

SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE EN AQUITAINE



Dans le cadre de la mise en oeuvre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, l'Agence régionale de santé d'Aquitaine a souhaité disposer d'un état des lieux de la situation des suicides et tentatives de suicide en Aquitaine à partir des données régionales ou infrarégionales

(Pensées suicidaires et tentatives de suicide déclarées, hospitalisations, décès)

Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, réalisé à l'initiative du ministère en charge de la santé, a mobilisé une réflexion globale sur la problématique du suicide, engageant le partenariat de plusieurs ministères.

Cette réflexion a permis de dégager des pistes d'amélioration de la prévention du suicide dont un axe porte sur les études et recherches.

Ce rapport est réalisé en référence à deux mesures de cet axe :

- améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide (TS) en population générale et au sein des populations ou dans des lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail...);
- améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide en population générale et au sein des populations ou dans des lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail...).

CONTEXTE

LES SUICIDES sont la cause de 10 600 décès annuels en France métropolitaine en 2009-2011 dont 565 en Aquitaine. Ces effectifs de décès sont en-deçà de la réalité. Une étude du CépiDc en charge de la statistique des décès évalue à près de 10 % en 2006 la sous déclaration des décès par suicide en France. Plus de 88 000 personnes ont été hospitalisées en 2011 dans un service hospitalier de médecine ou de chirurgie suite à une tentative de suicide. Cet effectif est de 3 260 en Aquitaine en 2013. L'Aquitaine présente un taux de mortalité proche de celui de la France.

Les premiers résultats de l'exploitation de la base de données Oscour® sur les passages dans les structures d'urgences hospitalières permettent d'estimer à 193 800 le nombre de passages aux urgences en 2011 pour tentative de suicide ou geste suicidaire en France. Parmi ces passages, 53 % ont été suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine ou de chirurgie, 12 % dans un service de psychiatrie, le dernier tiers n'ayant pas fait l'objet d'une hospitalisation à la sortie du service d'urgences.

D'après l'enquête Baromètre santé de 2010, 0,5 % des personnes de 15 à 85 ans ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, soit environ 250 000 personnes¹, et 3,9 % ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires, soit près de deux millions de personnes (3,3 % en Aquitaine, soit 85 000 personnes).

EN EUROPE, la France appartient au groupe de pays présentant les plus forts taux de suicide avec la Finlande, la Belgique et les pays de l'Est. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue à 800 000 le nombre annuel de suicides dans le monde. Si l'Asie du Sud-Est et la partie Est de l'Afrique sont les grandes régions du monde les plus touchées, la France apparaît cependant comme un des pays à fort taux de mortalité par suicide. Des réserves sur les comparaisons internationales sont de rigueur, du fait du défaut de qualité et d'exhaustivité des systèmes de déclaration et d'enregistrement des décès (le suicide est stigmatisé voire illégal dans certains pays).

¹ Cette proportion correspondrait à environ 12 000 personnes pour l'Aquitaine.

La prévention du suicide fait partie intégrante du premier plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS, avec l'objectif de réduire de 10 % le taux de suicides dans l'ensemble des pays d'ici à 2020.

EN FRANCE, la prévention du suicide a été identifiée comme priorité nationale de santé publique en 1997 et le premier plan national de prévention a été lancé en 1998. Il a été suivi de l'élaboration de la Stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005, dont les actions se sont poursuivies dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, notamment dans l'axe « dépression et suicide ». Le suicide figurait parmi les objectifs annexés à la loi de santé publique de 2004 (objectif de baisse du nombre de suicides de 20 % à l'horizon 2008).

Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 a été élaboré dans une approche globale de la question du suicide, en partenariat avec plusieurs ministères (justice, travail, éducation nationale, agriculture, enseignement supérieur, cohésion sociale). Il est organisé en six axes et 46 mesures :

- 1) la prévention et la postvention ;
- 2) la prise en charge des personnes en risque suicidaire ;
- 3) l'information et la communication autour de la prévention du suicide ;
- 4) la formation des professionnels ;
- 5) les études et recherches ;
- 6) le suivi et l'animation du programme au niveau local.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 comprend des actions articulées avec celles de ce programme, notamment pour l'information et la formation.

Outre les actions mises en œuvre dans le cadre de ces plans, il faut citer le plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 à l'initiative de la Mutualité sociale agricole (MSA) spécialisé dans la compréhension du phénomène suicidaire et des réponses à apporter dans le monde agricole. L'administration pénitentiaire a adopté à partir de 2009 un Plan national d'actions contre le suicide en milieu carcéral.

En 2013, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) a préconisé la création d'un Observatoire national du suicide qui a rendu son 1^{er} rapport en novembre 2014. Les recommandations portent notamment sur l'amélioration du suivi des suicides et tentatives de suicide, sur la connaissance des facteurs de risque et de protection et sur l'évaluation des actions de prévention du suicide. La revue de littérature réalisée par cet observatoire met en évidence l'efficacité des actions coordonnées dans le cadre d'un réseau et entre les champs sanitaire, médicosocial et social. Il rappelle le retard français en matière d'évaluation des actions de prévention.

EN AQUITAINE, le Projet régional de santé (PRS) 2012-2016, défini par l'Agence régionale de santé (ARS), s'engage sur le suicide dans le programme transversal de santé mentale. Il prévoit la mise en place de mesures de prévention du risque de suicide, en particulier dans les milieux fréquentés par les jeunes ou les personnes en situation de précarité, et des programmes de prévention du suicide chez les personnes âgées et chez les homosexuels. L'ARS a de plus mis en place un plan de prévention du suicide en Dordogne, le suicide étant sur ce territoire une priorité spécifique.

LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES sont complexes et de nombreux facteurs de risque ont été identifiés. Ils peuvent être classés en trois grandes thématiques.

Les facteurs individuels regroupent les antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide ou de suicide, les troubles mentaux (notamment la dépression et les troubles liés à la dépendance à l'alcool ou d'autres substances psycho-actives), la perte d'emploi

et de revenus ou encore la survenue de maladies chroniques et la douleur. Figurent dans cette classe les facteurs génétiques et biologiques qui ont été repérés chez des patients atteints de troubles psychiatriques.

La deuxième thématique comprend les facteurs liés aux communautés et aux relations avec le milieu familial et social. Dans ce groupe, figurent les traumatismes et les abus vécus par les personnes, parfois au sein de leur famille, la discrimination faite à l'égard de certains groupes de population, notamment les personnes incarcérées, celles appartenant aux minorités sexuelles, les réfugiés, demandeurs d'asile, migrants... l'isolement et le manque de soutien social, les conflits personnels, la perte de proches.

Enfin, la troisième concerne le système de santé (existence de soins adaptés et accès aux soins) et la société, à travers des éléments tels que l'accès aux moyens de suicide (armes à feu, médicaments...), la couverture médiatique qui en est faite ou encore la stigmatisation de la société à l'encontre de la demande d'aide, de la personne et de son entourage.

En France, les derniers travaux sur les liens entre facteurs de risque et suicide ont porté sur les minorités sexuelles et sur le milieu de travail. Sur ce dernier champ, l'enquête Santé et itinéraires professionnels (SIP) met en évidence les caractéristiques des personnes ayant eu des idées suicidaires. Le programme Cosmop a exploré les différences de mortalité selon le secteur d'activité et le groupe socioprofessionnel. Une autre étude a concerné la mortalité par suicide des exploitants agricoles. Ces travaux sont complémentaires de ceux menés par la Dares sur les risques psychosociaux au travail.

BAROMÈTRE SANTÉ 2010

3,3 % des Aquitains de 15-85 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

D'après le Baromètre santé 2010, 3,3 % des Aquitains de 15 à 85 ans (ce qui correspondrait à 85 500 personnes) ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (3,9 % en France métropolitaine). Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes (4,3 % contre 2,2 %). C'est entre 45 et 54 ans que la prévalence des pensées suicidaires est la plus élevée (5,9 %).

Les pensées suicidaires sont plus fréquentes parmi les employés et ouvriers (proportion supérieure à 4 %) que chez les agriculteurs exploitants, artisans et chefs d'entreprise (0,7 %) ou les cadres et professions intellectuelles supérieures (1,7 %). Les raisons personnelles (familiales, sentimentales) sont citées par 78 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires, les raisons professionnelles par 32 %, la santé par 12 %.

Les résultats nationaux mettent en évidence plusieurs autres éléments associés aux pensées suicidaires : le fait d'avoir vécu des événements traumatiques (violences au cours de l'année écoulée, violences sexuelles au cours de la vie), de vivre seul, d'être au chômage, de fumer quotidiennement², d'avoir de faibles revenus sont les plus importants. Pour les femmes, la consommation régulière de grandes quantités d'alcool³ est un facteur également important.

D'autres études ont montré un lien entre les pensées suicidaires et l'existence d'antécédents psychiatriques des parents, les troubles mentaux ou la consommation de drogues illicites.

Proportion de personnes de 15-85 ans déclarant en 2010 des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (%)

	Aquitaine	Reste de la France
Hommes	2,2	3,3
Femmes	4,3	4,4
Ensemble	3,3	3,9

Source : Inpes (Baromètre santé 2010) - Exploitation : ORS Aquitaine

² Le tabac est utilisé pour gérer l'anxiété ou l'humeur dépressive.

³ Le seuil est de 15 verres ou plus par semaine pour les femmes (22 pour les hommes)

5,5 % ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie

D'après la même enquête, ils sont 5,5 % à déclarer avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (8,4 % pour les femmes et 2,5 % pour les hommes). Ces proportions sont semblables à celles déclarées en France⁴. Comme pour les pensées suicidaires, les tentatives de suicide sont plus représentées parmi les ouvriers et employés que parmi les autres catégories socioprofessionnelles. Les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours déclarent très souvent des raisons familiales (87 %), alors que les raisons professionnelles sont citées par 12 % d'entre elles et les raisons de santé par 8 %.

D'après les résultats nationaux, les facteurs associés aux tentatives de suicide sont, chez les hommes, les violences subies au cours des 12 derniers mois, le fait de vivre seul, de faibles revenus. Chez les femmes, il s'agit des violences subies au cours des 12 derniers mois, des violences sexuelles au cours de la vie, du tabagisme, alors qu'un diplôme élevé protège du risque suicidaire.

En Aquitaine, à la suite de la tentative de suicide, plus de la moitié des personnes sont allées à l'hôpital dont 94 % ont été hospitalisées pendant au moins une nuit. Près de 60 % des personnes, après la tentative de suicide, ont été suivies par un médecin ou un « psy ».

Proportion de personnes de 15-85 ans déclarant en 2010 une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de la vie (%)

	Aquitaine	Reste de la France
Hommes	2,5	3,2
Femmes	8,4	7,6
Ensemble	5,5	5,5

Source : Inpes (Baromètre santé 2010) - Exploitation : ORS Aquitaine

Méthodologie

Le Baromètre santé est une enquête réalisée en population générale tous les 5 ans par l'Insitut national de la prévention et de l'éducation à la santé (Inpes). Il s'agit d'une enquête téléphonique qui aborde différents comportements et attitudes des Français. En 2010, 1 519 Aquitains âgés de 15 à 85 ans, sur 27 653 Français (métropole), ont été interrogés, ce qui a permis une exploitation régionale. Les données brutes sont redressées sur différents paramètres afin d'assurer leur représentativité et permettre les comparaisons.

⁴ La proportion de personnes ayant déclaré une tentative de suicide au cours des douze derniers mois est de 0,5 % en France métropolitaine, proportion qui représente 12 000 personnes en Aquitaine.

ESCAPAD 2011

10 % des Aquitains de 17 ans ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée

D'après l'enquête Escapad de 2011, 10,4 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Cette proportion, proche de la valeur moyenne nationale (10,7 % en France métropolitaine), est plus élevée chez les jeunes femmes (12,9 %) que chez les jeunes hommes (8,1 %). Cet écart entre hommes et femmes est également observé en France.

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant en 2011 avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (%)

	Aquitaine	Reste de la France
Hommes	8,1	7,8
Femmes	12,9	13,7
Ensemble	10,4	10,7

Source : OFDT (Escapad 2011) - Exploitation : ORS Aquitaine

3,5 % des jeunes femmes et 1,4 % des jeunes hommes ont déjà fait une tentative de suicide ayant amené à l'hôpital

Alors que l'enquête de 2008 interrogeait sur les tentatives de suicide suivies ou pas d'une hospitalisation, l'enquête de 2011 a limité le champ aux tentatives « ayant amené à l'hôpital ». Dans ce cadre, 2,5 % des jeunes Aquitains ont déclaré avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide suivie d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences (2,1 % en France métropolitaine). Les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir déclaré une tentative de suicide ayant amené à l'hôpital (3,5 % et 1,4 %).

