

dossier épidémiologique

Les conduites suicidaires en Midi-Pyrénées

Ce document rassemble l'ensemble des informations et indicateurs disponibles à l'échelle régionale et départementale sur les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide.

Cet outil d'observation basé sur la collaboration des différents professionnels et institutions régionales qui produisent et détiennent des données témoigne de la dynamique d'observation régionale du suicide mise en place qui a vocation à se développer.

La démarche devrait permettre une meilleure prise en compte de la réalité et de l'évolution de ce problème dans la région. Cet état des lieux peut servir de support à une réflexion sur les actions de prévention et à leur évaluation.

SOMMAIRE

- 2 Sources de données et méthode
- 5 Pensées suicidaires et tentatives de suicide déclarées
- 7 Passages aux urgences pour tentatives de suicide
- 11 Hospitalisations pour tentatives de suicide
- 14 Décès par suicide
- 17 Synthèse



Sept
15

Sources de données et méthode

▶ LES ENQUÊTES DÉCLARATIVES EN POPULATION GÉNÉRALE

Deux enquêtes en population générale permettent d'apprécier l'importance des conduites suicidaires et le profil des personnes concernées : le Baromètre santé et l'Enquête sur la santé et les consommations des jeunes lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad). Dans le cadre de cet état des lieux, une analyse régionale a été réalisée par l'ORS pour ces deux enquêtes.

Baromètre Santé 2010

Le Baromètre santé a été réalisé pour la première fois au début des années 1990 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en partenariat avec de nombreuses institutions. Il est réalisé tous les cinq ans et aborde des thèmes variés, liés à la santé (Addictions, santé mentale, sexualité...). L'objectif du Baromètre est de décrire les principaux comportements, attitudes et perceptions liés à l'état de santé de la population française. Répété régulièrement, il permet de suivre les évolutions des comportements de santé et d'estimer l'impact des politiques de santé et de prévention mises en œuvre.

En 2010, grâce au soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS), Midi-Pyrénées a fait partie pour la première fois des régions participant à la déclinaison régionale du Baromètre Santé. 1 870 Midi pyrénéens âgés de 15 à 85 ans ont été interrogés par téléphone. La taille de cet échantillon aléatoire nous permet de fournir des valeurs suffisamment précises sur l'importance de certains grands problèmes de santé publique afin de repérer les particularités régionales.

Les réponses aux questions « *Avez-vous pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois ?* », « *Avez-vous tenté de vous suicider au cours de votre vie* » ont été utilisées pour réaliser l'analyse régionale.

Une analyse univariée des données pondérées selon le sexe, l'âge, le département, la taille de l'agglomération, et le niveau de diplôme, une analyse bivariée des liens entre chacune des deux variables (TS au cours de la vie, pensées suicidaires) et les caractéristiques sociodémographiques et facteurs de santé ont été réalisées. Les associations entre ces variables ont été testées par le test du Chi 2 ou le test exact de Fisher. Une régression logistique stratifiée selon le sexe a permis de déterminer le degré d'association aux pensées suicidaires ou aux TS, toutes égales par ailleurs. Enfin, dans une dernière partie, les résultats de la région Midi-Pyrénées ont été comparés au reste de la France, à l'aide de modèles logistiques, en ajustant sur l'âge et le sexe. Une synthèse des principaux résultats issus de cette analyse est présentée dans ce dossier.

Escapad

Cette enquête déclarative menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) auprès des jeunes de 17 ans lors des journées de défense et citoyenneté est une enquête auto administrée. Les variables portent sur les pensées suicidaires, les tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation. Des comparaisons selon le sexe et entre la région et le reste de la France ont été réalisées avec test de la significativité des écarts.

Intérêts et limites des enquêtes déclaratives en population générale

Ces deux enquêtes en population générale par interrogation directe des personnes permettent d'approcher le risque suicidaire, notamment pour les individus qui n'ont pas eu de contact immédiat avec le système de soins.

A l'échelle régionale, elles fournissent une estimation de la prévalence régionale des tentatives de suicide (hospitalisées et non hospitalisées). Cette première analyse du Baromètre Santé et de l'enquête Escapad en Midi-Pyrénées constitue un point de départ pour le suivi ultérieur de ces indicateurs dans la région.

Les enquêtes déclaratives présentent des limites liées à des refus de répondre sur un sujet douloureux ou embarrassant et des biais de mémorisation mais elles restent la source principale du suivi temporel de ce phénomène.

L'identification de certains facteurs associés aux TS et aux personnes suicidaires peut orienter les actions de prévention du risque suicidaire mais cette analyse reste plus limitée à l'échelle régionale en raison de la faiblesse des effectifs concernés.

▶ LES BASES MÉDICO ADMINISTRATIVES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

L'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MIP) exploite depuis 2001 les données de passages aux urgences de tous les établissements de santé publics et privés de la région. En plus de la collecte historique du diagnostic principal posé aux urgences, le recueil s'est également enrichi des circonstances de recours ainsi que des diagnostics associés.

Dans le cadre de cet état des lieux, une étude rétrospective sur les Tentatives Suicide (TS) traitées aux urgences a pu être menée par l'ORU-MIP sur les données de 2008 à 2013. Elle concerne les patients de plus de 10 ans. Les passages pour TS ont été définis sur la base des critères de sélection suivants :

- Motif de recours à type de Tentative de suicide ;

- ou – Motif de recours de nature Psychiatrique associé à un diagnostic principal d'intoxication médicamenteuse, chimique ou par autres produits (hors intoxications éthyliques et drogues F10 à F19) ;
- ou – Diagnostic principal de type Intoxications aux Psychotropes (T423 à T439) sauf ceux pour lesquels le motif de recours exclut la nature autolytique de l'évènement ;
- ou – Diagnostic associé (X60 à X84) précisant le caractère intentionnel de l'intoxication (non éthylique) ou de la lésion traumatique ayant motivé la venue aux urgences.

L'exhaustivité insuffisante de recueil des données médicales sur certains services d'urgences à forte activité du Gers et de l'Aveyron n'a pas permis de mener cette étude sur l'ensemble de la région Midi-Pyrénées. Seuls les six autres départements de la région ont pu être analysés : l'exhaustivité de saisie conjointe du diagnostic principal et du motif de recours sur six départements est de plus de 97% ce qui permet de dresser un bilan par territoire et une évolution de 2008 à 2013 des TS prises en charge aux urgences.

Intérêts et limites des Résumés de Passages aux Urgences (RPU)

Ils décrivent l'ensemble des venues aux urgences alors que les données PMSI ne couvrent qu'une partie de ces recours : l'instruction frontière DGOS du 15 juin 2010 précise à ce titre que pour les urgences seules certaines prises en charge en UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) doivent intégrer le champ du PMSI. « A l'issue de son passage au service des urgences de l'établissement, un recueil PMSI ne peut être réalisé que si l'état de santé du patient présente l'ensemble des caractéristiques suivantes : un caractère instable ou un diagnostic qui reste incertain, un état qui nécessite une surveillance médicale, un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation, la nécessité de réaliser des examens complémentaires ou des actes thérapeutiques. »

Cette limite nationale dictée par des modalités différentes de facturation des hospitalisations de courte durée rend le PMSI « aveugle » des Tentatives de Suicides les plus bénignes.

Les RPU ne sont pas exclusivement produits en Midi-Pyrénées, ils font depuis la canicule de 2003 l'objet d'une collecte nationale par l'InVS dans le cadre du réseau OSCOUR® et permettent désormais une veille sanitaire quotidienne. L'instruction DGOS du 31 Juillet 2013 a rendu par ailleurs obligatoire la collecte et la transmission nationale des RPU pour l'ensemble des services autorisés à l'activité de Médecine d'Urgence.

La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences a été créée le 08 Octobre 2013 : un de ses objectifs principaux est de partager les expertises dans le domaine du recueil, de l'analyse et de l'évaluation de la qualité des données relatives à l'activité des urgences. Elle permettra sans nul doute et en lien avec les autres partenaires nationaux de transposer ce type d'analyse à un niveau national.

Les hospitalisations en médecine et chirurgie pour suicide

Les données de morbidité hospitalière sont issues de l'exploitation par l'InVS¹ des bases du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) diffusées par l'Agence Technique de l'Informa-

tion sur l'Hospitalisation (ATIH). Ces bases regroupent les séjours des établissements publics, privés lucratifs et non lucratifs.

Depuis 2003, les suicides et les TS sont spécifiés comme faisant partie des priorités de santé publique pour le codage PMSI.

Le RIM-P n'a été mis en place qu'en 2008 avec une montée en charge progressive, les TS n'y sont pas renseignées de façon suffisamment exhaustive. Ainsi, ces données encore parcellaires n'ont pas été exploitées dans ce travail.

Dans le cadre de cet état des lieux, l'analyse des indicateurs a été réalisée par l'ORS en collaboration avec l'InVS (Cire Midi-Pyrénées et département des maladies chroniques et des traumatismes).

Critères d'inclusion

Tous les séjours concernant des personnes de 10 ans et plus domiciliées en France métropolitaine et hospitalisées pour TS entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2011 dans les établissements MCO publics et privés de France métropolitaine ont été sélectionnés.

Les séjours mal chaînés dont le numéro de sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, le numéro administratif de séjour et/ou le numéro d'anonymisation étaient mal ou pas renseignés n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Les indicateurs disponibles correspondent au nombre de séjours par année sur la période 2008-2011.

Ils sont déclinés selon :

- le département de résidence (Midi-Pyrénées et autres régions de France métropolitaine) des patients hospitalisés pour TS dans les établissements de Midi-Pyrénées ;

- le département d'hospitalisation pour TS des patients résidant en MP quel que soit le lieu d'hospitalisation en France métropolitaine ;

- le département de résidence des patients hospitalisés pour TS dans les établissements en France métro par sexe et classe d'âge ;

- le département de résidence des patients hospitalisés pour TS dans les établissements de Midi-Pyrénées par sexe et classe d'âge.

L'unité statistique de toutes les analyses est le séjour.

Concernant les séjours des habitants de Midi-Pyrénées, il s'agit des séjours quel que soit le lieu d'hospitalisation.

