



Février 2017

Tentatives de suicide prises en charge dans les services d'urgence des Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol

Recueil 2011-2015

Etude réalisée avec le soutien du Conseil Régional et de
l'Agence Régionale de Santé Bretagne



Remerciements :

Nous tenons à remercier vivement la Fondation Bon Sauveur de Bégard et notamment Monsieur COQUELIN, Cadre de santé et animateur de la cellule suicidant, l'ensemble des médecins et soignants de cette même cellule, les équipes soignantes des Centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion ainsi que Madame LE CORRE du Département d'information médicale (DIM) de Bégard qui ont organisés et mis en œuvre le recueil de données entre le 01/01/2011 et le 31/12/2015 au sein des urgences des 3 hôpitaux, permettant ainsi à l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne d'exploiter ces données.

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

Rédaction

Léna Pennognon : Chargée d'études, ORS Bretagne

Étude réalisée sous la direction de Monsieur Philippe Clappier, Directeur adjoint, ORS Bretagne

Conception graphique

Élisabeth Quéguiner : Chargée d'études et de communication, ORS Bretagne

Etude financée par le Conseil Régional de Bretagne et par l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Contexte et objectifs	Page 5
Matériel et méthode	Page 7
Présentation de la cohorte 2011-2015	Page 9
Cohorte 2011-2015 et poids de la récurrence	page 10
Évolution de l'incidence	page 11
Évolution de la mortalité par suicide	page 11
Caractéristiques de la cohorte 2011-2015	Page 13
Origine géographique des séjours et des patients pris en charge	Page 14
Contexte sociodémographique	Page 16
Sexe et âge	Page 16
Contexte familial	Page 17
Contexte socioprofessionnel	Page 18
Précarité et accès aux soins	Page 19
Contexte clinique et modalités du passage à l'acte	Page 20
Contexte clinique	Page 20
Modalités de la tentative de suicide	Page 23
Facteurs de risque de la récurrence	Page 25
Contexte sociodémographique	Page 26
Sexe et âge	Page 26
Contexte familial	Page 26
Contexte socioprofessionnel	Page 26
Précarité et accès aux soins	Page 26
Contexte clinique	Page 27
Antécédents psychiatriques	Page 27
Traitements médicamenteux psychiatriques	Page 27
Prise en charge des patients	Page 29
Provenance et prise en charge immédiate	Page 30
Mode de sortie du service des urgences	Page 31
Information délivrée au médecin traitant	Page 32
Orientation des patients	Page 33

Procédure de suivi des patients **Page 35**

Mise en place et acceptabilité de la procédure de suivi	Page 36
Acceptabilité de la procédure de suivi	Page 37
Réalisation de la procédure de suivi	Page 37
Perception des patients	Page 38
Risque de récurrence à 6 mois et à 12 mois après l'inclusion dans la cohorte : impact du protocole de suivi	Page 39

Synthèse **Page 41**

Annexes **Page 45**

Annexe 1 : Arbre décisionnel d'inclusion-exclusion pour l'étude de l'impact du protocole de suivi à 6 mois et à 12 mois	Page 46
Annexe 2 : Cartographie des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile	Page 48
Annexe 3 : Cartographie de l'offre de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie générale et infanto-juvénile	Page 49
Annexe 4 : Table des illustrations	Page 50

L'étude dont le présent rapport rend compte s'inscrit dans le cadre, d'une part des priorités régionales relatives à la prévention de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire, d'autre part des orientations liées à la conférence de consensus relative à la prévention du suicide en Bretagne.

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, il n'existe pas de recensement des tentatives de suicide. Toutefois, la Fondation Bon Sauveur située à Bégard (Côtes-d'Armor), a soutenu l'initiative d'une expérience innovante de dénombrement et de description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge au sein des services d'urgence des centres hospitaliers généraux de Guingamp, Paimpol et Lannion situés dans les secteurs psychiatriques dont elle est l'établissement de rattachement¹. Ces secteurs psychiatriques recouvrent en grande partie la géographie de deux pays de Bretagne (les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo), parmi les plus concernés par le phénomène suicidaire en région et dont certaines communautés de communes font l'objet d'expérimentations dans l'objectif de réduire les tentatives de suicide et la mortalité liée au phénomène suicidaire.

Après une première étude réalisée sur la période 2005-2007², un recueil de données exhaustif et pérenne concernant les tentatives de suicide prises en charge au sein des services d'urgences des trois hôpitaux s'est mis en place en concertation et en coordination avec les équipes soignantes à partir du 1^{er} janvier 2011.

L'analyse réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne rend compte du recueil effectué au cours des cinq années de recueil entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2015. Elle a pour objectifs de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgence des trois établissements de santé, d'étudier leurs profils ainsi que les modalités de leur prise en charge en portant une attention particulière au phénomène de la récurrence. Elle permet par ailleurs de porter un regard évaluatif sur l'impact d'une action de prévention de la récurrence mise en œuvre au sein des services concernés.

Cette étude permettra ainsi de compléter les informations déjà connues relatives au suicide en région Bretagne (notamment via les études s'appuyant sur l'analyse de la mortalité ainsi que celles relatives aux hospitalisations), en améliorant la connaissance du processus suicidaire (tentatives et récurrences), afin d'aider les politiques de prévention par une meilleure identification de la crise suicidaire et des modalités de sa prise en charge.

¹ Les secteurs psychiatriques concernés par les hôpitaux de l'étude et dont l'établissement de rattachement est le CH Fondation Bon Sauveur à Bégard sont :

- Le secteur psychiatrique G01 regroupant les cantons* de Lannion, Perros-Guirec, Plouaret et Plestin Les Grèves.
- Le secteur psychiatrique G02 regroupant les cantons* de Guingamp, Bégard, Quintin, Châteaulaudren, Callac, Belle-Ile-en-Terre, Plouagat et Bourbriac.
- Le secteur psychiatrique G03 regroupant les cantons* de Paimpol, Tréguier, Etables sur Mer, Lézardrieux, Lanvollon, Pontrieux, Plouha et La Roche Derrien.

*Cantons selon la délimitation géographique avant la redéfinition des limites cantonales intervenue en 2014.

² «Étude du phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo». Observatoire Régional de Santé de Bretagne. Juillet 2009.

■ Champ de l'enquête et population cible

Le recueil de données a consisté en l'enregistrement de tous les passages des personnes présentant une lésion auto-infligée ou une auto-intoxication témoins de l'intention de vouloir mettre fin à sa vie au sein des services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion. Passages identifiés et validés par un membre de l'équipe psychiatrique de l'Antenne Médico-Psychologique (AMP). Le cas spécifique de l'inclusion des patients entrés pour intoxication par alcool et exposition à l'alcool (code CIM10 = X65) étant conditionnée par la déclaration, par la personne concernée, de l'intention de la tentative de suicide. Enfin, les personnes décédées suite à l'acte suicidaire n'ont pas été incluses dans l'enquête.

■ Période de recueil

La période de recueil est allée du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015.

■ Exhaustivité du recueil

À partir des retours des correspondants de l'ORS Bretagne et de soignants, l'exhaustivité du recueil peut être estimée relativement homogène sur la période prise en compte avec, selon les centres hospitaliers, une fourchette d'enregistrement des tentatives de suicide comprise entre 85 % et 100 %. Les non-prises en compte concernant notamment une partie des arrivées de nuit au regard du manque de disponibilité du personnel sur ce moment spécifique ainsi qu'une partie des sorties contre avis médical.

■ Contenu du recueil

Les données collectées s'articulent autour :

- D'un recueil d'informations de type administratif qui regroupe les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- D'un recueil de données médicales qui établit notamment l'historique, la chronologie et les modalités du geste suicidaire ainsi que l'orientation du patient.
- D'un recueil d'informations relatif à un protocole de suivi des patients dans le cadre d'une action de prévention de la récurrence suicidaire mise en place avec les patients volontaires.

■ Anonymisation, chaînage des séjours et modalités de transmission de la base de données à l'ORS Bretagne

La procédure de chaînage des séjours et d'anonymisation des données a été réalisée par le Département d'Information Médicale (DIM) de la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

Les données ont été collectées en continu au cours des années 2011 et 2015 sur la base d'une fiche de recueil standardisée. Un fichier a été établi pour chaque centre hospitalier sur la base d'un enregistrement individuel par séjour.

Les fichiers ont ensuite été fusionnés puis triés au DIM de Bégard de façon à éliminer les éventuels doublons et repérer les tentatives successives d'un même individu qui ont ainsi été reliées afin de permettre à la fois une approche patients, une approche trajectoires et, par répercussion, une étude possible du phénomène de la récurrence.

Après vérification, les données ont été rendues anonymes par le DIM de Bégard avant d'être transmises à l'ORS Bretagne. La transmission des données à l'ORS s'est effectuée dans un calendrier permettant à la procédure de suivi (prévention de la récurrence) d'aller jusqu'à son terme pour les derniers patients inclus (fin décembre 2015).

Au final, le recueil de données se poursuit à l'heure actuelle selon un processus d'enregistrement continu, permettant de constituer au fur et à mesure du temps écoulé une cohorte incluant à la fois de nouveaux patients ainsi qu'un regard de plus en plus affiné sur la réalité du phénomène de la récurrence à l'occasion d'analyses dont la fréquence est actuellement annuelle.

■ Analyse des données

Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS. Les résultats relatifs (pourcentages), ont été arrondis à la valeur entière conduisant ainsi parfois à des totaux supérieurs ou inférieurs de 1 % aux 100 % attendus.

Présentation de la cohorte 2011-2015

La base de données anonymisées qui repose sur le recueil effectué entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2015 dans les 3 centres hospitaliers (Guingamp, Lannion et Paimpol) comprend 2 111 passages au service des urgences pour tentative de suicide correspondant à 1 703 patients pris en charge (voir ci-après).

À partir de cette base de données dite « passage », une base de données dite « patient » a été établie, elle est constituée de 1 703 enregistrements correspondants aux 1 703 patients identifiés grâce à leur code spécifique (numéro anonyme) permettant le chaînage des tentatives de suicide successives d'une même personne.

Notre population peut se scinder en 3 groupes :

Primo-suicidants à l'entrée dans la base : 751 individus

- ceux qui ne récidivent pas sur la période : 673 individus,
- ceux qui récidivent sur la période : 78 individus.

Récidivistes antérieurs à l'enregistrement dans la base : 836 individus

- sans récidive enregistrée sur la période : 663 individus,
- avec récidive enregistrée sur la période : 173 individus.

Indéterminés (dont le statut antérieur à l'enregistrement dans la base n'est pas connu) : 116 individus

- indéterminés qui récidivent sur la période : 15 individus,
- indéterminés sans récidive enregistrée sur la période : 101 individus.

Plus d'un suicidant sur deux est un récidiviste

Plus de la moitié des suicidants³ (55 %), soit 929 patients ont attenté plusieurs fois à leur vie (avant la mise en place du recueil ou au cours de celui-ci).

On peut aussi remarquer que parmi la population des suicidants récidivistes (avant ou pendant la période de recueil, n=929) :

- 90 % (n=836 : 663+173) ont des antécédents de tentative de suicide avant le début de la période de recueil,
- 29 % (n=266 : 173+78+15) ont récidivé au cours de la période quel que soit leur statut antérieur vis-à-vis de la tentative de suicide,
- 8 % (n=78) n'ont commis une récidive qu'au cours de la période.

Au final, le poids de la récidive sur l'ensemble de la cohorte peut être estimé au minimum⁴ à :

- 63 % (1 337 / 2 111) des passages,
- 55 % (929 / 1 703) des patients.

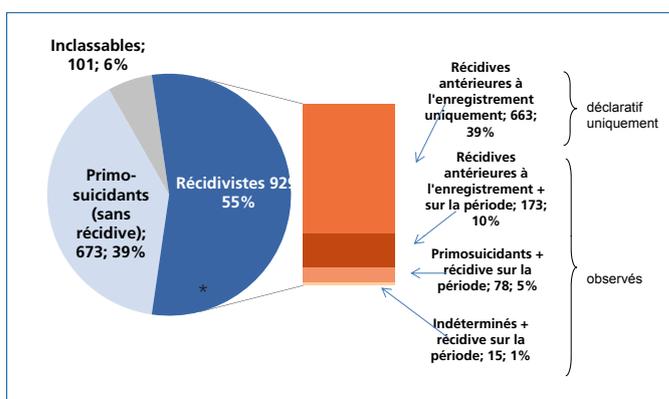
Enfin, parmi les récidivistes identifiés (n=929), la répartition du nombre de tentatives de suicide avant et au cours de la période (voir graphique 2) montre que :

- Près de deux patients sur cinq (39 %) n'ont fait qu'une récidive,
- Près du tiers (34 %) a fait au moins 3 récidives.

³ Le terme de suicidant sera utilisé dans l'étude pour qualifier toute personne ayant fait au moins une tentative de suicide.

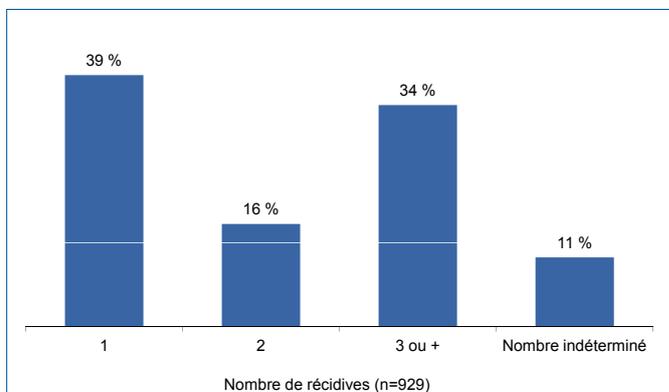
⁴ Le poids de la récidive est estimé au minimum : environ 6 % des patients (qualifiés d'«inclassables») n'étant pas renseigné vis-à-vis du fait d'avoir ou non effectué une tentative préalablement au recueil et n'ayant pas récidivé sur la période.

Graphique 1 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récidive* - Cohorte 2011-2015



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*La catégorie inclassable correspond aux patients non récidivistes sur la période pour lesquels le fait d'avoir effectué une tentative préalablement au recueil n'est pas renseigné

Graphique 2 : Répartition des patients récidivistes selon le nombre de récidives (déclaré et observé) - Cohorte 2011-2015



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE

Globalement et sous réserve de l'hypothèse d'un maintien de l'exhaustivité du recueil sur l'ensemble de la période (voir à ce propos le chapitre matériel et méthode), on observe :

• Concernant le nombre de passages

Le nombre de passages passe de 499 en 2011 à 360 en 2015, **soit une baisse de -28 % sur la période (-6 % en moyenne annuelle)**.

• Concernant le nombre de patients pris en charge chaque année

Le nombre de patients pris en charge passe de 440 en 2011 à 326 en 2015, **soit une baisse de -26 % sur la période (-6 % en moyenne annuelle)**.

• Concernant les récidives à 6 mois⁵

Parmi l'ensemble des patients pris en charge chaque année, le nombre de récidives survenues au cours des 6 mois suivants la prise en charge passe de 46 pour les patients vus en 2011 à 25 pour les patients vus en 2014, **soit une baisse de -46 % sur la période (-14 % en moyenne annuelle)**.

• Concernant les nouveaux patients⁶

Le nombre de nouveaux patients pris en charge (l'année 2011 étant l'année «référence»), passe de 440 en 2011 à 273 en 2015⁶, **soit une baisse de -38 % sur la période (-9 % en moyenne annuelle)**.

• Concernant les primo-suicidants⁷

Le nombre de patients primo-suicidants passe de 159 en 2011 à 112 en 2015, **soit une baisse de -30 % sur la période (-7 % en moyenne annuelle)**.

⁵ Cette donnée ne peut être présentée pour la dernière année du recueil en raison du recul insuffisant.

⁶ Nouveaux patients sans prise en charge antérieure sur la période d'étude pour tentative de suicide, quel que soit leur statut vis-à-vis de la récidive après la première prise en charge.

⁷ Patients primo-suicidants : sont considérés comme primo-suicidants tout patient pris en charge sur la période d'étude pour tentative de suicide sans récidive connue antérieure ou postérieure à la première prise en charge.

Tableau 1 : Répartition du nombre de passages et de patients pris en charge en fonction de l'année de recueil

	Passages	Patients pris en charge*		
		Total Cohorte	Dont récidive à 6 mois	%
Année 2011	499	440	46	10 %
Année 2012	445	405	33	8 %
Année 2013	408	361	39	11 %
Année 2014	399	362	25	7 %
Année 2015	360	326	-	-
Évolution 2011/2015	-28 %	-26 %	-	-
Évolution moyenne annuelle 2011/2015	-6 %	-6 %	-	-

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

* La somme du nombre de patients pris en charge chaque année est supérieure au nombre de nouveaux patients, un même patient ayant pu être vu au cours d'une ou plusieurs années (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition du nombre de nouveaux patients et de primo-suicidants en fonction de l'année de recueil

	Nouveaux patients	Primo-suicidants
Total Cohorte	1703	673
Année 2011	440	159
Année 2012	365	151
Année 2013	310	125
Année 2014	315	126
Année 2015	273	112
Évolution 2011/2015	-38 %	-30 %
Évolution moyenne annuelle 2011/2015	-9 %	-7 %

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR SUICIDE

Au regard de la baisse de l'ensemble des indicateurs relatifs à l'incidence sur la période 2011-2015, il paraissait important de confronter cette baisse à l'évolution de la mortalité par suicide sur le bassin géographique de recrutement des trois services d'urgence⁸.

