d'approcher la question du suicide en lien avec le travail. Ainsi, le **programme de surveillance de la santé mentale selon l'activité professionnelle « Samotrace »,** développé par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en Rhône Alpes a permis de décrire le risque suicidaire selon l'emploi, à travers un réseau de médecins du travail volontaires. La prévalence de ce risque suicidaire est plus élevée chez les employés et les ouvriers que chez les cadres [4 ; 10].

D'autre part, l'enquête risques psychosociaux (RPS) pilotée par la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES), qui sera menée en 2015 et dont les premiers résultats seront disponibles en 2016, permettra d'approfondir cette question du lien entre travail et comportements suicidaires [11].

I.4.4. Enquêtes régionales en cours

Enquête sur l'autonomie des personnes âgées à domicile en Poitou-Charentes et en Limousin

L'objectif est de mener une investigation conjointe dans les régions Limousin et Poitou-Charentes sur la santé et le niveau d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile et titulaires d'une pension de retraite. En Poitou-Charentes, cette étude est financée par l'ARS et pilotée par l'ORS. Il s'agit d'une enquête par voie postale par questionnaire auto-administré. Le questionnaire, composé d'une centaine de questions, est construit en sections portant sur l'autonomie et les aides reçues, les déplacements, l'habitat, la vie sociale et relationnelle, la nutrition, la situation financière, l'état de santé dont une question sur le fait d'avoir tenté de se suicider au cours de l'année. La passation du questionnaire a lieu fin 2014. Les premiers résultats seront disponibles fin 2015.

Projet de recherche actions "Analyse multicentrique des difficultés liées au processus d'adolescence aujourd'hui"

Cette étude est à l'initiative de la Fondation Vallée, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'association "les passagers du temps 17". Il s'agit de mener une investigation conjointe dans les départements des Hautes-Alpes, du Val-de-Marne et la région Poitou-Charentes sur la santé auprès de 16 000 adolescents (dont 4 000 en Poitou-Charentes) âgés de 13 à 18 ans, scolarisés en lycées agricoles et Maison familiale rurale (MFR) pour ce qui est de la région Poitou-Charentes et en établissements scolaires de l'Education Nationale pour ce qui concerne les départements du Val-de-Marne et des Hautes-Alpes. Ce projet est piloté dans la région par l'ARS et a reçu son soutien financier ainsi que celui du Conseil régional. L'outil utilisé est un auto-questionnaire élaboré par l'INSERM, composé d'une centaine de questions, essentiellement à choix multiples et de quelques questions ouvertes. Il est construit en sections et sous-sections portant sur l'ensemble des processus d'adolescence et en intégrant plusieurs sous-parties des questionnaires 2003 et 2007 ESPAD et ESCAPAD afin de pouvoir comparer les données. La passation du questionnaire a eu lieu fin 2013. Les résultats seront disponibles début 2015.

LES SUICIDES EN POITOU-CHARENTES

Eléments clés

- En 2009-2011, 386 décès annuels moyens ont été enregistrés en Poitou-Charentes. Près de 8 suicides sur 10 concernent les hommes ;

- Au niveau régional, le nombre total de suicides serait sous-estimé de 12 % ;

- Une surmortalité régionale masculine par suicide de 29 % par rapport à la métropole ;

- Une fréquence des décès masculins plus élevée qu'au niveau national est retrouvée dans tous les territoires de santé excepté celui de la Vienne avec une situation identique au niveau national. Seul le territoire de la Charente-Maritime Sud Est présente une surmortalité féminine alors que les autres territoires de santé présentent un niveau de mortalité par suicide identique à celui de la métropole chez les femmes ;

- Depuis 20 ans, les taux de suicide sont en baisse au niveau régional comme national, cette diminution étant plus rapide chez les hommes ;

- La pendaison était le mode opératoire utilisé pour plus de la moitié des décès par suicide, suivie de l'utilisation d'une arme à feu pour les hommes et de l'absorption de médicaments pour les femmes ;

- aucune différence de mortalité n'a été mise en évidence par type d'espace alors qu'en 2008-2010, une sous-mortalité masculine par suicide a été mise en évidence dans les villes isolées par rapport aux autres territoires du Poitou-Charentes.

- L'analyse nationale des taux de décès par catégorie socio-professionnelle fait apparaître :

    - des taux de suicide plus élevés chez les inactifs que chez les actifs occupés

    - des taux de suicide trois fois plus élevés chez les ouvriers que chez les cadres

    - une surmortalité chez les agriculteurs exploitants

- En Poitou-Charentes, en 2013, 4 décès par suicide ont eu lieu en milieu carcéral, soit un taux régional de suicide en milieu carcéral de près de 25 décès par suicide pour 10 000 détenus. Au niveau de l'interrégion et de la France, une baisse de près d'un quart des taux de suicide est observée par rapport à 2012.

II.1. Les suicides en population générale

II.1.1. Une sous-évaluation du nombre de suicides

Sur la période 2009-2011, le nombre annuel moyen de décès réévalué était de 422 contre 376 avant correction soit une sous-évaluation estimée de 12 %. Il faut également noter la forte augmentation du nombre de décès ayant des causes non définies, particulièrement en 2010 et en 2011, en Poitou-Charentes, comme au niveau national.