Standardisation : les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des habitants de Midi-Pyrénées ont été standardisés sur la structure par sexe et âge de la population de la France métropolitaine au recensement de 1999. Les taux bruts ont été calculés avec, comme dénominateur, la population moyenne de 10 ans et plus en juillet 2008 pour les séjours de 2008 et la population moyenne de 10 ans et plus en juillet 2011 pour les séjours de 2011 ; ces populations moyennes ont été obtenues avec les données des Estimations Localisées de Population (ELP) de l'Insee en date du 14 janvier 2014.

Définition et codage de la tentative de suicide dans le PMSI

Les TS sont définies par la CIM-10 comme une intoxication ou une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu. Elles sont regroupées sous les codes X60 à X84 dans le sous-chapitre « lésions auto-infligées » du chapitre XX de la CIM-10 comprenant les causes externes de mortalité et de morbidité.

Les codes utilisés correspondent aux auto-intoxications et aux lésions auto-infligées en diagnostic relié ou diagnostic associé, le diagnostic principal étant la conséquence de l'acte suicidaire (lésions traumatiques, intoxications...).

¹ Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : InVS ; 2014. 51 p.

Le regroupement de certains codes a été effectué :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse ;
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu ;
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78 et X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81 à X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle ;
- X83 à X84 : lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

Les données régionales ont été transmises à la CIRE Midi-Pyrénées afin de calculer les principaux indicateurs régionaux et départementaux.

Intérêts et limites du PMSI

L'analyse réalisée dans cet état des lieux est circonscrite aux TS hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie. Elle donne une image homogène mais partielle du phénomène suicidaire. Le PMSI MCO ne comptabilise pas les patients suicidaires ne recourant pas aux urgences, ni ceux non hospitalisés après un passage aux urgences, ni aux hospitalisés en psychiatrie soit directement soit après un passage aux urgences.

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, du niveau de gravité du geste suicidaire et des pathologies associées ou encore des habitudes de recours des personnes mais également de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales de prise en charge des professionnels (hospitalisation ou non) et de la codification de l'information.

▶ LES STATISTIQUES ANNUELLES DE CAUSE DE DÉCÈS

Les décès par suicide proviennent de la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le CépiDc de l'Inserm. La dernière année disponible actuellement se réfère à l'année 2011.

Les données de mortalité par suicide ont été analysées par l'ORS à partir des bases de mortalité fournies par l'Inserm CépiDc. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies dans sa 10ème révision depuis 2000 (CIM10), les codes retenus pour le suicide sont : X60 à X84.

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort.

Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide.

Une partie des décès peut être incluse dans les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, du fait de la perception sociale du suicide ou de l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre.

En cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

POUR EN SAVOIR PLUS

Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : InVS ; 2014. 51 p.

Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1er rapport. Observatoire national du suicide, novembre 2014, 221 p.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>

La mortalité par suicide en France en 2006. A. AOUBA, F. PÉQUIGNOT, L. CAMELIN and coll. in *Études et Résultats*, n° 702 - septembre 2009

Ce dossier a été réalisé par l'ORMIP en collaboration avec l'ORU-MIP et l'appui méthodologique de l'lvVS (Cire MP, DMCT) et de l'ARS Midi-Pyrénées

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées

En France en 2010, 3,9% des personnes âgées de 15-85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois et 0,5% avaient fait une tentative de suicide (TS). Le taux de TS déclaré au cours de leur vie s'établissait à 6%. Depuis 2000, la prévalence des TS déclarées au cours de la vie semble stable, mais on observe une tendance à la hausse des TS au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et à avoir effectué une TS au cours de l'année. L'enquête montre que le facteur de risque le plus important dans la survenue de pensées suicidaire et de TS est le fait d'avoir subi des violences (qu'elles soient sexuelles ou non). Les autres facteurs associés sont la consommation de tabac, la consommation d'alcool à risque chronique (pour les femmes), le fait de vivre seul (pour les hommes), d'être au chômage et d'avoir de faibles revenus. Ces tentatives de suicide déclarées recouvrent des gestes de nature et de gravité très différentes. Certaines peuvent passer inaperçues de l'entourage, alors que d'autres ont fait l'objet d'une prise en charge médicale.

EN MIDI-PYRÉNÉES

● 3,2% des midi-pyrénéens âgés de 15 à 85 ans déclaraient en 2010 avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

La fréquence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois était près de 2 fois plus importante chez les femmes interrogées en 2010 (4%) que chez les hommes (2,5%). Elle atteignait son maximum entre 30 et 44 ans chez les hommes (4,5%) et entre 45 et 64 ans chez les femmes (5,4).

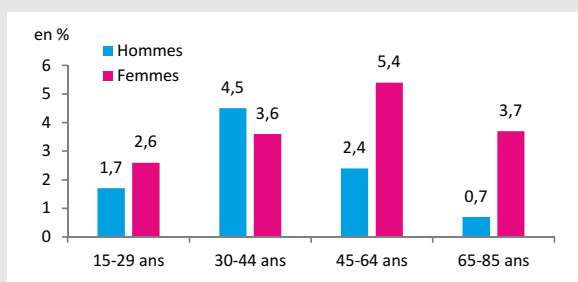
Prévalence des pensées suicidaires déclarées chez les 15-85 ans, Midi-Pyrénées (2010)

	Effectif	*Prévalence(%)	IC 95
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois			
Ensemble (n=1847)	74	3,2	[2,5 ; 4,3]
Hommes (n=856)	30	2,5	[1,7 ; 3,7]
Femmes (n=991)	44	4,0	[2,7 ; 5,7]

*Données de prévalence pondérées selon le sexe, l'âge, le département, la taille de l'agglomération, et le niveau de diplôme.

Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, chez les 15-85 ans, Midi-Pyrénées (2010)



Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

● Près de 5% des midi-pyrénéens déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie

La prévalence des TS déclarées au cours de la vie était deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes : respectivement 6,2% vs 3,2%. Et 7 des 1 847 personnes interrogées (0,26%) déclaraient avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois : soit 0,29% des femmes et 0,24% des hommes.

Prévalence des TS déclarées selon le sexe chez les 15-85 ans en Midi-Pyrénées (2010)

	Effectif (N=1847)	*Prévalence (%)	IC 95%
TS au cours de la vie			
Ensemble (n=1847)	88	4,7	[3,7 ; 6]
Hommes (n=856)	27	3,2	[2,1 ; 5,0]
Femmes (n=991)	61	6,2	[4,6 ; 8,1]
TS au cours des 12 derniers mois			
Ensemble (n=1847)	7	0,26	[0,12 ; 0,6]
Hommes (n=856)	3	0,24	[0,07 ; 0,77]
Femmes (n=991)	4	0,29	[0,09 ; 0,9]

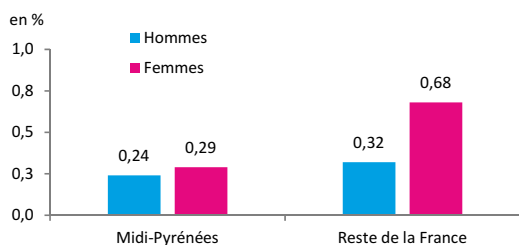
*Données de prévalence pondérées selon le sexe, l'âge, le département, la taille de l'agglomération, et le niveau de diplôme.

Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

● Un risque suicidaire dans la région identique à celui observé dans le reste de la France

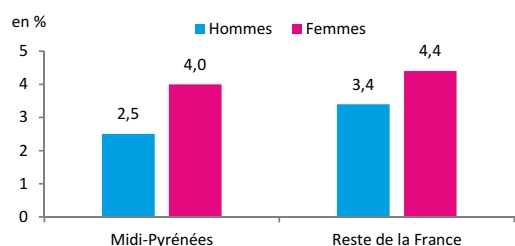
La proportion de personnes ayant tenté de se suicider au cours de leur vie en Midi-Pyrénées, ainsi que la proportion de personnes ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, étaient très proches de celles observées dans le reste de la France métropolitaine ; de même que la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. En effet, après ajustement sur l'âge et le sexe, aucune différence significative n'apparaît entre Midi-Pyrénées et le reste du pays.

Comparaison à la situation nationale : proportion des 15-85 ans ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, 2010 (Midi-Pyrénées : n=1847 - reste de la France : n=26311)



Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

Comparaison à la situation nationale : prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, chez les 15-85 ans, 2010 (Midi-Pyrénées : n=1847 - reste de la France : n=26311)



Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

● Les difficultés de prise en charge...

Moins de 60% des personnes qui ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie ont été hospitalisées lors de leur dernière tentative et moins de 55% ont été suivies médicalement à postériori. L'étude souligne la difficulté des personnes qui pensent au suicide à demander de l'aide (45% n'en n'ont parlé à personne), et le besoin de prise en charge dans un souci de prévention secondaire : 36% des personnes qui ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie ont récidivé.

Description des TS déclarées chez les 15-85 ans en Midi-Pyrénées, 2010. (N=88)

	Effectif	*Prévalence (%)	IC 95
Prise en charge lors de la dernière TS			
Ont été hospitalisés	55	57,5	[45 69,1]
Ont été hospitalisés au moins une nuit	53	56,4	[44 68,1]
Ont eu un suivi médical après la tentative	46	54,1	[41,9 65,9]
Ont eu recours à une autre personne qu'un médecin	57	68,9	[57,2 78,6]
Récidive de TS			
Oui (plus d'une TS au cours de la vie)	31	36	[24,9 48,7]

*Données de prévalence pondérées selon le sexe, l'âge, le département, la taille de l'agglomération, et le niveau de diplôme.

Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

EN MIDI-PYRÉNÉES A L'ÂGE DE 17 ANS

● 2,3% des jeunes de 17 ans ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation

Selon l'enquête ESCAPAD 2011 réalisé auprès de 1495 jeunes de 17 ans, 2,3% au cours de leur vie ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide qui les a amenés à l'hôpital. Ce taux est plus élevé chez les filles (3,9%) que chez les garçons (1%). Les différences avec les niveaux enregistrés en France entière 2,4% (dont 3,5% chez les filles et 1,3% chez les garçons) ne sont pas statistiquement significatives.