Sur l'ensemble des deux pays entre 2011 et 2013⁹, le nombre de décès par suicide évolue peu. Cette quasi-constance est le résultat en tendance d'une baisse sensible pour le pays de Guingamp et de variations sans tendance nette pour le pays du Trégor-Goëlo.

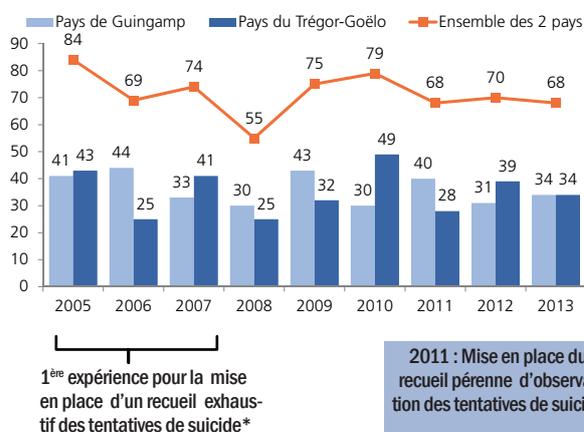
Au final et sur les deux pays, la forte baisse¹⁰ des indicateurs d'incidence relatifs à la cohorte des patients pris en charge aux urgences ne s'explique pas par une hausse de la mortalité via des gestes suicidaires plus agressifs et plus létaux. Globalement, le phénomène suicidaire est donc en diminution sur le territoire étudié.

⁸ Celui-ci est considéré comme proche des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : voir à ce propos la carte 1 page 15.

⁹ L'année 2011 correspond à la mise en place du présent recueil et 2013 à la dernière année disponible pour les statistiques sur les causes médicales de l'Inserm CépiDC au moment de la parution de la présente étude.

¹⁰ Sous réserve d'un taux d'exhaustivité du recueil constant dans le temps.

Graphique 3 : Répartition du nombre de décès par suicide dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo depuis 2005*



Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Bretagne

*Le choix graphique de démarrer la série chronologique à l'année 2005 est réalisé en fonction de l'existence d'un recueil initial portant sur les tentatives de suicide prises en charge sur les trois hôpitaux réalisés sur la période 2005-2007, recueil qui a fait l'objet d'une étude « Étude du phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo » publiée en juillet 2009 et téléchargeable sur le site de l'Observatoire régional de santé de Bretagne à l'adresse suivante : www.orsbretagne.fr.

Caractéristiques de la cohorte 2011-2015

A noter :

Les chapitres qui suivent et qui concernent les principales caractéristiques de la cohorte des suicidants s'appuient, à de rares exceptions qui seront signalées au fur et à mesure des résultats, sur une approche patient basée sur les renseignements déclarés lors du dernier enregistrement dans la base (dernier passage).

Définition Unité urbaine/commune rurale :

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale. Si une commune représente plus de 50 % de la population de l'agglomération multicommunale, elle est seule ville-centre. Sinon, toutes les communes qui ont une population supérieure à 50 % de celle de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière, sont villes-centres. Les communes urbaines qui ne sont pas villes-centres constituent la banlieue de l'agglomération multicommunale. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2 000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Source : Insee

Des suicidants majoritairement en provenance des EPCI d'implantation des établissements de prise en charge

Les deux EPCI dans lesquels sont implantés les hôpitaux participant au recueil regroupent 86 % des passages pris en charge pour tentative de suicide (carte 1).

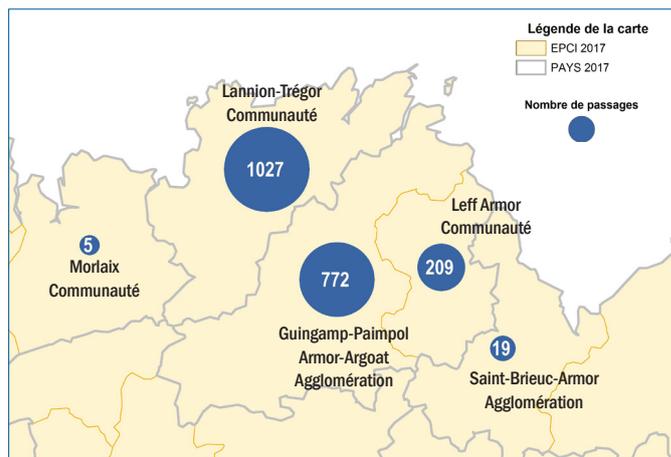
À noter : suite à la nouvelle délimitation des EPCI au 01/01/2017,

- Le portage du pays de Trégor-Goëlo est désormais assuré par la communauté d'agglomération «Lannion-Trégor Communauté».
- Le pays de Guingamp se compose quant à lui des deux EPCI suivantes : la communauté d'agglomération de « Guingamp-Paimpol Armor-Argoat Agglomération » et la communauté de communes de «Leff Armor Communauté».

Une prise en charge de proximité cohérente : plus de 8 prises en charge sur 10 sont hospitalisées dans leur secteur psychiatrique de résidence

Globalement, et très majoritairement (81 %), les prises en charge des patients suicidants ont lieu dans un établissement correspondant au secteur de psychiatrie générale (pour adultes) de leur lieu de résidence, témoignant ainsi d'une prise en charge de proximité. Les prises en charge de patients dont le domicile est situé en dehors des trois secteurs psychiatriques de référence restent très minoritaires (2 %).

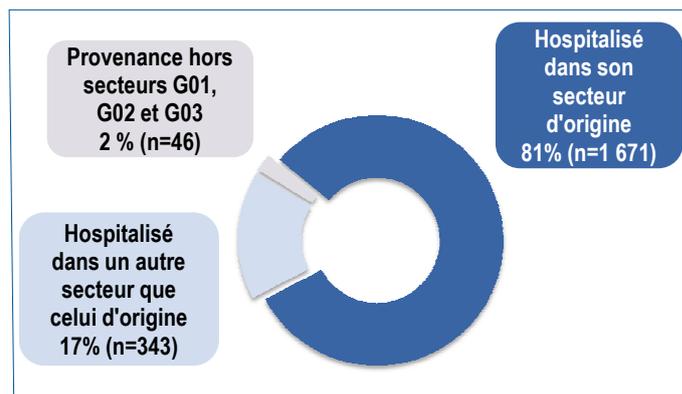
Carte 1 : Répartition des passages pour tentatives de suicide selon l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de domicile des patients*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne (délimitation des pays et des EPCI dans la géographie en vigueur au 01/01/2017)

*pour 37 passages, les patients sont domiciliés hors Bretagne et pour 14 passages, le domicile est inconnu. Ne sont représentés sur la carte que les EPCI de la zone d'étude pour lesquels au moins 5 passages ont été décomptés, soit au total 96% des passages.

Graphique 4 : Répartition des passages pour tentatives de suicide selon le secteur psychiatrique de domicile et d'hospitalisation*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*Pour 51 passages, le domicile n'est pas renseigné.

Tableau 3 : Nombre et répartition des patients et de la population de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le type d'espace

	Cohorte suicidants âgés de 15 ans ou plus		Population générale de 15 ans ou plus	
	Nombre de patients	%	Nombre d'habitants	%
Unités urbaines	1099	72 %	111 000	65 %
Banlieues	378	25 %	48 704	28 %
Villes-centres	573	37 %	48 565	28 %
Villes isolées	148	10 %	13 731	8 %
Communes rurales	438	28 %	59 997	35 %
Total urbain/rural	1537	100 %	170 997	100 %

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, Insee RP2013, exploitation ORS Bretagne

Point méthodologique :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans et celles domiciliées en dehors des deux pays.

Le découpage en unités urbaines a été retenu pour caractériser le type d'espace et comparer la répartition de la cohorte de suicidants de 15 ans ou plus à celle de la population générale de 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Les unités urbaines se composent des villes-centres, des banlieues et des villes isolées par opposition aux communes dites rurales.

Une proportion de suicidants résidant dans l'espace urbain plus élevée que celle observée en population générale

Les patients suicidants sont significativement ($p < 0,001$) surreprésentés dans les unités urbaines par rapport à la répartition de la population âgée de 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (72 % contre 65 %). La surreprésentation est particulièrement observable dans les villes-centres (37 % contre 28 %). À l'inverse, ils sont sous représentés dans les communes rurales (28 % contre 35 %).

SEXE ET ÂGE

Point méthodologique :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans et celles domiciliées en dehors des deux pays.

Une nette prédominance féminine et une surreprésentation des femmes vis-à-vis de la population des deux pays

Globalement et pour chaque patient, les dernières prises en charge pour tentatives de suicide au cours de la période ont concerné majoritairement des femmes (59 %), cette répartition ne variant pas statistiquement dans le temps. Par ailleurs et comparativement à la population de 15 ans ou plus résidant dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, on observe une surreprésentation féminine significative au sein de la cohorte (59 % contre 52 % : $p < 0,001$).

Une population jeune : plus des trois quarts des suicidants (77 %) ont moins de 55 ans

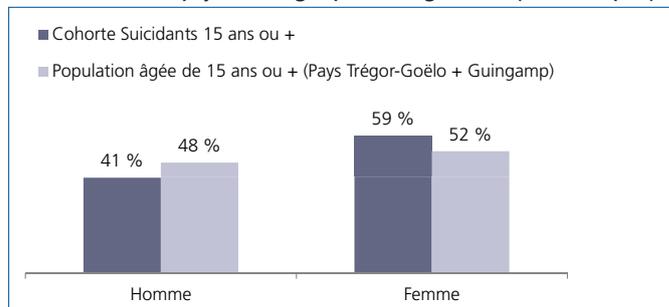
L'âge moyen des suicidants est de 42,6 ans sans différence significative selon le sexe. Les suicidants sont majoritairement des personnes jeunes, 82 % des hommes et 73 % des femmes ayant moins de 55 ans.

Enfin, la pyramide des âges témoigne de la prédominance féminine dans toutes les tranches d'âge sauf chez les 25-34 ans où le rapport s'inverse. Comme pour le sexe, cette répartition est constante dans le temps.

Une surreprésentation des suicidants chez les moins de 55 ans

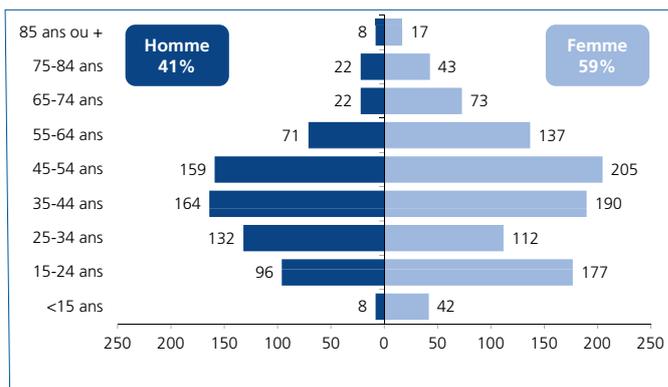
Si l'on compare la population prise en charge à celle des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (graphique 7), on observe une surreprésentation significative des personnes âgées de 15 à 54 ans, celle-ci étant la plus importante entre 35 et 54 ans confirmant ainsi le constat précédent ($p < 0,001$).

Graphique 5 : Répartition par sexe des patients et de la population domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans ou plus)



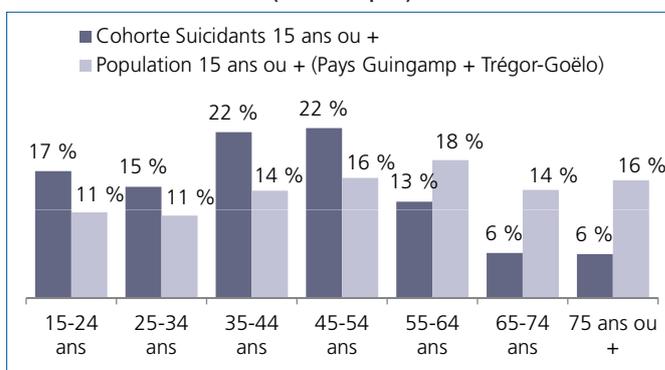
Sources : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, Insee RP 2013, exploitation ORS Bretagne

Graphique 6 : Pyramide des âges à la dernière tentative de suicide observée au cours de la période*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*Pour 25 patients, l'âge n'a pas pu être calculé du fait d'une date de naissance non renseignée

Graphique 7 : Répartition par âge de la population générale et celle des suicidants domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans ou plus)



Sources : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, Insee RP 2013, exploitation ORS Bretagne

CONTEXTE FAMILIAL

Point méthodologique :

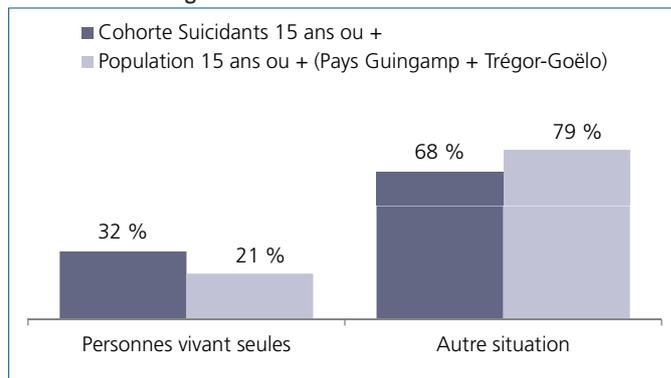
Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population générale des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans et les suicidants domiciliés en dehors des deux pays.

Des suicidants qui vivent plus souvent seuls que la population des ménages

Comparés à la population des ménages des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (graphique 8), les suicidants sont significativement ($p < 0,001$) plus souvent des personnes vivant seules (32 % contre 21 % dans la population des ménages).

Par ailleurs, environ un tiers des suicidants (32 %) n'ont pas d'enfant, plus souvent les hommes que les femmes (37 % contre 28 %).

Graphique 8 : Répartition de la population des ménages et celle des suicidants âgés de 15 ans et plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le mode de cohabitation*



Sources : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, Insee RP 2013, exploitation ORS Bretagne

*Un changement est intervenu dans le questionnaire du recensement de la population pour le recueil des données relatives à l'état matrimonial. Désormais, l'information collectée sur la situation conjugale, mêle le statut matrimonial légal, pacs et vie en couple de fait (concubinage, union libre).

CONTEXTE SOCIOPROFESSIONNEL

Point méthodologique :

Ont été exclus pour la comparaison entre la population des suicidants et la population générale des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo : les personnes de moins de 15 ans et les suicidants domiciliés en dehors des deux pays.

Une forte surreprésentation des chômeurs et des inactifs notamment ceux en situation d'invalidité

Comparés à la population âgée de 15 ans ou plus des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, certaines catégories apparaissent significativement surreprésentées ($p < 0,001$), notamment :

- les « autres inactifs » composés aux trois quarts (77 %) par des personnes en situation d'invalidité (19 % contre 4 % en population générale),
- les chômeurs (15 % contre 6 %).

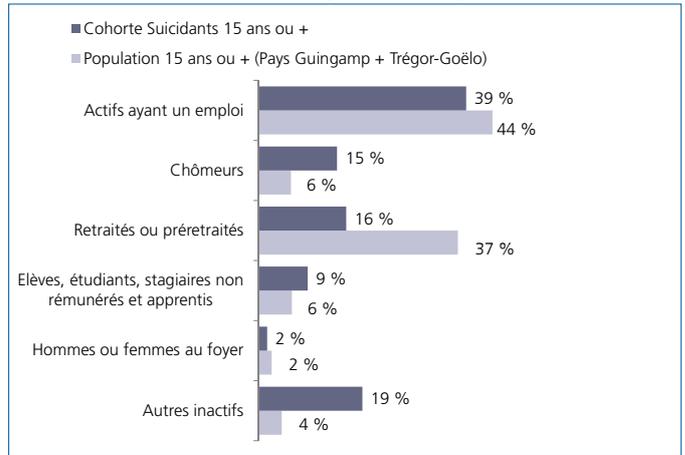
En miroir, les retraités et les actifs sont pour leur part sous-représentés vis-à-vis de la population âgée de 15 ans ou plus (respectivement 16 % contre 37 % et 39 % contre 44 %).

Une forte surreprésentation des employés

En effectuant la même comparaison vis-à-vis de la répartition des deux populations selon la catégorie socioprofessionnelle, certaines d'entre elles apparaissent là aussi fortement et significativement surreprésentées ($p < 0,001$). Il s'agit notamment des employés : ils représentent la moitié des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi dans la cohorte contre 28 % dans la population générale, les ouvriers sont aussi surreprésentés bien que de manière moins marquée.

En miroir, les cadres et les professions intermédiaires sont particulièrement sous-représentés.

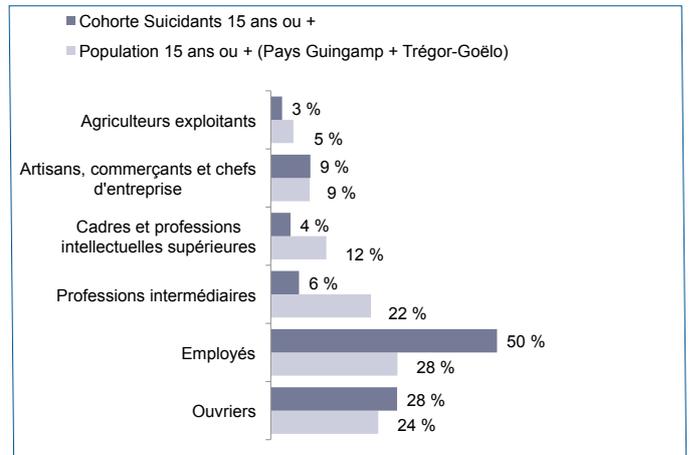
Graphique 9 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés parmi les suicidants et en population générale au RP 2013 dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo*



Sources : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, Insee RP 2013, exploitation ORS Bretagne

*Lecture du graphique : 39 % des suicidants de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo sont des actifs ayant un emploi contre 44 % dans l'ensemble de la population âgée de 15 ans ou plus domiciliée dans les 2 mêmes pays.