En Aquitaine, 30 % des jeunes gens ayant fait une tentative de suicide suivi d'un passage à l'hôpital ont consulté un « psy » au moins une fois au cours de l'année écoulée. Cette proportion est statistiquement inférieure à celle concernant le reste de la France métropolitaine (50 %).

L'ensemble des jeunes de 17 ans sont 8 % en Aquitaine et en France à avoir consulté un « psy ».

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant en 2011 avoir fait une tentative de suicide ayant amené à l'hôpital au cours de la vie (%)

	Aquitaine	Reste de la France
Hommes	1,4	1,1
Femmes	3,5	3,2
Ensemble	2,5	2,1

Source : OFDT (Escapad 2011) - Exploitation : ORS Aquitaine

Méthodologie

L'enquête Escapad est réalisée tous les trois ans auprès des jeunes de 17 ans lors des Journées Défense et Citoyenneté (qui remplace depuis le 1^{er} janvier 2011 le Journée d'Appel à la Préparation à la Défense). Elle est menée par l'Office français des drogues et toxicomanies (OFDT) et porte sur les consommations de substances psychoactives, la santé et les modes de vie. Elle a été enrichie en 2008 par des questions sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

L'exploitation porte en 2011 sur 27 400 jeunes en France métropolitaine dont 1 270 en Aquitaine. Des vérifications et pondérations sont réalisées afin d'assurer la représentativité de l'échantillon.

La catégorie des « psy » comprend les psychiatres, psychologues, psychanalystes ou psychothérapeutes.

LE RÉSEAU OSCOUR®

ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE COORDONNÉE DES URGENCES

L'Institut de veille sanitaire coordonne la surveillance des recours aux urgences grâce à un système de collecte d'information sur tous les passages dans les structures d'urgences (SU) hospitalières participantes au réseau Oscour®. En Aquitaine, la première structure a adhéré au réseau en mars 2008. Depuis, grâce au soutien de l'Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine et de l'Observatoire régional des urgences (ORU) Aquitaine, le réseau poursuit sa montée en charge de façon dynamique avec, au 1^{er} décembre 2014, 31 SU participantes sur les 36 d'Aquitaine. Les variables principales remontées au travers des résumés de passages aux urgences (RPU) sont des variables administratives (numéro finess de l'établissement, date et heure d'entrée et de sortie, mode d'entrée et de sortie, provenance, transport...), démographiques (sexe, date de naissance, code postal de résidence, nom de la commune de résidence) et médicales (diagnostic principal, diagnostic associé, gravité, orientation...).

L'analyse des tentatives de suicide (TS) à partir des données Oscour® ne sera pas exposée ici du fait des limites identifiées, liées au dispositif d'une part et au codage des TS d'autre part. En Aquitaine, la remontée des RPU n'est pas exhaustive et le codage des diagnostics principaux a été évalué à 63 % sur l'année 2013. De plus, l'identification d'une TS, parfois difficilement interprétable, pourrait davantage être codée en

diagnostic associé, or, cette variable est très peu renseignée par les structures d'urgences (12 % en 2013). Lors de l'arrivée d'un patient aux urgences, la notion de geste volontaire ou accidentel – notamment pour les passages dont le diagnostic est lié à une intoxication médicamenteuse ou un autre produit toxique – reste souvent inconnue ou difficile à apprécier. Les codes CIM-10 visant les TS doivent donc être choisis de façon plus large que ceux classiquement utilisés pour l'identification d'une TS (X60-X84).

Toutefois, l'arrêté du 24/07/2013 rendant obligatoire la remontée des RPU pour les établissements dotés d'une SU a dynamisé le réseau Oscour® et des travaux sur la qualité des données ont été engagés par l'ORU, en lien avec la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Aquitaine. Une sensibilisation des professionnels de terrain est envisagée sur cette pathologie afin d'améliorer le codage des diagnostics. En parallèle, de par les priorités nationales 2015 de l'InVS, un groupe de travail national va débuter en janvier 2015 afin de réaliser un travail approfondi sur cette thématique portant notamment sur le choix des codes CIM-10 à analyser pour l'identification d'une TS et ainsi permettre d'avoir une analyse homogène en région.

LES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

3 900 séjours pour tentative de suicide

En 2013, le PMSI permet d'identifier 3 900 séjours pour tentative de suicide, en établissement de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation en médecine et/ou chirurgie, concernant des personnes résidant en Aquitaine. Ils correspondent à une dizaine de tentatives de suicide par jour. Environ 2 % des séjours (90) ont eu lieu dans un établissement situé hors d'Aquitaine. Dans 83,3 % des cas, l'admission dans le service de médecine ou chirurgie a eu lieu après un passage par le service des urgences.

Dordogne et Lot-et-Garonne, les territoires les plus touchés

Les séjours ont concerné 3 260 patients, soit 1,2 séjour par patient.

Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 102,7 pour 100 000 Aquitains. Il est beaucoup plus élevé chez les femmes (128,0) que chez les hommes (76,8).

La situation est très contrastée à l'échelle des territoires de santé. Quel que soit le sexe, les taux de patients hospitalisés sont en effet six fois plus élevés en Dordogne, territoire présentant les plus forts taux qu'en Béarn-Soule, territoire présentant les plus faibles.

Deux territoires, la Gironde et les Landes, présentent des taux proches de la moyenne régionale, la Dordogne et le Lot-et-Garonne des taux très au-dessus de cette moyenne, alors que les deux autres, Béarn-Soule et Navarre-Côte basque présentent des taux très en-deçà. Pour ces derniers, l'écart pourrait traduire des filières de soins différentes selon les territoires avec notamment dans le Béarn-Soule une part plus importante de patients adressés et accueillis directement au centre hospitalier des Pyrénées, établissement de santé mentale. Des différences de codage des séjours pour tentative de suicide selon les établissements et/ou les territoires peuvent expliquer également une part de ces écarts importants (voir note méthodologique).

Autre spécificité dans la région, le taux féminin enregistré en Navarre-Côte basque est deux fois plus élevé

que le taux masculin, alors que cette différence est globalement de l'ordre de 66 %.

Taux standardisés (pour 100 000) et nombre de patients hospitalisés pour tentative de suicide en 2013

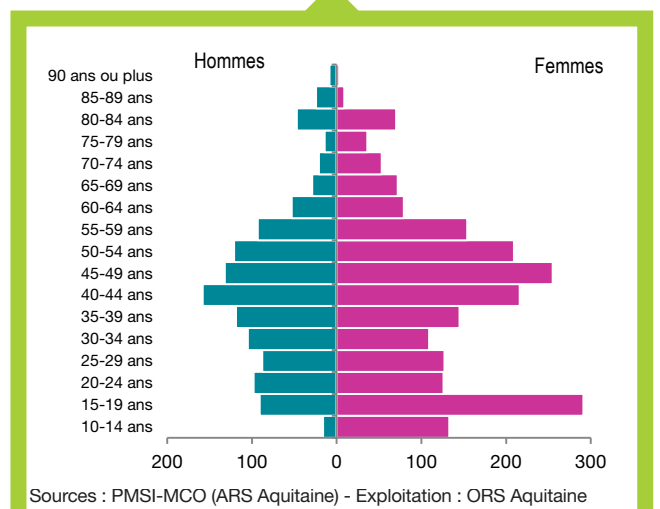
	Hommes	Femmes	Ensemble	Nombre de patients
Dordogne	146,5 ^s	239,8 ^s	193,8 ^s	742
Gironde	71,8	123,5	97,7	1 425
Landes	72,7	109,0	90,6	335
Lot-et-Garonne	115,0	172,5 ^s	145,0 ^s	447
Navarre-Côte basque	45,0 ^s	96,9 ^s	71,6 ^s	194
Béarn-Soule	26,3 ^s	37,3 ^s	31,7 ^s	117
Aquitaine	76,8	128,0	102,7	3 260

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine), Insee -
Exploitation : ORS Aquitaine

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur aquitaine

Davantage de tentatives de suicide chez les femmes

Plus de six tentatives de suicide sur dix concernent des femmes. Les plus jeunes patients hospitalisés pour tentative de suicide sont âgés de 10 à 15 ans. Au nombre de 150, il s'agit essentiellement de filles. Leurs aînées de 15 à 19 ans constituent l'effectif le plus important (près de 300) de la distribution par âge. Les personnes âgées de 80 ans ou plus sont près de 120 à avoir été hospitalisées pour une tentative de suicide.



Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

RÉPARTITION PAR SEXE ET ÂGE QUINQUENNAL
DES AQUITAINS HOSPITALISÉS POUR
TENTATIVE DE SUICIDE, EN 2013

Plus de quatre patients sur dix sont âgés de 40 à 59 ans, devant ceux de 20-39 ans (près de trois sur dix). Les jeunes de 10 à 19 ans sont plus nombreux que les personnes de 60 ans ou plus.

Les femmes, quel que soit l'âge, sont plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées pour une tentative de suicide. Celles de 40 à 59 ans représentent un quart de la totalité des patients.

Nombre d'Aquitains hospitalisés pour tentative de suicide, en 2013

	10-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans ou plus	Total
Hommes					
Dordogne	17	97	124	35	273
Gironde	51	164	217	70	502
Landes	17	39	56	20	132
Lot-et-Garonne	12	67	73	20	172
Navarre-Côte basque	7	23	18	11	59
Béarn-Soule	3	20	16	8	47
Aquitaine	107	410	504	164	1 185
Femmes					
Dordogne	80	107	208	74	469
Gironde	229	231	345	118	923
Landes	39	44	84	36	203
Lot-et-Garonne	41	73	118	43	275
Navarre-Côte basque	19	34	54	28	135
Béarn-Soule	16	18	25	11	70
Aquitaine	424	507	834	310	2 075
Ensemble					
Dordogne	97	204	332	109	742
Gironde	280	395	562	188	1 425
Landes	56	83	140	56	335
Lot-et-Garonne	53	140	191	63	447
Navarre-Côte basque	26	57	72	39	194
Béarn-Soule	19	38	41	19	117
Aquitaine	531	917	1 338	474	3 260

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine), – Exploitation : ORS Aquitaine

Des taux très élevés chez les femmes de 15-19 ans puis de 40 à 54 ans

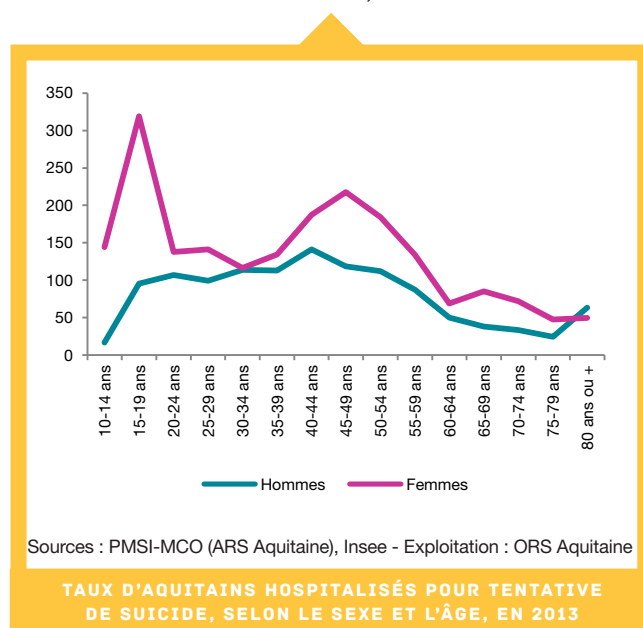
Les taux par âge de patients hospitalisés sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes quel que soit l'âge. La sur-hospitalisation féminine est très marquée chez les jeunes de moins de 20 ans et les adultes d'au moins 45 ans. Après 80 ans, taux masculin et féminin se rejoignent.

Chez les femmes, le taux d'hospitalisation évolue fortement avec l'âge. Il est très élevé chez les jeunes filles de 15-19 ans (300 pour 100 000), diminue de moitié dès 20-24 ans et reste stable jusqu'à 35-39 ans (environ 135). Il augmente ensuite de nouveau et atteint un

second pic autour de 50 ans (200) avant de diminuer régulièrement.

Chez les hommes, les taux ne présentent pas de grandes variations selon l'âge. Ils restent proches de 100 de 15-19 ans à 35-39 ans, augmentent à 40-45 ans (140) puis diminuent.

L'âge moyen des patients hospitalisés en 2013 est de 42 ans chez les hommes et 40,5 ans chez les femmes.