● 1 jeune sur 10 déclare avoir pensé à se suicider durant les 12 derniers mois

Ces pensées suicidaires sont bien plus fréquentes chez les filles 13,8%/7,1% chez les garçons.

Ces chiffres ne diffèrent pas significativement de ce que l'on observe en France entière (13,6%/7,7%).

POUR EN SAVOIR PLUS

Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Beck F, Richard JB, INPES, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.

Les passages aux urgences pour tentatives de suicide

EN MIDI-PYRÉNÉES

L'analyse des passages aux urgences pour tentative de suicide a été réalisée pour la période 2008-2013 sur un volume de 2 935 002 Résumés de Passages aux Urgences (RPU). Les départements de l'Aveyron et du Gers en ont été exclus en raison de la faible exhaustivité du recueil médical de leurs principaux services d'urgences. Sur l'ensemble des six autres départements de Midi-Pyrénées inclus dans cette étude, on note une exhaustivité de codage conjoint du diagnostic principal et du motif de recours de 97 % relativement stable au fil des ans (passant de 97% en 2008 à 99% en 2013).

On dénombre 29 344 TS aux urgences sur la période (30181 suite au redressement par le taux d'exhaustivité), soit **près de 14 suicidants par jour, et en moyenne près de 5 000 par an sur l'ensemble de la région hormis l'Aveyron et le Gers. Les Tentatives de Suicides représentent ainsi 1,0 % du total des passages aux urgences.**

● Une évolution à la baisse

On note une baisse d'environ 25% des TS entre 2008-2009 et 2012-2013, observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'année 2013 tend à marquer la fin de cette tendance évolutive avec une progression de 3% par rapport à 2012. Le sex-ratio est de 0,5 et ne varie pas d'une année à l'autre.

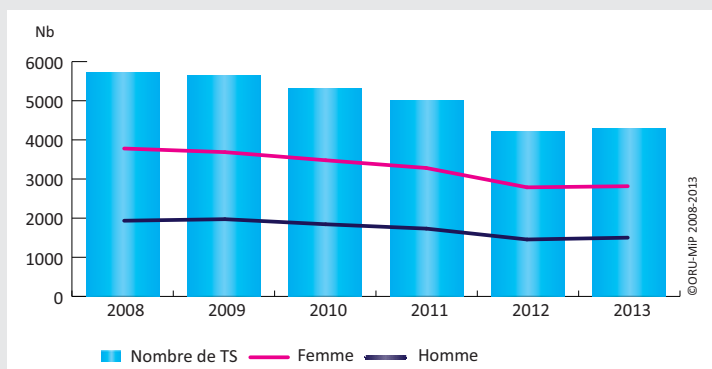
● Des taux particulièrement élevés pour les jeunes filles entre 15 et 25 ans

L'analyse du taux de TS pour 10 000 habitants pour chaque tranche d'âge permet d'individualiser des différences marquées d'un sexe à l'autre.

Au-delà de la prévalence plus importante de ces recours au sein de la population féminine :

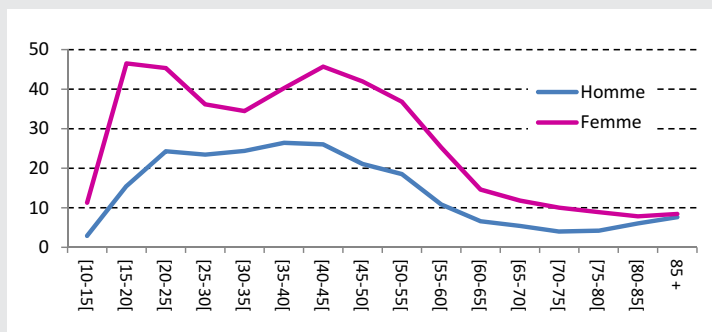
- Le taux de TS évolue peu chez les hommes entre 20 et 45 ans : il est en moyenne de 25 TS / 10 000 hab.,
- On note à contrario deux pics pour les femmes à 46 TS / 10 000 hab. : l'un entre 15-25 ans et l'autre entre 40-44 ans.

Tentatives de suicide prises en charge aux urgences (Midi-Pyrénées hormis Gers et Aveyron)



Source : ORUMIP

Taux de TS aux urgences pour 10 000 habitants selon l'âge et le sexe : années 2008 à 2013



Source : ORUMIP

Les passages aux urgences pour tentatives de suicide

Des disparités par département et par sexe au sein d'un profil évolutif global identique

L'analyse des données par département a bénéficié d'une standardisation directe selon l'âge et le sexe permettant ainsi de faire abstraction des caractéristiques populationnelles différentes d'un territoire à l'autre.

– Les départements de la Haute Garonne et du Tarn et Garonne ont les taux de TS les plus élevés, cet écart avec les autres départements se majore au sein de la population féminine (il y est alors plus élevé de 40% que dans le reste des autres départements entre 2008 et 2012),

– Le département du Tarn a un profil différent des autres car il ne connaît pas de baisse des TS entre 2008 et 2011 et enregistre même une progression significative de celles-ci en 2011.

L'année 2013 a connu une légère hausse globale des recours aux urgences pour TS : le Lot et l'Ariège sont par contre les deux seuls départements à ne pas suivre cette tendance (tant chez les hommes que les femmes).

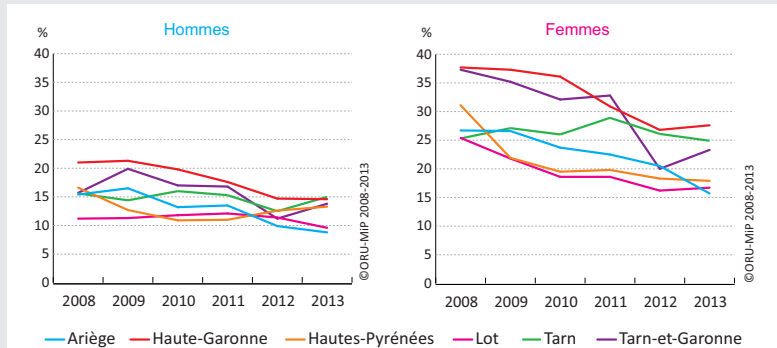
Une analyse cartographique des Tentatives de Suicides passées aux urgences au cours de l'année 2011 permet d'approcher des différences de prévalence des TS entre population urbaine, semi-rurale et rurale : le taux brut de TS passe ainsi de 26/10 000 hab. en Métropole Toulousaine à 22,8 dans le reste de la Haute Garonne, il n'est par ailleurs que de 17,2 en Ariège et ne dépasse pas les 15/10 000 habitants dans le Lot et les Hautes Pyrénées.

Des caractéristiques temporelles de recours différentes de celles des autres urgences

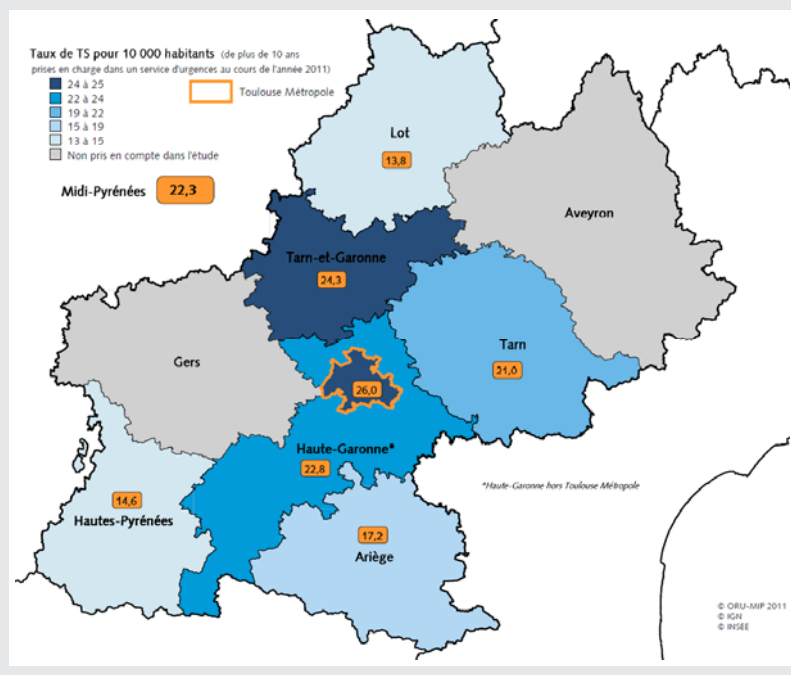
Le plus grand nombre de TS est constaté en Mai mais contrairement à l'activité générale des urgences, elles s'avèrent également très fréquentes en Janvier. Le mois de Décembre enregistre, quant à lui, le plus faible nombre de suicidants.

Une saisonnalité hebdomadaire est également de mise : les patients tentent plus fréquemment de se suicider les Lundi et Dimanche (respectivement 15,5% et 14,9%) et moins les Vendredi et Samedi (13,4% et 13,2%).

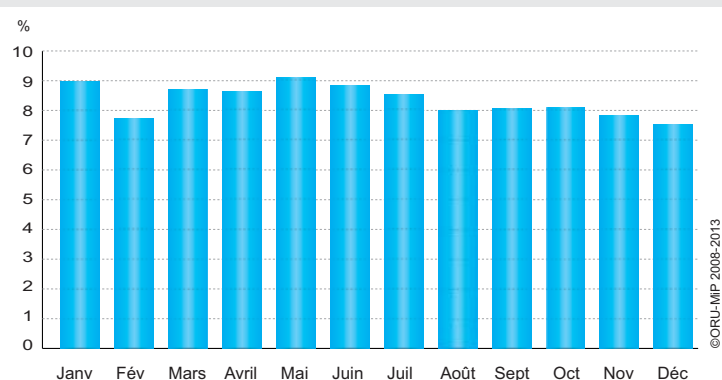
Taux standardisés de TS aux urgences pour 10 000 habitants selon l'âge et le sexe



Taux de TS aux urgences pour 10 000 habitants de plus de 10 ans au cours de l'année 2011



Répartition mensuelle des Tentatives de Suicide aux urgences avec prise en compte du nombre de jours différents d'un mois sur l'autre



Les passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le profil horaire de recours pour TS est également très différent de celui de l'activité générale des urgences : il progresse très régulièrement 8h à 21h où il atteint sa valeur maximale ; ce profil demeure par ailleurs identique quel que soit le jour de la semaine.