Graphique 10 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale*



Sources : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, Insee RP 2013, exploitation ORS Bretagne

*Pour 22 % des patients de 15 ans ou plus actifs ayant un emploi, la catégorie socioprofessionnelle n'est pas renseignée.

PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

Au minimum, 7 % des suicidants sont allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA)¹¹

Comparativement à la situation régionale ou départementale¹², la part des bénéficiaires du RSA est légèrement supérieure dans la cohorte de suicidants vis-à-vis de la population générale (6 % chez les suicidants contre 4,9 % au niveau régional et 5,1 % dans les Côtes-d'Armor).

6 % des suicidants bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU)¹¹

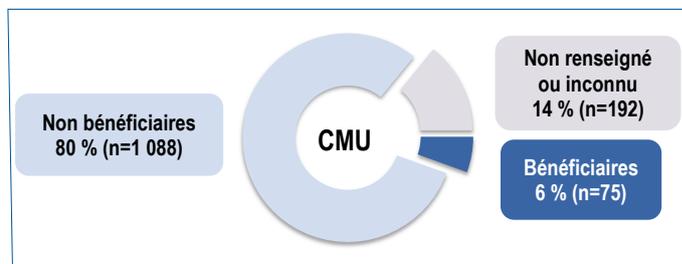
Comme pour le RSA, la part des bénéficiaires de la CMU est sensiblement plus élevée dans la cohorte des suicidants qu'en population générale¹² (6 % contre 3,9 % dans la région et 4 % dans les Côtes-d'Armor).

Graphique 11 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus allocataires du RSA



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

Graphique 12 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus bénéficiaires de la CMU¹³



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

¹¹ Pour les suicidants âgés de 25 ans ou plus.

¹² Données issues du Statiss 2015 Bretagne de l'ARS Bretagne. Pour le RSA, données au 31/12/2014 et pour la CMU données au 31/12/2013.

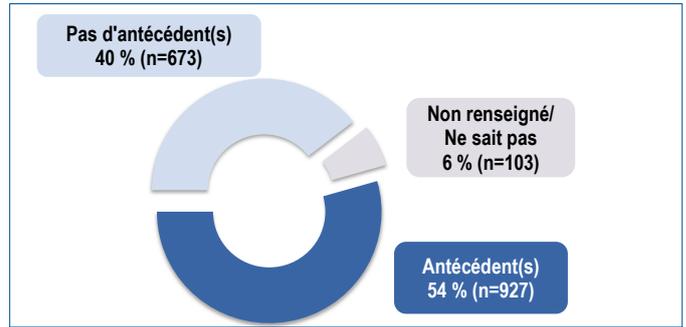
¹³ Ici, seuls les patients âgés de 25 ans ou plus ont été pris en compte. En effet, avant cet âge la plupart des individus étant considérée comme des ayants droits de leurs parents, cette information n'est donc pas connue pour l'essentiel des patients.

CONTEXTE CLINIQUE

Plus de la moitié des patients (54 %) ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide avant leur dernière prise en charge

Comme déjà vu dans le chapitre introductif de présentation de la cohorte, plus de la moitié des patients sont des récidivistes. Parmi eux, 16 % ont effectué une récidive a posteriori de leur première prise en charge.

Graphique 13 : Antécédents personnels de tentatives de suicide

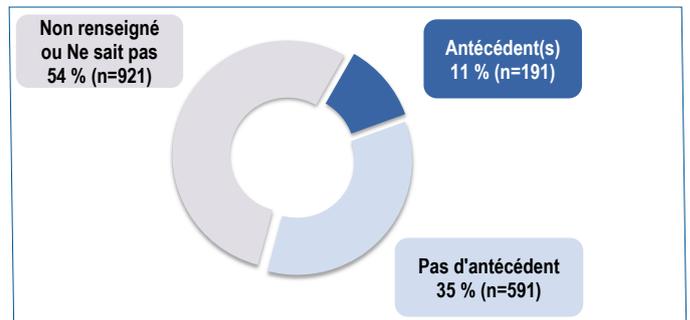


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Des antécédents familiaux inconnus pour près de la moitié des suicidants

Globalement, cet élément contextuel n'est pas connu pour 54 % des patients inclus dans la cohorte. Le fait d'avoir des antécédents familiaux de tentative de suicide identifié chez 12 % des patients est donc à considérer comme un véritable minima, la proportion de patients concernés étant comprise dans une fourchette entre 11 % et 65 % (11 % + 53 %) de l'ensemble des patients de la cohorte. En tout état de cause le chiffre réel qui se situe vraisemblablement dans une fourchette intermédiaire positionne cet indicateur contextuel à un niveau probablement élevé.

Graphique 14 : Antécédents familiaux de tentatives de suicide

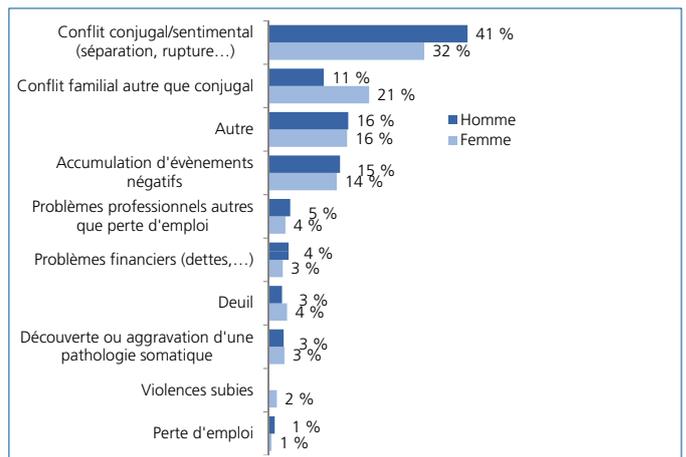


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Le conflit conjugal/sentimental, contexte précipitant principal chez les hommes comme chez les femmes

Pour l'essentiel des suicidants, un contexte précipitant principal est identifié (90 %, n=1 500). Parmi les contextes précipitants principaux, le conflit conjugal/sentimental avec plus du tiers des suicidants (36 %) arrive au premier rang chez les hommes comme chez les femmes (graphique 15) suivis par les conflits familiaux autres que conjugaux cités en second rang pour près d'un quart des femmes de la cohorte. Au total et pour les deux sexes, les conflits familiaux dans leur ensemble sont cités comme contextes précipitants principaux par plus de la moitié des suicidants (53 %) et doi-vent donc être considérés comme des facteurs de risque majeurs.

Graphique 15 : Répartition des motifs cités en tant que contexte précipitant principal par ordre de fréquence décroissante selon le sexe*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*Pour 42 patients l'information n'est pas renseignée.

CONTEXTE CLINIQUE (SUITE)

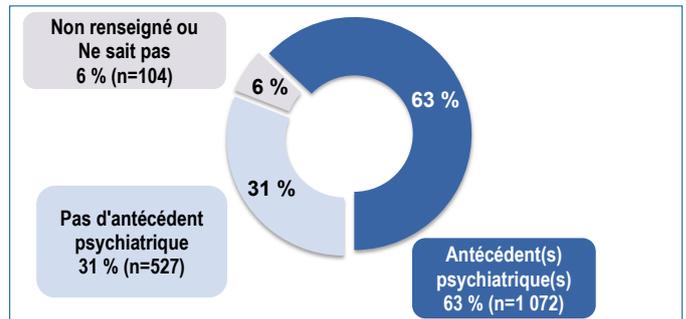
Près des deux tiers des patients présentent des antécédents psychiatriques

A partir des éléments issus des diagnostics et des dossiers cliniques des patients, on peut estimer qu'au minimum, compte tenu des valeurs inconnues, 65 % des patients de la cohorte présentent des antécédents psychiatriques d'après les professionnels de santé ayant renseigné les fiches de recueil.

Des antécédents psychiatriques familiaux inconnus pour plus de la moitié des suicidants

Globalement, cet élément contextuel n'étant pas connu ou pas renseigné pour 58 % des patients inclus dans la cohorte. Par ailleurs, la fragilité déclarative de cet indicateur nous amène à ne pas pouvoir l'exploiter statistiquement.

Graphique 16 : Antécédents psychiatriques des suicidants



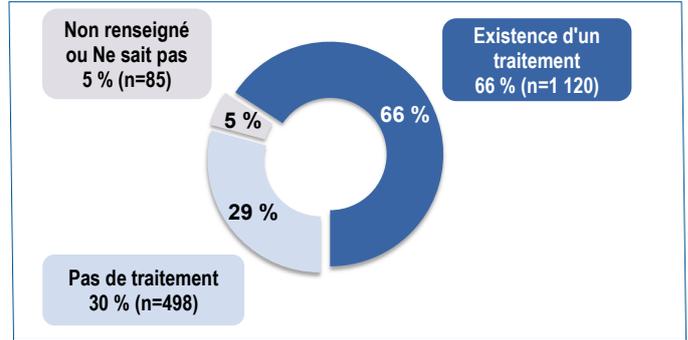
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

CONTEXTE CLINIQUE (SUITE)

Deux tiers des patients ont un traitement médicamenteux psychiatrique en cours au moment de la prise en charge

66 % des patients reçoivent un traitement médicamenteux psychiatrique au moment de leur prise en charge.

Graphique 17 : Traitement médicamenteux psychiatriques en cours au moment de la prise en charge

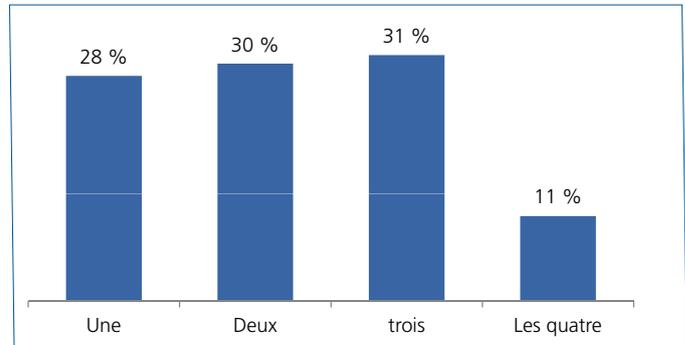


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Des associations multiples fréquentes

Parmi ces patients, près des trois quarts (72 %) se sont vus prescrire une association de plusieurs classes thérapeutiques : 30 % consomment deux molécules et 42 % trois molécules ou plus.

Graphique 18 : Répartition des suicidants ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon le nombre de classes thérapeutiques prescrites*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

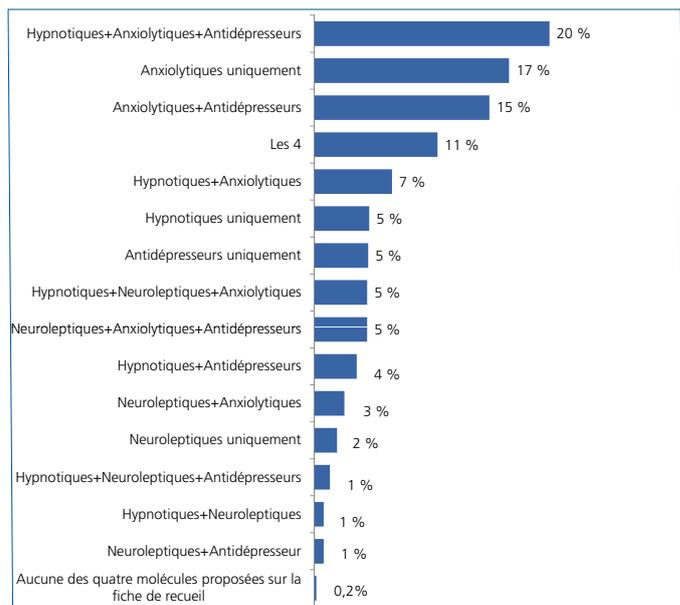
*Les classes thérapeutiques prescrites identifiées dans la fiche d'accueil et d'orientation sont au nombre de 4. Il s'agit des antidépresseurs, des anxiolytiques, des hypnotiques et des neuroleptiques.

Une multitude de combinaisons thérapeutiques

Les quatre associations les plus fréquentes qui représentent près des deux tiers des patients sous traitement sont :

- les antidépresseurs - anxiolytiques - hypnotiques : 20 % des patients sous traitement,
- les anxiolytiques prescrits seuls pour 17 %,
- les antidépresseurs - anxiolytiques prescrits pour 15 %,
- et l'association des quatre classes thérapeutiques pour 11 %.

Graphique 19 : Répartition des suicidants selon les associations thérapeutiques au moment de la prise en charge par ordre de fréquence décroissante



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

MODALITÉS DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

■ Motifs d'hospitalisation

Les intoxications médicamenteuses : le mode de passage à l'acte le plus fréquent

Globalement et comme le montre le tableau 4, près de 9 patients sur 10 recourent à l'intoxication (87 %), essentiellement médicamenteuse. Les lésions auto-infligées concernent pour leur part 13 % des patients de la cohorte, l'auto-agression par objet tranchant et la pendaison étant les plus fréquentes (respectivement 7 % et 3 %).

Des modes agressifs plus fréquents chez les hommes

Les intoxications médicamenteuses concernent environ 8 hommes sur 10 et plus de 90 % des femmes. Les modes de passages à l'acte plus agressifs (auto-agression par objet tranchant, pendaison, arme à feu, saut dans le vide et noyade) sont significativement plus fréquents dans la population masculine ($p < 0,001$) (18 % contre 9 % chez les femmes), la pendaison étant un mode de passage à l'acte largement privilégié par les hommes (six fois plus fréquent chez ces derniers).

L'alcool la substance la plus souvent associée

Globalement, 42 % des patients ont associé un autre mode de passage à l'acte au mode principal.

Comme l'indique le tableau 5, l'auto-intoxication par l'alcool est le mode associé le plus fréquent puisqu'il concerne 8 cas d'association sur 10.

Au total, plus d'un tiers des patients (36 %) ont l'alcool indiqué comme mode principal ou associé de passage à l'acte.

À noter :

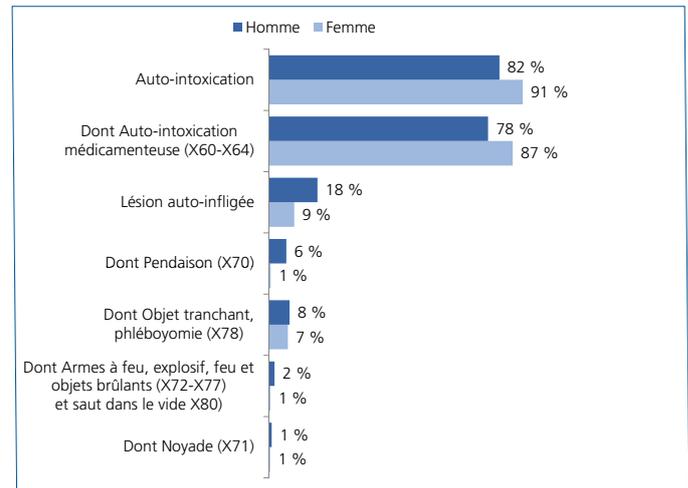
40 % des patients sont considérés sous l'emprise de l'alcool au moment de la prise en charge par les soignants, sans différence entre auto-intoxications et lésions auto-infligées.

Tableau 4 : Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation regroupée en grande catégorie*

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Nombre de patients	%
Auto-intoxication	1 486	87 %
Auto-intoxication médicamenteuse (X60-X64)	1 422	84 %
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool (X65)	41	2 %
Autre auto-intoxication (X66-X69)	23	1 %
Lésion auto-infligée	214	13 %
Objet tranchant, phlébotomie (X78)	122	7 %
Pendaison (X70)	52	3 %
Noyade (X71)	14	1 %
Arme à feu, explosif, feu et objets brûlants (X72-X77)	12	1 %
Saut dans le vide (X80)	10	1 %
Autres moyens (X81-X84)	4	0,2 %

Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*Pour 3 patients, le code CIM10 de la modalité principale n'est pas renseigné.

Graphique 20 : Répartition des suicidants selon le sexe et le mode principal de la tentative de suicide



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

Tableau 5 : Répartition des suicidants selon la modalité associée*

Modalité principale d'hospitalisation (code CIM10)	Nombre de patients	%
Auto-intoxication	672	93 %
Auto-intoxication médicamenteuse (X60-X64)	91	13 %
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool (X65)	579	80 %
Autre auto-intoxication (X66-X69)	5	1 %
Lésion auto-infligée	54	7 %
Pendaison (X70)	11	2 %
Objet tranchant, phlébotomie (X78)	33	5 %
Noyade (X71)	4	1 %
Arme à feu, explosif, feu et objets brûlants (X72-X77)	2	0,3 %
Saut dans le vide (X80)	3	0,4 %
Autres moyens (X81-X84)	1	0,1 %

Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*La somme des modalités associées est supérieure au nombre total de patients puisque pour 9 d'entre eux une seconde modalité a été renseignée.