Tableau 16. *Estimation du nombre de suicides après corrections en Poitou-Charentes de 2003 à 2011*

	2003-2005	2006-2008	2009-2011
Suicides (X60-X84)	402	401	376
Causes non définies (R99)	142	190	307
Intention indéterminée (Y10-Y34)	11	13	18
Nombre de suicides après correction (1)	421	428	422
Taux de variation entre le nombre de suicides avant et après correction	4,7 %	6,6 %	12,3 %

Sources : [4;12], INSERM CépiDc Exploitation : ORS Poitou-Charentes

(1) Après application des coefficients directeurs sur ces 3 causes de décès

Source et méthodes

Cette partie fait référence à une ***analyse sur la qualité des données de mortalité par suicide*** *en 2006 [4;9]. Cette étude était basée sur l'ensemble des décès survenus en France en 2006. Des investigations ont été effectuées rétrospectivement sur les décès par suicide et ont permis d'évaluer la sous-estimation à 9,4 % (8,7 % chez les hommes et 11,5 % chez les femmes). Ces coefficients correcteurs ont été calculés selon trois groupes de causes de décès :*
- Les intentions indéterminées (codées Y10-Y34)
- Les autres causes de mortalité mal définies et non précisées (codées R99), comprenant les décès sans certificat, les certificats vierges et les investigations judiciaires
- Les lésions auto-infligées ou les suicides (codées X60-X84).
Ces coefficients correcteurs ont été appliqués au nombre de décès en Poitou-Charentes de 2003 à 2011 selon ces groupes de causes afin d'évaluer le nombre de suicides « corrigés ».

II.1.2. Les décès par suicide

Une surmortalité régionale masculine

Sur la période 2009-2011, l'indice comparatif de mortalité par suicide révélait une surmortalité de 29 % chez les hommes de la région par rapport à ceux de la métropole. À l'échelle des territoires de santé, les taux comparatifs de mortalité masculine par suicide étaient significativement supérieurs au taux métropolitain, excepté pour la Vienne. Chez les femmes, seul le taux comparatif de mortalité par suicide du territoire de santé Charente-Maritime Sud Est était significativement supérieur au taux métropolitain alors qu'il était identique au taux français pour les autres départements.

Tableau 17. *Taux comparatif de mortalité par suicide sur la période 2009-2011 (pour 100 000 habitants)*

	France	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	26,8	**34,3**	**35,3**	**34,8**	**43,1**	**32,5**	28,4
Femmes	8,1	8,7	8,6	7,7	**12,3**	8,4	7,5
Ensemble	16,5	**20,6**	**20,8**	**20,3**	**26,5**	**19,8**	17,2

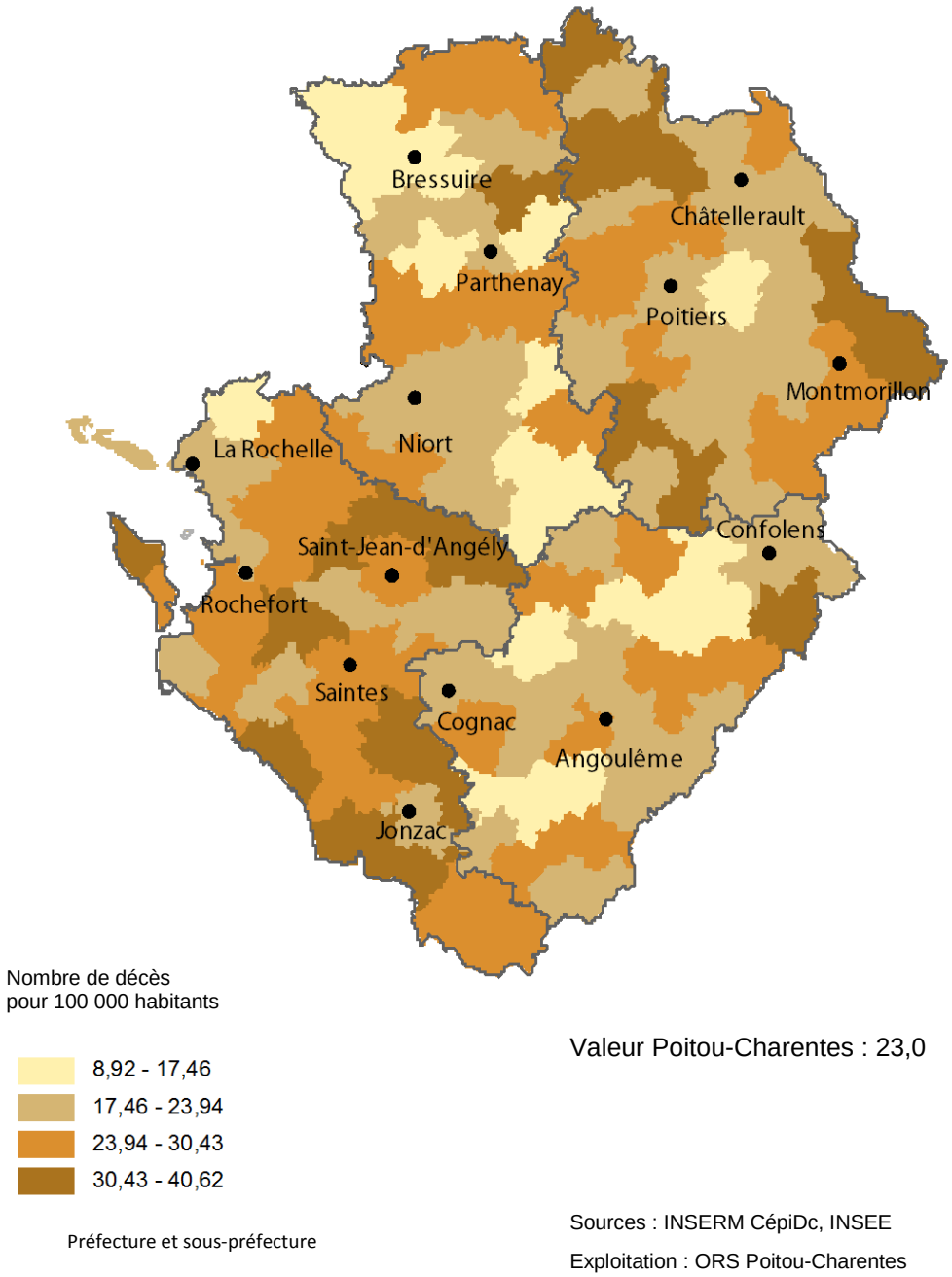
Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes
En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 %

Les taux de mortalité par suicide à l'échelle des cantons

Sur la période 2003-2011 et à l'échelle infra départementale, les territoires de Poitou-Charentes présentant les taux comparatifs de mortalité par suicide les plus élevés* étaient majoritairement situés dans la Vienne et en Charente-Maritime. Ainsi plus d'un quart des cantons de chacun de ces deux départements appartenaient à la classe des plus forts taux de mortalité avec 30 à 41 décès par suicide pour 100 000 habitants. Les Deux-Sèvres et la Charente présentaient un paysage plus morcelé mais globalement favorable avec plus des deux tiers de leurs cantons respectifs qui montraient un taux de mortalité inférieur à la moyenne régionale.