La moitié des admissions pour TS se feront entre [16h et 00h], cependant la part des TS en nuit profonde (19,4%) est près de deux fois plus élevée que celles des urgences générales.

Des modalités et des gravités de TS significativement différentes selon le sexe

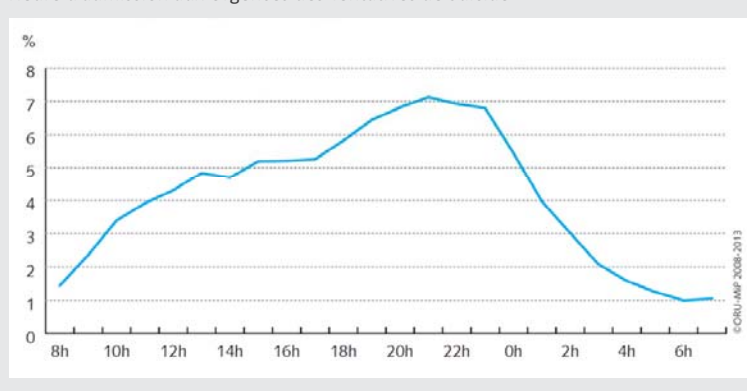
Les tentatives de suicides vues aux urgences sont majoritairement le fait d'intoxications médicamenteuses (90,7%) et plus de la moitié d'entre elles (52,6 % de CCMU 3) ont un risque d'évolution clinique sans mise en jeu du pronostic vital, mais qui justifiera une surveillance au-delà des premiers soins et examens complémentaires. La fréquence des TS traumatiques est supérieure chez les hommes (11,6% vs 6,3% pour les femmes) ainsi que chez les enfants et jeunes adultes (45% d'entre elles sont le fait de patients de moins de 30 ans).

Les TS toxiques non médicamenteuses (ingestion de caustiques, inhalation de gaz), les moins représentées (1,2 %), sont également plus fréquentes au sein de la population masculine.

Les TS prises en charge aux urgences engagent le pronostic vital (CCMU 4 et 5) dans près d'un cas sur dix : ce risque est majoré chez les hommes tout mode de TS confondu (10,9% vs 9,0% chez les femmes) et s'accroît lors de TS toxique non médicamenteuse.

Les durées de passages aux urgences sont le reflet combiné de la gravité et du besoin de surveillance de chaque cas : tout devenir confondu la durée moyenne de passage est de 6h15. Les TS médicamenteuses sont celles qui génèrent les durées les plus longues (34,8% sont supérieures à 12 heures vs 12,4% pour les autres).

Heure d'admission aux Urgences des Tentatives de Suicide



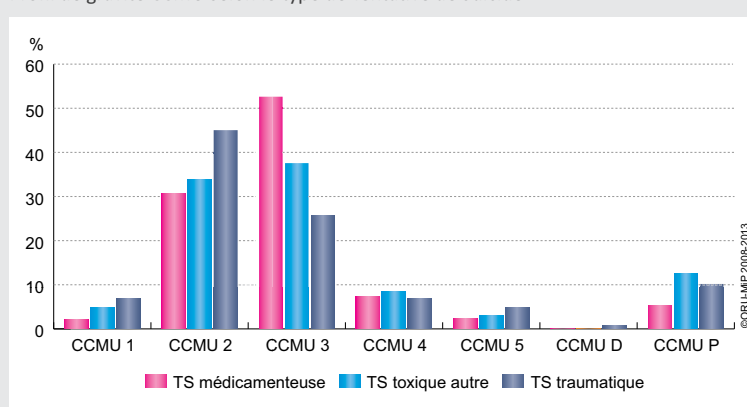
Répartition des TS aux urgences par tranche horaire d'admission

Durée	%
Matin [08h-12h]	11,1
Début après-midi [12h-16h]	19,0
Fin après-midi [16h-20h]	22,7
Soirée, début de nuit [20h-00h]	27,7
Nuit profonde [00h-08h]	19,4

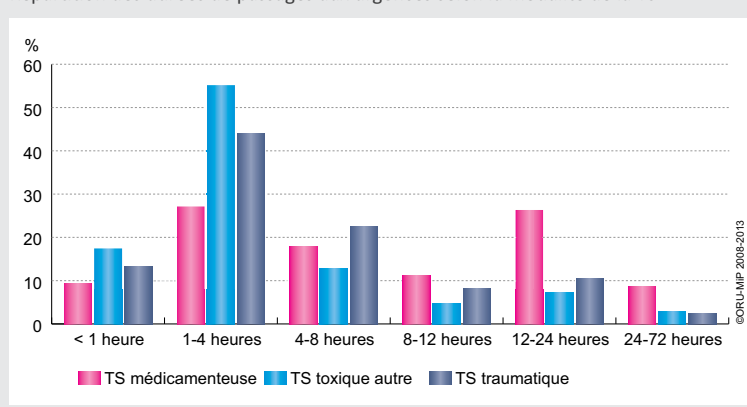
Répartition des TS aux urgences selon le type et le sexe

Selon le type	% total	% Femme	% Homme
TS médicamenteux.	90,7	92,8	86,7
TS toxique autre	1,2	0,9	1,7
TS traumatique	8,1	6,3	11,6

Profil de gravité CCMU selon le type de Tentative de Suicide



Répartition des durées de passages aux urgences selon la modalité de la TS



Les passages aux urgences pour tentatives de suicide

● Plus d'un tiers des suicidants retournent au domicile après leur passage dans le service d'accueil des urgences

Un tiers des patients regagnent leur domicile dans les suites de la prise en charge à l'accueil des urgences : ces retours au domicile sont plus fréquents entre 15 et 35 ans (en moyenne 42,1 %), puis ils diminuent régulièrement avec l'âge. Les TS des 10-15 ans sont hospitalisés (sur place ou dans un autre établissement) dans plus de trois quarts des cas.

● Près de 54% des patients sont hospitalisés

La majorité des hospitalisations des TS se font au sein des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée des Urgences (UHCD) et permettent le plus souvent un retour au domicile dans les suites d'une surveillance complémentaire à la prise en charge initiée à l'accueil des urgences. Les transferts vers d'autres établissements (11%) sont majoritairement de type psychiatrique par absence de cette spécialité ou de place au sein de l'établissement siège du service d'urgence.

Corrélée à la gravité clinique des différents cas, les TS traumatiques sont celles qui autorisent le plus fréquemment un retour au domicile dans les suites des premiers soins et examens (43,3%) : la majorité de ces cas étant de simples tentatives de phlébotomie.

Le taux de décès aux urgences pour TS est de moins de 0,1% mais il est légèrement sous-estimé car une partie d'entre eux surviennent ou sont enregistrés sur l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée des urgences et non dans le service d'accueil.

Une meilleure connaissance pourra être apportée dans les prochaines années par une meilleure exhaustivité du recueil du devenir post urgences (qualification du type d'unités d'hospitalisation post urgences : Réanimation, Psychiatrie, UHCD...) ainsi que par l'ajout de nouvelles variables au sein des RPU ou d'un croisement de ces analyses avec les données PMSI (devenir post UHCD, durée de prise en charge en UHCD..).

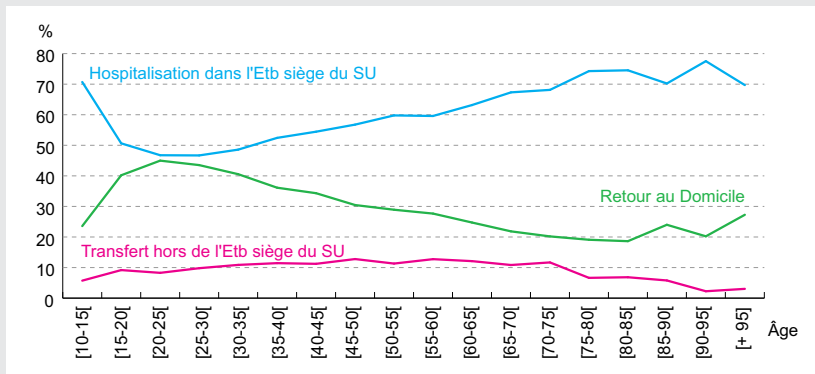
● Le niveau d'exhaustivité et de précision du codage des variables RPU

L'exhaustivité et la précision des variables (provenance, motif de recours, diagnostics, devenir) au sein de la base régionale des résumés de passages aux urgences dépendent autant des possibilités d'extraction de ces données que de la qualité des saisies réalisées à la source.

L'absence de données représentatives et de qualité au sein de deux des huit départements n'a pas permis de dresser un bilan exhaustif des TS vus dans les urgences de Midi-Pyrénées : l'exigence réglementaire nationale de la collecte des RPU pour tous les services d'urgences devrait permettre d'améliorer cette situation,

La précision de saisie de certains services d'urgence limite la capacité de détection de toutes les TS : certains centres codent en effet plus souvent des motifs de type médico-chirurgicaux sans précision ou des plaintes fonctionnelles plutôt que la réelle circonstance autolytique de recours aux urgences.

Devenir après la prise en charge à l'accueil des urgences : part de chaque modalité de sortie selon l'âge



Les travaux collaboratifs que mènent actuellement la FEDORU, la SFMU et l'InVS vont permettre d'améliorer le repérage des TS car il est prévu que les circonstances de recours soient désormais recueillies en tant que nouvelle variable RPU en plus des actuels motifs qui ne recenseront désormais que les plaintes fonctionnelles ou typologies lésionnelles associées,

L'ergonomie de saisie au sein des logiciels métiers doit également être améliorée : c'est en effet un levier important car elle permet aux professionnels de coder ces variables dans des temps restreints compatibles avec l'activité quotidienne des urgences.