MODALITÉS DE LA TENTATIVE DE SUICIDE (SUITE)

■ Diagnostic relié

À noter :

La présence ou non d'un diagnostic relié a été ajouté à la fiche de recueil au 1^{er} janvier 2012. L'analyse de cette variable ne concerne donc que les patients pris en charge à compter de cette date, soit 1 332 patients sur la base de leur dernière tentative de suicide enregistrée.

L'épisode dépressif : le diagnostic relié le plus fréquent

Un ou plusieurs diagnostics reliés ont été mentionnés dans 41 % des cas, soit pour 544 patients. Chez ces derniers, les diagnostics les plus fréquents concernent des troubles de l'humeur (plus de la moitié des patients concernés avec pour l'essentiel, des situations d'épisodes dépressifs).

Tableau 6 : Répartition des suicidants selon le diagnostic relié*

Code CIM10	Diagnostic relié	Effectif	%
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]	303	55 %
<i>Dont F32</i>	<i>Episodes dépressifs</i>	267	48 %
F40-F49	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	95	17 %
<i>Dont F43</i>	<i>Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation</i>	56	10 %
<i>Dont F41</i>	<i>Autres troubles anxieux</i>	32	6 %
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	69	13 %
<i>Dont F10</i>	<i>Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool</i>	64	12 %
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	55	10 %
<i>Dont F60</i>	<i>Troubles spécifiques de la personnalité</i>	47	9 %
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	11	2 %
Autres codes CIM10		18	3 %
Total des diagnostics		551	100 %

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

*La somme du nombre de diagnostic relié est supérieure au nombre total de patients, plusieurs diagnostics reliés pouvant être mentionnés pour un même patient.

Facteurs de risque de la récurrence Cohorte 2011-2015

À noter :

- Pour les patients récidivistes sur la période, les données prises en compte sont les données renseignées **lors de la dernière tentative de suicide prise en charge** (dernier enregistrement dans la base).

- Par ailleurs, les patients primo-suicidants ont été comparés aux patients récidivistes (récidives observées sur la période de recueil ou déclarées antérieurement à l'enregistrement), de façon à tenter d'identifier les facteurs de risque de la récurrence.

De fait, les 101 patients (soit 6 % des patients de la cohorte 2011-2015) pour lesquels le statut vis-à-vis de la récurrence n'est pas connu (non renseigné vis-à-vis d'éventuelles tentatives survenues avant l'enregistrement dans la base et sans récurrence sur la période d'observation), n'ont pas été pris en compte.

SEXE ET ÂGE

Le genre n'influe pas sur le fait de récidiver

Sans différence selon le sexe, la récurrence (58 %) est aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes (pour rappel, les proportions sont calculées sur la dernière tentative de suicide enregistrée dans la base).

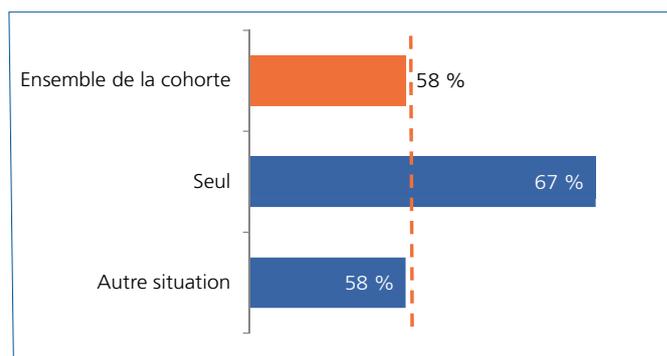
CONTEXTE FAMILIAL

Un phénomène de récurrence plus fréquent chez les personnes vivant seules

Concernant le mode de vie (graphique 21), celui-ci a un impact significatif sur le fait de récidiver ($p < 0,001$). Parmi les personnes vivant seules, les récidivistes sont en effet fortement surreprésentés (67 % contre 58 % pour l'ensemble des suicidants) à l'inverse des personnes vivant en famille ou en collectivité chez qui le phénomène de la récurrence est sous-représenté.

Par ailleurs, l'existence d'une descendance ne protège pas de la récurrence ($p > 0,05$).

Graphique 21 : Part de la récurrence selon le mode de cohabitation*



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

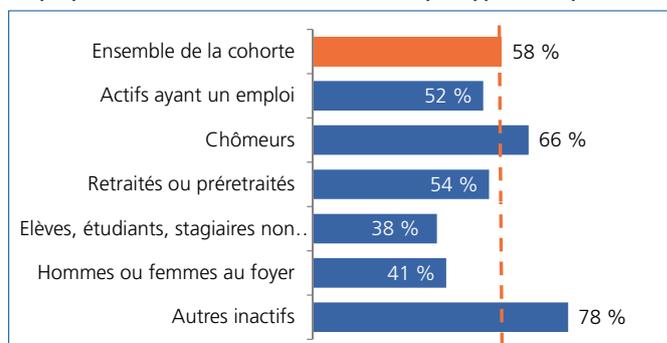
*à l'exclusion des patients ayant déclaré un autre mode de vie, soit 16 individus (soit 1 %) et des 131 patients (soit 8 %) pour lesquels le mode de vie n'est pas renseigné. Chez ces deux catégories de patients, la proportion de patient récidiviste est aussi largement surreprésentée, respectivement 69 % et 93 %.

CONTEXTE SOCIOPROFESSIONNEL

Un phénomène de récurrence plus fréquent chez les personnes en dehors de l'activité

La situation vis-à-vis de l'emploi a un impact significatif ($p < 0,001$) sur le fait de récidiver ou non. En effet, les récidivistes apparaissent fortement surreprésentés parmi les personnes inactives (78 % contre 58 % pour l'ensemble de la cohorte, soit +20 %) et les chômeurs (66 %, soit +8 %).

Graphique 22 : Part de la récurrence selon la situation par rapport à l'emploi déclaré**



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

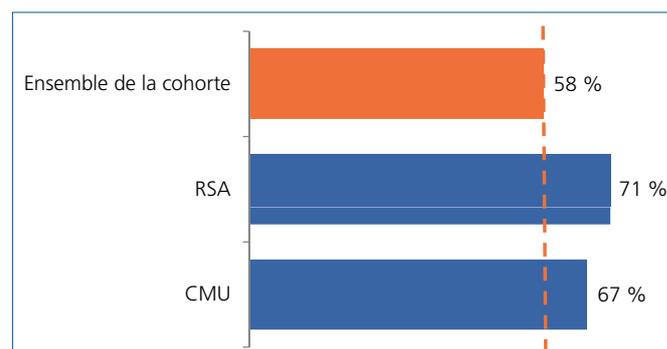
**Lecture du graphique : 52 % des actifs ayant un emploi de la cohorte ont déjà fait une récurrence contre 66 % des chômeurs, 54 % des préretraités,...

PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

Davantage de récurrences chez les bénéficiaires des dispositifs d'aide sociale et médicale

Le fait de bénéficier du RSA ou de la CMU est statistiquement lié à la récurrence ($p < 0,05$) : la récurrence est significativement plus fréquente chez les suicidants bénéficiaires de ces deux prestations sociales.

Graphique 23 : Part de la récurrence chez les allocataires du RSA et les bénéficiaires de la CMU



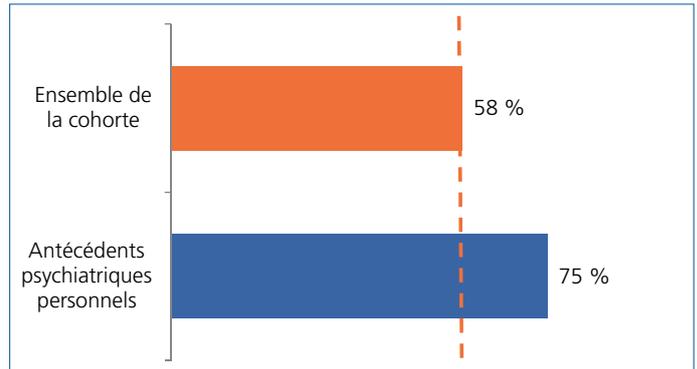
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

La présence d'antécédents psychiatriques impacte fortement le fait de récidiver

L'existence d'antécédents psychiatriques personnels chez les patients impacte fortement sur le fait d'être ou non récidiviste. En effet, les récidivistes sont fortement et significativement surreprésentés chez les patients ayant des antécédents psychiatriques puisque les trois quarts d'entre eux ont déjà fait une récidive (75 % des suicidants ayant des antécédents psychiatriques contre 58 % de l'ensemble des patients de la cohorte, soit + 17 % vis-à-vis de l'ensemble des suicidants).

Graphique 24 : Part de la récidive selon l'existence d'antécédents psychiatriques



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX PSYCHIATRIQUES

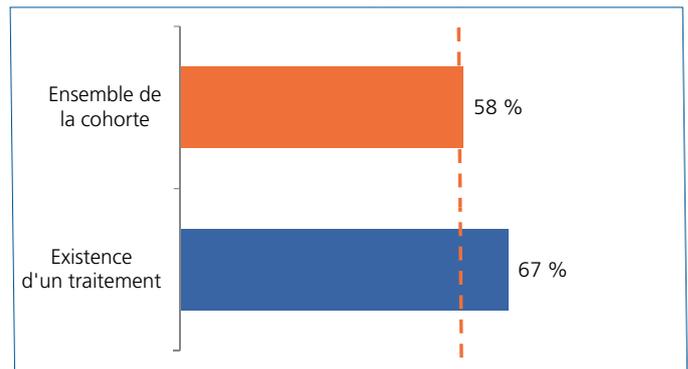
Des traitements médicamenteux psychiatriques plus fréquents chez les patients récidivistes

On peut enfin remarquer que la population récidiviste est fortement et significativement surreprésentée ($p < 0,001$) parmi les patients consommant un traitement médicamenteux au moment de leur prise en charge (+ 9 % vis-à-vis de l'ensemble des suicidants).

À noter :

Ce constat doit être interprété en prenant en compte le fait que la population récidiviste est susceptible d'être plus « fragilisée » et peut avoir un profil clinique plus favorable à la prescription d'un traitement médicamenteux.

Graphique 25 : Part de la récidive selon l'existence d'un traitement médicamenteux psychiatrique

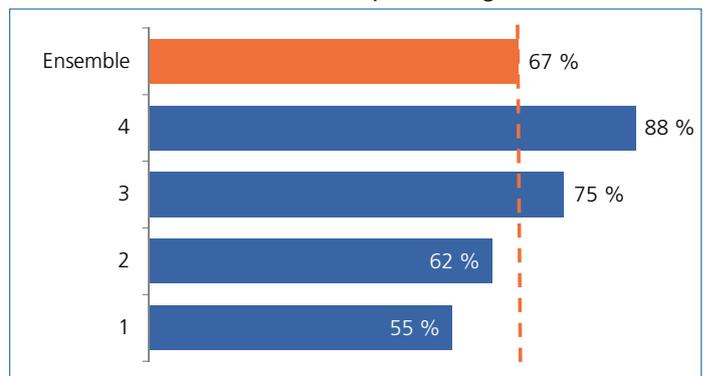


Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

L'essentiel des traitements associant les 4 classes thérapeutiques (88 %) concerne des patients récidivistes

Le nombre de molécules prescrites dans le traitement médicamenteux psychiatrique en cours au moment de la prise en charge varie significativement selon le statut vis-à-vis de la récidive. La proportion de patients récidivistes s'accroît en effet avec le nombre de classes thérapeutiques ($p < 0,001$).

Graphique 26 : Part de la récidive selon le nombre de classes thérapeutiques prescrites pour les patients ayant un traitement psychiatrique en cours au moment de la prise en charge



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne
*Ont été exclus les 9 patients pour lesquels un autre traitement ne combinant pas les 4 molécules de la fiche de recueil était signalé.

Prise en charge des patients

Précisions méthodologiques :

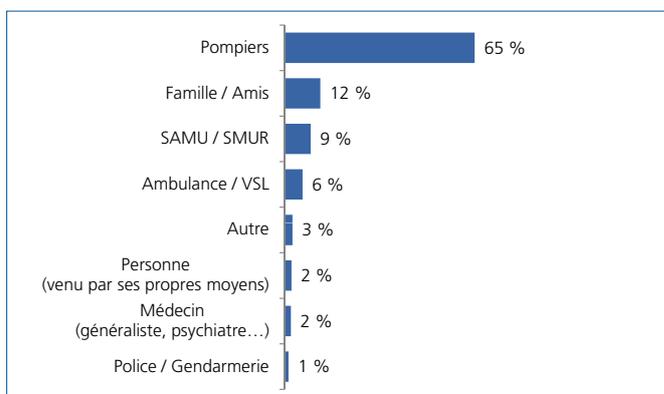
Pour l'étude des caractéristiques de la prise en charge des patients, les données prises en compte sont les données renseignées **lors de la dernière tentative de suicide prise en charge** (dernier enregistrement dans la base).

PROVENANCE ET PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE

Trois quarts des patients sont amenés par les services d'intervention

Comme le montre le graphique 27, les trois quarts des patients sont amenés aux urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, SAMU-SMUR, police ou gendarmerie), les pompiers assurant à eux-seuls le transport de près des deux tiers des patients (65 %).

Graphique 27 : Répartition des patients selon leur provenance*



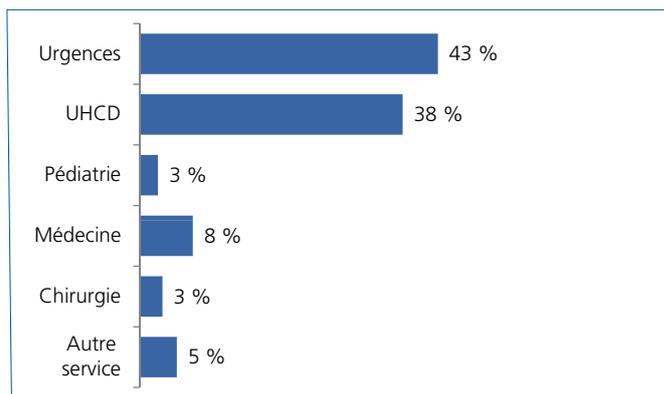
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

*Pour 76 patients, l'information n'est pas renseignée

Plus de 2 suicidants sur 5 (43 %) sont vus par l'équipe psychiatrique dès leur prise en charge aux urgences

Globalement et sur l'ensemble de la période d'observation, la majorité des patients (81 %) bénéficient d'une consultation avec l'équipe psychiatrique au cours de la prise en charge au sein du service des urgences ou au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée (celle-ci étant le plus souvent attenante au service des urgences). Les autres patients sont rencontrés a posteriori au sein d'un service de court séjour ou encore d'un autre type d'unité.

Graphique 28 : Répartition des patients selon l'unité où ils sont vus initialement par l'équipe psychiatrique**/**



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

*La formulation de l'item sur la fiche d'accueil et d'orientation peut éventuellement prêter à confusion, même si cet élément impacte a priori peu sur le recueil, la fiche étant renseignée par l'équipe elle-même.

**Les autres services correspondent aux services de réanimation ou de cardiologie, aux unités de soins intensifs ou de surveillance continue.

MODE DE SORTIE DU SERVICE DES URGENCES

Plus des trois quarts des suicidants hospitalisés en post-urgence

A l'issue de leur prise en charge aux services des urgences, quel que soit leur statut vis-à-vis de la récurrence, plus des trois quarts des patients (76 %) sont hospitalisés en post-urgence, un patient sur sept retourne à son domicile et une proportion marginale ne se conforme pas à l'avis médical.

A noter :

6 % des modes de sortie ne sont pas renseignés. Il s'agit pour l'essentiel de passages correspondant à des patients qui ont été vus initialement dans un autre service de l'hôpital (médecine, chirurgie ou autre).

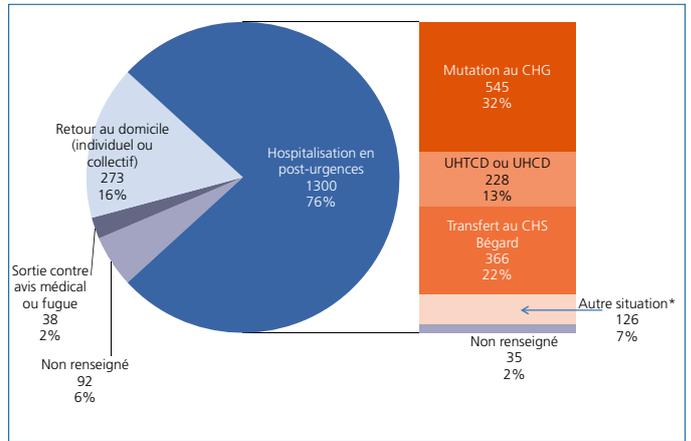
Comme l'indique le graphique 29 et pour les 1 300 patients concernés par une hospitalisation, les mutations concernent près du tiers des patients (32 %) et près d'un patient sur quatre (22 %) est transféré au CHS de Bégard.

Lorsqu'ils sont récidivistes, les patients sont un peu plus souvent transférés au CHS de Bégard après la prise en charge au service des urgences (32 % contre 23 % des primo-suicidants), en miroir, les primo-suicidants sont plus fréquemment hospitalisés dans un service du CHG (48 % contre 40 % des récidivistes).