Une hospitalisation en psychiatrie à la suite de 30 % des séjours

La majorité des séjours, 60 %, sont conclus par un retour à domicile mais près de 30 % ont été suivis d'une hospitalisation dans un établissement ou un service de psychiatrie et 8 % d'un transfert dans un autre établissement de court séjour. Les autres modalités de sortie, établissements de soins de suite et de réadaptation, autres moyens séjours ou services de soins de longue durée ont concerné moins de 2 % des séjours. Plus de cinquante personnes sont décédées au cours de l'hospitalisation.

Nombre et répartition des séjours d'Aquitains hospitalisés pour tentative de suicide, selon le mode de sortie, en 2013

	Nombre	%
Domicile	2 359	60,4
Psychiatrie	1 118	28,7
Autre établissement MCO	310	7,9
Décès	54	1,4
SSR*	46	1,2
Autres**	15	0,4
Total	3 902	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) – Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Une durée de prise en charge inférieure à 3 jours pour 80 % des séjours

Un quart des séjours ont une durée d'hospitalisation inférieure à un jour, la moitié une durée d'un jour et près de 10 % une durée de deux jours. La gravité de l'état de santé du patient a nécessité une hospitalisation d'au moins trois jours pour 18 % des séjours.

Une durée inférieure à un jour correspond aux séjours dont le début et la fin ont eu lieu le même jour, une durée d'un jour aux séjours comportant une nuit, etc.

Nombre et répartition des séjours d'Aquitains hospitalisés pour tentative de suicide, selon la durée du séjour, en 2013

	Nombre	%
Moins d'un jour	973	24,9
1 jour	1 859	47,7
2 jours	358	9,2
3 jours ou plus	712	18,2
Total	3 902	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) – Exploitation : ORS Aquitaine

L'auto-intoxication médicamenteuse, premier mode utilisé pour les tentatives de suicide

Le mode de suicide prédominant est l'auto-intoxication qui représente 85 % des tentatives de suicide hospitalisées. Il s'agit essentiellement d'auto-intoxications médicamenteuses et de façon beaucoup moins représentée d'auto-intoxication à l'alcool. Pour près de 10 % des séjours, les personnes ont recouru à un objet tranchant. Les autres modes de suicide, pendaisons, armes à feu, noyades, feu... sont très peu représentés parmi les séjours hospitaliers.

Les femmes ont eu plus souvent recours à l'auto-intoxication médicamenteuse que les hommes, qui utilisent plus l'alcool, mais aussi la pendaison et les armes à feu.

Nombre et répartition des séjours d'Aquitains hospitalisés pour tentative de suicide, selon le mode utilisé et le sexe, en 2013

	Hommes	%	Femmes	%	Ensemble	%
Auto-intox. médicaments	1 008	74,1	2 128	83,8	3 136	80,4
Auto-intox. alcool	80	5,9	62	2,4	142	3,6
Auto-intox. autres	44	3,2	45	1,8	89	2,3
Objet tranchant	109	8,0	251	9,9	360	9,2
Pendaison	52	3,8	29	1,1	81	2,1
Arme à Feu	52	3,8	13	0,5	65	1,7
Autres modes	16	1,2	13	0,5	29	0,7
Total	1 361	100,0	2 541	100,0	3 902	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) – Exploitation : ORS Aquitaine

X60-X64 : Auto-intoxication médicamenteuse

X65 : Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool

X70 : Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation

X71 : Lésion auto-infligée par noyade et submersion

X78 : Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant

X73-C74 : Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de grande taille, d'armes à feu, autres et sans précision

Une ou plusieurs récurrences dans l'année pour 230 patients

Parmi les 3 260 patients hospitalisés pour une tentative de suicide en 2013, 230 (7,1 %) ont fait une récurrence qui a conduit à une nouvelle hospitalisation pour tentative de suicide dans l'année. Ce taux de récurrence dans l'année est comparable chez les hommes (7,5 %) et les femmes (6,8 %). La ré-hospitalisation survient le mois suivant l'hospitalisation pour 27 % des patients, durant les 2^e et 3^e mois pour 34 % et au-delà de trois mois (mais durant l'année) pour 38 %. Ces ré-hospitalisations surviennent plus fréquemment parmi les patients ayant été orientés vers un établissement de santé mentale ou ayant nécessité une hospitalisation « longue »

d'au moins trois jours que parmi ceux ayant rejoint leur domicile dans les deux jours.

Il n'est pas actuellement possible d'extraire du PMSI les séjours de patients ré-hospitalisés pour tentative de suicide au cours de la vie.

Nombre d'Aquitains ayant été ré-hospitalisés pour tentative de suicide dans l'année, selon le type de séjour, en 2013, et proportion par type de séjour

	Nombre	Proportion (%)
Psychiatrie	156	11,6
Séjour 0-2 jours	44	3,5
Séjour 3 jours ou plus	30	8,9
Total	230	7,1

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) – Exploitation : ORS Aquitaine

Trois-quarts des patients hospitalisés pour tentative de suicide souffrent de troubles mentaux

Il a été possible d'identifier les patients hospitalisés au moins une fois pour une tentative de suicide dans un service de MCO qui ont également été hospitalisés dans un service de psychiatrie au cours de l'année. Parmi ces patients hospitalisés au moins une fois dans un service de médecine ou de chirurgie pour une tentative de suicide, 40 % ont été également hospitalisés dans l'année dans un établissement de santé mentale, à la suite ou pas de la prise en charge pour la tentative de suicide. Une recherche de diagnostics de pathologies psychiatriques dans les deux systèmes d'information, concernant les patients ayant été hospitalisés en 2013 pour une tentative de suicide en MCO a été faite. Pour le RIM-Psy, sont retenus les diagnostics principaux (DP), pour le PMSI les diagnostics associés (DAS).

D'après cette méthode, aucune indication de troubles mentaux ou du comportement n'a été enregistrée pour un quart des patients ayant fait une tentative de suicide dans l'année. Près de la moitié souffrent de troubles de l'humeur et de troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress, 17 % de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives et 10 % d'autres troubles mentaux ou du comportement.

Les troubles de l'humeur et névrotiques sont plus représentés chez les femmes (50%) que chez les hommes (37 %), à l'opposé des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (26 % chez les hommes et 12 % chez les femmes).

Nombre d'Aquitains hospitalisés pour tentative de suicide (en MCO), selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement, en 2013

	Hommes	%	Femmes	%	Ensemble	%
Troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	439	37,0	1 042	50,1	1 481	45,5
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	304	25,7	244	11,8	548	16,8
Autres troubles mentaux et du comportement	140	11,8	192	9,3	332	10,2
Pathologies somatiques	11	0,9	10	0,5	21	0,6
Aucune indication de trouble « psy. »	291	24,6	587	28,3	878	26,9
Total	1 185	100,0	2 075	100,0	3 260	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) – Exploitation : ORS Aquitaine

F30-39 : Troubles de l'humeur (épisode maniaque, trouble affectif bipolaire, épisodes dépressifs...)

F40-49 : Troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux...)

F10-19 : Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, opiacés, cannabis, hypnotiques et sédatifs...)

Méthodologie

Les données concernant les séjours hospitaliers pour tentative de suicide sont issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) qui permet de mesurer l'activité hospitalière des établissements de court séjour ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Ce programme recueille différentes informations dont les diagnostics principaux et associés de chaque séjour hospitalier, codés selon la classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10).

Les données présentées ci-après concernent les séjours hospitaliers en MCO de patients domiciliés en Aquitaine. Tous les séjours dont le diagnostic associé significatif (DAS) est codé en X60-X84 sont inclus. Ces codes X60-X84 regroupent les lésions auto-infligées et caractérisent les modes d'action utilisés contre soi ; ils permettent d'identifier les tentatives de suicide.

De plus, des informations concernant les patients hospitalisés en MCO ayant fait une tentative de suicide ont été recherchées dans la base de données des hospitalisations en psychiatrie (RIM-P). Les informations recherchées sont le diagnostic de maladie mentale.

L'enregistrement dans le PMSI des séjours pour tentative de suicide présente des limites. Les modalités de codage de ces séjours précisées dans les guides méthodologiques, ne sont pas encore suffisamment respectées par l'ensemble des établissements hospitaliers. Une analyse des séjours aquitains dont le diagnostic principal est une intoxication montre que la moitié de ces séjours ne comporte aucune indication de diagnostic associé qui permettrait de préciser la cause volontaire, accidentelle ou indésirable de l'intoxication. Cette proportion est de l'ordre de 90 % dans certains établissements. Aussi, l'effectif de séjours pour tentative de suicide enregistré dans le PMSI est incomplet. La Lettre d'information du Comité technique régional de l'information médicale (Cotrim) d'Aquitaine d'avril 2014 est consacrée au rappel des règles de codage des séjours pour tentative de suicide, notamment ceux issus d'intoxications médicamenteuses et d'effets indésirables des médicaments.

La standardisation des taux de patients hospitalisés est faite sur une structure en 17 classes d'âge (0-4 ans à 80 ans ou plus) de la population de France métropolitaine au recensement de population de 2006. La standardisation élimine l'effet de l'âge et permet les comparaisons entre les territoires et entre hommes et femmes, à structure par âge identique.

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE

565 suicides enregistrés chaque année en 2009-2011 en Aquitaine

Au cours de la période 2009-2011, 565 décès par suicide ont été enregistrés chaque année dans la région. Ils représentent 1,8 % de l'ensemble des décès aquitains (2,0 % en France métropolitaine). Une sous-déclaration du nombre de décès par suicide a été mise en évidence. Le CépiDc l'estime pour 2006 à 9,4 % pour la France métropolitaine, avec des écarts importants entre les régions. Appliquée aux décès aquitains, le nombre de suicides s'élèverait dans la région à 618.

Une mortalité par suicide comparable à la moyenne nationale, plus élevée chez les hommes que chez les femmes...

Le taux standardisé de mortalité par suicide est semblable au taux national, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La région Aquitaine se classe au 16^e rang pour les hommes et 17^e pour les femmes parmi les 22 régions de France métropolitaine. Pour la période 2009-2011, le taux masculin est établi à 26,6 pour 100 000, le taux féminin à 7,7 pour 100 000 (26,2 et 8,0 en France métropolitaine). La mortalité est environ 3,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, en Aquitaine comme en France.

À l'échelle des territoires de santé, la situation n'est pas homogène. Il existe une sur-mortalité en Dordogne pour les hommes et sous-mortalité en Gironde pour les femmes. Il faut encore relever le taux élevé pour les hommes du Lot-et-Garonne et pour les femmes de Navarre-Côte basque et de Dordogne.

Taux standardisés de mortalité par suicide en 2009-2011 (pour 100 000)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Dordogne	31,6*	9,5	19,8*
Gironde	25,3	6,6*	14,8*
Landes	28,3	8,1	17,7
Lot-et-Garonne	29,6	6,2	17,2
Navarre-Côte basque	24,5	10,3	16,6
Béarn-Soule	25,0	8,7	16,1
Aquitaine	26,6	7,7	16,3
France métropolitaine	26,2	8,0	16,3

Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation : ORS Aquitaine
* : différence statistiquement significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

La sous-déclaration des décès par suicide

Le CépiDc a réalisé une évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, portant sur l'année 2006. Des investigations ont été menées sur des causes de décès pouvant masquer des suicides et une enquête rétrospective a été réalisée auprès des médecins certificateurs.

Les causes de décès concernées sont celles de cause inconnue (codes de la CIM10 : R99) qui correspondent aux certificats de décès absents, aux certificats ne renseignant pas la cause du décès et aux décès ayant impliqué une investigation judiciaire, et celles correspondant aux morts violentes dont l'intention n'est pas déterminée (codes de la CIM10 : Y10-Y34). Les décès codés en suicide (codes de la CIM10 : X60-X84) ont été confirmés à 98 %.

Ces travaux ont permis d'établir des coefficients correcteurs pour chaque catégorie de décès. En appliquant ces coefficients correcteurs aux décès aquitains de 2009-2011, on obtient un nombre corrigé de 618 décès.

Cette estimation doit cependant être considérée avec prudence. D'une part, la catégorie des morts violentes dont l'intention n'est pas déterminée, peu fréquente (0,05 % en 2009-2011 contre 0,08 % en France), a diminué. D'autre part, les décès de cause inconnue représentent près de 3 % de la totalité des décès (3,5 % en France) ; cette proportion a augmenté au cours des dernières années, dans la région comme en France, notamment depuis 2009.