La faiblesse actuelle du recueil des variables de provenance et de devenir post urgences est également un facteur limitant de la meilleure connaissance de ces flux et de la comparaison de ces données entre services d'urgences d'un même département : certains services ont en effet un recours pour TS plus important en lien avec la proximité immédiate d'une offre d'hospitalisation psychiatrique qui ne pourra être objectivé que si les codages de la provenance et du devenir post-urgences sont correctement réalisés et suffisamment précis.

● Le besoin d'autres indicateurs évaluatifs

L'analyse présentée ici est réalisée en terme de nombre de passages pour TS aux urgences : la base de données régionale des RPU ne collecte actuellement pas actuellement d'identifiant patient, ce qui rend impossible l'identification des multiples passages d'un même patient et donc le calcul d'une file active de suicidants.

L'introduction dans le format des RPU d'un identifiant patient anonymisé apporterait cet éclairage en permettant également :

– un affinement du taux de recours populationnel pour TS calculé non plus sur la base des passages mais à partir d'un dénombrement de patients,

– une meilleure qualification des suicidants multi-récidivants : nombre et délais des récurrences, analyses des éventuels recours aux urgences préalables au passage à l'acte...

La meilleure connaissance des conditions socio-économiques, des trajectoires de soins psychiatriques préexistants de chaque patient sont aussi autant d'axes d'analyse complémentaires à terme indispensables pour qualifier au mieux cette problématique de santé multifactorielle.

Les hospitalisations pour tentatives de suicide

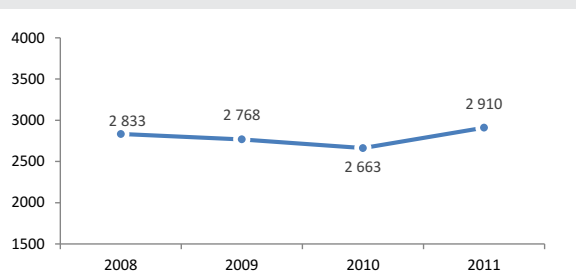
EN MIDI-PYRÉNÉES

● Près de 3 000 séjours hospitaliers en médecine ou en chirurgie pour tentatives de suicide concernent des midi-pyrénéens en 2011

Dans les établissements de soins de courte durée (MCO) de Midi-Pyrénées, 2 910 séjours pour tentative de suicide ont été comptabilisés en 2011, soit une baisse de 10% par rapport à 2004 (près de 3 250 séjours). Sur la même période, le nombre de séjours pour tentative de suicide a augmenté de 15% en moyenne dans les établissements de France métropolitaine.

Entre 2008 et 2010, le nombre de séjours pour tentative de suicide dans les établissements de la région a légèrement baissé (-6%) pour augmenter à nouveau (+9,3%) et atteindre plus de 2 900 séjours de TS en 2011.

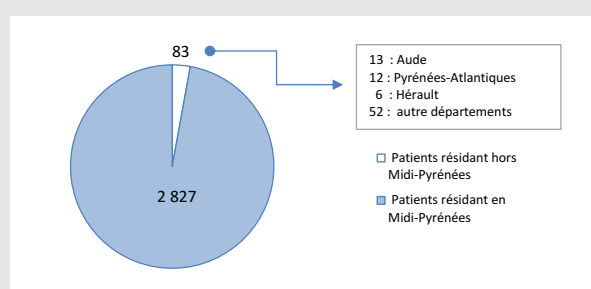
Évolution du nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans les établissements de Midi-Pyrénées de 2008 à 2011*



* quel que soit le lieu de résidence des patients
Sources : PMSI-MCO, ATIH - exploitation Orsmip

En 2011, parmi ces 2 910 des séjours pour tentative de suicide, 2 827 concernent des habitants de la région (soit 97%). Les autres séjours concernent des habitants des départements limitrophes comme notamment l'Aude (13 séjours, soit 0,4%), les Pyrénées Atlantiques (12 séjours, soit 0,4%) ou l'Hérault (6 séjours, 0,2%), mais aussi des habitants de divers autres départements (52 séjours, soit 1,8% des séjours de 2011 dans les établissements de la région).

Nombre de séjours pour tentative de suicide dans les établissements de la région selon le lieu de résidence des patients en 2011

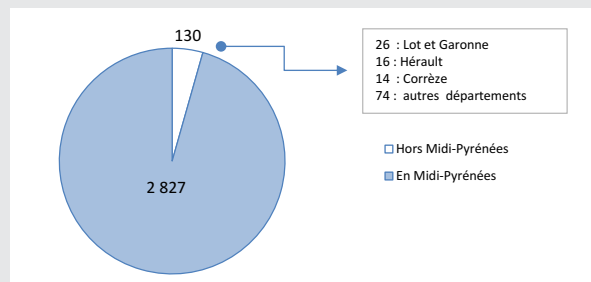


Sources : PMSI-MCO, ATIH - exploitation Orsmip

Par ailleurs, 130 séjours pour tentative de suicide d'établissements situés en dehors de la région ont concerné des habitants de Midi-Pyrénées en 2011. Ces séjours ont eu lieu dans des départements limitrophes comme le Lot-et-Garonne (26 séjours, soit 0,9%), l'Hérault (16 séjours, 0,5%) ou la Corrèze (14 séjours, soit 0,5%) ainsi que dans divers autres départements (74 séjours, soit 2,5%).

Ainsi on compte 2 957 séjours hospitaliers en médecine ou chirurgie de midi-pyrénéens pour tentative de suicide en 2011, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France.

Nombre de séjours des Midi-Pyrénéens pour tentative de suicide selon le lieu d'hospitalisation en 2011



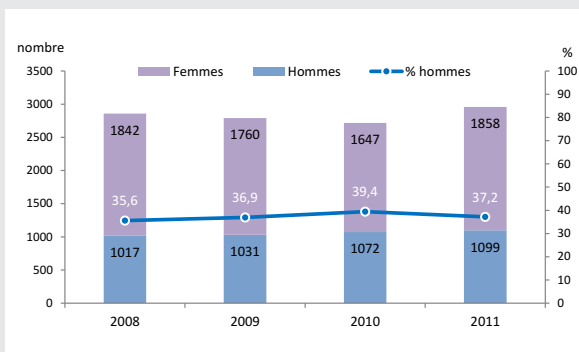
Sources : PMSI-MCO, ATIH - exploitation Orsmip

● Des séjours hospitaliers plus fréquents pour les femmes

Pour les habitants de la région comme en moyenne nationale, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes : entre 2008 et 2011, la part des séjours masculins pour tentative de suicide varie de 35,6% à 39,4%.

C'est en 2010 et 2011 que les parts masculines sont les plus élevées pour les habitants de la région, respectivement, 39,4% et 37,2% (c'est aussi le cas pour l'ensemble des français).

Nombre de séjours hospitaliers annuels des habitants de Midi-Pyrénées* pour tentatives de suicide selon le sexe et pourcentage de séjours masculins de 2008 à 2011



* quel que soit leur lieu d'hospitalisation en France métropolitaine
Sources : PMSI-MCO, ATIH analyses InVS - exploitation Orsmip

● Une part relativement très élevée des séjours hospitaliers pour les jeunes filles de moins de 19 ans

Tous âges confondus, la fréquence des séjours pour tentative de suicide chez les femmes est toujours plus importante que celle des hommes, mais la différence varie fortement selon l'âge.

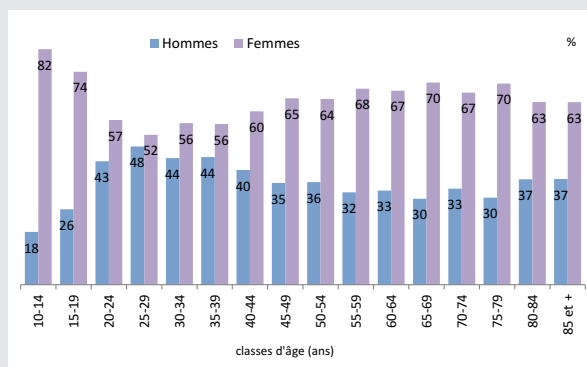
Pour les habitantes de la région comme pour l'ensemble des françaises, c'est chez les jeunes filles de 10-14 ans et les 15-19 ans que les parts des séjours pour tentative de suicide sont nettement plus élevées que celles des jeunes garçons aux mêmes âges (82% contre 18% et 74% contre 26% des séjours).

A l'inverse, c'est entre 25-29 ans que l'écart selon le genre est le plus faible : 48% des séjours concernent de jeunes hommes et 52% des jeunes femmes.

A partir de 40 ans, la part des femmes dans les séjours pour tentative de suicide augmente et, entre 55 et 79 ans, on compte plus de 2 femmes pour un homme.

Ensuite, dans la région comme en France, c'est à partir de 75 ans que la part des hommes dans les séjours pour tentative de suicide augmente légèrement, de 30% à 37%.

Répartition (en %) des séjours pour tentative de suicide sur la période 2008-2011 selon le sexe et l'âge des habitants de la région (quel que soit le lieu d'hospitalisation)



Sources : PMSI-MCO, ATIH analyses InVS - exploitation Orsmip

● Des taux d'hospitalisation pour TS moins élevés qu'en moyenne nationale

En Midi-Pyrénées, que ce soit pour les hommes comme pour les femmes, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont plus faibles que ceux observés en moyenne nationale, à structure par âge et sexe comparable.

En 2011, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 11,9 séjours pour 10 000 habitants : de 9,2 pour 10 000 hommes (14,6 en moyenne nationale) et de 14,5 pour 10 000 femmes (21,7 en moyenne nationale).