À noter :

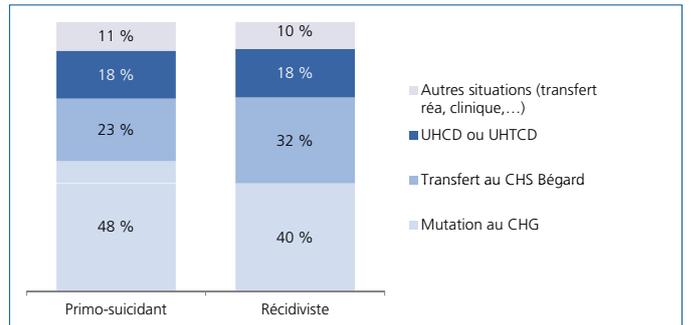
Au niveau de l'évolution des pratiques de prise en charge, la répartition des modes de sortie a fortement évolué au cours du recueil, le retour au domicile après un passage aux services des urgences étant de moins en moins fréquent au fil des années au profit d'une hospitalisation en post-urgences. La part des retours au domicile a ainsi été divisée par 3 entre 2011 et 2015 passant de 24 % à 9 %.

Graphique 29 : Répartition des patients suicidants selon le mode de sortie à l'issue de la prise en charge par l'équipe psychiatrique du service des urgences*



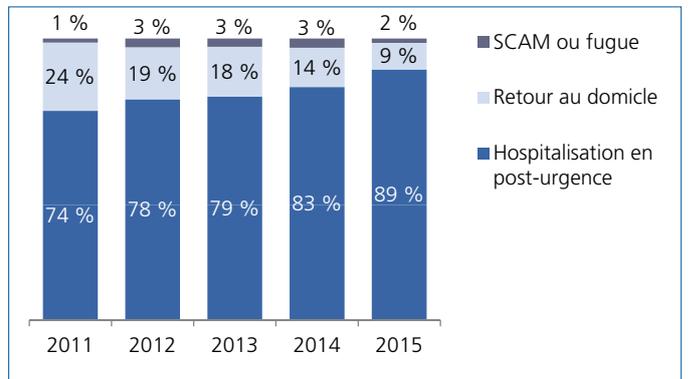
Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne.
*On peut faire l'hypothèse d'un défaut d'homogénéité du codage. En effet, certains soignants pourraient ne pas coder le mode de sortie du service des urgences mais le mode de sortie à l'issue de l'UHTCD.

Graphique 30 : Répartition des suicidants selon le type d'hospitalisation et le statut vis-à-vis de la récurrence



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

Graphique 31 : Évolution des modes de sortie du service des urgences selon l'année de recueil (passages)*



Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne.
*Pour 114 passages, le mode de sortie n'est pas renseigné.

INFORMATION DÉLIVRÉE AU MÉDECIN TRAITANT

A noter :

L'information au médecin traitant dépend non seulement de la connaissance et de l'identification dudit médecin mais également de la connaissance par l'équipe psychiatrique de la totalité de la trajectoire du patient ce qui peut ne pas être le cas lors d'un transfert vers d'autres établissements par exemple. Cette situation concerne aussi l'étude des orientations proposées ou organisées (voir à ce propos le point suivant).

Globalement, une forte majorité de patients suicidants déclare un médecin traitant (79 %). Seuls 2 % des patients déclare ne pas en avoir et pour 19 % cette information n'est pas renseignée, pas connue ou ne peut être collectée auprès du patient (refus ou incapacité).

Des comptes-rendus d'hospitalisation plus fréquents que les appels téléphoniques

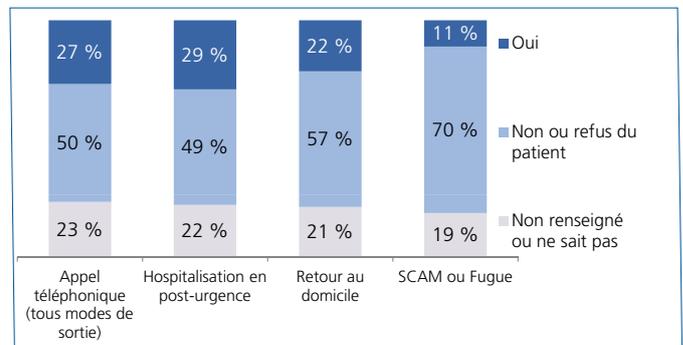
Pour les 1 347 patients ayant déclaré un médecin traitant :

- Plus d'un quart (27 %) bénéficient d'un appel téléphonique d'information en direction du médecin traitant. Par ailleurs, le fait de prendre contact avec le médecin traitant diffère statistiquement selon le mode de sortie, celui-ci étant plus fréquent lorsque le patient est hospitalisé (29 %) que lorsqu'il retourne à son domicile (22 %) et d'autant plus s'il ne s'est pas conformé à l'avis médical (11 %).
- Plus de la moitié des patients (52 %) bénéficient d'un compte-rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant, sans différence selon qu'ils retournent au domicile ou que leur hospitalisation est prolongée en post-urgence. Logiquement cette proportion chute à seulement 22 % pour les patients qui ne se sont pas conformés à l'avis médical. Il faut cependant nuancer ces observations au regard de la proportion élevée d'informations non renseignées.

Au final, parmi les patients pour lesquels un médecin traitant est identifié et les renseignements connus (1 347/1 703) :

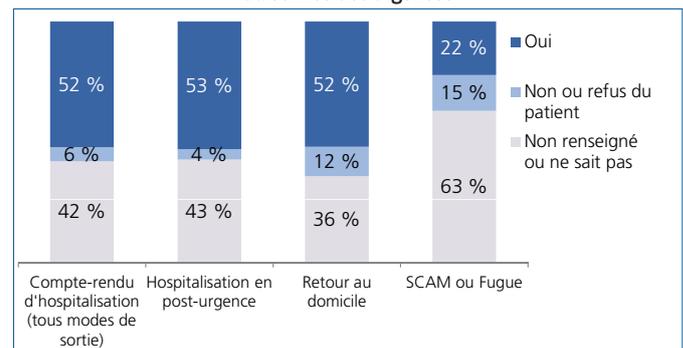
- 14 % bénéficient à la fois d'un appel téléphonique et d'un compte-rendu d'hospitalisation.
- 5 % ne bénéficient ni de compte-rendu ni d'appel téléphonique.
- Plus du tiers (32 %) bénéficient d'un compte-rendu sans appel téléphonique et 6 % d'un compte-rendu sans que l'on sache si un appel téléphonique a été mis en place.
- 12 % bénéficient d'un appel téléphonique sans que l'on sache si un compte-rendu a été adressé et 1 % d'un appel téléphonique sans compte-rendu.

Graphique 32 : Répartition des patients dont le médecin traitant a fait l'objet d'un appel téléphonique selon le mode de sortie du service des urgences



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne.

Graphique 33 : Répartition des patients dont le médecin traitant a fait l'objet d'un compte-rendu d'hospitalisation écrit selon le mode de sortie du service des urgences



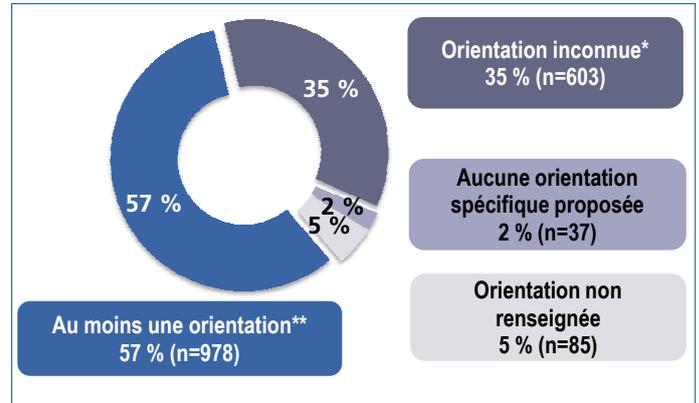
Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne.

ORIENTATION DES PATIENTS

Une forte majorité des patients se voit proposer une orientation à l'issue de sa prise en charge

Globalement la majorité des patients (57 %) s'est vue proposer ou organiser une orientation à l'issue de leur prise en charge (dernière tentative de suicide enregistrée dans la base). Parmi ces derniers, 735 (soit 75 % d'entre eux et 43 % de l'ensemble de la cohorte) se sont vus organiser au moins un rendez-vous. Par ailleurs, ces éléments sont à interpréter avec prudence : plus du tiers des patients de la cohorte ayant des modalités d'orientation inconnues du fait d'un transfert ou d'une mutation.

Graphique 34 : Répartition des patients ayant bénéficié d'une orientation à l'issue de la prise en charge initiale



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

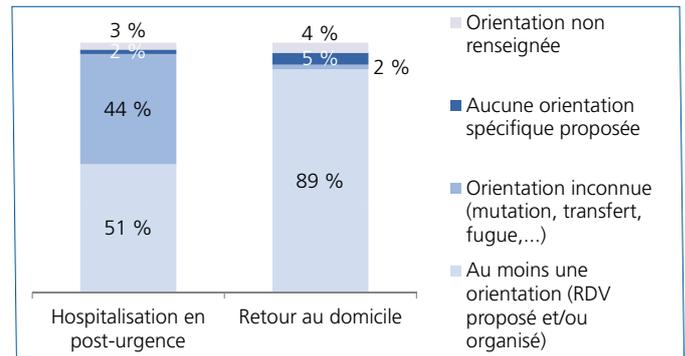
*Orientation inconnue du fait de mutation dans un service de l'établissement, transfert vers un autre établissement, ou autre situation (retour au domicile, sortie contre avis médical, fugue,...)

**Rendez-vous proposé(s) et/ou organisé(s)

La connaissance de l'orientation varie fortement selon le mode des sorties des urgences particulièrement lorsque celui-ci s'accompagne d'une hospitalisation en post-urgence

Les équipes psychiatriques à l'origine de la prise en charge initiale du patient n'ont connaissance de l'orientation des patients que dans la moitié des cas (51 %) lorsqu'ils sont hospitalisés en post-urgence alors qu'elles sont logiquement informées dans la plupart des cas lors d'un retour au domicile. Dans ce dernier cas, un rendez-vous est proposé et/ou organisé pour près de neuf patients sur dix (graphique 35).

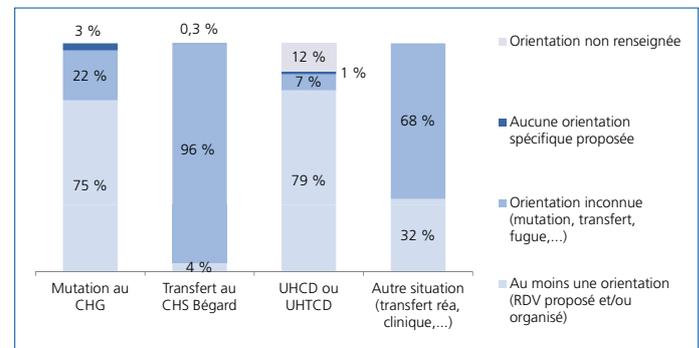
Graphique 35 : Répartition des patients ayant bénéficié d'au moins une orientation selon les 2 principaux modes de sortie du service des urgences



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Comme le montre le graphique 36, dans la majorité des cas les équipes psychiatriques n'ont pas connaissance de l'orientation des patients lorsque ceux-ci sont transférés dans un autre établissement, à l'inverse lorsque ces derniers restent hospitalisés au sein de l'établissement, elle est connue pour les trois quarts des patients.

Graphique 36 : Répartition des patients selon le type d'hospitalisation en post-urgence et l'orientation à l'issue de la prise en charge



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne.

ORIENTATION DES PATIENTS (SUITE)

Une orientation proposée ou organisée principalement en direction des Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou des Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA)

Comme l'indique le tableau 7 et pour les 978 patients pour qui au moins une orientation est proposée ou organisée, la destination principale est dans les deux cas (proposition et organisation) le CMP ou le CMPEA.

Au-delà des orientations vers le CMP ou le CMPEA :

- **Les propositions de rendez-vous** concernent notamment le médecin traitant (12 % des patients concernés).
- **L'organisation de rendez-vous** pour sa part concerne principalement le médecin psychiatre (34 % des patients concernés) mais ne concerne plus que 2 % des patients pour un rendez-vous avec le médecin traitant.

Une organisation des rendez-vous sensiblement plus fréquente en direction du CSAPA chez les patients récidivistes

La proposition ou l'organisation d'une orientation varie significativement selon le statut vis-à-vis de la récurrence uniquement lorsque l'orientation concerne le CMP ou CMPEA et le CSAPA. Pour tous les autres types d'orientations, les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Les patients récidivistes se voient ainsi plus fréquemment organiser un rendez-vous avec le CSAPA (13 % contre 5 % pour les primo-suicidants). A l'inverse, une rencontre avec les équipes du CMP ou du CMPEA est davantage proposée ou organisée pour des patients primo-suicidants (44 % contre 37 % pour des patients récidivistes).

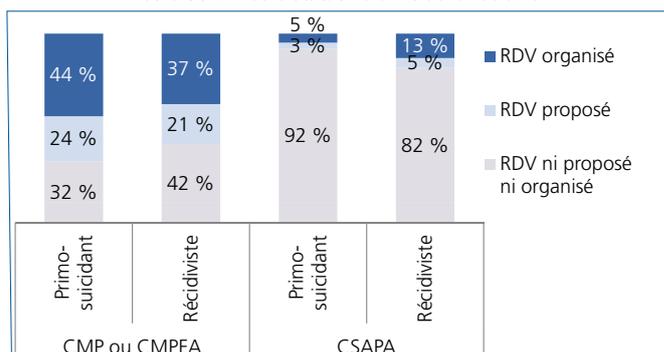
Tableau 7 : Répartition des patients selon les orientations proposées*

Orientations proposées (Nombre de patients ayant eu au moins une orientation, n=978)	Rendez-vous proposé		Rendez-vous organisé	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecin traitant	116	12%	15	2%
Psychiatre	65	7%	336	34%
CMP ou CMPEA	217	22%	393	40%
CSAPA	42	4%	90	9%
Visite à domicile	5	1%	23	2%
Autre	64	7%	106	11%

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

*Pourcentage calculé par rapport au total des patients ayant eu au moins une orientation proposée et/ou organisée, soit 978 patients

Graphique 37 : Répartition des patients selon les orientations vers le CMP et le CSAPA et le statut vis-à-vis de la récurrence



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Procédure de suivi des patients

Précisions méthodologiques :

- Pour l'étude des caractéristiques de la procédure de suivi des patients, ce sont les données relatives à la première tentative de suicide (premier enregistrement dans la base) et à la deuxième tentative (second enregistrement dans la base = récurrence) lorsque celle-ci existe qui sont utilisées.

- **Une procédure de suivi du patient** a été mise en place au sein des trois services d'urgence impliqués dans le recueil. Elle consiste, pour les soignants qui prennent en charge le patient et lorsque la situation le permet, à proposer au patient d'entrer dans un protocole de suivi que ce dernier, s'il est volontaire, valide par signature.

Ce protocole concerne deux points :

- La possibilité de s'informer auprès du médecin traitant du suivi ambulatoire du patient. Des informations au médecin traitant étant bien sûr susceptibles d'être délivrées à cette occasion.
- La possibilité pour le patient d'être rappelé téléphoniquement dans un délai convenu avec l'équipe soignante, délai situé théoriquement dans un intervalle de 3 à 6 semaines. En cas d'acceptation par le patient, la date de rappel convenue est indiquée dans un agenda de service destiné spécifiquement à cet effet. Pour un même patient, trois rappels au maximum sont organisés à partir de la date convenue avant abandon de la procédure. Lorsque le patient est joint, des renseignements complémentaires sont collectés (perception de l'état de santé, adhésion du patient aux propositions initiales d'orientation, perception de l'adaptation de cette orientation).

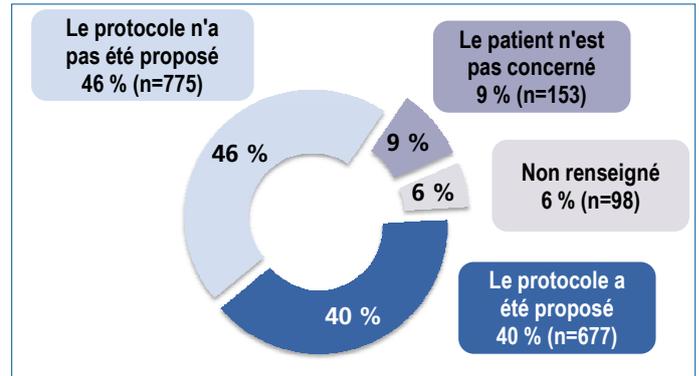
MISE EN PLACE ET ACCEPTABILITÉ DE LA PROCÉDURE DE SUIVI

■ Proposition de la procédure de suivi

Un protocole de suivi proposé à deux patients sur cinq

Globalement, lors de leur premier enregistrement dans la cohorte, 40 % des patients se voient proposer le protocole de suivi (graphique 38).

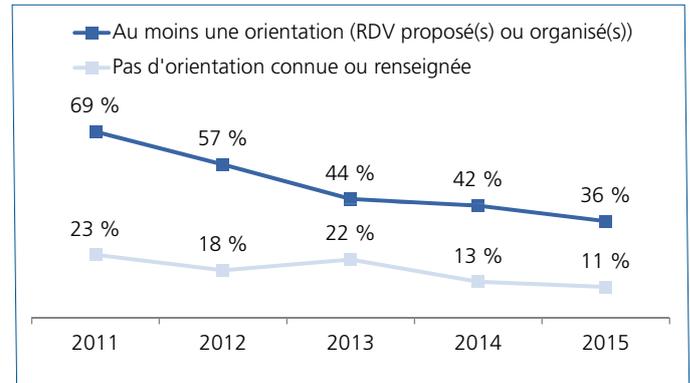
Graphique 38 : Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Par ailleurs, comme le souligne le graphique ci-contre et ceci quelle que soit l'année considérée, le protocole est davantage proposé dès lors que parallèlement un rendez-vous d'orientation a été soit proposé, soit organisé.