Estimation des nombres annuels de décès par suicide selon les travaux du CépiDc de 2006

	2006-2008	2009-2011
Nombres observés		
suicides (X60-X84)	543	565
Correction selon la cause de décès		
suicides (X60-X84)	532	554
morts violentes, intention indéterminée (Y10-Y34)	17	10
cause de décès non renseignée (R99)	63	117
total	612	681
% écart	12,7	20,5
Correction globale	594	618
% écart	9,4	9,4

Source : Inserm-CépiDc - Exploitation : ORS Aquitaine

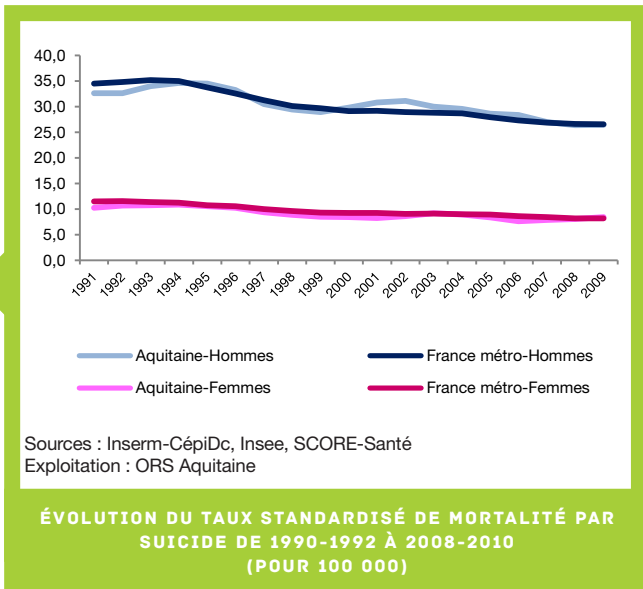
Méthodologie

Les données de mortalité sont issues de la statistique des causes médicales de décès de l'Inserm-CépiDc.

La cause des décès est mentionnée sur le certificat de décès par le médecin qui constate la mort.

... en diminution depuis 20 ans

Depuis 20 ans, la mortalité par suicide a diminué en Aquitaine comme en France. Sur toute la période, les taux aquitains sont semblables aux taux nationaux, chez les hommes comme chez les femmes.



Méthodologie

La standardisation élimine l'effet de l'âge et permet les comparaisons entre territoires et entre hommes et femmes à structure par âge identique.

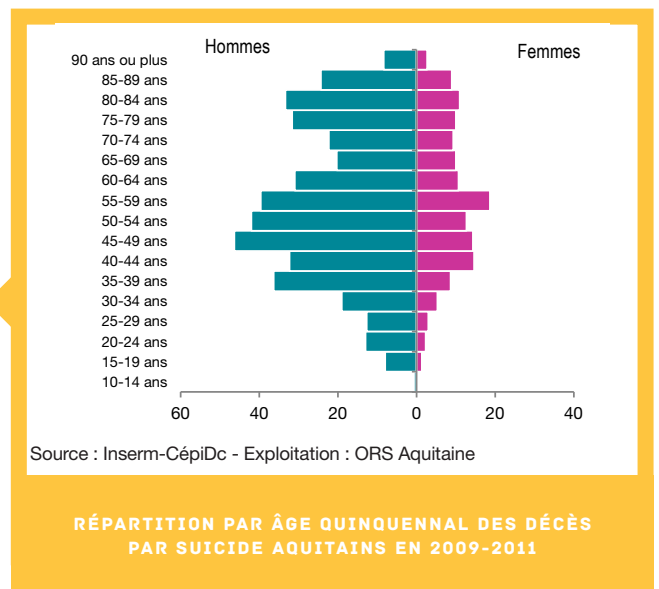
La standardisation des taux de 2009-2011 est faite sur une structure en 19 groupes d'âges (0-4 ans à 90 ans ou plus) en référence à la population de France métropolitaine ; celle de l'évolution sur la période 1990-1992 à 2009-2011 en référence à la population de France entière et 21 groupes d'âge (0 ans, 1-4 ans à 95 ans ou plus).

40 décès avant 30 ans, 130 décès après 75 ans

Sur la période 2009-2011, le suicide est la cause de 565 décès dont 420 hommes et 144 femmes.

Les premiers décès sont enregistrés dans la classe d'âge des 10-14 ans (un par an en Aquitaine), les derniers après 95 ans (trois décès par an dans la région). Les suicides d'adolescents et jeunes de moins de 20 ans représentent près de 2 % des décès par suicide, ceux des jeunes adultes de 20-39 ans 19,5 % alors que les séniors de 75 ans ou plus en représentent un peu moins d'un quart.

Chez les hommes, les effectifs de suicide les plus importants sont observés entre 35 et 65 ans puis de 75 à 85 ans. Chez les femmes, c'est entre 40 et 60 ans.



Nombre annuel moyen ¹ de décès par suicide en 2009-2011						
HOMMES	10-19 ans	20-29 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	Total
Dordogne	0	3	34	15	17	69
Gironde	4	9	88	28	38	167
Landes	1	6	27	9	11	54
Lot-et-Garonne	1	3	24	10	12	50
Navarre-Côte basque	1	2	16	6	8	33
Béarn-Soule	0	3	26	5	12	47
Aquitaine	8	26	215	73	98	420
France métr.	152	617	4 256	1 300	1 374	7 699
FEMMES	10-19 ans	20-29 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	Total
Dordogne	0	1	12	4	8	25
Gironde	0	3	30	10	9	52
Landes	0	1	8	5	5	19
Lot-et-Garonne	0	0	6	3	5	14
Navarre-Côte basque	1	0	9	4	3	17
Béarn-Soule	0	0	12	4	2	18
Aquitaine	1	5	77	30	32	145
France métr.	61	158	1 445	563	459	2 686
ENSEMBLE	10-19 ans	20-29 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	Total
Dordogne	0	4	46	19	25	94
Gironde	4	12	118	39	47	219
Landes	1	7	35	14	16	73
Lot-et-Garonne	1	3	28	13	17	64
Navarre-Côte basque	2	2	25	10	11	50
Béarn-Soule	1	3	38	9	14	65
Aquitaine	9	31	290	104	130	565
France métr.	213	775	5 701	1 863	1 833	10 385

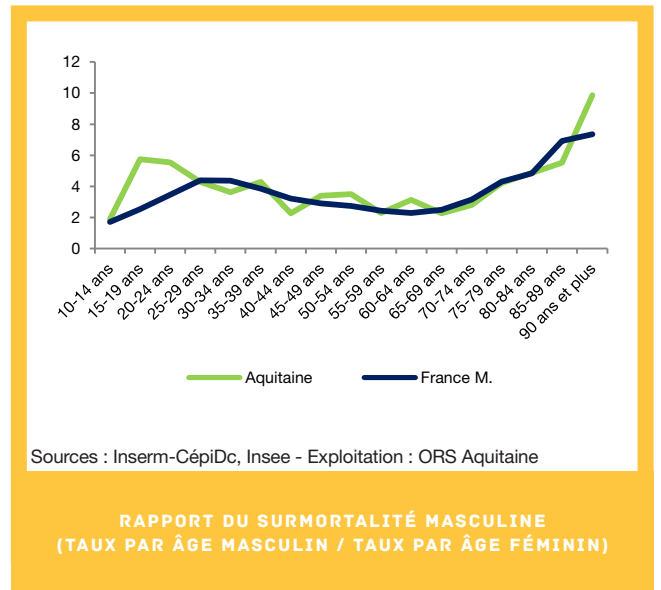
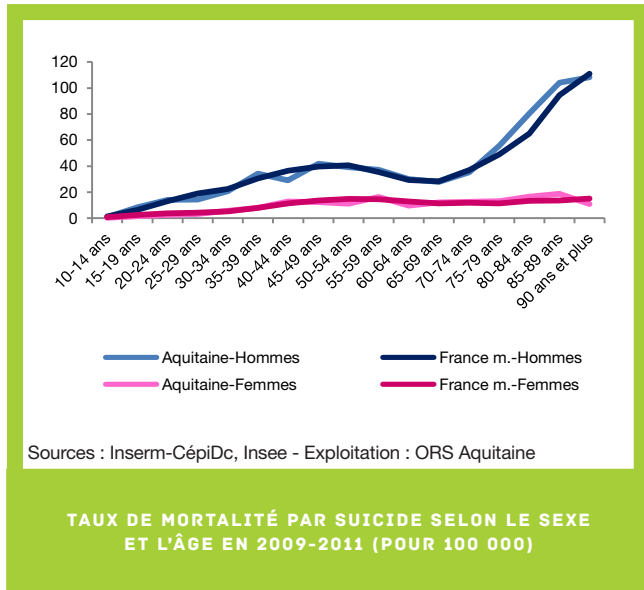
Source : Inserm-CépiDc - Exploitation : ORS Aquitaine
 1 : Certains totaux ne coïncident pas en raison des arrondis

Une forte progression du taux de mortalité par suicide à partir de 70 ans chez les hommes

Comme pour les effectifs, les taux de suicide par âge sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La surmortalité masculine existe à tous les âges. De l'ordre de quatre décès masculins pour un décès féminin entre 25 et 40 ans (dès 15 ans en Aquitaine), elle diminue aux âges adultes (deux pour un autour de 60 ans) et retrouve un niveau élevé après 75 ans.

Les taux de suicide augmentent avec l'âge mais selon des rythmes différents pour les hommes et les femmes.

Pour les hommes, ils progressent jusqu'à 50-54 ans (moins de 10 pour 100 000 avant 20 ans à 40 pour 100 000) puis baissent jusqu'à 70 ans. Ils augmentent ensuite fortement pour atteindre plus de 100 pour 100 000 après 85 ans. Pour les femmes, la progression, marquée jusqu'à 60 ans (moins de trois pour 100 000 avant 20 ans à 15 pour 100 000 à 55-59 ans), est suivie d'un fléchissement modéré, puis d'une reprise après 80 ans.



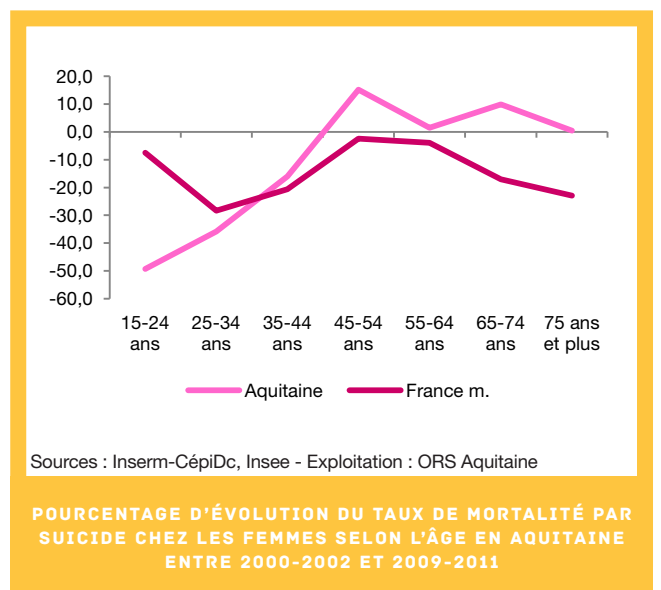
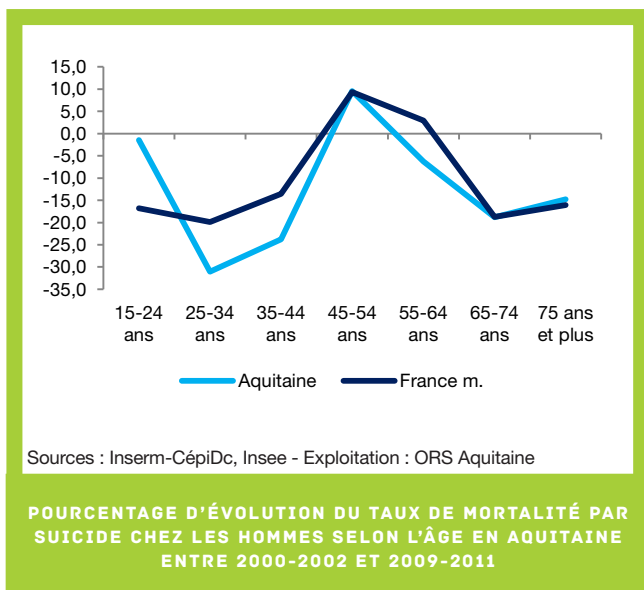
La baisse de la mortalité n'a pas concerné tous les âges

Au cours des dix dernières années, entre 2000-2002 et 2009-2011, la mortalité par suicide a globalement diminué de 14 % chez les hommes et 6 % chez les femmes en Aquitaine, respectivement de 10 et 14 % en France métropolitaine.