**supérieurs à la moyenne régionale (24 pour 100 000 habitants) plus un écart-type (6,5)*

Figure 7. *Taux comparatifs de mortalité par suicide à l'échelle cantonale sur la période 2003-2011 (méthode de discrétisation par écart-type)*



NB : les taux comparatifs de mortalité des cantons de Champagne-Mouton (16), Rouillac (16), Sauzé-Vaussais (79) et Thénezay (79) sont à interpréter avec prudence, les effectifs cumulés de décès par suicide étant inférieurs à 7 sur la période de calcul.

Les taux de mortalité par suicide selon le type d'espace

L'étude de la mortalité par suicide selon le type d'espace[4] ne montre pas de différence significative mais une tendance à la sous-mortalité masculine (à la limite de la significativité) est observée dans les villes isolées par rapport à la région. Ces villes isolées correspondent à des petites villes telles que Confolens, La Rochefoucauld, Barbezieux-saint-Hilaire, Matha, Pons, Surgères, Mauléon, Celles-sur-Belles, Moncoutant, Loudun, Montmorillon, Lusignan, Vivonne…

Tableau 18. *Taux comparatif de mortalité par suicide selon le type d'espace sur la période 2009-2011 (pour 100 000 habitants)*

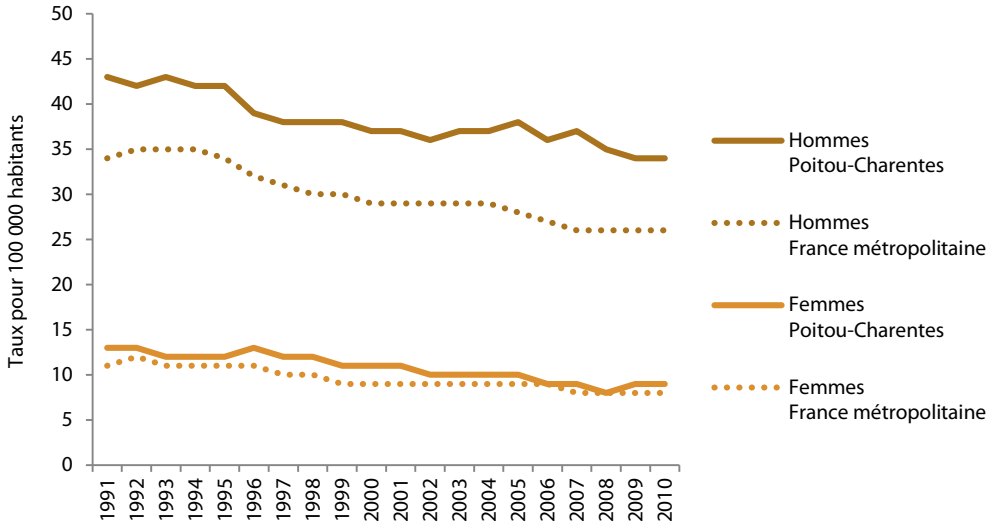
	Poitou-Charentes	Commune urbaine périphérique	Rural	Ville-centre	Ville isolée
Taux comparatif de décès (pour 100 000 habitants)					
Hommes	36,5	38,7	38,4	35,7	30,7
Femmes	9,4	9,2	8,3	11,5	8,8
Ensemble	21,8	22,2	22,5	22,3	19,1

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Une diminution des taux de mortalité depuis 20 ans

Entre 1990 et 2011, les taux comparatifs de mortalité par suicide ont connu une diminution plus rapide chez les hommes que chez les femmes, selon la même tendance en Poitou-Charentes qu'en France métropolitaine. Au cours de cette même période, la mortalité restait toutefois beaucoup plus élevée chez les hommes de la région qu'en métropole.

Figure 8. *Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide de 1990 à 2011*



Source : Score Santé Réalisation : ORS Poitou-Charentes

L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.
La population de référence utilisée pour la standardisation par âge du taux de mortalité est la France entière au recensement de 2006.

[3] Cf annexe 1 dans les précisions méthodologiques

Le nombre annuel de décès par suicide

Sur la période 2009-2011, le suicide a été à l'origine de 386 décès en moyenne chaque année. La grande majorité de ces décès concernait les hommes (77 %). Plus de 6 décès sur 10 sont survenus avant l'âge de 65 ans.

Tableau 19. *Nombre annuel moyen de décès par suicide selon la tranche d'âge sur la période 2009-2011*