● D'importantes disparités selon les départements

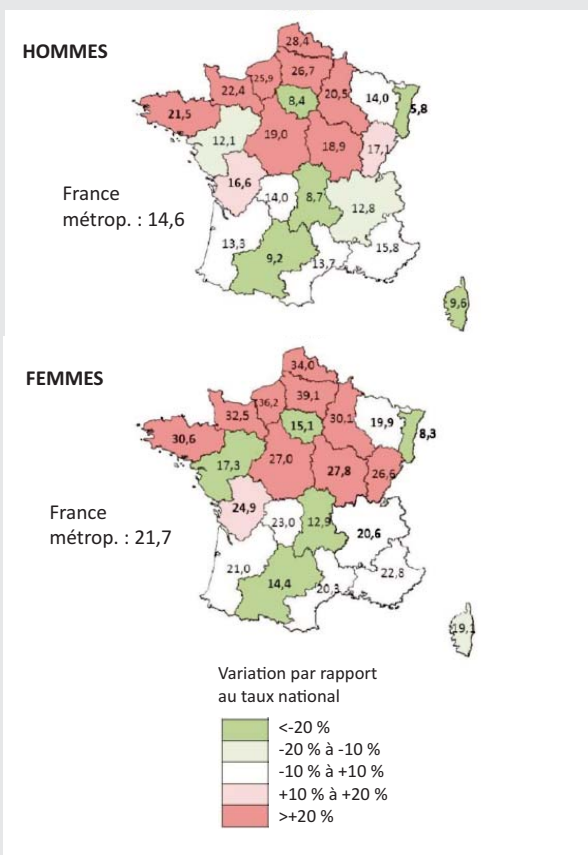
Selon les départements de Midi-Pyrénées, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide varie de 5,5 pour 10 000 en Haute Garonne à 25,1 pour 10 000 dans le Lot, à structure par âge et sexe identique.

C'est dans les départements du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Gers qu'il est le plus élevé, pour les hommes comme pour les femmes.

Si l'on se réfère à 2008, l'évolution régionale des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est faible et n'est significative ni chez les hommes ni chez les femmes, à structure par sexe et âge comparable.

Mais à l'intérieur de la région, certains départements ont des évolutions plus marquées : le Tarn-et-Garonne est le seul département à observer une baisse (de 13,8 séjours pour 10 000 habitants en 2008 à 10,1 pour 10 000 habitants en 2011) ; à l'inverse, les taux de séjours pour tentative de suicide augmentent dans le Lot (passant de 18,8 séjours pour 10 000 habitants à 25,1 pour 10 000 habitants) et plus légèrement dans le Gers (passant de

Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine par région en 2011 avec représentation des variations régionales, PMSI-MCO (taux pour 10 000)



*Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métrop. 1999
Sources ATIH, analyses InVS

Taux standardisés* des hospitalisations pour tentative de suicide des habitants de Midi-Pyrénées** par département et selon le sexe en 2011 (taux p 10 000 hab)

	Hommes	Femmes
Ariège	15,8	22,5
Aveyron	12,2	17,8
Haute-Garonne	4,4	6,5
Gers	15,5	26,7
Lot	21,2	28,8
Hautes-Pyrénées	16,3	27,0
Tarn	12,6	22,3
Tarn et Garonne	8,2	12,0
Midi-Pyrénées	9,2	14,5

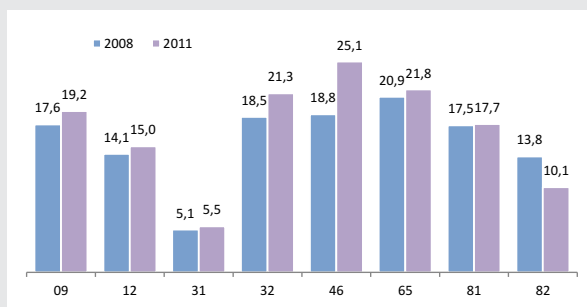
*Taux standardisés sur la structure par âge et par sexe de la population de la France métropolitaine au RP de 1999

** quel que soit le lieu d'hospitalisation

Sources : PMSI-MCO, ATIH InVS, Insee - exploitation Orsmip

¹ Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 51 p.

Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide des habitants de Midi-Pyrénées** en 2008 et en 2011 (taux pour 10 000 habitants)



*Taux standardisés sur la structure par âge et par sexe de la population de la France métropolitaine au RP de 1999

** quel que soit le lieu d'hospitalisation

Sources : PMSI-MCO, ATIH InVS, Insee - exploitation Orsmip

EN FRANCE

18,5 à 21,3 séjours pour 10 000 habitants).

Les ré-hospitalisations pour récurrence de tentative de suicide

Le chaînage des séjours permet d'identifier les séjours multiples pour un même patient.

En France, selon l'InVS¹, parmi les patients hospitalisés pour tentative de suicide (TS) sur la période 2004-2011, la grande majorité n'a été hospitalisé qu'une seule fois (80,3%).

Près d'un patient sur cinq (19,7%) a effectué plusieurs séjours pour TS sur la période (18,9% chez les hommes et de 20,2% chez les femmes). Parmi les personnes ré-hospitalisées pour TS, 12,4% ne l'ont été qu'une seule fois (12% des hommes et 12,6% des femmes) et 7,3% l'ont été plusieurs fois (6,9% pour les hommes et 7,6% pour les femmes).

Pour les patients hospitalisés pour TS, la récurrence suivie d'une ré-hospitalisation a été plus fréquente pour les patients d'âge moyen : elle était d'un quart chez les 30-49 ans et de seulement 9% chez les 75 ans ou plus. Mais elle variait aussi selon le sexe et l'âge : la part de ré-hospitalisation pour TS était plus importante chez les femmes à tous âges sauf à 20-29 ans. C'est à 10-14 ans que la différence des fréquences de ré-hospitalisation pour TS selon le genre est la plus forte : 20% chez les filles contre 12% chez les garçons.

Par ailleurs, le risque de ré-hospitalisation pour TS est plus de deux fois et demi supérieur en présence d'un diagnostic psychiatrique chez un patient hospitalisé pour TS que chez un patient sans diagnostic psychiatrique.

Parmi les patients hospitalisés en 2004-2011 pour TS en France, une ré-hospitalisation pour TS a été observée pour 4% des patients à un mois, 13% des patients à 12 mois et 23% à 5 ans.

Parmi les personnes qui ont été ré-hospitalisées pour tentative de suicide, la récurrence a eu lieu dans les 5 mois pour un homme sur deux et dans les 6 mois pour une femme sur deux.

Les décès par suicide

EN FRANCE

La France fait partie des 10 pays d'Europe où les taux de mortalité par suicide sont les plus élevés. On y observe de fortes disparités régionales avec une accentuation de la prévalence du suicide dans le nord de l'hexagone et plus particulièrement le nord-ouest. Ces comparaisons posent quelques difficultés du fait des différences éventuelles dans les causes et les volumes des sous-déclarations. En 2006, la sous-déclaration des cas de suicide est estimée par l'Inserm à 9,4% (8,7% pour les hommes et 11,5% pour les femmes) mais ce biais reste relativement stable et la situation des régions est peu modifiée après la prise en compte des taux standardisés corrigés de décès.

Sur la période 2009-2011, environ 10 400 décès par suicide chaque année ont été déclarés en France, soit 2% des décès toutes causes. Plus de 74% de ces décès concernent des hommes ; leurs taux de mortalité (27 décès pour 100 000) sont nettement plus élevés que ceux des femmes (8 décès pour 100 000). Cette surmortalité masculine s'observe quel que soit l'âge.

La fréquence du suicide augmente fortement avec l'âge (près de 7 décès pour 100 000 personnes entre 15 et 24 ans, à plus de 30 décès pour 100 000 personnes après 75 ans). Mais, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les 15-24 ans (16% des décès) que chez les plus de 65 ans (moins de 1% des décès) ; le suicide étant une des premières causes de décès dans la population des 15 à 44 ans.

Depuis une dizaine d'années, le taux de mortalité par suicide en France a tendance à baisser et cette diminution concerne davantage les plus âgées et les jeunes.

Différents facteurs de risque suicidaire sont bien identifiés. La famille, et plus généralement le support social, protège du suicide : les suicides sont plus fréquents chez les hommes divorcés, vivant seuls ou qui ont perdu leur conjoint. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail représentent également des situations à risque. L'étude de l'InVS portant sur le lien entre taux de chômage et suicide montre qu'il existe bien une relation significative entre les deux, touchant particulièrement les hommes en âge de travailler ; elle appuie ainsi la recommandation de cibler la prévention sur les hommes de 25-49 ans. Mais l'activité professionnelle ne protège pas du risque : différentes études constatent un excès de mortalité par suicide chez les employés et les ouvriers par rapport aux cadres, surtout chez les hommes, et un excès de risque dans les secteurs de la santé, de l'action sociale, de l'administration publique et dans le secteur agricole.

Les inégalités sociales face au suicide restent importantes. Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont plus à risque (syndrome dépressif, psychose maniaco-dépressive...). Il est par ailleurs établi que l'abus d'alcool est un puissant facteur de risque tant sur son action directement dépressogène, que par l'impulsivité qu'il induit. Enfin, le risque de décès par suicide est fortement majoré chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide (TS).

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm montrait que Midi-Pyrénées faisait partie des 5 régions ayant le plus fort pourcentage de sous-évaluation en lien avec l'existence d'un Institut médico-légal et à la non-transmission des causes de décès après une enquête médico-légale.

Dans ce contexte, les indicateurs mesurés dans la Haute-Garonne restent toujours difficiles à interpréter. Ce département se caractérisant aussi par un fort pourcentage de causes inconnues (4,5%/3,1% en France) en augmentation ces dernières années.

EN MIDI-PYRÉNÉES

● Plus de 450 décès par suicide par an

Sur la période 2009-2011, 416 décès par suicide ont été enregistrés en Midi-Pyrénées en moyenne chaque année. Les trois-quarts de ces décès concernent des hommes, comme dans le reste de la France.

Les décès par suicide représentent 1,6% des décès toutes causes de la région, part légèrement moins importante qu'en moyenne nationale (1,9%).

En tenant compte de la sous-estimation de ces effectifs, évaluée par l'Inserm à 8,7% pour les hommes et à 11,5% pour les femmes, le nombre annuel moyen de décès par suicide dans la région serait de 455 par an.