La baisse n'a pas affecté tous les âges de façon comparable.

Chez les hommes, une baisse est enregistrée jusqu'à 45 ans, puis à partir de 65 ans. Entre les deux, à 45-54 ans et 55-64 ans, les taux sont restés de même intensité voire supérieurs à 45-54 ans. Cette évolution est semblable en Aquitaine et en France métropolitaine.

Pour les femmes, la mortalité par suicide a diminué avant 45 ans en Aquitaine et en France. Mais elle a progressé ensuite dans la région, alors qu'en France, elle est restée stable entre 45 et 65 ans et a diminué ensuite.



Les suicides par pendaison et armes à feu prédominants

En Aquitaine, au cours de la période 2009-2011, le premier mode de suicide est la pendaison (47 %) suivi des armes à feu (22 %) puis de l'auto-intoxication médicamenteuse (12 %). En France métropolitaine, la pendaison est également dominante (52 %) mais armes à feu et auto-intoxication médicamenteuse ont un poids comparable (environ 13 %). Le poids des autres modes de suicide est proche en Aquitaine et en France. Il s'agit des sauts dans le vide (7 % en Aquitaine), des noyades (4 %), d'autres modes (autres auto-intoxications, objet tranchant, objet en mouvement...) ou des modes non renseignés (5 %).

Modes de suicide en 2009-2011 (pour 100)

	Aquitaine	France métr.
Pendaison	46,8	52,1
Armes à feu	21,8	13,5
Auto-intoxication médicamenteuse	11,8	12,9
Saut dans le vide	6,8	8,4
Raisons non précisées	5,2	5,2
Noyades	4,4	4,5
Autre mode	3,2	3,4
Total général	100,0	100,0

Source : Inserm-CépiDc - Exploitation : ORS Aquitaine

Si hommes et femmes recourent le plus fréquemment à la pendaison, ce mode de suicide est plus représenté chez les hommes (51 %) que chez les femmes (34 %). Le deuxième mode de suicide des femmes est l'intoxication médicamenteuse (27 %) devant le saut dans le vide (12 %) et la noyade (11 %). L'arme à feu a été utilisée pour 5 % des décès par suicide féminins. Chez les hommes, l'arme à feu est le deuxième mode de suicide (28 % des décès), alors que l'intoxication médicamenteuse représente 7 % des suicides masculins devant le saut dans le vide (5 %).

L'âge est un facteur influençant le mode de suicide. Pour les hommes et les femmes, la part des décès par pendaison est toujours dominante mais diminue avec l'âge. Chez les hommes, ce sont les décès par armes à feu qui augmentent fortement avec l'âge jusqu'à représenter près de la moitié des décès par suicide après 75 ans. Avant 30 ans, le saut dans le vide et l'auto-intoxication médicamenteuse ont un poids important (respectivement 11 et 8 %). Chez les femmes de moins de 30 ans, les modes de suicide les plus représentés sont, après la pendaison, le saut dans le vide et l'auto-intoxication médicamenteuse. Les femmes de 30-59 ans ont souvent recours aux médicaments pour mettre fin à leurs jours (près d'un tiers). Après 60 ans, les décès par noyade prennent une place importante (environ 20 %).

Mode de suicide en 2009-2011 selon le sexe et l'âge en Aquitaine (pour 100)

	HOMMES					Ensemble
	moins de 30 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus		
	n=34	n=215	n=73	n=98	n=420	
Pendaison	62,1	60,6	43,5	32,1	51,1	
Armes à feu	12,6	18,2	37,1	46,7	27,7	
Auto-intoxication médicamenteuse	7,8	9,4	5,0	1,7	6,7	
Saut dans le vide	10,7	4,0	4,5	5,8	5,1	
Noyade	1,9*	1,1	3,6	4,1	2,3	
Raisons non précisées	3,9	3,6	3,6	6,5	4,3	
Autre mode	1,0*	3,1	2,7	3,1	2,8	
Total général	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	FEMMES					Ensemble
	moins de 30 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus		
	n=6	n=77	n=30	n=32	n=145	
Pendaison	42,8	38,1	30,0	27,5	34,1	
Armes à feu	9,5*	5,4	3,3*	3,1	4,6	
Auto-intoxication médicamenteuse	14,3	31,8	24,4	19,4	26,6	
Saut dans le vide	28,6	9,9	11,1	13,3	11,8	
Noyade	0,0	4,5	22,2	16,3	10,6	
Raisons non précisées	4,8*	5,8	6,7	15,3	8,1	
Autre mode	0,0	4,5	3,3	5,1	4,2	
Total général	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Source : Inserm-CépiDc - Exploitation : ORS Aquitaine

* Nombre annuel moyen de décès inférieur à 1

Les suicides en milieu carcéral

En 2012, 11 décès par suicide ont été comptabilisés parmi les personnes incarcérées dans l'inter-région Aquitaine, Poitou-Charentes, Limousin. Rapporté au nombre de détenus, le taux inter-régional est de 190 pour 100 000, valeur équivalente au taux national.

Les données utilisées ont été mises à disposition de l'ORS Poitou-Charentes par la Direction inter-régionale des services pénitentiaires de Bordeaux (DISP). Elles font référence aux personnes placées sous main de justice écrouées, hébergées ou non dans les établissements pénitentiaires de l'inter-région.

LE SUICIDE DANS LES TERRITOIRES DE SANTÉ

DORDOGNE

MORTALITÉ PAR SUICIDE

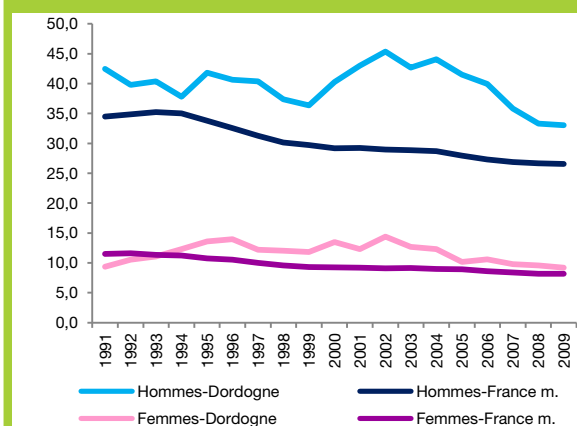
Élevée en Dordogne, notamment dans le Ribéracois et le Bergeracois

Au cours de la période 2007-2011, 94 décès par suicide ont été enregistrés en Dordogne. Ils correspondent à un taux standardisé de mortalité de 19,9 pour 100 000, taux le plus élevé parmi les territoires de santé aquitains et supérieur aux valeurs nationale et régionale. Le taux masculin est établi à 32,2 pour 100 000 (26,2 en France), le taux féminin à 9,1 pour 100 000 (8,0 en France). Chez les hommes, il existe globalement une surmortalité à tous les âges de la vie, à l'exception des 15-24 ans et 55-64 ans. Chez les femmes, la surmortalité est apparente entre 25 et 34 ans et après 75 ans.

Durant les 20 dernières années, la mortalité par suicide de Dordogne est au dessus de la moyenne nationale chez les hommes et les femmes et son évolution est spécifique dans ce territoire. Chez les hommes, alors qu'elle diminue régulièrement à l'échelle nationale ou régionale, elle a diminué en Dordogne durant la première décennie mais a augmenté de 2000 à 2005 avant de débuter une nouvelle période de baisse. Chez les femmes, alors qu'elle diminue régulièrement en France, elle est restée stationnaire entre 1995 et 2002 puis est entrée dans une phase de diminution.

La mortalité par suicide est la plus élevée dans les territoires de proximité du Ribéracois (24,5 pour 100 000) et du Bergeracois (21,9). Elle est également au dessus de la moyenne nationale sans présenter d'écart statistiquement significatif dans le Périgord Noir et le Nord Dordogne. Dans le territoire du Grand Périgueux, elle est très proche de la valeur moyenne nationale et régionale.

Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide de 1990-1991 à 2008-2010



Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation : ORS Aquitaine

Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux standardisés de mortalité en 2007-2011 (pour 100 000)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Aquitaine

	Nombre	Taux
Ribéracois	16	24,5 ^s
Bergeracois	27	21,9 ^s
Périgord Noir	19	19,5
Nord Dordogne	13	19,1
Grand Périgueux	19	16,4
DORDOGNE	94	19,9^s
Aquitaine	553	16,1
France métropolitaine	10 312	16,3

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide les plus élevés de la région

En 2013, le PMSI permet d'identifier 833 séjours pour tentative de suicide concernant 742 patients résidant en Dordogne. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 193,8 pour 100 000 habitants, soit le taux le plus élevé de la région (102,7 en Aquitaine). Pour les hommes (146,5) et les femmes (239,8), cette sur-hospitalisation s'observe à tous les âges mais le plus fortement entre 25 et 34 ans. Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide sont plus élevés chez les femmes, l'écart étant comparable à celui d'Aquitaine.

Près de 18 % des séjours ont une durée inférieure à un jour, 60 % durent un jour, 10 % deux jours. La gravité de l'état de santé a nécessité au moins trois jours d'hospitalisation pour 13 % des séjours. Les séjours d'un jour sont plus représentés en Dordogne qu'en Aquitaine, ceux de moins d'un jour ou de trois jours et plus le sont moins.

Près des deux tiers de séjours sont conclus par un retour à domicile mais près de 30 % ont été suivis d'une hospitalisation en psychiatrie et 6 % d'un transfert dans un autre établissement de court séjour. Les autres modalités de sorties, en établissement de soins de suite et autres, sont peu représentées. Cette répartition est proche de celle observée en Aquitaine. Dix personnes sont décédées durant l'hospitalisation.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Dordogne hospitalisées pour tentative de suicide en 2013

selon la durée du séjour	Dordogne		Aquitaine	
	Nombre	%	Nombre	%
moins d'un jour	149	17,9		24,9
1 jour	488	58,6		47,7
2 jours	87	10,4		9,2
3 jours ou plus	109	13,1		18,2
total	833	100,0		100,0

selon le mode de sortie	Dordogne		Aquitaine	
	Nombre	%	Nombre	%
domicile	530	63,6		60,4
psychiatrie	234	28,1		28,7
autre établissement MCO	50	6,0		7,9
décès	10	1,2		1,4
SSR*	8	1,0		1,2
autres**	1	0,1		0,4
total	833	100,0		100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Les intoxications médicamenteuses sont à l'origine de 87% des séjours pour tentative de suicide. Ce mode est plus représenté que dans l'ensemble aquitain, chez les hommes et les femmes, à l'opposé du recours aux objets tranchants. Les autres modes de tentative de suicide (noyade, pendaison, armes à feu...) sont peu fréquents.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Dordogne hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon le mode utilisé et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
auto-intox. médicaments	249	79,3	478	92,1
auto-intox. autres	21	6,7	15	2,9
objet tranchant	18	5,7	13	2,5
autres modes*	26	8,3	13	2,5
total	314	100,0	519	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* Pendaison, arme à feu, noyade...

Le croisement de données issues des établissements de court séjour et des établissements de psychiatrie montre que parmi les patients hospitalisés en MCO, les trois-quarts ont un diagnostic de troubles mentaux, le plus souvent des troubles de l'humeur, anxieux, liés à des facteurs de stress. Chez les hommes, les troubles de l'humeur et ceux liés à l'utilisation de substances psycho-actives ont un poids équivalent. Ce dernier type de troubles est plus représenté chez les hommes de Dordogne que ceux de l'ensemble aquitain.

La part de patients sans troubles « psy » (26 %) est proche de celle en Aquitaine (27 %).