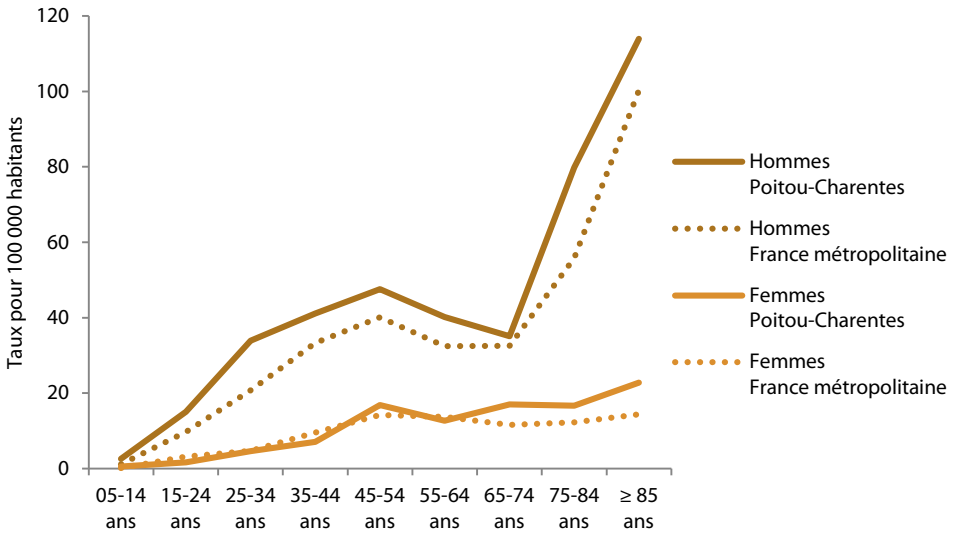
		Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
		n=386	%	n=79	n=71	n=84	n=77	n=75
Hommes	**Total**	**297**		**61**	**55**	**63**	**59**	**58**
	10-34 ans	48	16,3	11	9	9	9	11
	35-64 ans	152	51,2	28	31	30	32	30
	≥ 65 ans	96	32,5	22	16	24	17	16
Femmes	**Total**	**90**		**18**	**16**	**21**	**18**	**17**
	10-34 ans	6	7,1	1	0	2	2	2
	35-64 ans	45	50,6	9	8	12	6	10
	≥ 65 ans	38	42,3	8	8	7	10	5

Source : INSERM CépiDc Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les taux de mortalité par âge

Durant la période 2009-2011, le taux de mortalité par suicide augmentait fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. La mortalité masculine demeurait plus élevée qu'en métropole quel que soit l'âge, cette différence étant encore plus marquée à partir de 75 ans.

Figure 9. *Taux annuel moyen de mortalité par suicide selon l'âge sur la période 2009-2011*



Source : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le nombre de décès par suicide selon le statut matrimonial

La part des personnes veuves ou divorcées est plus élevée dans la population décédée par suicide que dans la population générale (respectivement + 6,2 points et + 5,5 points) alors que la part des personnes mariées est beaucoup plus faible (- 7,6 points).

Tableau 20. *Nombre annuel moyen, répartition de décès par suicide et répartition de la population générale selon le statut matrimonial sur la période 2009-2011*

	Poitou-Charentes			Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
	n=386	%	*Insee 2011 (%)*	n=78	n=72	n=84	n=77	n=74
Mariés	160	41,4	*49,0*	33	28	38	29	31
Célibataires	117	30,3	*34,3*	25	21	22	26	23
Veufs	58	14,9	*8,7*	12	9	12	13	12
Divorcés	52	13,4	*7,9*	8	14	12	9	8

Sources : INSERM CépiDc, Insee 2011 Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les modes de suicide

Chez les hommes comme chez les femmes, le principal mode de suicide était la pendaison (57 %), plus fréquemment employé en Poitou-Charentes qu'en France (52 %), et particulièrement dans les Deux-Sèvres (64 %). Ensuite les hommes ont plus souvent utilisé des armes à feu alors que les femmes ont eu davantage recours à l'auto-intoxication médicamenteuse puis à la noyade.

Tableau 21. *Nombre annuel moyen de décès selon le mode de suicide sur la période 2009-2011*

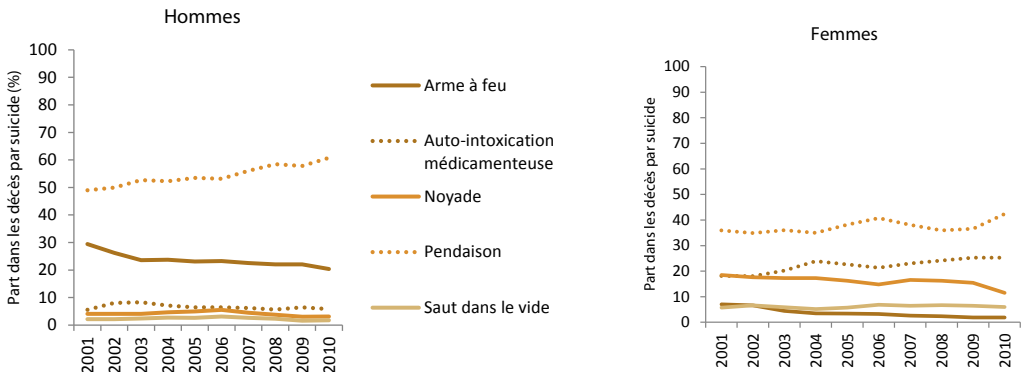
	Poitou-Charentes		Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	n=295	%	n=60	n=55	n=63	n=59	n=58
Pendaison	180	61,0	34	33	38	40	35
Arme à feu	60	20,3	14	8	15	9	13
Médicaments	17	5,8	4	3	4	3	3
Noyade	9	3,1	1	3	1	4	1
Saut dans le vide	5	1,7	1	1	0	1	2
Autres	24	8,1	6	7	5	2	4
Femmes	n=90	%	n=19	n=16	n=22	n=18	n=18
Pendaison	38	42,2	7	6	8	9	8
Arme à feu	2	2,2	1	0	1	0	0
Médicaments	23	25,6	4	6	6	2	5
Noyade	10	11,1	2	1	3	2	3
Saut dans le vide	5	5,6	1	1	1	2	1
Autres	12	13,3	3	2	3	3	1

Source : INSERM CépiDc Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Codes CIM 10 : auto-intoxication médicamenteuse (X60-X64) ; pendaison (X70) ; noyade (X71) ; arme à feu (X72-X74) ; saut dans le vide (X80)

Chez les hommes, la part des décès par arme à feu dans la mortalité par suicide a diminué de 9 points de 2000 à 2011, alors que la pendaison a augmenté de 12 points. Chez les femmes, l'utilisation d'une arme à feu a également connu une baisse de 5 points et l'auto-intoxication médicamenteuse a augmenté de 7 points.