● Un risque de suicide plus important chez les personnes âgées

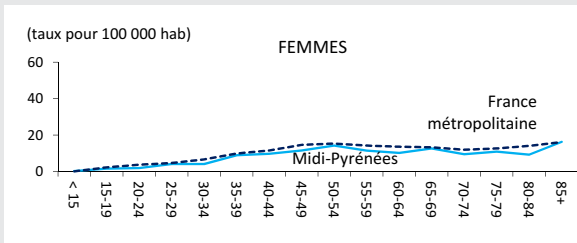
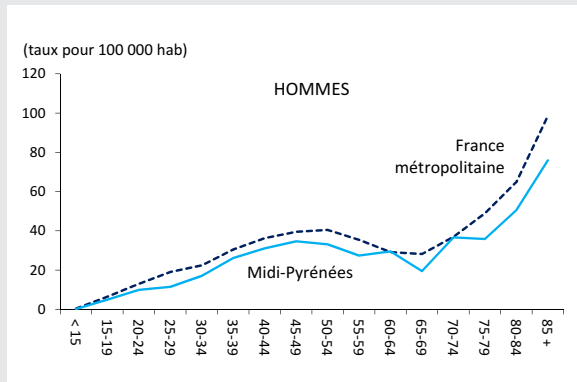
Comme dans le reste de la France, les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, et particulièrement chez les hommes : de moins de 10 décès pour 100 000 jeunes de moins de 25 ans, le taux passe à environ 35 décès pour 100 000 hommes de 45 à 50 ans ; il baisse ensuite jusqu'à environ 20 décès 100 000 hommes de 65-69 ans pour augmenter à nouveau après 70 ans et atteindre 76 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, les taux augmentent progressivement entre 15 et 59 ans et se stabilisent ensuite autour de 10 décès pour 100 000 femmes ; il atteint un niveau plus élevé à 85 ans ou plus avec environ 15 décès pour 100 000 femmes.

● Mais près de 30% des suicides concernent des jeunes adultes

C'est pour les 15-44 ans que le poids de la mortalité par suicide dans la mortalité générale à ces âges est le plus important, dans la région tout comme en moyenne nationale.

Dans la région, le poids relatif des suicides dans la mortalité est particulièrement important entre 30 et 44 ans pour les hommes. Le suicide constitue ainsi une des principales causes des décès « prématurés ».

Taux spécifiques de mortalité par suicide selon l'âge en 2009-2011*



* en moyennes triennales
Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation Orsmip

Nombre annuel moyen et part des décès par suicide dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge en 2009-2011*

	Midi-Pyrénées				France métrop.	
	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	nb/an	%	nb/an	%	%	%
< 15 ans	0	0,0	0	0,0	1,1	8,0
15-29 ans	23	13,0	7	12,7	19,2	15,2
30-44 ans	71	17,9	18	9,3	19,9	11,6
45-59 ans	92	6,5	40	5,4	6,5	5,3
60-74 ans	59	2,1	24	1,6	1,9	1,6
75 ans +	60	0,7	21	0,2	0,9	0,2
Tous âges	304	2,3	111	0,8	2,8	1,0

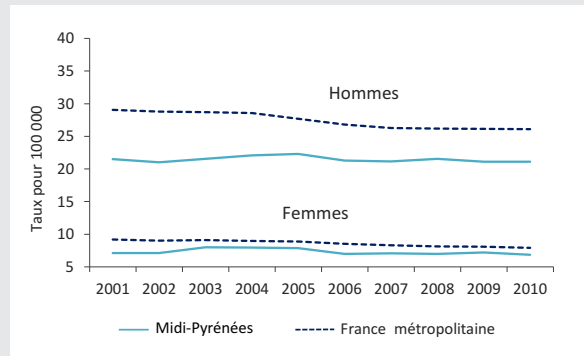
* en moyennes triennales
Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation Orsmip

● Un taux de mortalité par suicide moins élevé qu'en moyenne nationale

En 2009-2011, avec un taux comparatif annuel moyen de 13,5 décès par suicide pour 100 000 habitants (16,2 en moyenne nationale) la mortalité par suicide de la région est significativement inférieure à la mortalité nationale, à structure par âge comparable. Cette sous-mortalité n'est due qu'à la sous-mortalité par suicide des hommes de la région (21,1 décès pour 100 000 contre 26,7 en France métropolitaine) ; la mortalité par suicide des femmes de la région (environ 7 décès pour 100 000) est proche de celle de l'ensemble des françaises (environ 8 décès pour 100 000 femmes).

Midi-Pyrénées se place au 5^e rang des régions les moins touchées par le suicide (pour les hommes comme pour les femmes).

Évolution du taux standardisé* de mortalité par suicide entre 2000 et 2011**



* Le taux standardisé de mortalité (TSM) est le taux de mortalité que l'on observerait si la structure par âge était la même que celle de la population de référence (ici France entière RP2006).

** données en moyennes triennales
Sources : INSERM CépiDc, Insee - Exploitation Orsmip

● Une mortalité par suicide qui reste relativement stable...

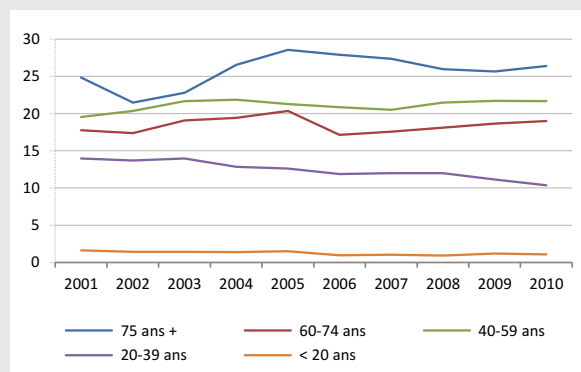
Alors que la mortalité par suicide a baissé de façon significative sur l'ensemble de la France métropolitaine (-10% entre 2000 et 2011), la baisse de 1,6% observée dans la région n'est pas significative, à structure par âge comparable.

● ...mais une baisse de la mortalité par suicide chez les jeunes adultes

La mortalité par suicide chez les jeunes adultes de 20-39 ans a baissé régulièrement entre 2001 et 2010. Cette baisse est plus importante dans la région qu'en moyenne nationale (-26% contre -19% en France Métropolitaine).

A l'opposé, on observe une tendance à la hausse de la mortalité par suicide des 40-59 ans.

Evolution des taux bruts de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Midi-Pyrénées, entre 2000 et 2011*



* données en moyennes triennales
Sources : INSERM CépiDc, Insee - Exploitation Orsmip

Les décès par suicide

● La pendaison : 1^{er} mode de suicide

Pour les hommes comme pour les femmes de la région, le premier mode de suicide est la pendaison (respectivement 55% et 39% des suicides). Pour les hommes, ce sont ensuite les suicides par arme à feu puis par intoxication médicamenteuse qui sont les plus fréquents ; pour les femmes, ce sont les suicides par intoxication médicamenteuse puis les suicide par saut dans le vide ou par noyade qui sont les plus fréquents.

Les répartitions des modes de suicides selon le sexe en Midi-Pyrénées ne diffèrent pas de façon significative de celles observées en moyenne nationale.

Répartition des modes de suicide en 2009-2011 en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine selon le sexe

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	% MP (n=304)	% FR M	% MP (n=111)	% FR M	% MP (n=111)	% FR M
Pendaison	54,9	57,6	38,7	36,4	50,6	52,1
Arme à feu	18,4	16,1	1,8	2,1	14	12,4
Médicaments	8,6	8,1	24,3	26,6	12,8	12,9
Saut dans le vide	4,6	4,8	8,1	10,8	5,5	6,3
Noyade	2,6	2,7	12,6	9,4	5,3	4,5
Autre	10,9	10,7	14,4	14,7	11,8	11,7
Total	100	100	100	100	100	100

MP : Midi-Pyrénées ; FR M : France métropolitaine
Sources : Inserm CépiDC, Insee - exploitation Orsmip

DANS LES DÉPARTEMENTS

● Des disparités selon les départements

En 2009-2011, le seul département où l'on observe une sous mortalité par suicide significative à structure d'âge comparable est le département de la Haute-Garonne.

A l'opposé, l'Ariège présente une surmortalité de 22% par rapport à la France Métropolitaine particulièrement élevée chez les hommes (30%) sans que cette différence soit significative.

Dans les autres départements de la région, les situations ne diffèrent pas significativement de la moyenne nationale. Les niveaux relativement importants de mortalité par suicide des femmes dans l'Aveyron et les Hautes-Pyrénées restent difficiles à interpréter compte tenu de la faiblesse des effectifs.

L'évolution ces 10 dernières années des taux standardisés de suicidés dans les départements de la région traduit dans l'ensemble une situation qui évolue peu. La situation dans l'Ariège reste particulièrement défavorable ; celle de l'Aveyron doit faire l'objet d'une attention particulière.

Taux standardisés* de mortalité par suicide en 2000 et en 2011** dans les huit départements de la région

	2000-2002	2009-2011	% évolution
Ariège	18,2	20,1	10,9
Aveyron	15,2	17,8	17,0
Hte-Garonne	8,5	9,3	9,3
Gers	20,4	16,2	-20,7
Lot	16,2	16,5	2,3
Htes-Pyrénées	19,1	15,8	-17,2
Tarn	17,7	16,2	-8,7
Tarn et Gne	15,9	15,2	-4,1

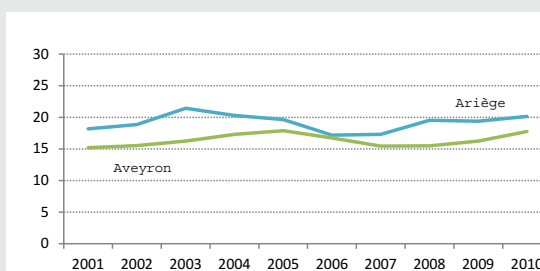
* standardisés sur l'âge, population de référence = France entière RP2006
** données en moyennes triennales
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation Orsmip

Nombre de décès et ICM* par suicide selon les départements en 2009-2011

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb de décès	ICM	Nb de décès	ICM	Nb de décès	ICM
Ariège	27	130,6	6	91,4	33	122,7
Aveyron	36	94,7	17	131,4	53	106,0
Hte-Garonne	80	53,7	35	68,6	115	57,7
Gers	27	102,1	8	95,0	35	102,7
Lot	25	101,2	8	92,6	33	100,6
Htes-Pyrénées	25	80,9	14	129,9	39	93,8
Tarn	53	106,2	15	87,7	38	102,6
Tarn et Gne	32	101,0	8	76,2	40	96,2
Midi-Pyrénées	305	82,1	111	88,1	416	84,5

* ICM : l'indice comparatif de mortalité est le rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques dans le département aux taux nationaux
Sources : Inserm CépiDC, Insee - exploitation Orsmip

Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide dans les départements de l'Ariège et de l'Aveyron entre 2000 et 2011**



Sources : Inserm CépiDC, Insee - exploitation Orsmip

Synthèse

Ce dossier sur les conduites suicidaires, réalisé à partir des données disponibles, permet de mieux appréhender la situation épidémiologique en Midi-Pyrénées de ce problème de santé publique qui reste une cause majeure de décès prématuré. Fruit d'un travail partenarial réunissant l'Observatoire Régional de la Santé (ORMIP), l'Observatoire Régional des Urgences (ORU-MIP), la Cire Midi-Pyrénées-InVS et l'ARS, plusieurs types de données issues d'enquêtes en population générale, de données d'activité des services de santé et des données de mortalité ont été traitées et analysées. Ces données reflètent des réalités différentes. Elles ont toutes des biais et des limites mais elles permettent d'avoir une vision plus globale de l'importance, de l'évolution des conduites suicidaires, des populations plus à risques mais aussi des modes de prise en charge dans la région. Cette démarche permet aussi d'identifier les besoins d'information et les perspectives d'amélioration des systèmes de surveillance dans la région.