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Dordogne hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement, et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	93	34,1	213	45,4
troubles liés à l'utilisation de subst. psycho-actives	88	32,2	67	14,3
autres troubles mentaux et du comportement	36	13,2	55	11,7
aucune indication de trouble psy.	56	20,5	134	28,6
total	273	100,0	469	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

GIRONDE

MORTALITÉ PAR SUICIDE

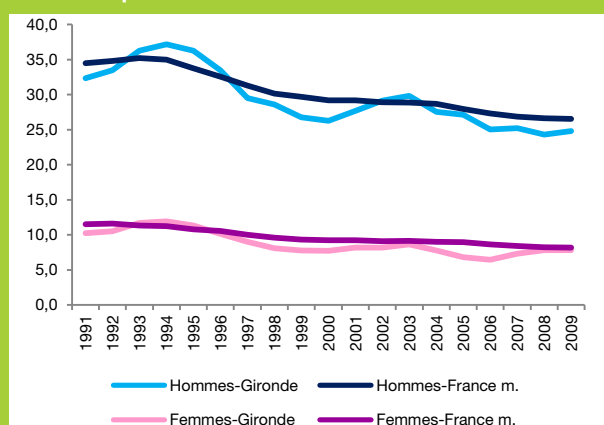
En-deçà des moyennes régionale et nationale mais très élevée dans le Libournais et le Nord-Gironde

Au cours de la période 2007-2011, 218 décès par suicide concernant des Girondins ont été enregistrés. Ils correspondent à un taux standardisé de mortalité de 14,9 pour 100 000, taux le plus faible parmi les territoires de santé d'Aquitaine et inférieur à la valeur nationale (16,3). Le taux masculin est établi à 24,6 pour 100 000, le taux féminin à 7,2 pour 100 000 (26,2 et 8,0 en France métropolitaine). Chez les hommes, la mortalité par suicide est inférieure à celle de France métropolitaine jusqu'à 55 ans puis lui est très proche au-delà de cet âge. Chez les femmes, c'est l'inverse, la sous-mortalité est marquée au-delà de 45 ans. Avant, elle est proche de la moyenne nationale.

Durant les vingt dernières années, la mortalité par suicide des Girondins a présenté des fluctuations aussi bien chez les hommes que les femmes. Entre le début et le milieu des années 1990, elle a augmenté et atteint un niveau supérieur à celui de France. Elle a ensuite diminué mais retrouvé une période de croissance au tournant des années 2000. Elle est aujourd'hui en deçà de la moyenne nationale pour les hommes et les femmes.

Dans les territoires de proximité de Gironde, le nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2011 s'étend de moins de 20 (Médoc, Nord Gironde) à plus de 30 (Bordeaux, Libournais). Les territoires de la communauté urbaine de Bordeaux et le Bassin présentent une mortalité inférieure à celle de la France métropolitaine ou d'Aquitaine. La mortalité est la plus élevée dans le Libournais mais aussi les territoires de Nord Gironde et du Médoc. Elle est proche de la valeur France ou Aquitaine dans les territoires de Bordeaux et Sud Gironde.

Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide de 1990-1991 à 2008-2010



Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation : ORS Aquitaine

Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux standardisés de mortalité en 2007-2011 (pour 100 000)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Aquitaine

	Nombre	Taux
Bassin	20	13,2 ^s
Bordeaux	33	14,9
CUB Nord Ouest	25	11,3 ^s
CUB Rive Droite	22	12,9 ^s
CUB Sud Ouest	27	11,5 ^s
Libournais	36	23,1 ^s
Médoc	16	18,6
Nord Gironde	18	20,8
Sud Gironde	21	16,2
GIRONDE	218	14,9^s
Aquitaine	553	16,1
France métropolitaine	10 312	16,3

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide proches des valeurs régionales

En 2013, le PMSI permet d'identifier 1 833 séjours pour tentative de suicide concernant 1 425 patients résidant en Gironde. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 97,7 pour 100 000 habitants, soit un taux proche de la moyenne régionale (102,7 en Aquitaine). Les taux standardisés sont plus élevés chez les femmes (123,5) que les hommes (71,8), l'écart étant comparable à celui d'Aquitaine.

Près d'un tiers des séjours ont une durée inférieure à un jour, 40 % durent un jour, 8 % deux jours. La gravité de l'état de santé a nécessité au moins trois jours d'hospitalisation pour 21 % des séjours. Les séjours de moins d'un jour sont plus représentés en Gironde qu'en Aquitaine, ceux d'un jour le sont moins.

Les deux tiers de séjours sont conclus par un retour à domicile mais un quart ont été suivis d'une hospitalisation en psychiatrie et 7 % d'un transfert dans un autre établissement de court séjour. Les autres modalités de sorties, en établissement de soins de suite et autres, sont peu représentés. La part des retours à domicile est plus élevée que celle observée en Aquitaine. Le nombre de décès en cours d'hospitalisation s'élève à 23.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Gironde hospitalisées pour tentative de suicide en 2013

selon la durée du séjour	Gironde		Aquitaine
	Nombre	%	%
moins d'un jour	569	31,0	24,9
1 jour	718	39,2	47,7
2 jours	154	8,4	9,2
3 jours ou plus	392	21,4	18,2
total	1 833	100,0	100,0

selon le mode de sortie	Gironde		Aquitaine
	Nombre	%	%
domicile	1 201	65,5	60,4
psychiatrie	450	24,5	28,7
autre établissement MCO	133	7,3	7,9
décès	23	1,3	1,4
SSR*	21	1,1	1,2
autres**	5	0,3	0,4
total	1 833	100,0	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Les intoxications médicamenteuses sont à l'origine des trois quarts des séjours pour tentative de suicide. Ce

mode est moins représenté que dans l'ensemble aquitain, chez les hommes et les femmes, à l'opposé du recours aux objets tranchants. Les autres modes de tentative de suicide (noyade, pendaison, armes à feu...) sont peu fréquents.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Gironde hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon le mode utilisé et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
auto-intox. médicaments	403	69,4	966	77,1
auto-intox. autres	70	12,1	64	5,1
objet tranchant	52	9,0	203	16,2
autres modes*	55	9,5	20	1,6
total	580	100,0	1 253	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* Pendaison, arme à feu, noyade...

Le croisement de données issues des établissements de court séjour et des établissements de psychiatrie montre que parmi les patients hospitalisés, 70% ont un diagnostic de troubles mentaux, le plus souvent des troubles de l'humeur, anxieux, liés à des facteurs de stress. Les troubles de l'humeur ont un poids moins important chez les hommes que chez les femmes à l'opposé des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

La part de patients sans troubles « psy » (30 %) est un peu plus élevée qu'en Aquitaine (27 %).

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Gironde hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	176	35,1	447	48,4
troubles liés à l'utilisation de subst. psycho-actives	116	23,1	105	11,4
autres troubles mentaux et du comportement	67	13,3	92	10,0
aucune indication de trouble psy.	143	28,5	279	30,2
total	502	100,0	923	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

LANDES

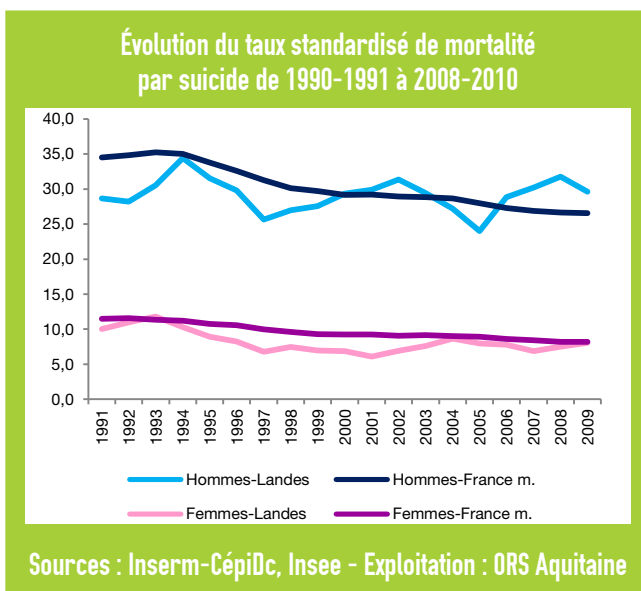
MORTALITÉ PAR SUICIDE

Plus élevée qu'en France, notamment dans le territoire Est

Au cours de la période 2007-2011, 74 décès par suicide concernant des Landais ont été enregistrés. Ils correspondent à un taux standardisé de mortalité de 18,2 pour 100 000, l'un des plus élevés parmi les territoires de santé d'Aquitaine (2^e rang après la Dordogne) et supérieur à la moyenne nationale ou régionale. Le taux masculin est établi à 28,3 pour 100 000, le taux féminin à 8,1 pour 100 000 (26,3 et 8,0 en France métropolitaine). Chez les hommes, la sur-mortalité par rapport à la moyenne nationale est marquée pour ceux de 25-34 ans et de 45-54 ans. Chez les femmes, il existe une surmortalité chez les 25-34 ans.

Durant les vingt dernières années, la mortalité par suicide des Landais a présenté des fluctuations. Chez les hommes, trois périodes de croissance suivies d'une diminution se sont succédées, la première au début des années 1990 puis au tournant des années 2000. La troisième à partir de 2005 conduit à un taux supérieur à celui de la France aujourd'hui. Chez les femmes, la mortalité par suicide a davantage diminué qu'en France durant les dix premières années mais elle a augmenté au début des années 2000 et atteint aujourd'hui un niveau proche de la valeur nationale.

Dans les territoires de proximité des Landes, le nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2011 s'étend de 12 dans le territoire Nord à 37 dans le territoire Sud. La mortalité par suicide est plus élevée que dans l'ensemble de la région ou la France dans les territoires Nord et Sud où l'écart statistiquement significatif par rapport à la valeur France.



Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux standardisés de mortalité en 2007-2011 (pour 100 000)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Aquitaine

	Nombre	Taux
Territoire de coordination Est	24	20,8 ^s
Territoire de coordination Nord	12	18,8
Territoire de coordination Sud	37	16,7
LANDES	73	18,2^s
Aquitaine	553	16,1
France métropolitaine	10 312	16,3

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide proches des valeurs moyennes régionales

En 2013, le PMSI permet d'identifier 374 séjours en séjours pour tentative de suicide concernant 335 patients résidant dans les Landes. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 90,6 pour 100 000 Landais, soit un taux proche de la moyenne régionale (102,7 en Aquitaine). Il est plus élevé chez les femmes (109,0) que les hommes (72,7), l'écart entre les deux étant comparable à celui d'Aquitaine.

Près de la moitié des séjours ont une durée d'un jour, 20 % une durée inférieure à un jour, 13 % de deux jours. La gravité de l'état de santé a nécessité au moins trois jours d'hospitalisation pour 19 % des séjours. Les séjours de moins d'un jour sont moins représentés dans les Landes qu'en Aquitaine, ceux de deux jours le sont davantage.

Près des deux tiers de séjours sont conclus par un retour à domicile mais un quart ont été suivis d'une hospitalisation en psychiatrie et 7 % d'un transfert dans un autre établissement de court séjour. Les autres modalités de sorties, en établissement de soins de suite et autres, sont peu représentés. Cette répartition est proche de celle observée en Aquitaine. Le nombre de décès en cours d'hospitalisation s'élève à 7.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant dans les Landes hospitalisées pour tentative de suicide en 2013

selon la durée du séjour	Landes		Aquitaine
	Nombre	%	%
moins d'un jour	80	21,4	24,9
1 jour	174	46,5	47,7
2 jours	48	12,8	9,2
3 jours ou plus	72	19,3	18,2
total	374	100,0	100,0

selon le mode de sortie	Landes		Aquitaine
	Nombre	%	%
domicile	239	63,9	60,4
psychiatrie	95	25,4	28,7
autre établissement MCO	28	7,5	7,9
décès	7	1,9	1,4
SSR*	2	0,5	1,2
autres**	3	0,8	0,4
total	374	100,0	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Les intoxications médicamenteuses sont à l'origine de 82 % des séjours pour tentative de suicide. Ce mode

est moins représenté chez les hommes que les femmes, à l'opposé du recours aux objets tranchants, deuxième mode de tentative de suicide. Les autres modes sont peu représentés parmi les séjours hospitaliers. Cette répartition est proche de celle observée pour l'ensemble aquitain.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant dans les Landes hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon le mode utilisé et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
auto-intox. médicaments	105	70,9	202	89,3
auto-intox. autres	5	3,4	7	3,1
objet tranchant	20	13,5	11	4,9
autres modes*	8	12,2	6	2,7
total	148	100,0	226	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* Pendaïson, arme à feu, noyade...

Le croisement de données issues des établissements de court séjour et des établissements de psychiatrie montre que parmi les patients hospitalisés, les trois-quarts ont un diagnostic de troubles mentaux, le plus souvent des troubles de l'humeur, anxieux, liés à des facteurs de stress. Les troubles de l'humeur ont un poids moins important chez les hommes que chez les femmes à l'opposé des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

La part de patients sans troubles « psy » (24 %) est un peu moins élevée qu'en Aquitaine (27 %).