Figure 10. *Evolution des modes de suicide selon le sexe de 2000 à 2011*



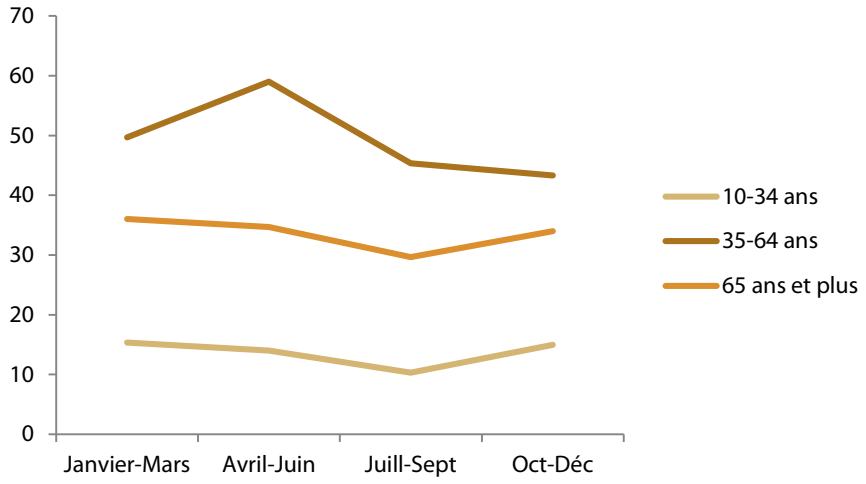
Source : Inserm CépiDc Exploitation : ORS Poitou-Charentes

L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Le nombre de décès par suicide selon le trimestre

Chez les 10-34 ans, le nombre annuel moyen de décès par suicide augmentait fortement au quatrième trimestre (+ 45 %). Chez les 35-64 ans, ce nombre baissait brusquement pendant la période estivale (- 23 %). Chez les 65 ans et plus, il restait relativement stable au cours de l'année.

Figure 11. *Nombre moyen de décès par suicide selon le trimestre sur la période 2009-2011*



Source : INSERM CépiDc Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Autres éléments

- Dans la partie II du certificat de décès sont mentionnés toutes les pathologies, facteurs ou états physiologiques ayant contribué au décès mais n'étant pas à l'origine de la cause initiale du décès. Dans notre étude, seuls 6 % des certificats de décès faisaient mention d'au moins une **comorbidité** (13 % en 2008-2010).

Source et méthodes

*La **statistique nationale des causes de décès** est élaborée par le CépiDc de l'INSERM, en collaboration avec l'INSEE [12]. Les causes de décès sont codées selon la CIM-10. Le dernier fichier disponible concerne l'année 2010. Pour les besoins de l'analyse, trois années (2009, 2010 et 2011) ont dû être regroupées afin de minimiser les risques de variations aléatoires et d'augmenter la validité des résultats. Tous les décès codés X60 à X84 en cause initiale et concernant des personnes domiciliées en Poitou-Charentes ont été inclus.*

II.1.3. Taux de mortalité par suicide selon la catégorie socio-professionnelle et le secteur d'activité

Lors de la déclaration du décès, l'officier d'état civil remplit un formulaire établi à partir des indications fournies par la famille et comportant des renseignements socio-économiques comme la **catégorie socio-professionnelle** (CSP). Lors de l'étude régionale des données issues de l'Inserm CépiDC, seules 58 % des données sur la CSP étaient exploitables. De ce fait, cette variable n'a pas fait l'objet d'analyse. En revanche, au niveau national cette exploitation, effectuée par l'InVS, a pu être réalisée chez les hommes uniquement en couplant ces données à celles du panel DADS (déclaration annuelle des données sociales).

Chez les salariés en emploi

Tableau 22. *Taux comparatifs de mortalité par suicide chez les hommes salariés selon la situation professionnelle en France*

Secteur d'activité économique	Nb décès 1976-2002	Taux pour 100 000 1976-2002
Salariés tous secteurs	1 931	25,1
Absence d'activité salariée	1 721	58,1
Population générale	**154 506**	**33,4**

Source : InVS [13] Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Parmi les personnes pour lesquelles l'activité salariée n'est pas connue (inactivité ou hors champs d'exploitation), le taux de mortalité par suicide est particulièrement élevé (58 pour 100 000 actifs). Ce taux est plus de deux fois supérieur à celui des salariés en emploi (25 pour 100 000) traduisant un effet du « travailleur sain » ou un effet protecteur du travail.

Tableau 23. *Taux comparatifs de mortalité par suicide chez les hommes salariés selon le secteur d'activité en France*

Secteur d'activité économique	Nb décès 1976-2002	Taux pour 100 000 1976-2002
Santé et action sociale	135	34,3
Administration publique	120	29,8
Construction	248	27,3
Immobilier, location et services aux entreprises	289	26,7
Industries manufacturières	650	25,0
Transports et communications	177	23,9
Services collectifs, sociaux et personnels	75	23,8
Commerce ; réparations automobile et articles domestiques	239	20,5
Hôtels et restaurants	55	20,4
Industries extractives	7	19,9
Activités financières	49	18,9
Education	16	15,6
Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau	18	15,5

Source : InVS [12] Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé (34 pour 100 000 salariés) suivi par l'administration publique[5] (30), la construction (27) et l'immobilier (27).

En particulier, l'analyse par sous-secteur, effectuée lorsque la taille de l'effectif le permettait, distingue les activités où les taux de mortalité sont les plus importants. Il s'agit des services aux entreprises (30 pour 100 000 salariés) dans lesquels les agences d'intérim sont largement représentées, de l'industrie du travail du bois (34) et de la fabrication d'autres produits minéraux non métalliques (32).

Tableau 24. *Taux comparatifs de mortalité par suicide chez les hommes salariés selon le groupe socio-professionnel en France*

Groupe socioprofessionnel	Nb décès 1976-2002	Taux pour 100 000 1976-2002
Ouvriers	1 227	31,8
Employés	306	26,3
Professions intermédiaires	327	17,7
Cadres	119	11,0

Source : InVS [13] Réalisation : ORS Poitou-Charentes

La mortalité par suicide chez les ouvriers, dont le taux est proche de celui de la population générale, est presque trois fois plus élevée que chez les cadres. Les professions intermédiaires présentent un taux de mortalité par suicide proche de celui des cadres.

