

### 1. LE CONTEXTE NATIONAL : BAISSÉ DES SUICIDES ET DES TS

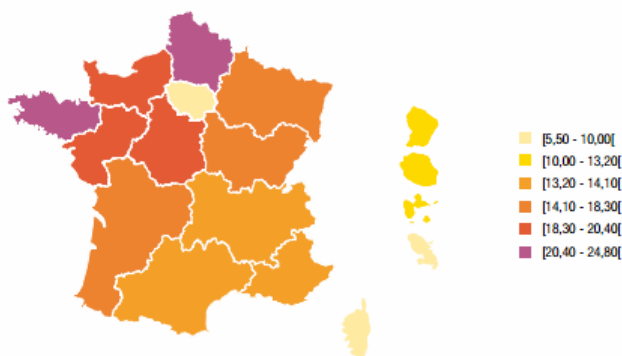
Les Tentatives de suicide (TS) et Suicides sont surveillées en France par l'Observatoire National du Suicide<sup>1</sup> qui propose une déclinaison au niveau régional des données sur les suicides (jusqu'à 2012) et les tentatives de suicide (jusqu'à 2013) à partir des :

- causes médicales de décès enregistrées dans les certificats de décès (CépiDc - INSERM)
  - données extraites de bases médico-administratives, pour ce qui relève des hospitalisations en médecine et chirurgie (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIM-P) après une TS.
  - données du réseau Oscour® (réseau qui couvre 89% des services d'urgence en 2015) pour les passages aux urgences suite à une TS.
- La surveillance des TS s'appuie sur une définition de cas nationale, qui correspond aux « cas certains » définis par l'UREH depuis 2006.

• **Concernant les suicides**, il faut rappeler la sous-estimation du nombre de suicides dans les certificats de décès (enquête sur les certificats de 2006), importante dans certaines régions comme l'Île-de-France (46%) ou Rhône-Alpes (21%), faible en CVL (2%) expliquant sans doute une partie des écarts observés entre les taux régionaux de suicide présentés ci-dessous.

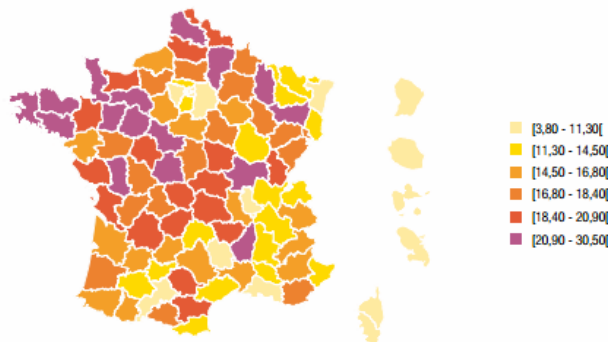
**Le taux de suicide en France métropolitaine pour l'année 2012 est de 15,1/100 000 et celui de la Région CVL (standardisé sur la population française 2012) est de 18,3**, la plaçant dans les 5 régions à plus haut taux de suicide, avec 2 départements à très haut taux de suicide : Indre 25, Loir-et-Cher 22,2. **Les décès par suicide sont en baisse en France métropolitaine, -12,8% entre 2000-2002 et 2010-2012**, et plus encore en CVL (-15,8%). Toujours avec prudence, le recueil pouvant être de qualité variable, la France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la plupart des pays de l'Est de l'Europe.

**CARTE 1** • Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants, en 2012



Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

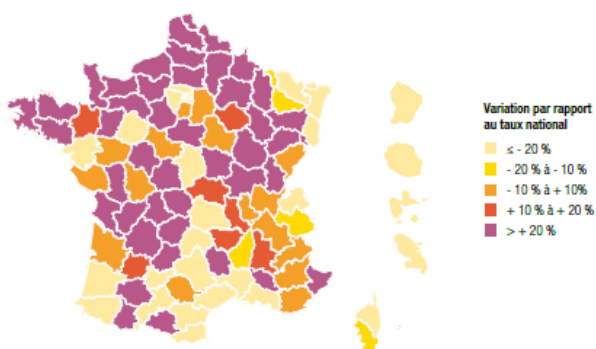
**CARTE 2** • Taux de suicide standardisés dans les départements métropolitains et d'outre-mer pour 100 000 habitants, en 2012



Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

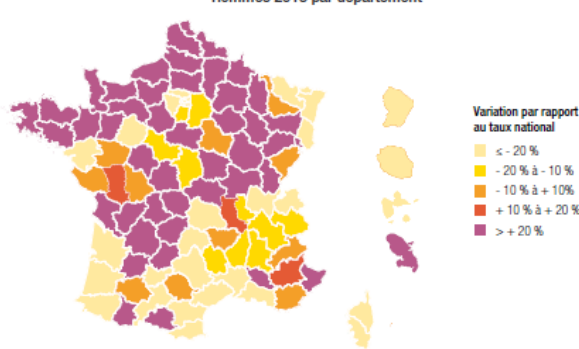
• **Concernant les hospitalisations en MCO pour tentatives de suicide**, les taux standardisés en France sont en diminution de 175/100 000 à 157 de 2008 à 2013, toujours plus élevés chez la femme 189 vs 124 chez l'homme en 2013. Il existe un gradient Nord Sud, et le taux de la région CVL est au dessus de la moyenne nationale (186) : chez la femme 227 en 2013 vs 146 chez l'homme, avec une disparité départementale : l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Loiret, l'Eure-et-Loir, ont des taux de 20 % plus élevés que la moyenne nationale pour les 2 sexes.

**CARTES 5** • Variation par rapport au taux national des taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes âgées de 10 ans et plus par région et par département en 2013



\* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.  
Source • ATIH, analyses InVS.

**CARTES 4** • Variation par rapport au taux national des taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes âgés de 10 ans et plus par région et par département, en 2013



\* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.  
Source • ATIH, analyses InVS.

## 2. TENTATIVES DE SUICIDE (TS), PATIENTS DOMICILIÉS EN RC ≥10 a - PMSI MCO 2008-2014

La Région CVL a été la première région à surveiller les TS via le PMSI depuis 2004<sup>2</sup>. À l'époque la qualité du codage encore hétérogène a conduit à utiliser une définition de cas originale à 2 niveaux : cas certains (code en X de lésions auto-infligées certifiant la TS) et cas probables (combinaison d'un code de lésion traumatique et empoisonnement et d'un code de trouble mental sans le code en X). Cette définition n'a pas été retenue au niveau national qui ne prend en compte que les cas certains.

Afin que toutes les données soient comparables avec les données française de l'ONS, **l'UREH s'aligne désormais sur la définition de cas nationale et ne sélectionne désormais que les cas certains.**

### Rappel des consignes de codage dans le PMSI des suicides et TS :

Un Diagnostic Principal (DP) codé avec un ou des codes du groupe S00 à T98 du chapitre XIX de la CIM10

- Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe -

ET

Un Diagnostic Associé(DA) codé avec un ou des codes du groupe X60 à X84 du chapitre XX de la CIM10 = Lésions auto-infligées, TS

Tableau 1 : Nombre de TS hospitalisées selon la définition de cas, région CVL 2006-2014

	Cas certains + probables	Cas certains (définition nationale)	
2006	5 346	3 721	70%
2007	5 696	4 713	83%
2008	5 467	5 024	92%
2009	5 546	5 079	92%
2010	5 470	5 066	93%
2011	5 385	4 954	92%
2012	5 151	4 729	92%
2013	4 631	4 194	91%
2014	4 775	4 318	90%

Nouveau périmètre d'analyse

### 2.1 Taux standardisés des TS : en baisse

Taux standardisés = nombre d'hospitalisations pour TS des habitants du département rapporté à la population départementale, ajusté sur l'âge de la population française métropolitaine. La standardisation permet la comparaison entre départements indépendamment de la structure d'âge.