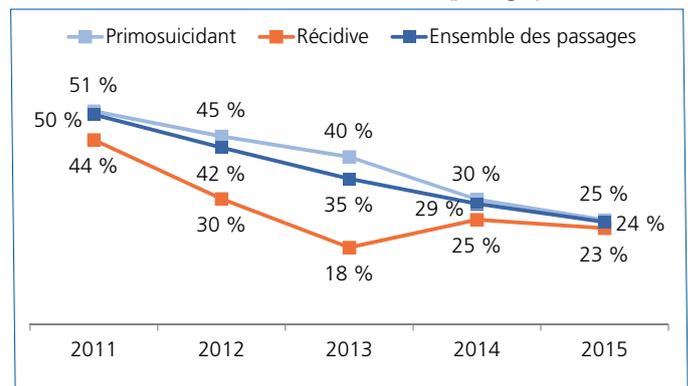
Graphique 39 : Répartition des patients ayant bénéficié d'au moins une orientation selon la proposition du protocole de rappel



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Si l'équipe psychiatrique a proposé le protocole de rappel dans la moitié des cas en 2011, seul le quart des passages (24 %) a fait l'objet de cette proposition en 2015 (cf. courbe en bleu foncé du graphique 40). Cette tendance se vérifie notamment chez les patients primo-suicidants (cf. courbe en bleu clair). En revanche, pour les patients récidivistes, cette baisse n'est observable que jusqu'en 2013.

Graphique 40 : Évolution de la proposition du protocole de rappel en fonction de l'année de recueil (passages)



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

À noter :

Selon les retours de terrain, la baisse de la proposition de la procédure de suivi pourrait être conjuguée à un accroissement des propositions de suivi via les CMP/CMPEA.

ACCEPTABILITÉ DE LA PROCÉDURE DE SUIVI

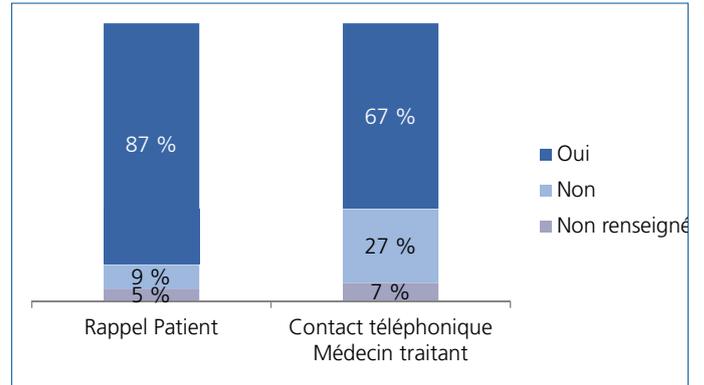
■ Acceptation de la procédure de suivi

Parmi les 677 patients qui se sont vus proposer le protocole de rappel (voir le graphique 41) :

- Près de neuf patients sur dix ont accepté d'être rappelé dans un délai de 3 à 6 semaines par l'équipe soignante (élément non renseigné dans 5 % des cas).
- Les deux tiers des patients acceptent le fait que l'équipe soignante prenne contact directement avec le médecin traitant (élément non renseigné dans 7 % des cas).

Au final, avec 9 % de refus identifiés, le protocole de rappel téléphonique du patient témoigne d'une très bonne acceptabilité.

Graphique 41 : Répartition des patients selon leur acceptation ou non à la procédure de suivi



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

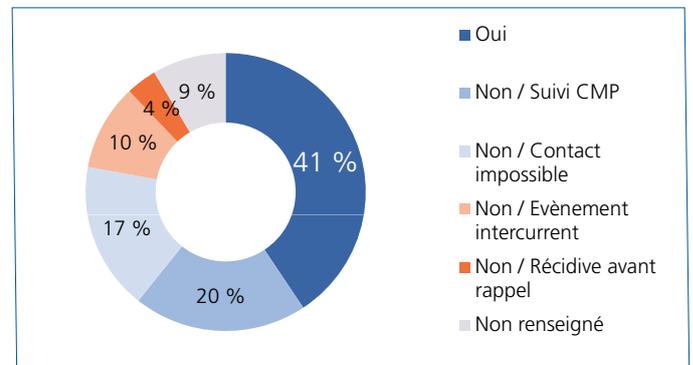
RÉALISATION DE LA PROCÉDURE DE SUIVI

■ Réalisation de la procédure de suivi

Parmi les 588 patients ayant accepté le protocole de rappel téléphonique (voir graphique 42) :

- pour deux patients sur cinq (239 patients, soit 41 %), la procédure de rappel a pu être réalisée,
- pour 118 patients (soit 20 %), celle-ci s'est révélée inadaptée du fait d'un suivi organisé par l'équipe soignante directement au CMP,
- pour 101 patients (soit 17 %), le rappel téléphonique du patient n'a pas abouti à l'issue des 3 tentatives,
- pour 59 patients (soit 10 %), l'équipe soignante a signalé la survenue d'un évènement intercurrent rendant le rappel téléphonique inadapté,
- pour 50 patients (soit 9 %), l'information n'est pas renseignée,
- pour 21 patients (soit 4 %), une récurrence est survenue avant que le rappel n'ait eu lieu.

Graphique 42 : Répartition des patients selon la réalisation de la procédure de rappel téléphonique du patient



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

PERCEPTION DES PATIENTS

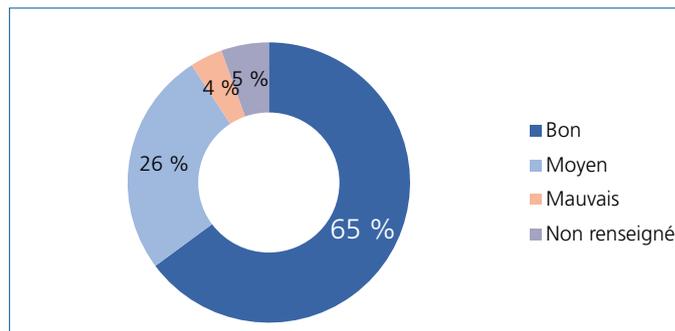
■ Perception de l'état de santé

Parmi les 239 patients pour lesquels la procédure de rappel téléphonique a été réalisée :

- Près des deux tiers (65 %, n=155) qualifient leur état de santé psychique et moral de « bon »¹⁴.
- Plus du quart (26 %, n=62) le qualifie de « moyen ».

En miroir, la qualification « mauvais » n'est adoptée que par 4 % (n=9) des patients rappelés (qualification non renseignée pour 5 %, soit 13 patients rappelés).

Graphique 43 : Répartition des patients selon la perception qu'ils ont de leur état de santé psychique et moral



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ Observance des orientations proposées

Concernant l'observance des orientations proposées ou organisées au moment de la prise en charge initiale (soit au moment de l'inclusion dans la cohorte, voir tableau 8) :

- **Les propositions de rendez-vous** sont au final très fortement suivies d'effets pour les médecins traitants (69 %). Par contre, elles le sont nettement moins pour le médecin psychiatre (41 %), pour le CMP (33 %).
- **L'organisation de rendez-vous** est, à l'inverse de la proposition, très largement suivie dans le cas du médecin psychiatre (près de huit patients sur dix déclarent avoir honoré leur rendez-vous), du CMP-CMPEA et du CSAPA (près de sept patients sur dix déclarent avoir honoré leur rendez-vous).
- **À noter** : en dehors des propositions ou organisations de rendez-vous à l'issue de la première prise en charge au service des urgences, une partie des patients a pu par la suite et à leur initiative rencontrer d'autres professionnels de santé que ceux ciblés initialement.

Tableau 8 : Répartition des patients selon les orientations proposées et l'observance de ces propositions

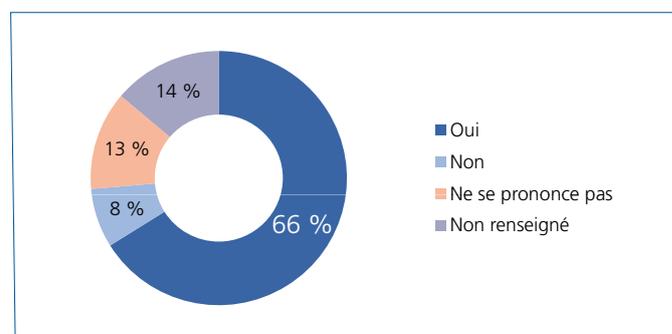
	Nombre de patients rappelés (n=239)	Orientations proposées	Observance du patient	
			Nombre	%
Médecin traitant		RDV proposé	61	69 %
		RDV organisé	8	50 %
Médecin psychiatre		RDV proposé	27	41 %
		RDV organisé	66	77 %
CMP ou CMPEA		RDV proposé	64	33 %
		RDV organisé	78	69 %
CSAPA		RDV proposé	6	17 %
		RDV organisé	26	65 %
Visite à domicile		RDV proposé	1	-
		RDV organisé	7	57 %

Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

■ Perception de l'adaptation des orientations proposées

Globalement et comme l'indique le graphique 44, les deux tiers des patients, pour lesquels un ou des rendez-vous à l'issue de la 1^{ère} prise en charge ont été proposés ou organisés, estiment a posteriori que ces orientations étaient adaptées. En miroir, moins d'un patient sur dix (8 %) l'estime au contraire inadaptée et 13 % ne se prononcent pas.

Graphique 44 : Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation de l'orientation qui leur a été proposée



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

¹⁴ Un seul patient a qualifié son état de santé physique et psychique de « très bon ».

RISQUE DE RÉCIDIVE À 6 MOIS ET À 12 MOIS APRÈS L'INCLUSION DANS LA COHORTE : IMPACT DU PROTOCOLE DE SUIVI

L'objectif de cette approche est de tenter d'évaluer le risque de récurrence à 6 mois et à 12 mois après l'inclusion dans la cohorte en fonction des modalités de suivi des patients.

■ Critère d'inclusion-exclusion

S'agissant du risque de récurrence, deux temps sont définis :

- À 6 mois, sont exclus tous les patients entrés dans la cohorte après le 30 juin 2015 de façon à avoir une durée d'observation minimale de 6 mois (n=143).
- À 12 mois, sont exclus tous les patients entrés dans la cohorte après le 30 juin 2014 de façon à avoir une durée d'observation minimale de 12 mois (n=273).

S'agissant des caractéristiques de suivi, sont exclus :

- Les patients pour lesquels le fait d'avoir proposé le protocole ou encore le fait qu'ils l'aient accepté n'était pas renseigné.
- Les patients estimés être non concernés par cette procédure : transfert en réanimation, etc..
- Les patients dont le protocole a été effectivement mis en place mais hors des délais prévus¹⁵.

Les critères d'inclusion-exclusion sont restitués précisément dans un arbre décisionnel présenté en annexe 1 pour chaque temps définis pour l'étude (ie à 6 mois et à 12 mois).

■ Constitution des groupes

Afin d'étudier l'impact du protocole de suivi sur la récurrence, quatre groupes de patients ont été constitués permettant de déterminer des groupes de patients les plus homogènes possibles et les plus hétérogènes entre eux au regard des modalités de suivi des individus qui les composent.

Quatre groupes principaux ont ainsi été constitués :

- Groupe 1 : Les patients ayant bénéficié du suivi dans les délais du protocole de rappel (+ ou - 3 jours avant-après).
- Groupe 2 : Les patients n'ayant pas bénéficié du suivi par le rappel téléphonique.
- Groupe 3 : Les patients pour lesquels le suivi n'a pas été proposé ou mis en place du fait d'un suivi engagé au CMP-CMPEA.
- Groupe 4 : Les patients pour lesquels le suivi n'a pas été réalisé en raison de la survenue d'un évènement intercurrent.

■ Données de base

1 702 patients¹⁶ composent notre cohorte (pour un patient, la date de la tentative de suicide n'est pas renseignée, il ne peut donc être pris en compte dans l'analyse temporelle de la récurrence).

Parmi ces derniers, 266 ont fait une récurrence, soit 16 % au total. Près de la moitié des récurrences (48 %) surviennent dans les 6 mois suivant la première prise en charge et les deux tiers (68 %) dans l'année.

¹⁵ Inclusion avec une marge de plus ou moins 3 jours avant-après.

¹⁶ Pour mémoire, après acceptation par le patient, le rappel téléphonique a été fixé dans un délai de 3 à 6 semaines après la date de prise en charge du patient par les équipes.

■ Impact de la procédure de suivi à 6 mois et à 12 mois

Globalement pour l'ensemble des patients de la cohorte pour lesquels les observations sont possible¹⁷, 8 % récidivent dans les 6 mois après leur première prise en charge et 11 % dans les 12 mois.

De manière plus précise, la proportion de patients récidivistes à 6 et à 12 mois selon l'appartenance à l'un des quatre groupes s'établit comme suit (voir graphique 45 ci-dessous) :

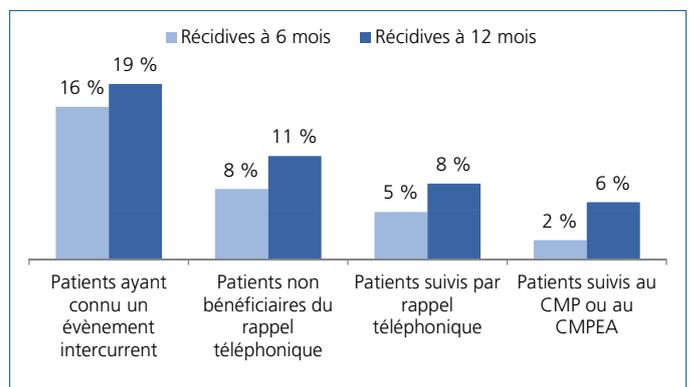
Six mois après l'inclusion dans la cohorte, il apparaît que les modalités de suivi ont un impact significatif (p<0,01)¹⁸ sur le fait de récidiver ou non, le même constat est réalisé pour les récurrences survenues dans les douze mois suivant la première prise en charge.

La mise en place d'un suivi engagé via le CMP-CMPEA apparaît pour ces durées d'observation comme étant le plus efficace. Pour sa part, le protocole de suivi via le rappel téléphonique du patient montre une efficacité moindre mais malgré tout supérieure au taux de récurrence observé sur l'ensemble des patients constituant les groupes identifiés.

À noter :

la spécificité du groupe de patients pour lesquels un évènement intercurrent a été mentionné par l'équipe psychiatrique qui affiche les proportions de récidivistes les plus élevées. Une attention toute particulière serait à porter à ces patients afin d'identifier de manière plus précise les situations qualifiées d'évènement intercurrent.

Graphique 45 : Impact de la procédure à 6 mois et à 12 mois



Source : Fondation Bon Sauveur – Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

¹⁷ 1 252 patients pour la durée des 6 mois ; 1 142 patients pour la durée des 12 mois.

¹⁸ Le test statistique utilisé est le test exact de Fisher.

Synthèse

- **L'étude réalisée** avec une très bonne exhaustivité constante dans le temps, porte sur la population prise en charge pour tentative de suicide aux urgences des hôpitaux de Guingamp, Paimpol et Lannion entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2015. **Elle concerne 1 703 patients pour 2 111 passages dans l'un des trois services.**
- **Le poids de la récurrence** quant à lui (incluant les tentatives avant et celles observées au cours de la période d'étude), peut être estimé au minimum à 55 % des patients et à 63 % des passages enregistrés.
- **Au niveau de l'incidence annuelle des différents indicateurs :**
 - **En terme de patients pris en charge** on observe en baisse de - 6 % en moyenne annuelle sur la période 2011-2015 (- 26% sur la période d'observation).
 - **Concernant le nombre de nouveaux patients**, celui-ci passe de 440 en 2011 (année référence) à 273 patients en 2015, soit une baisse de - 9 % en moyenne annuelle (- 38 % sur la période).
 - **Enfin concernant les primo-suicidants**, leur nombre passe de 159 en 2011 à 112 en 2015, soit une baisse de - 7 % en moyenne annuelle (- 30% sur la période).
- **Cette baisse de l'ensemble des indicateurs n'est pas « compensée » parallèlement et sur le territoire pris en compte par une hausse de la mortalité par suicide** (jusqu'en 2013, dernière année disponible à l'heure de la parution du présent rapport), témoignant ainsi d'une véritable baisse du phénomène.

■ Origine géographique des patients

- Les patients pris en charge proviennent pour l'essentiel des EPCI d'implantation des structures hospitalières et plus de huit prises en charge sur dix sont hospitalisées dans le secteur psychiatrique de résidence des patients, **témoignant ainsi d'une prise en charge de proximité.**
- **La proportion de patients résidant dans l'espace urbain**, notamment dans les villes-centres, est plus importante dans la cohorte de suicidants que celle observée en population générale. A l'inverse, les patients habitant une commune rurale sont sous-représentés.

■ Contexte sociodémographique

- **Concernant le sexe et l'âge**, la population prise en charge est d'une part **majoritairement féminine**, d'autre part, les femmes y sont surreprésentées vis-à-vis de la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Par ailleurs, avec un âge moyen de 43 ans, la population prise en charge présente un profil **plus jeune que celle des deux pays de résidence**, notamment dans les tranches d'âge allant de 35 à 54 ans.
- **Concernant le contexte familial**, les personnes vivant seules sont surreprésentées vis-à-vis de la population des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.
- **Concernant le contexte socioprofessionnel**, la population prise en charge se caractérise par une forte surreprésentation des chômeurs et des inactifs, notamment ceux en situation d'invalidité. La catégorie des employés est aussi surreprésentée bien que dans une moindre mesure.
- **Concernant la précarité et l'accès aux soins**, la proportion de bénéficiaires de la CMU est légèrement plus élevée dans la cohorte que celles relevées aux niveaux départemental ou régional. Ce constat s'observe aussi vis-à-vis des allocataires du RSA.