A noter, les agriculteurs exploitants et les artisans, chefs d'entreprises n'ont pas été inclus dans le champ de cette étude.

[5] En dehors de la fonction publique d'état

Source et méthodes

***L'étude de la mortalité par suicide chez les salariés en emploi**, en fonction de la catégorie socio-professionnelle et du secteur d'activité, a été effectuée dans le cadre du **projet Cosmop**, développé par le département santé travail de l'InVS. Ce programme consiste à décrire de façon systématique les causes de décès selon l'activité professionnelle chez les 15-64 ans depuis 1968. Les résultats sur le suicide ne concernent que les hommes (les effectifs chez les femmes étant trop faibles). Les analyses sont basées sur les données du panel DADS (déclaration annuelle des données sociales) couplées aux causes médicales de décès Inserm CépiDc- [13].*

Chez les agriculteurs exploitants

La comparaison de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants à celle des hommes du même âge dans la population française montre une surmortalité par suicide de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009. Cet excès est surtout marqué dans les classes d'âge de 45 à 64 ans et dans les secteurs des filières d'élevage bovins-lait et bovins-viande qui présentent en 2008 et 2009 les surmortalités par suicide les plus élevées [14].

Ces résultats préliminaires confirment la nécessité de poursuivre la surveillance dans cette population.

Source et méthodes

La CCMSA et l'InVS ont été missionnés afin de recueillir des données fiables sur le suicide des agriculteurs. Ce groupe a remis sa première étude en octobre 2013 [14]. Les données sociodémographiques et professionnelles obtenues auprès de la CCMSA et les causes médicales de décès ont fait l'objet d'un appariement.

Système de surveillance des suicides en lien avec le travail

En 2013, la faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail (dont ceux survenant sur le lieu du travail) a été réalisée par l'InVS, à partir de plusieurs sources de données :

- données de mortalité du CépiDc de l'Inserm,
- données de réparation des accidents de travail des différents régimes de sécurité sociale
- les rapports des structures médico-légales
- les signalements de l'inspection du travail.

Les limites et les difficultés de ce recueil sont exposées, dont notamment la saisie et la centralisation des données des instituts médico-légaux. Mais, ce système de surveillance, permettant la quantification et le recueil des caractéristiques des suicides en lien avec le travail, est envisageable [15].

II.2. Les suicides en milieu carcéral

Figure 12. *Nombre et taux de suicide en milieu carcéral en Poitou-Charentes, des régions couvrant le DISP et en France en 2013*

	Poitou-Charentes	Interrégionale (Aquitaine, Poitou-Charentes, Limousin)	France
Nombre de suicides	4	8	110
Nombre de personnes placées sous-main de Justice (PPSMJ)	1 602	5 307	76 198
Taux de suicide (pour 10 000 détenus)	25,0	15,1	14,4

Source : DISP de Bordeaux Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En Poitou-Charentes, en 2013, 4 décès par suicide ont été comptabilisés parmi la population carcérale de la région. **Le taux régional de suicide en milieu carcéral était alors de 25 décès par suicide pour 10 000 détenus, en augmentation par rapport à 2012.** Au niveau de l'interrégion et de la France**, une baisse** de près d'un quart des taux de suicide est observée par rapport à 2012.

Les facteurs de risque et précipitant en milieu carcéral :

Le contexte de l'incarcération multiplie les facteurs de risque suicidaire et expose les personnes détenues ainsi que leurs familles à des souffrances aiguës qui accentuent de façon considérable le risque de passage à l'acte suicidaire. Une meilleure connaissance des moments à risque mais également des facteurs de risque et des facteurs qui précipitent le risque suicidaire peut permettre d'améliorer la prévention en évaluant chaque situation individuellement en interdisciplinarité (professionnels et bénévoles associatifs) et en proposant des accompagnements adaptés, à l'aide du pilotage de la Direction de l'Administration pénitentiaire.

- **Trois moments sont particulièrement « à risque » en milieu carcéral** : Le début de l'incarcération (les trois semaines qui suivent, la période de la détention préventive en maison d'arrêt), le moment du procès (l'approche du procès et les trois semaines qui suivent le procès), la sortie de détention (les mois qui précèdent ou ceux qui suivent la sortie de détention, particulièrement pour les longues peines). Les jours qui suivent une médiatisation importante (presse, radio, télévisée) de la situation des personnes détenues et des actes qui leur sont reprochés sont également particulièrement à risque.

- **Des facteurs sont particulièrement « à risque » en milieu carcéral :** les caractéristiques sociodémographiques (être un homme, avoir entre 30 et 50 ans, avoir un faible niveau d'étude, être de nationalité étrangère), les antécédents personnels et familiaux (avoir une très faible estime de soi, avoir des antécédents de tentative de suicide, l'isolement et le repli sur soi, avoir une personnalité impulsive, les caractéristiques pénales être incarcéré pour la première fois, l'inactivité en détention, le placement à l'isolement ou au quartier disciplinaire, la durée et la cause de la détention, être seul dans sa cellule), consommer des substances psycho-actives et la violence subie en détention.

- **Des facteurs sont particulièrement « précipitant » en milieu carcéral** : annonce d'une rupture de liens familiaux (notamment la rupture amoureuse et la rupture avec ses enfants), le deuil au cours de la détention, l'annonce de la date du procès, l'extraction pour une reconstitution des faits ou une confrontation, la médiatisation de son affaire, le sevrage (produit) non accompagné, le refus d'une demande de liberté conditionnelle, un parloir annulé sans explication, un conflit exacerbé avec un surveillant ou un co-détenu, l'anniversaire du décès d'une victime ou la notification de la sortie de détention.