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant dans les Landes hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	58	43,9	124	61,1
troubles liés à l'utilisation de subst. psycho-actives	32	24,2	19	9,4
autres troubles mentaux et du comportement	13	9,9	10	4,9
aucune indication de trouble psy.	29	22,0	50	24,6
total	132	100,0	203	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

LOT-ET-GARONNE

MORTALITÉ PAR SUICIDE

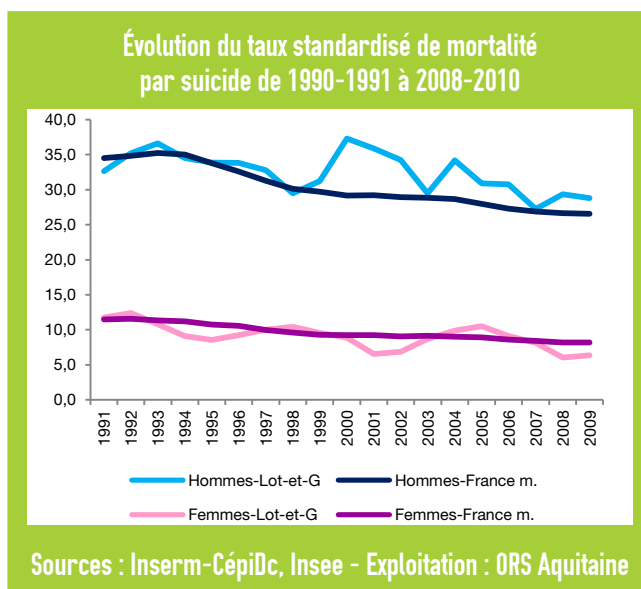
Élevée chez les hommes, notamment les jeunes

Au cours de la période 2007-2011, 62 décès par suicide concernant des habitants du Lot-et-Garonne ont été enregistrés. Ils correspondent à un taux standardisé de mortalité de 16,8 pour 100 000, l'un des plus élevés parmi les territoires de santé d'Aquitaine (3^e rang après la Dordogne et les Landes) et au-dessus de la moyenne nationale (16,3). Le taux masculin est établi à 28,6 pour 100 000, le taux féminin à 6,5 pour 100 000 (26,2 et 8,0 en France métropolitaine). Chez les hommes, la sur-mortalité par rapport à la moyenne nationale est très marquée chez ceux de moins de 35 ans. Chez les femmes, elle est inférieure à celle des Françaises jusqu'à 45-54 ans.

La mortalité par suicide des Lot-et-Garonnais a suivi la tendance nationale de diminution durant les années 1990. Mais alors qu'elle continue à régresser en France, elle a fortement progressé dans le territoire autour de l'an 2000 et elle diminue depuis, restant au dessus des taux nationaux.

Chez les femmes, la mortalité par suicide suit la tendance nationale de baisse, tout en présentant des fluctuations, l'amenant au dessus puis au dessous des taux nationaux.

Le nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2011 est d'environ 20 dans chaque territoire de proximité. Le territoire du Marmandais présente une mortalité au dessus de la moyenne nationale (écart non significatif). Dans les deux autres territoires, elle est très proche des valeurs moyennes nationale et régionale.



Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux standardisés de mortalité en 2007-2011 (pour 100 000)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Aquitaine

	Nombre	Taux
Agenais	22	16,0
Marmandais	22	18,7
Villeneuvois	18	15,5
LOT-ET-GARONNE	62	16,8
Aquitaine	553	16,1
France métropolitaine	10 312	16,3

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide parmi les plus élevés de la région

En 2013, le PMSI permet d'identifier 529 séjours pour tentative de suicide concernant 447 patients résidant en Lot-et-Garonne. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 145,0 pour 100 000 habitants, soit un taux élevé dans l'ensemble régional (102,7 en Aquitaine). Il est plus élevé chez les femmes (172,5) que les hommes (115,0), l'écart étant moins marqué que celui observé pour la région.

Près de 60 % des séjours ont une durée d'un jour, 19 % une durée inférieure à un jour, 9 % de deux jours. La gravité de l'état de santé a nécessité au moins trois jours d'hospitalisation pour 14 % des séjours. Les séjours de moins d'un jour sont moins représentés dans le Lot-et-Garonne qu'en Aquitaine, ceux d'un jour le sont davantage.

Dans le Lot-et-Garonne, moins de la moitié des séjours sont conclus par un retour à domicile, 40 % ont été suivis d'une hospitalisation en psychiatrie et 12,5 % d'un transfert dans un autre établissement de court séjour. Les autres modalités de sorties, en établissement de soins de suite et autres, sont peu représentées. Cette répartition est éloignée de celle observée en Aquitaine. Les retours à domicile sont moins fréquents dans le Lot-et-Garonne contrairement aux séjours suivis d'une hospitalisation.

Le nombre de décès en cours d'hospitalisation s'élève à 9.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Lot-et-Garonne hospitalisées pour tentative de suicide en 2013

selon la durée du séjour	Lot-et-Garonne		Aquitaine
	Nombre	%	%
moins d'un jour	102	19,3	24,9
1 jour	306	57,8	47,7
2 jours	47	8,9	9,2
3 jours ou plus	74	14,0	18,2
total	529	100,0	100,0
selon le mode de sortie	Nombre	%	%
domicile	232	43,8	60,4
psychiatrie	212	40,1	28,7
autre établissement MCO	66	12,5	7,9
décès	9	1,7	1,4
SSR*	4	0,8	1,2
autres**	6	1,1	0,4
total	529	100,0	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Les intoxications médicamenteuses sont à l'origine de 84 % des séjours pour tentative de suicide. Ce mode est moins représenté chez les hommes que les femmes, à l'opposé du recours aux objets tranchants, deuxième mode de tentative de suicide. Les autres modes sont peu représentés parmi les séjours hospitaliers. Le recours aux objets tranchants est moins fréquent que dans l'ensemble aquitain.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Lot-et-Garonne hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon le mode utilisé et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
auto-intox. médicaments	157	76,6	285	88,0
auto-intox. autres	20	9,8	17	5,2
objet tranchant	15	7,3	14	4,3
autres modes*	13	6,3	8	2,5
total	205	100,0	324	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* Pendaïson, arme à feu, noyade...

Le croisement de données issues des établissements de court séjour et des établissements de psychiatrie montre que parmi les patients hospitalisés, près des trois-quarts ont un diagnostic de troubles mentaux, le plus souvent des troubles de l'humeur, anxieux, liés à des facteurs de stress. Les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, diagnostiqués chez 17 % des patients ayant fait une tentative de suicide en 2013, sont plus représentés chez les hommes (26 % que les femmes (12 %). Chez elles, les troubles de l'humeur ont un poids plus important que chez les hommes ainsi que l'absence de troubles « psy ». La part de patients sans troubles « psy » (28 %) est proche de celle d'Aquitaine (27 %).

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Lot-et-Garonne hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement, et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	69	40,1	132	48,0
troubles liés à l'utilisation de subst. psycho-actives	44	25,6	34	12,4
autres troubles mentaux et du comportement	18	10,5	26	9,4
aucune indication de trouble psy.	41	23,8	83	30,2
total	172	100,0	275	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

BÉARN-SOULE

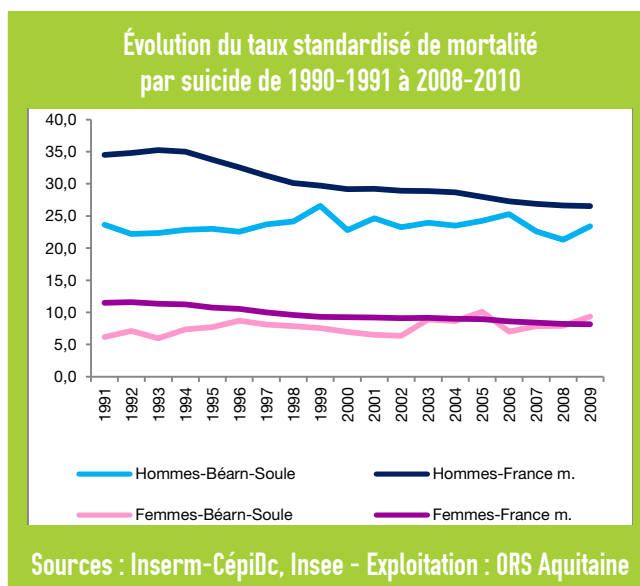
MORTALITÉ PAR SUICIDE

En-deçà des moyennes régionale et nationale, notamment chez les hommes

Au cours de la période 2007-2011, 58 décès par suicide concernant des habitants du Béarn-Soule ont été enregistrés. Ils correspondent à un taux standardisé de mortalité de 14,1 pour 100 000, l'un des plus faibles parmi les territoires de santé d'Aquitaine, inférieur à la valeur nationale (16,3). Le taux masculin est établi à 23,2 pour 100 000, le taux féminin à 7,8 pour 100 000. Si la mortalité masculine est également l'une des plus faibles des territoires de santé aquitains avec Navarre-Côte basque (26,2 en France métropolitaine), celle des femmes est proche de la moyenne nationale (8,0) et aquitaine (7,7). Chez les hommes, la sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale existe à tous les âges sauf entre 45-54 ans. Chez les femmes, une sur-mortalité concerne les femmes de 25-44 ans.

Durant les vingt dernières années, la mortalité par suicide des habitants de Navarre-côte basque est restée stable alors qu'elle a diminué en France. Mais au début de la période, les taux de mortalité du territoire étaient chez les hommes et les femmes très en deçà des valeurs nationales. La mortalité masculine reste inférieure à celle de France. Chez les femmes, la mortalité par suicide a augmenté dans les années 2000 et elle est depuis très proche voire au dessus de la valeur nationale.

Le nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2011 s'étend de 11 dans trois territoires de proximité à 25 dans le territoire de Pau – Agglomération. Le taux standardisé de mortalité est élevé dans le territoire d'Oloron – Haut Béarn sans présenter d'écart statistique significatif à la valeur nationale. Dans les autres territoires, le taux lui est inférieur mais les faibles effectifs ne permettent pas la mise en évidence d'écart statistique significatif.



Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux standardisés de mortalité en 2007-2011 (pour 100 000)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Aquitaine

	Nombre	Taux
Béarn Adour	11	14,9
Est Béarn	11	14,1
Oloron / Haut Béarn	11	18,1
Pau et agglomération	25	14,0
BÉARN-SOULE	58	14,7
Aquitaine	553	16,1
France métropolitaine	10 312	16,3

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide les plus faibles de la région

En 2013, le PMSI permet d'identifier 123 séjours pour tentative de suicide concernant 117 patients résidant en Béarn-Soule. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 31,7 pour 100 000 habitants, soit un taux très faible dans l'ensemble régional (102,7 en Aquitaine). Il est plus élevé chez les femmes (37,3) que chez les hommes (26,3), l'écart étant moins marqué que dans la région.

L'écart important entre les valeurs régionale et de Béarn-Soule pourrait être dû à une part élevée dans ce territoire de patients directement adressés et accueillis au centre hospitalier des Pyrénées.

La moitié des séjours a une durée d'un jour, 20 % une durée inférieure à un jour, 5 % de deux jours. La gravité de l'état de santé a nécessité au moins trois jours d'hospitalisation pour 25 % des séjours. Les séjours d'au moins trois jours sont plus représentés en Béarn-Soule qu'en Aquitaine, ainsi que ceux de deux jours.

Près 60 % des séjours sont conclus par un retour à domicile mais un quart ont été suivis d'une hospitalisation en psychiatrie et 12 % d'un transfert dans un autre établissement de court séjour. Les autres modalités de sorties, en établissement de soins de suite et autres, sont peu représentés. Cette répartition est proche de celle observée en Aquitaine. Deux décès ont eu lieu en cours d'hospitalisation.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Béarn-Soule hospitalisées pour tentative de suicide en 2013

selon la durée du séjour	Béarn-Soule		Aquitaine
	Nombre	%	%
moins d'un jour	25	20,3	24,9
1 jour	61	49,6	47,7
2 jours	6	4,9	9,2
3 jours ou plus	31	25,2	18,2
total	123	100,0	100,0

selon le mode de sortie	Béarn-Soule		Aquitaine
	Nombre	%	%
domicile	73	59,4	60,4
psychiatrie	30	24,4	28,7
autre établissement MCO	15	12,2	7,9
décès	2	1,6	1,4
SSR*	3	2,4	1,2
autres**	0	0,0	0,4
total	123	100,0	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Les auto-intoxications médicamenteuses sont à l'origine de 84 % des séjours pour tentative de suicide. Le deuxième mode est le recours aux objets tranchants (10%). Les auto-intoxications médicamenteuses sont plus représentées chez les femmes que les hommes, à l'opposé des autres modes de tentative de suicide. Cette répartition est comparable à celle de la région.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Béarn-Soule hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon le mode utilisé et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
auto-intox. médicaments	38	79,1	65	86,7
auto-intox. autres	4	8,3	1	1,3
objet tranchant	3	6,3	9	12,0
autres modes*	3	6,3	0	0,0
total	48	100,0	75	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* Pendaïson, arme à feu, noyade...