● Le risque suicidaire dans la région ne diffère pas de ce que l'on observe dans le reste de la France

Les pensées suicidaires récentes dans les 12 derniers mois concernent 3,2% des personnes de 15 à 85 ans, les tentatives de suicide déclarées et survenues dans les 12 derniers mois : 0,3%. A l'âge de 17 ans, 2,3% des jeunes ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide qui a donné lieu à une hospitalisation et 10% déclarent avoir pensé à se suicider durant les 12 derniers mois. Ces taux ne diffèrent pas significativement de ceux calculés en moyenne nationale. En termes d'évolution, les données du Baromètre Santé 2010 à l'échelle nationale montrent que la proportion des jeunes de 15-30 ans qui ont fait une TS dans les 12 derniers mois (0,9%) apparaît relativement stable depuis 2000, positionnant cette tranche d'âge comme la plus concernée.

● La vulnérabilité des adolescentes et des femmes entre 45 et 64 ans est bien mise en évidence

La fréquence des pensées suicidaires récentes est près de 2 fois plus fréquentes chez les femmes (4%/2,5%) et particulièrement entre 45 et 64 ans (5,4%/2,4%). Mais ces pensées suicidaires se retrouvent avec une fréquence encore plus importante à 17 ans : près de 14% des filles déclarent avoir pensé à se suicider durant les 12 derniers mois (7% des garçons). L'analyse des passages aux urgences pour tentative de suicide dans les établissements de santé dans la région entre 2008 et 2013 et celle des hospitalisations pour TS en médecine et chirurgie confirme la plus grande vulnérabilité des adolescentes et des femmes qui ont des taux de recours aux urgences plus élevés (46 passages aux urgences pour TS pour 10 000 habitants entre 15 et 25 ans) et sont plus fréquemment hospitalisées. Ces différences hommes/femmes sont en accord avec les nombreuses observations d'une prévalence plus élevée des TS et de l'idéation suicidaire chez les femmes alors que le taux de mortalité par suicide est significativement plus élevé chez les hommes. Les analyses du Baromètre Santé à l'échelle nationale montrent cependant que ce lien entre

tentative de suicide et le fait d'être femme sont atténués par le contrôle de certaines variables socioéconomiques ou liées au parcours de vie. Pour les 15-30 ans, les facteurs de risque mis en évidence sont notamment : les événements traumatiques, tels que les violences subies récentes et les violences sexuelles au cours de la vie. L'isolement social et la précarité sociale étant des facteurs plus importants pour l'ensemble de la population que parmi les jeunes.

● Les difficultés pour demander de l'aide et les besoins de prévention et de prise en charge sont importants

45% des personnes qui pensent au suicide n'en ont parlé à personne. 36% de ceux qui ont fait une TS au cours de leur vie ont fait une récurrence. Lors de leur dernière TS, seulement un peu plus de la moitié ont été hospitalisés et ont eu un suivi médical après la tentative de suicide.

● Les modalités et les niveaux de gravité des TS diffèrent selon le sexe

Près de 90% des TS prises en charge dans les services d'urgences sont des intoxications médicamenteuses, particulièrement chez les femmes. Plus de la moitié d'entre elles, sans mettre en jeu le pronostic vital, ont un risque d'évolution clinique qui justifiera une surveillance au-delà des premiers soins (CCMU 3). Dans 10% des cas, les TS engagent le pronostic vital : ce risque est majoré chez les hommes, tout mode de TS confondu ; il s'accroît lors de TS toxique non médicamenteuse.

● Plus d'un tiers des suicidants retournent au domicile après leur passage aux urgences

Ces retours à domicile sont encore plus fréquents entre 15 et 35 ans (42,1%) et diminuent régulièrement avec l'âge. La majorité des hospitalisations se font au sein des unités d'hospitalisation de courte durée des urgences (UHCD) permettant le plus souvent

un retour à domicile dans les suites d'une surveillance complémentaire à la prise en charge initiée à l'accueil des urgences. Les transferts (11% des cas) sont majoritairement de type psychiatrique par absence de cette spécialité ou de place au sein de l'établissement.

● Les taux d'hospitalisation pour TS dans les services de médecine et de chirurgie sont moins élevés qu'en moyenne nationale

Près de 3 000 séjours hospitaliers pour TS sont enregistrés chaque année en moyenne dans les établissements de soins de courte durée (MCO) de Midi-Pyrénées. La fréquence de ces séjours est toujours plus élevée chez les femmes et particulièrement pour les jeunes filles de moins de 19 ans. Les taux d'hospitalisation en médecine et chirurgie, à structure d'âge comparable, sont plus faibles qu'en moyenne nationale, et comme dans le reste de la France ont augmenté entre 2004 et 2011, même si depuis 2008 cette évolution reste faible et non significative. Parallèlement, on notera que les taux de TS aux urgences entre 2008 et 2012 dans l'ensemble de la région a eu tendance à baisser ; le rebond observé en 2013 reste à confirmer.

● Le taux de mortalité par suicide dans la région est moins élevé qu'en moyenne nationale

Avec 450 suicides par an, la région occupe le 5^e rang des régions les moins touchées par le suicide. Cette mortalité reste relativement stable ces 10 dernières années alors qu'elle diminue significativement sur l'ensemble de la France métropolitaine. Cette sous mortalité n'est due qu'à la sous mortalité des hommes de la région pour cette cause. Le taux de mortalité par suicide des femmes ne diffère pas de la moyenne nationale. Comme dans le reste de la France, les taux de mortalité par suicide des hommes sont nettement plus élevés que ceux des femmes et ils augmentent avec l'âge. Mais c'est pour les 15-44 ans que le poids relatif de la mortalité par suicide est le plus important dans la région comme dans le reste de la France. 30% des décès par suicide concernent des jeunes adultes.

● Pour l'ensemble des indicateurs mobilisés, les disparités départementales sont importantes mais restent difficiles à interpréter

Ces disparités concernent les taux de recours aux urgences comme les taux d'hospitalisation mais aussi les taux de mortalité par suicide. Les données disponibles actuellement rendent difficile l'interprétation de ces différences en raison de nombreuses limites : manque d'exhaustivité pour certaines, différences de codification, mais parce qu'elles dépendent aussi des habitudes de recours, de l'accessibilité de l'offre et des pratiques médicales de prise en charge des professionnels.

On retiendra cependant certains contrastes qui en partie paraissent

relever de l'opposition urbain/rural mais qui devront faire l'objet d'un approfondissement et d'explorations complémentaires.

A structure d'âge comparable, la situation en Ariège se caractérise par un des plus faibles taux de TS aux urgences chez les hommes comme chez les femmes en 2013 ; les taux d'hospitalisation en médecine et chirurgie sont cependant relativement élevée, proche de la moyenne nationale. Ce département enregistre par ailleurs depuis plusieurs années la plus forte mortalité par suicide dans la région.

A l'opposé, la situation en Haute-Garonne et dans une moindre mesure celle du Tarn et Garonne se distinguent, à structure d'âge comparable, par l'importance des taux de recours aux urgences pour TS, les faibles taux d'hospitalisation en médecine et chirurgie et la sous mortalité par suicide en Haute-Garonne

● Les besoins d'information restent importants mais les travaux, les études en cours et les dynamiques partenariales devraient permettre d'améliorer la surveillance et la connaissance des conduites suicidaires dans la région

Ce travail permet d'identifier les principales limites et les zones d'ombre dans le système d'information existant dans la région.

On retiendra notamment :

- L'insuffisance du niveau d'exhaustivité et de précision des données du codage des variables du Résumé des Passages aux Urgences (RPU) qui ne permet pas de dresser un bilan dans deux départements de la région.

- L'impossible identification actuellement des multiples passages d'un même patient dans les services d'urgences alors que l'on connaît l'importance des récidives.

- La non prise en compte des patients hospitalisés directement en psychiatrie ou après leur passage aux urgences car le niveau d'exhaustivité du RIM-P pour TS est insuffisant.

- La difficulté d'interpréter les indicateurs de mortalité en Haute-Garonne en raison de l'importance des causes inconnues et de la non transmission des causes de décès après une enquête médico-légale.

Mais les travaux menés notamment au sein de l'ORUMIP en collaboration avec la FEDORU, la SFMU, et l'InVS vont permettre d'améliorer la qualité de ces données. Cette base de données constitue dans la région une ressource essentielle pour la surveillance des TS et l'analyse des modes de prise en charge.

La mise en perspective et la valorisation dans ce dossier de l'ensemble de ces informations qui peuvent être mises à la disposition des professionnels et des décideurs traduit enfin l'intérêt et la pertinence de cette dynamique partenariale.

Ce dossier peut servir de support à une réflexion sur les actions de prévention et à leur évaluation.

Il s'articulera avec la mise en place d'un bilan sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence souhaité par l'ARS au cours de l'année 2015.