■ Contexte clinique et tentatives de suicide

- **Au niveau du contexte clinique périphérique à la tentative de suicide**, les éléments remarquables qui ressortent de l'analyse sont les suivants :
 - Plus de la moitié des patients présentent **des antécédents de tentative de suicide** avant leur dernière prise en charge.
 - **Le conflit conjugal/sentimental : premier motif invoqué** suivi par le conflit familial autre que conjugal. À eux seuls, ces deux motifs représentent plus de la moitié des motifs cités en tant que contexte précipitant principal auxquels sont associés les tentatives de suicide. Ceci, chez les hommes comme chez les femmes.
 - Deux tiers des patients pris en charge présentent des **antécédents psychiatriques**.
 - Deux tiers des patients bénéficient d'un **traitement médicamenteux psychiatrique** au moment de leur prise en charge. Lorsqu'un traitement est présent, l'association des classes thérapeutiques « antidépresseurs », « anxiolytiques » et « hypnotiques » est la plus fréquente.
 - **L'épisode dépressif** constitue le diagnostic relié le plus fréquemment cité.
- **Enfin, au niveau des modalités de passage à l'acte**, les auto-intoxications médicamenteuses concernent près de 9 patients sur 10. Les modes opératoires plus agressifs (lésions auto-infligées) sont plus fréquents chez les hommes.
- Par ailleurs, **la présence d'alcoolisation** est relevée dans près de 4 prises en charge sur 10.

■ Facteurs de risques de la récurrence

- **Un contexte social défavorisé et des situations d'isolement prégnants.** Le phénomène de la récurrence est en effet plus fréquent chez les personnes :
 - Vivant seules,
 - En dehors de l'activité,
 - Bénéficiant des dispositifs d'aide sociale et médicale (CMU ; RSA).
- **Un contexte clinique marqué par l'existence d'antécédents psychiatriques et l'existence d'un traitement médicamenteux en cours au moment de la récurrence.** On peut aussi souligner que la proportion de patients récidivistes est d'autant plus élevée que le nombre de molécules prescrites est importante.

■ Prises en charge réalisées

- **Au niveau de la provenance et de la prise en charge immédiate,** trois patients sur quatre sont amenés aux urgences hospitalières par les services d'intervention (pompiers, SAMU, SMUR). Après leur arrivée, huit patients sur dix rencontrent l'équipe psychiatrique dès leur prise en charge aux urgences ou au cours de l'hospitalisation en unité de courte durée (UHCD).
- **Concernant la sortie du service des urgences ou de l'UHCD,** plus des trois quarts des patients sont hospitalisés. Parmi ceux-ci, près d'un patient sur quatre est transféré au CHS de Bégard. À noter, le recours à l'hospitalisation en post-urgence s'est accru au fil du temps et concerne neuf prises en charge sur dix en 2015.
- **Le médecin traitant est informé dans la moitié des cas par un compte-rendu d'hospitalisation** et dans près d'un cas sur trois par un appel téléphonique de la part des équipes psychiatriques. En miroir, environ 5% des patients ne bénéficient ni de l'un, ni de l'autre.
- **Enfin, concernant l'orientation des patients,** près de huit patients hospitalisés dans l'un des trois hôpitaux participant au recueil sur dix se sont vus proposer ou organiser une orientation par les équipes psychiatriques à l'issue de leur prise en charge initiale, le plus fréquemment auprès du Centre Médico-Psychologique (CMP), du Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) et/ou d'un médecin psychiatre.

■ Suivi du patient

- **Un protocole de suivi** a été mis en place par les équipes psychiatriques des trois hôpitaux participants au recueil. Ce dernier est proposé aux patients volontaires. Il concerne à la fois des rappels téléphoniques auprès des médecins traitants et des rappels auprès du patient.
- **Au fil du temps, le protocole de suivi par rappel téléphonique du patient est moins fréquemment proposé aux patients :** si la moitié des patients pris en charge en 2011 se sont vus proposer le protocole de suivi, ils ne concernent plus qu'un quart des patients en 2015. Ce constat peut éventuellement être mis en lien avec des orientations en direction des CMP / CMPEA plus fréquentes.
- **Une forte acceptabilité du protocole :** parmi les patients à qui le protocole de suivi a pu être proposé, environ 9 sur 10 valident le principe d'un rappel par l'équipe soignante et deux-tiers le principe d'un rappel auprès du médecin traitant.
- **Parmi les patients pour lesquels le rappel téléphonique a pu être mis en place :**
 - **Deux patients sur trois jugent leur état de santé physique et psychique comme « bon »** au moment du rappel (soit entre trois et six semaines après sa prise en charge). En miroir, cette perception est qualifiée de « mauvaise » par seulement 4 % des patients rappelés.
 - **L'observance des orientations proposées initialement est particulièrement bonne** lorsqu'un rendez-vous a été organisé notamment auprès du médecin psychiatre ou avec le CMP-CMPEA ou le CSAPA ou lorsqu'il a été proposé avec le médecin traitant.
 - **Deux-tiers des patients estiment a posteriori que les orientations proposées ou organisées initialement étaient adaptées.** En miroir, 8 % des patients les considèrent au contraire inadaptées à leur situation.
- **Enfin, l'observation des récurrences 6 mois ou 12 mois après l'inclusion des patients dans la cohorte fait apparaître un impact significatif ($p < 0,05$) des modalités de suivi sur la survenue ou non d'une récurrence : les suivis engagés par les CMP-CMPEA s'avèrent d'une efficacité sensiblement supérieure au suivi via le protocole de rappel téléphonique des patients. L'absence de suivi (protocole ou suivi CMP-CMPEA), ou de la survenue d'un événement intercurrent constituant pour leur part les situations les plus défavorables en termes de survenue d'une récurrence à 6 ou à 12 mois après la prise en charge.**
- **On peut souligner pour finir que c'est bien les différentes possibilités offertes aux patients (CMP-CMPEA ou protocole de suivi), selon leurs souhaits et leurs possibilités qui contribuent à l'efficacité finale des prises en charge en terme de prévention de la récurrence.**

Annexes

Annexe 1 : Arbre décisionnel d'inclusion-exclusion pour l'étude de l'impact du protocole de suivi à 6 mois et à 12 mois

Annexe 2 : Cartographie des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile

Annexe 3 : Cartographie de l'offre de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie générale et infanto-juvénile

Annexe 4 : Table des illustrations

Figure 1 : Étude de la récurrence à 6 mois - Arbre décisionnel pour la constitution des groupes de patients

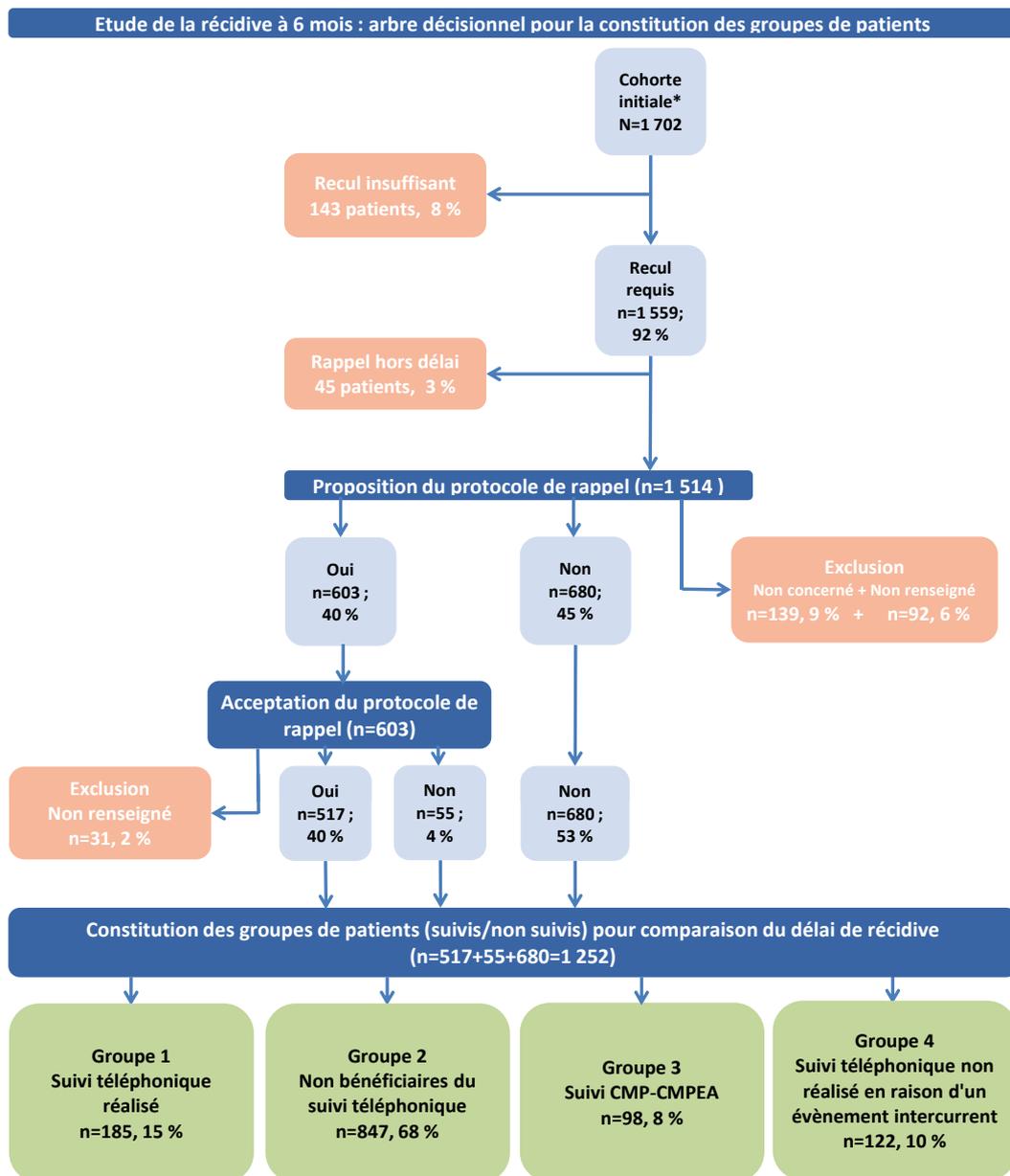


Tableau 9 : Part de la récurrence à 6 mois selon les quatre groupes constitués

Groupe		Nombre de patients	Nombre de récurrence à 6 mois	% récurrence à 6 mois
1	Suivi téléphonique réalisé	185	9	5 %
2	Non bénéficiaires du rappel téléphonique	847	64	8 %
3	Suivi CMP-CMPEA	98	2	2 %
4	Suivi téléphonique non réalisé en raison d'un événement intercurrent	122	20	16 %
Nombre total de patients inclus dans la constitution des groupes		1252	95	8 %

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

Figure 2 : Étude de la récurrence à 12 mois - Arbre décisionnel pour la constitution des groupes de patients

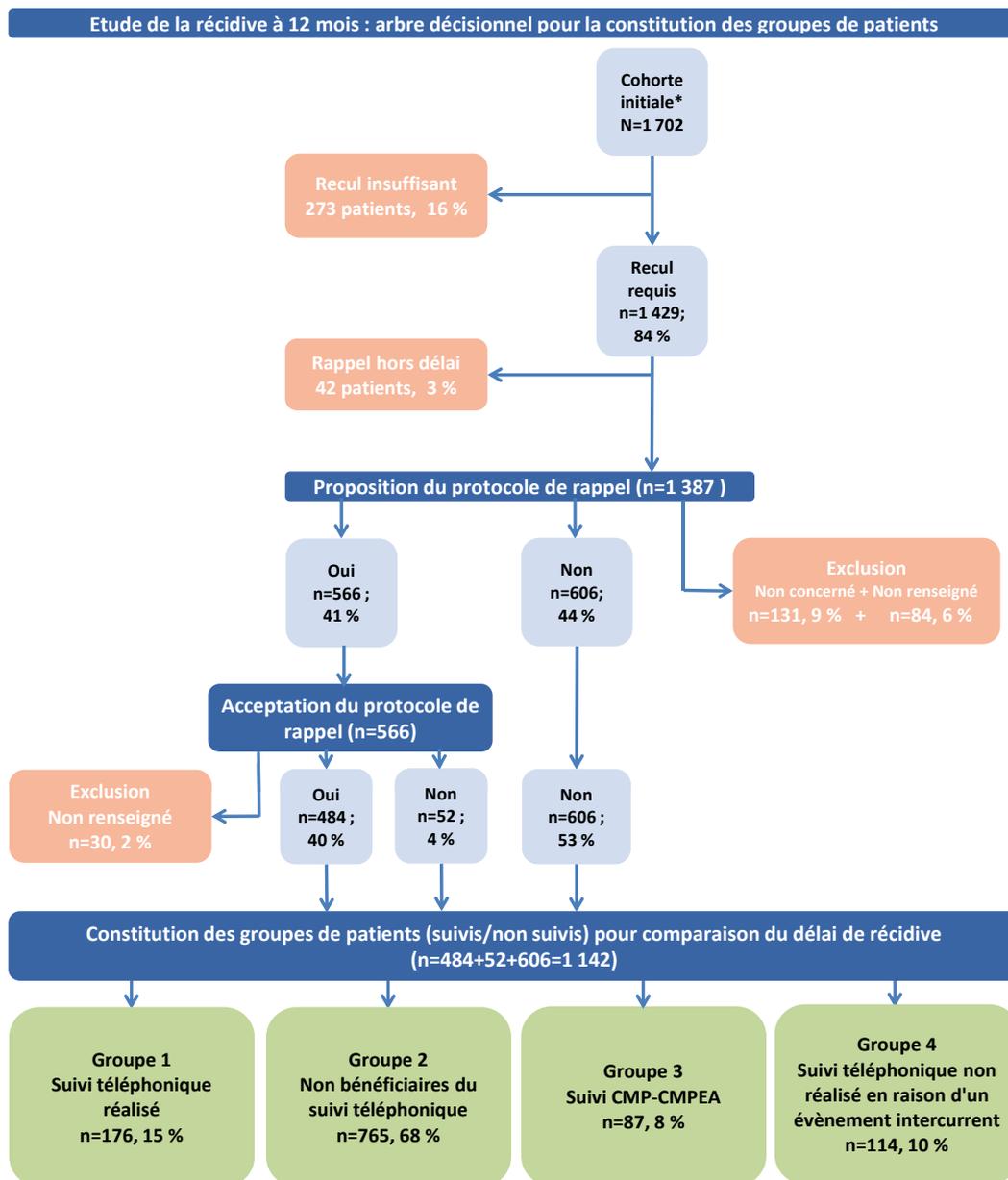
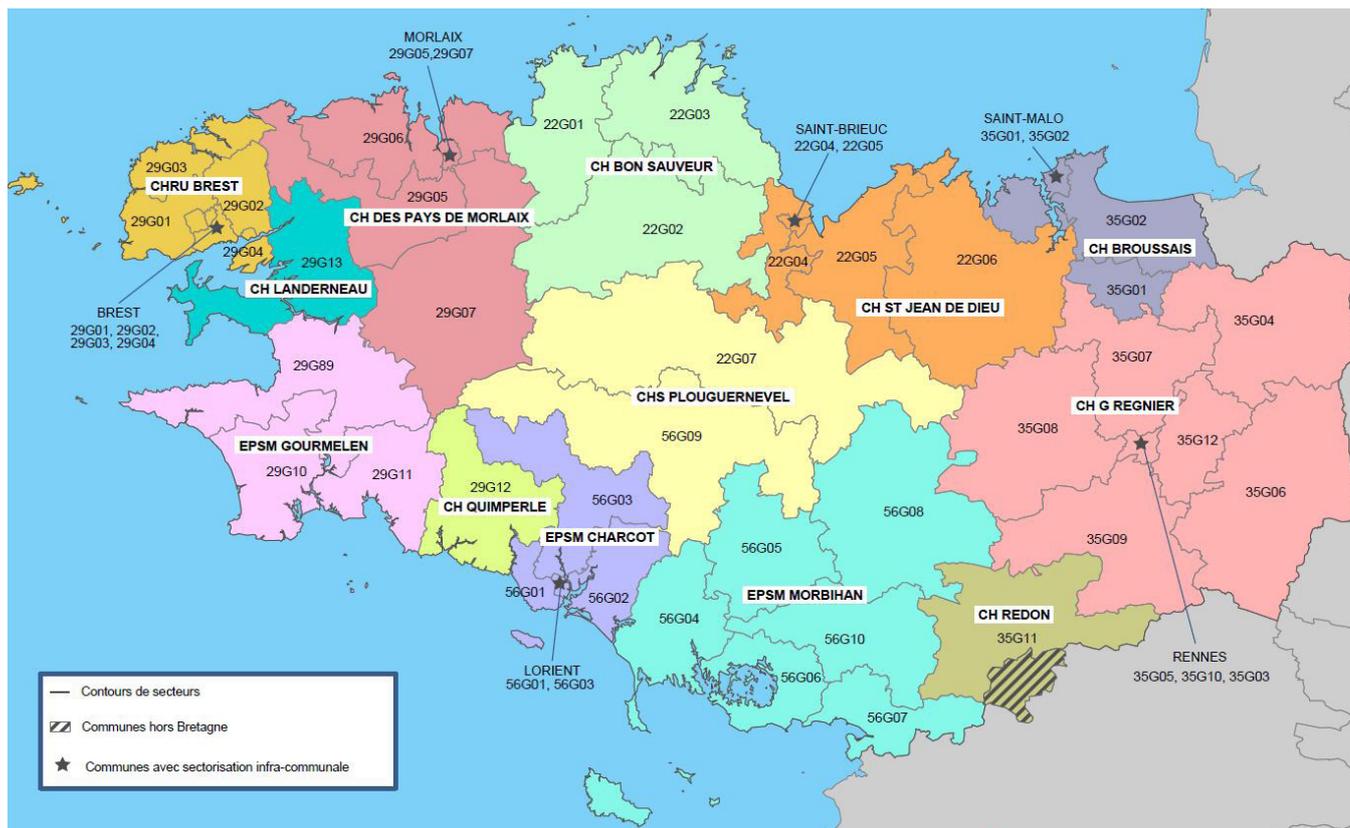