Le croisement de données issues des établissements de court séjour et des établissements de psychiatrie montre que près de 70 % des patients hospitalisés ont un diagnostic de troubles mentaux, le plus souvent des troubles de l'humeur, anxieux, liés à des facteurs de stress. Les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (14 % des patients) sont plus représentés chez les hommes (21 %) que chez les femmes (9 %). Chez elles, les troubles de l'humeur ont un poids plus important que chez les hommes.

La part de patients sans troubles « psy » est un peu plus élevée (32 %) qu'en Aquitaine (27 %).

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Béarn-Soule hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement, et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	17	36,1	32	45,7
troubles liés à l'utilisation de subst. psycho-actives	10	21,3	6	8,6
autres troubles mentaux et du comportement	7	14,9	8	11,4
aucune indication de trouble psy.	13	27,7	24	34,3
total	47	100,0	70	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

NAVARRRE-CÔTE BASQUE

MORTALITÉ PAR SUICIDE

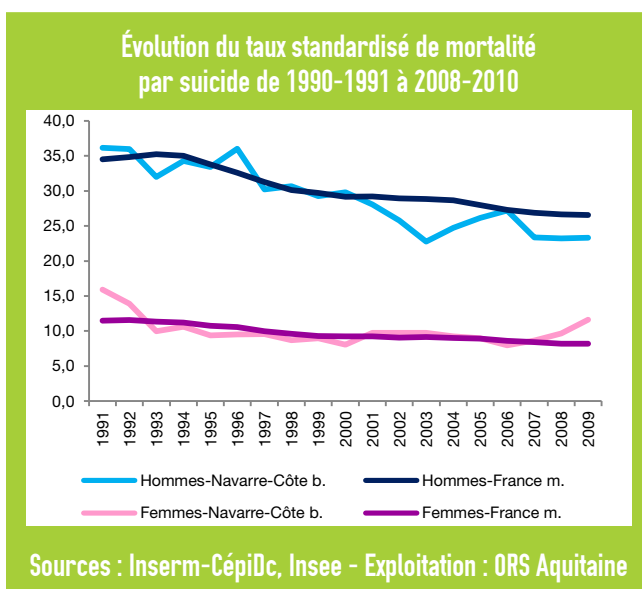
Le taux le plus élevé chez les femmes

Au cours de la période 2007-2011, 47 décès par suicide concernant des habitants de Navarre-Côte basque ont été enregistrés. Ils correspondent à un taux standardisé de mortalité de 15,5 pour 100 000, l'un des plus faibles parmi les territoires de santé d'Aquitaine. Le taux masculin est établi à 23,3 pour 100 000, le taux féminin à 9,4 pour 100 000. Si la mortalité masculine est la plus faible des territoires de santé aquitains, celle des femmes est la plus élevée (26,2 et 8,0 en France métropolitaine). Chez les hommes, la sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale existe à tous les âges mais est très marquée chez ceux 45-64 ans. Chez les femmes, la sur-mortalité est forte chez celles de 35-44 ans.

Durant les vingt dernières années, la mortalité par suicide des habitants de Navarre-Côte basque a suivi la tendance à la baisse observée en France. Chez les hommes, la diminution s'est davantage marquée dans les années 2000, période durant laquelle la mortalité devient inférieure à celle de la France.

Chez les femmes, la mortalité par suicide suit la tendance nationale de baisse, mais depuis 2008, elle progresse dans le territoire alors que la diminution se poursuit en France.

Le nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2011 est de 9 dans le territoire de proximité de Basse-Navarre ; il correspond à un taux standardisé élevé dans l'ensemble des territoires aquitains. Le faible effectif ne permet de mettre en évidence un écart significatif à la moyenne nationale. Les 38 décès par suicide en Côte basque-Labourd correspondent à un taux de 15,1, soit un taux inférieur à la valeur nationale mais sans différence statistiquement significative.



Nombres annuels moyens de décès par suicide et taux standardisés de mortalité en 2007-2011 (pour 100 000)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Aquitaine

	Nombre	Taux
Basse-Navarre	9	17,6
Côte basque / Labourd	38	15,1
NAVARRRE-CÔTE BASQUE	47	15,5
Aquitaine	553	16,1
France métropolitaine	10 312	16,3

s : différence significative au seuil de 5 % avec la valeur de France métropolitaine

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide parmi les plus faibles de la région

En 2013, le PMSI permet d'identifier 210 séjours pour tentative de suicide concernant 194 patients résidant en Navarre-Côte basque. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour tentative de suicide s'établit à 71,6 pour 100 000 habitants, soit un taux faible dans l'ensemble régional (102,7 en Aquitaine). Le taux standardisé est plus élevé chez les femmes (96,9) que les hommes (45,0), l'écart étant plus marqué que celui observé pour la région.

Plus de la moitié des séjours ont une durée d'un jour, 23 % une durée inférieure à un jour, 8 % de deux jours. La gravité de l'état de santé a nécessité au moins trois jours d'hospitalisation pour 16 % des séjours. Les séjours d'un jour sont plus représentés en Navarre-Côte basque qu'en Aquitaine, les autres le sont moins.

Le territoire de Navarre-Côte basque est le seul où la part de séjours conclus par un retour à domicile n'est pas la plus élevée. Dans ce territoire en effet, ce sont les séjours suivis d'une hospitalisation en psychiatrie qui sont les plus représentés (46 %) devant les retours à domicile (40 %). Les séjours suivis d'un transfert vers un autre établissement de MCO représentent 9 % de l'ensemble. Les autres modalités de sorties, en établissement de soins de suite et autres, sont peu représentées. Cette répartition est spécifique par rapport à celles observées dans les autres territoires de santé aquitains. Trois décès ont eu lieu en cours d'hospitalisation.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Navarre-Côte basque hospitalisées pour tentative de suicide en 2013

selon la durée du séjour	Navarre-Côte basque		Aquitaine
	Nombre	%	%
moins d'un jour	48	22,9	24,9
1 jour	112	53,3	47,7
2 jours	16	7,6	9,2
3 jours ou plus	34	16,2	18,2
total	210	100,0	100,0
selon le mode de sortie	Nombre	%	%
domicile	84	40,0	60,4
psychiatrie	97	46,2	28,7
autre établissement MCO	18	8,6	7,9
décès	3	1,4	1,4
SSR*	8	3,8	1,2
autres**	0	0,0	0,4
total	210	100,0	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* SSR : Soins de suite et de réadaptation

** Soins de longue durée, autre moyen séjour

Les intoxications médicamenteuses sont à l'origine de 90 % des séjours pour tentative de suicide. Ce mode est moins représenté chez les hommes que les femmes. En Aquitaine, les auto-intoxications médicamenteuses sont moins représentées et le recours aux objets tranchants est à l'origine de près de 10 % des tentatives de suicide hospitalisées.

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Navarre-Côte basque hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon le mode utilisé et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
auto-intox. médicaments	56	84,8	132	91,6
auto-intox. autres	4	6,1	3	2,1
objet tranchant	1	1,5	1	0,7
autres modes*	5	7,6	8	5,6
total	66	100,0	144	100,0

Sources : PMSI-MCO (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine

* Pendaïson, arme à feu, noyade...

Le croisement de données issues des établissements de court séjour et des établissements de psychiatrie montre que parmi les patients hospitalisés, plus de 85 % ont un diagnostic de troubles mentaux, le plus souvent des troubles de l'humeur, anxieux, liés à des facteurs de stress. Les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, diagnostiqués chez 14 % des patients ayant fait une tentative de suicide en 2013, sont plus représentés chez les hommes (24 %) que les femmes (10 %). Chez elles, les troubles de l'humeur ont un poids plus important que chez les hommes. La part de patients sans troubles « psy » est plus faible (13 %) qu'en Aquitaine (27 %).

Nombre et répartition des séjours de personnes résidant en Navarre-Côte basque hospitalisées pour tentative de suicide en 2013, selon l'existence de troubles mentaux ou du comportement, et le sexe

	Hommes		Femmes	
	nombre	%	nombre	%
troubles de l'humeur, névrotiques, liés à des facteurs de stress...	26	44,1	94	69,6
troubles liés à l'utilisation de subst. psycho-actives	14	23,7	13	9,6
autres troubles mentaux et du comportement	10	16,9	11	8,2
aucune indication de trouble psy.	9	15,3	17	12,6
total	59	100,0	135	100,0

Sources : PMSI-MCO, RIM-P (ARS Aquitaine) - Exploitation : ORS Aquitaine



Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité de pilotage, l'ARS Aquitaine, la Cire Aquitaine et l'Oru Aquitaine, ainsi que l'ORS Poitou-Charentes pour la fourniture des données sur les personnes incarcérées.

Ressources documentaires

Aouba A, Péquino F, Camelin L, Jouglu E, *Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006*, BEH 2011 ; 47-48 : 497-500

Aouba A, Péquino F, Camelin L, Laurent F, Jouglu E, *La mortalité par suicide en France en 2006*, Drees, Études et résultats n° 702, septembre 2009, 8 p.

ARS Aquitaine, *PRS 2012-2015*, 2011, 44 p.

Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA, *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire, Acquis des sciences sociales et perspectives*, Nouvelle édition 2014, Inpes, Collection Santé en action, 146 p.

Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T, *Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010*, BEH 2011 ; 47-48 : 488-492

Bossard C, Cohidon C, Santin G, *Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire*, Institut de veille sanitaire, 2013, 26 p.

Bossard C, Santin G, Guseva Canu I, *Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats*, Institut de veille sanitaire, 2013, 26 p.

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*, Institut de veille sanitaire ; 2014, 51 p.

Cohidon C, Rabet G, Caillet C, Imbernon E, *Risque suicidaire et activité professionnelle*, BEH 2011 ; 47-48 : 501-504

Cotrim d'Aquitaine, *Lettre d'information n° 7*, avril 2014, 2p.

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° 154, 2014, 43 p.

Drees, *L'état de santé de la population en France, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport 2011, Objectif 92, Suicides*, p 322-323.

Fnors, *Panorama des travaux sur le suicide et les tentatives de suicide dans le réseau des ORS*, 2014, 14 p.

Ministères du Travail, de l'emploi et de la santé, de la Solidarité et de la cohésion sociale, *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, 2011, 42 p.

Ministères du Travail, de l'emploi et de la santé, de la Justice et des libertés, de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la vie associative, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, de la Solidarité et de la cohésion sociale, de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*, 2011, 96 p.

Observatoire national du suicide, *Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1^{er} rapport*, novembre 2014, 219 p.

OMS, *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial*, 2014, 93 p.

OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2010*, 2013, 52 p.

Riccardis (de) N, *Profils et trajectoires des personnes ayant eu des idées suicidaires*, Enquête SIP, Drees, Études et résultats n° 886, juillet 2014, 6 p.

RÉSUMÉ

5,5 % des Aquitains ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie.

10 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de la dernière année.

3 260 Aquitains hospitalisés dans les services de médecine ou chirurgie suite à une tentative de suicide, dont 64 % de femmes.

Le taux de patients hospitalisés est très élevé chez les jeunes filles de 15-19 ans et chez les hommes et les femmes autour de 45 ans.

Des taux standardisés d'Aquitains hospitalisés pour tentative de suicide très différents selon les territoires de santé.

Un retour à domicile à la suite de 60 % des séjours hospitaliers pour TS.

20% des séjours durent au moins trois jours.

L'auto-intoxication médicamenteuse est le mode de tentative de suicide à l'origine de 80 % des séjours hospitaliers.

Les trois quarts des patients hospitalisés pour une TS souffrent de pathologies psychiques.

565 Aquitains morts par suicide chaque année, dont 75 % d'hommes.

Les taux de décès par suicide sont les plus élevés chez les personnes âgées.

La mortalité est proche de la moyenne nationale mais une sur-mortalité existe en Dordogne, une sous-mortalité en Gironde.

La pendaison est à l'origine de la moitié des décès, suivie de l'utilisation d'armes à feu chez les hommes et d'auto-intoxications médicamenteuses chez les femmes.

JANVIER 2015

**OBSERVATOIRE
RÉGIONAL DE LA SANTÉ
D'AQUITAINE**

Espace Rodesse
103 ter rue Belleville
33000 BORDEAUX
Tél. 05 56 56 99 60
fax : 05 56 56 99 61
contact@ors-aquitaine.org
www.ors-aquitaine.org

Document réalisé avec
le soutien financier de l'Agence régionale de santé
d'Aquitaine