D'après les informations de Jean Luc Douillard (coordinateur du PRS santé mentale de Charente-Maritime Sud) et Suicide en prison en France. Evolution depuis 50 ans et facteurs de risque, 2010 [16]

Source et méthodes

*Les données utilisées ont été mises à disposition par la **Direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux (DISP)**. Elles font référence aux **personnes sous-main de justice** écrouées, hébergées ou non (Par exemple, bénéficiant d'un aménagement de peine par une mesure de placement en surveillance électronique) dans les établissements pénitentiaires de la région Poitou-Charentes (maisons d'arrêt de Rochefort, Saintes, Niort, Angoulême, de la Centrale de St Martin de Ré, du Centre de détention de Bédenac et du Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne), des régions couvrant le DISP de Bordeaux (Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin) et en France.*

LES FICHES PAR TERRITOIRES DE SANTE

BIBLIOGRAPHIE

[1] Debarre J., Pubert M., Giraud J., Bouffard B. Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Rapport n° 143. Février 2013. 33 p.

[2] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). Septembre 2011. 95 p.

[3] Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Rapport n°1. Novembre 2014. 219 p.

[4] InVS. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. BEH n°47-48. 13 décembre 2011. p 487-511.

[5] Bosquet V, Caserio-Schônemann C. La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) –. Institut de veille sanitaire. Juin 2013. 12 p.

[6] Debarre J., Colin A. Dépression et tentatives de suicide. Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 4 p.

[7] Colin A., Robin S. Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes. Premiers résultats. ORS Poitou-Charentes. Juin 2013. Rapport n° 149. 90 p.

[8] Robin S., Bounaud V., Debarre J. La santé des apprentis de Poitou-Charentes. Diagnostic santé. ORS Poitou-Charentes. Juin 2013. Rapport n° 151. 125 p.

[9] Debarre J., Santé et travail. Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 4 p.

[10] Cohidon C. et *al*. Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. BEH 46-47. 2006. p 368-370

[11] Observatoire national du suicide. Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Rapport n°1. Novembre 2014. 219 p.

[12] Chappert J.L. *et al*. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : Biais et impact sur les données nationales en France, à partir de l'analyse des causes indéterminées quant à l'intention. DREES. Série Etudes ; 2003 ;(30). 45 p.

[13] Cohidon C. et *al*. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. InVS. Avril 2010. 8 p.

[14] Brossard C., Santin G., Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants - Premiers résultats. InVS. 2013. 26 p.

[15] Brossard C., Cohidon C., Santin G., I. Mise en place .d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Etude exploratoire. InVS. 2013. 90 p.

[16] Duthé G. Pan Ké Shon *et al*. Suicide en prison en France. Evolution depuis 50 ans et facteurs de risque. In : Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation. Direction de l'administration pénitentiaire. Collection Travaux & Documents n°78. Janvier 2010. p.41-64

Pour en savoir plus :

Ajdacic-Gross V. et al. Seasonal Associations between Weather Conditions and Suicide-Evidence against a Classic Hypothesis. Am J Epidemiol. 2007. Vol. 165. p 561-569.

Bourgoin N. Variations mensuelles et hebdomadaires du suicide selon l'activité professionnelle. in : Population, 55e année, n°2, 2000. p. 379-385

Debarre J., Bounaud V. Le suicide en Poitou-Charentes. Bulletin d'observation Santé. ORS Poitou-Charentes. Février 2011. 8 p.

Duthé G. et *al*, Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Populations et sociétés n°462. Décembre 2009. 4 p.

Pavillon G., Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. BEH n°30-31. 2003. p 134-138.

ANNEXE

Annexe 1.
Précisions méthodologiques

Les hospitalisations

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de mesure de l'activité hospitalière. Il consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, en un enregistrement standardisé reposant sur la collecte d'un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les diagnostics, un principal et des associés, recueillis à l'occasion de chaque séjour sont codés avec la CIM-10.
Dans ce document, les données font référence aux patients domiciliés en Poitou-Charentes ayant effectué un séjour pour tentative de suicide dans les unités de soins de courte durée des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). La dernière année disponible est 2013. Tous les séjours codés X60 à X84 en diagnostic associé significatif et concernant des personnes âgées de 10 ans et plus ont été inclus.
Une procédure de chaînage permet de relier les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à un numéro anonyme. Les séjours non correctement chaînés (0,6 %) n'ont pas été inclus. En outre, les séjours pour tentative de suicide se terminant par un décès (46 séjours) ont été exclus. Les données d'hospitalisation en psychiatrie n'ont pas été intégrées à cette analyse. Par ailleurs, le PMSI ne prend pas en compte les passages aux urgences sans hospitalisation. L'interprétation des données issues du PMSI doit être réalisée avec prudence en raison de nombreuses limites. Les informations recueillies dépendent de l'état de santé de la population, mais également de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales des professionnels ou encore des habitudes de recours des personnes.

La mortalité

La statistique nationale des causes de décès est élaborée par le CépiDc de l'INSERM, en collaboration avec l'INSEE. Les causes de décès sont codées selon la CIM-10. Le dernier fichier disponible concerne l'année 2011. Pour les besoins de l'analyse, trois années (2009, 2010 et 2011) ont dû être regroupées afin de minimiser les risques de variations aléatoires et d'augmenter la validité des résultats. La représentation cartographique a été faite sur les années 2002 à 2010, afin d'avoir des effectifs suffisants par canton. Tous les décès codés X60 à X84 en cause initiale et concernant des personnes domiciliées en Poitou-Charentes ont été inclus.

Taux standardisé ou comparatif

Standardisé sur l'âge, il permet de comparer le niveau de mortalité ou de recours hospitalier de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge des populations. Ainsi, pour chaque territoire, la méthode de la standardisation directe est appliquée, la population de référence étant la population métropolitaine par tranche d'âge quinquennale de 2010 (mortalité) ou 2011 (PMSI MCO). Ainsi obtenu, le taux comparatif de mortalité ou de recours hospitalier pour une cause spécifique indique le nombre de décès ou d'hospitalisations qui seraient dus à cette cause pour 100 000 habitants si la répartition par âge de la zone géographique étudiée était la même qu'au niveau de la métropole. Il permet également des comparaisons spatiales et temporelles.