Tableau 10 : Part de la récurrence à 12 mois selon les quatre groupes constitués

Groupe	Nombre de patients	Nombre de récurrence à 12 mois	% récurrence à 12 mois
1 Suivi téléphonique réalisé	176	15	9 %
2 Non bénéficiaires du rappel téléphonique	765	86	11 %
3 Suivi CMP-CMPEA	87	4	5 %
4 Suivi téléphonique non réalisé en raison d'un événement intercurrent	114	22	19 %
Nombre total de patients inclus dans la constitution des groupes	1142	127	11 %

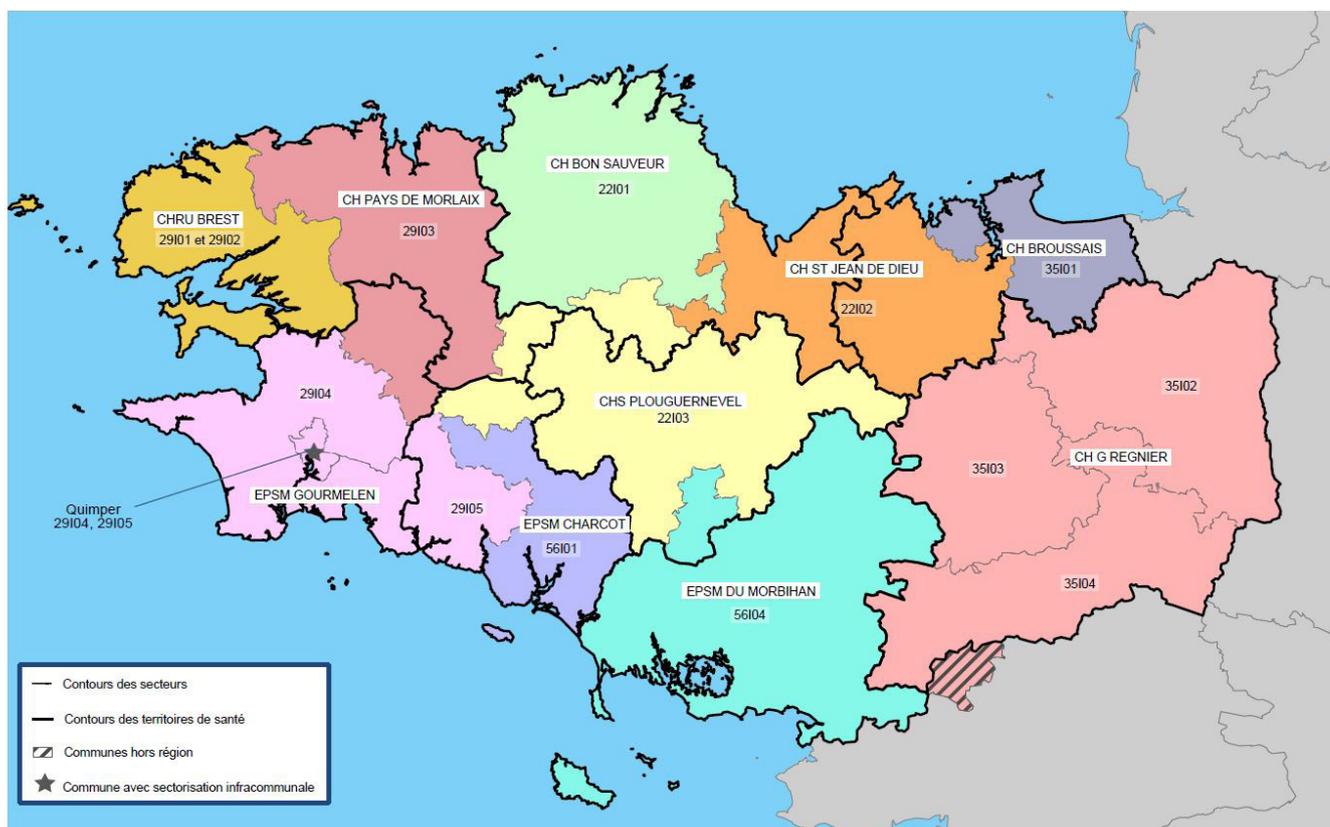
Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

Carte 2 : Les secteurs de psychiatrie générale en Bretagne en 2015



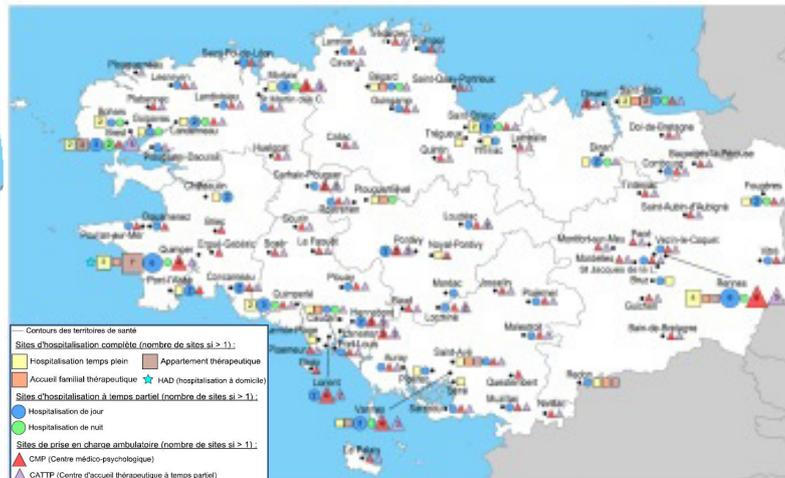
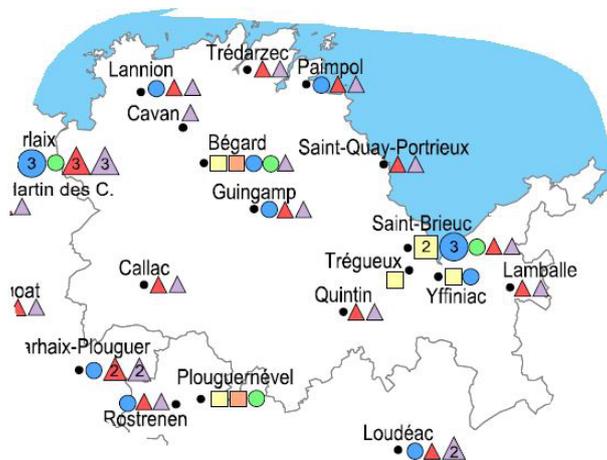
Sources : enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014
Réalisation ARS Bretagne, mars 2015 – Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

Carte 3 : Les secteurs de psychiatrie infantile-juvénile et les territoires de santé en Bretagne en 2015

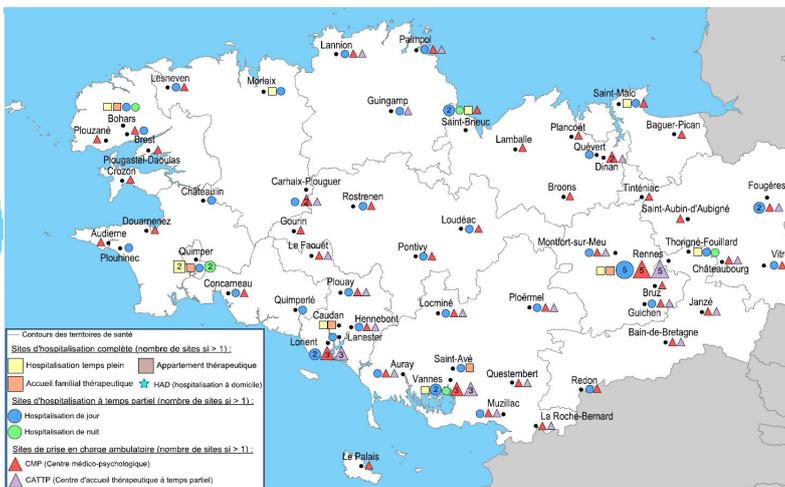
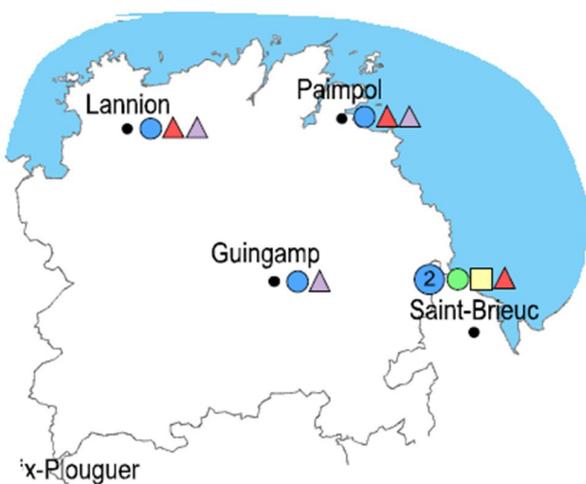


Sources : enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014 et territoires de santé 2010
Réalisation ARS Bretagne, mars 2015 – Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

Carte 4 : Offres de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie générale au 1^{er} janvier 2015
Zoom sur le secteur du CH Bon Sauveur



Carte 5 : Offres de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie infant-juvénile au 1^{er} janvier 2015



EN SAVOIR +

■ Focus de l'ARS Bretagne, n°1, juin 2015 - L'offre de soins psychiatriques en Bretagne

Graphique 1 : Répartition des patients selon leur statut vis-à-vis de la récurrence* - Cohorte 2011-2015	p.10
Graphique 2 : Répartition des patients récidivistes selon le nombre de récurrences (déclaré et observé) - Cohorte 2011-2015	p.10
Graphique 3 : Répartition du nombre de décès par suicide dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo depuis 2005	p.11
Graphique 4 : Répartition des passages pour tentatives de suicide selon le secteur psychiatrique de domicile et d'hospitalisation	p.15
Graphique 5 : Répartition par sexe des patients et de la population domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans ou plus)	p.16
Graphique 6 : Pyramide des âges à la dernière tentative de suicide observée au cours de la période	p.16
Graphique 7 : Répartition par âge de la population générale et celle des suicidants domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo (15 ans ou plus)	p.16
Graphique 8 : Répartition de la population des ménages et celle des suicidants âgés de 15 ans et plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le mode de cohabitation	p.17
Graphique 9 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés parmi les suicidants et en population générale au RP2013 dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo	p.18
Graphique 10 : Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les suicidants et en population générale	p.18
Graphique 11 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus allocataires du RSA	p.19
Graphique 12 : Proportion de suicidants de 25 ans ou plus bénéficiaires de la CMUNBP	p.19
Graphique 13 : Antécédents personnels de tentatives de suicide	p.20
Graphique 14 : Antécédents familiaux de tentatives de suicide	p.20
Graphique 15 : Répartition des motifs cités en tant que contexte précipitant principal par ordre de fréquence décroissante selon le sexe	p.20
Graphique 16 : Antécédents psychiatriques des suicidants	p.21
Graphique 17 : Traitement médicamenteux psychiatriques en cours au moment de la prise en charge	p.22
Graphique 18 : Répartition des suicidants ayant un traitement médicamenteux en cours au moment de la prise en charge selon le nombre de classes thérapeutiques prescrites	p.22
Graphique 19 : Répartition des suicidants selon les associations thérapeutiques au moment de la prise en charge par ordre de fréquence décroissante	p.22
Graphique 20 : Répartition des suicidants selon le sexe et le mode principal de la tentative de suicide	p.23
Graphique 21 : Part de la récurrence selon le mode de cohabitation	p.26
Graphique 22 : Part de la récurrence selon la situation par rapport à l'emploi déclarée	p.26
Graphique 23 : Part de la récurrence chez les allocataires du RSA et les bénéficiaires de la CMU	p.26
Graphique 24 : Part de la récurrence selon l'existence d'antécédents psychiatriques	p.27
Graphique 25 : Part de la récurrence selon l'existence d'un traitement médicamenteux psychiatrique	p.27

Graphique 26 : Part de la récurrence selon le nombre de classes thérapeutiques prescrites pour les patients ayant un traitement psychiatrique en cours au moment de la prise en charge	p.27
Graphique 27 : Répartition des patients selon leur provenance	p.30
Graphique 28 : Répartition des patients selon l'unité où ils sont vus initialement par l'équipe psychiatrique	p.30
Graphique 29 : Répartition des patients suicidants selon le mode de sortie à l'issue de la prise en charge par l'équipe psychiatrique du service des urgences	p.31
Graphique 30 : Répartition des suicidants selon le type d'hospitalisation et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.31
Graphique 31 : Évolution des modes de sortie du service des urgences selon l'année de recueil (passages)	p.31
Graphique 32 : Répartition des patients dont le médecin traitant a fait l'objet d'un appel téléphonique selon le mode de sortie du service des urgences	p.32
Graphique 33 : Répartition des patients dont le médecin traitant a fait l'objet d'un compte-rendu d'hospitalisation écrit selon le mode de sortie du service des urgences	p.32
Graphique 34 : Répartition des patients ayant bénéficié d'une orientation à l'issue de la prise en charge initiale	p.33
Graphique 35 : Répartition des patients ayant bénéficié d'au moins une orientation selon les 2 principaux modes de sortie du service des urgences	p.33
Graphique 36 : Répartition des patients selon le type d'hospitalisation en post-urgence et l'orientation à l'issue de la prise en charge	p.33
Graphique 37 : Répartition des patients selon les orientations vers le CMP et le CSAPA et le statut vis-à-vis de la récurrence	p.34
Graphique 38 : Répartition des patients selon la proposition de la procédure de suivi	p.36
Graphique 39 : Répartition des patients ayant bénéficié d'au moins une orientation selon la proposition du protocole de rappel	p.36
Graphique 40 : Évolution de la proposition du protocole de rappel en fonction de l'année de recueil (passages)	p.36
Graphique 41 : Répartition des patients selon leur acceptation ou non à la procédure de suivi	p.37
Graphique 42 : Répartition des patients selon la réalisation de la procédure de rappel téléphonique du patient	p.37
Graphique 43 : Répartition des patients selon la perception qu'ils ont de leur état de santé psychique et moral	p.38
Graphique 44 : Répartition des patients selon leur perception de l'adaptation de l'orientation qui leur a été proposée	p.38
Graphique 45 : Impact de la procédure à 6 mois et à 12 mois	p.39

Tableau 1 : Répartition du nombre de passages et de patients pris en charge en fonction de l'année de recueil	p.11
Tableau 2 : Répartition du nombre de nouveaux patients et de primo-suicidants en fonction de l'année de recueil	p.11
Tableau 3 : Nombre et répartition des patients et de la population de 15 ans ou plus domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo selon le type d'espace	p.15
Tableau 4 : Répartition des suicidants selon la modalité principale d'hospitalisation regroupée en grande catégorie	p.23
Tableau 5 : Répartition des suicidants selon la modalité associée	p.23
Tableau 6 : Répartition des suicidants selon le diagnostic relié	p.24
Tableau 7 : Répartition des patients selon les orientations proposées	p.34
Tableau 8 : Répartition des patients selon les orientations proposées et l'observance de ces propositions	p.38
Tableau 9 : Part de la récurrence à 6 mois selon les quatre groupes constitués	p.44
Tableau 10 : Part de la récurrence à 12 mois selon les quatre groupes constitués	p.45
Carte 1 : Répartition des passages pour tentatives de suicide selon l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de domicile des patients	p.15
Carte 2 : Les secteurs de psychiatrie générale en Bretagne en 2015	p.48
Carte 3 : Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les territoires de santé en Bretagne en 2015	p.48
Carte 4 : Offres de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie générale au 1 ^{er} janvier 2015 – Zoom sur le secteur du CH Bon Sauveur	p.49
Carte 5 : Offres de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie infanto-juvénile au 1 ^{er} janvier 2015	p.49



Conseil Régional de Bretagne

283, avenue du Général Patton - CS 21 101 - 35711 Rennes Cedex
Tél - 02 99 27 10 10 • Fax - 02 99 27 11 11
<http://www.bretagne.fr>



Agence Régionale de Santé Bretagne

6 Place des Colombes - CS 14253, 35042 RENNES CEDEX
Tél - 02 90 08 80 00 • Fax - 02 99 30 59 03
<http://www.ars.bretagne.sante.fr>



Observatoire Régional de Santé de Bretagne

8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35706 RENNES CEDEX 7
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21
<http://www.orsbretagne.fr>