La distinction en espace urbain/rural des communes

Les unités urbaines ont été redéfinies en 2010 à partir du recensement de 2007. Cette définition de l'espace urbain repose sur le découpage communal sur la base de deux critères : la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Pour le calcul des taux comparatifs de mortalité par suicide à l'échelle des types d'espace urbain/rural, nous nous sommes appuyés sur cette nomenclature plus actuelle que le zonage en aires urbaines reposant sur le recensement de 1999.
Est considéré comme urbain (ou unité urbaine) un ensemble de communes sur lequel on trouve une zone de bâti continu, c'est-à-dire un espace au sein duquel il n'y a pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions et dans lequel résident au moins 2 000 habitants. Si l'unité urbaine est composée d'une seule commune, elle est dénommée **ville isolée**. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération « multicommunale ». Les communes qui la composent sont soit **ville-centre**, soit banlieue (dénommée dans l'étude « commune urbaine périphérique »). Si une commune représente plus de 50 % de la population de l'agglomération « multicommunale », elle est seule ville-centre. Sinon, toutes les communes qui ont une population

supérieure à 50 % de celle de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière, sont villes-centres. Les communes urbaines qui ne sont pas villes-centres constituent la banlieue de l'agglomération « multicommunale ». Par ailleurs, une agglomération « multicommunale » peut n'être constituée que de villes-centres.

Représentation cartographique

Pour des raisons d'effectifs, les taux de mortalité par suicide et de recours hospitaliers suite à une tentative de suicide ont été représentés à l'échelle des cantons pour les deux sexes confondus.
La forme de la distribution de la mortalité étant « normale » (concentration des valeurs autour de la moyenne), les données ont été discrétisées selon la méthode dite « standard ». Ainsi, quatre classes ont été construites selon que les cantons se situaient ou non au-delà de la moyenne régionale plus ou moins un écart-type.
La distribution du recours hospitalier ne suivait pas la loi normale, les données ont été discrétisées selon la méthode des quartiles. Ainsi quatre classes ont été construites partageant le nombre de cantons en quatre parties égales.

Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes

Eléments clés *Mars 2015*

Contexte

En 2012, l'Agence régionale de santé (ARS) a chargé l'ORS de réaliser un état des lieux et un suivi des tentatives de suicide et des suicides en Poitou-Charentes. Cette troisième édition est une actualisation de cet état des lieux, enrichie par des fiches territoriales, et validée par le comité de pilotage.

Matériel et méthodes

Les tentatives de suicide ont été appréhendées par :
- les données d'hospitalisations en service de court séjour (PMSI),
- les données des services des urgences (OSCOUR®)
- les données déclaratives d'enquêtes régionales existantes
- les enseignements d'enquêtes nationales sur le risque suicidaire en milieu du travail.

Les suicides ont été abordés par :
- les données des certificats de décès (INSERM CépiDc)
- les données de la direction de l'administration pénitentiaire.

Résultats

- ✓ Près de 3 200 séjours hospitaliers enregistrés pour tentatives de suicide en 2013
- ✓ Un taux de recours à l'hospitalisation supérieur en Poitou-Charentes ainsi que dans ses territoires de santé (excepté en Vienne)
- ✓ A la suite d'une hospitalisation, un patient sur quatre est transféré vers une unité psychiatrique,
- ✓ Un quart des hospitalisations a duré 48 heures et plus, dont plus de la moitié chez les 65 ans et plus,
- ✓ Plus de 4 600 passages aux urgences estimés suite à une tentative de suicide en 2014 (extrapolation à tous les services des urgences de Poitou-Charentes)
- ✓ Chaque année, plus de 250 patients recensés dont le pronostic vital est engagé lors de leur arrivée aux urgences,
- ✓ Selon les données d'enquêtes régionales, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées sont plus nombreuses entre 15 et 16 ans.
- ✓ En Poitou-Charentes, en 2009-2011, 386 décès par suicide sont enregistrés, avec une sous-estimation évaluée à 12 %
- ✓ Une surmortalité régionale masculine significative, ainsi que pour tous les territoires de santé (excepté la Vienne qui a le même niveau de mortalité par suicide que la France). Seule une surmortalité par suicide féminine a été constatée en Charente Maritime Sud Est.
- ✓ Une baisse des taux de suicide observée qui se poursuit depuis 1990,
- ✓ Des suicides majoritairement masculins, mais les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes,
- ✓ Le mode de suicide le plus couramment utilisé pour les personnes décédées par suicide est la pendaison. Celui des patients des urgences ou des patients hospitalisés suite à une TS est l'absorption de médicaments,
- ✓ Dans la région, 4 décès annuels moyens ont lieu en milieu carcéral en 2013,
- ✓ L'analyse nationale des taux de suicide par catégorie socio-professionnelle fait apparaitre que les taux de suicide sont plus élevé chez les inactifs (par rapport aux inactifs), chez les ouvriers (par rapport aux cadres) ainsi qu'une surmortalité chez les agriculteurs exploitants.

Mots-clés

Suicide, Tentative suicide, Mortalité, Morbidité, Evolution, Hospitalisation, Service urgence, Recours soins, Prison, Système éducatif, Lieu travail, Baromètre Santé, HBSC, OSCOUR®, Poitou-Charentes, Territoire de santé

Pour nous citer

DEBARRE J., PUBERT M., GIRAUD J., BOUFFARD B. **Tableau de bord de suivi des suicides et des tentatives de suicide en Poitou-Charentes**. ORS Poitou-Charentes. Mars 2015. Rapport n° 165. 59 p.

ORS
OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ
POITOU-CHARENTES

203 route de Gençay ● 86280 St Benoit ● Tél. 05 49 38 33 12 ● ors@ors-poitou-charentes.org ● www.ors-poitou-charentes.org
Sites gérés par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com ● www.indisante.org