Tableau 2 : Taux standardisés\* des TS certaines pour 100 000 habitants CVL (≥10 ans)

Département de domicile	HOMMES								FEMMES								TOTAL				
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
18 - Cher	114	136	135	127	114	110	94	198	242	198	193	162	143	143	157	190	167	161	138	127	119
28 - Eure-et-Loir	222	200	215	174	211	160	178	311	300	285	272	306	241	258	268	251	251	224	260	201	219
36 - Indre	147	191	201	225	187	171	208	267	253	283	295	342	261	279	208	222	243	261	266	217	244
37 - Indre-et-Loire	187	197	194	188	162	164	169	311	297	288	286	275	260	259	252	250	244	240	221	214	217
41 - Loir-et-Cher	134	118	123	127	98	104	103	197	180	242	178	177	173	178	167	150	184	153	139	139	141
45 - Loiret	162	195	200	226	185	169	166	321	315	294	304	282	241	254	244	257	249	266	235	206	211
Région CVL	167	178	184	183	164	151	155	282	277	272	265	262	227	235	226	230	229	225	214	190	196

\* Population INSEE France entière 2013

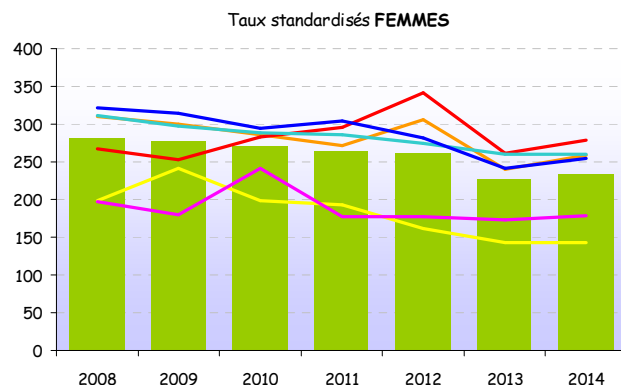
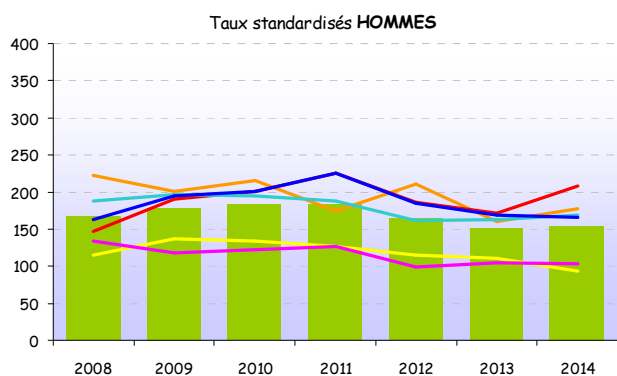
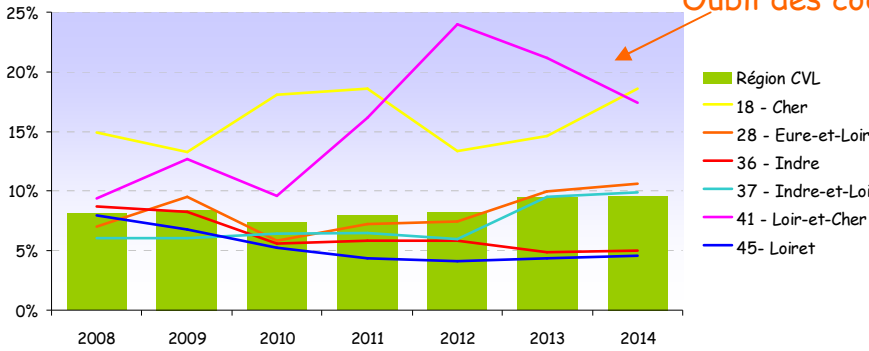


Figure 1 : Évolution des taux standardisés\* des TS certaines pour 100 000 habitants CVL (≥10 ans)

On observe sur la période, le sur-risque chez la femme (1,5 fois plus de TS que chez l'homme) et une diminution dans les 2 sexes : - plus importante et plus régulière chez la femme que chez l'homme (baisse seulement depuis 2011).

- avec hétérogénéité départementale : le Loir-et-Cher et le Cher ont des taux standardisés plus faibles de cas certains. Dans l'ancienne définition de cas (certain + probable) ces 2 départements avaient déjà des taux bien en dessous des autres mais l'écart se creuse légèrement avec la nouvelle définition. Le codage étant le pivot de la surveillance, il nous a paru important de revenir sur les cas probables dans ces 2 départements (Figure 2). L'Indre est le seul département sans baisse des taux (taux départementaux les plus hauts en 2014, à interpréter au vu de la figure 2 ci dessous).

% cas probables

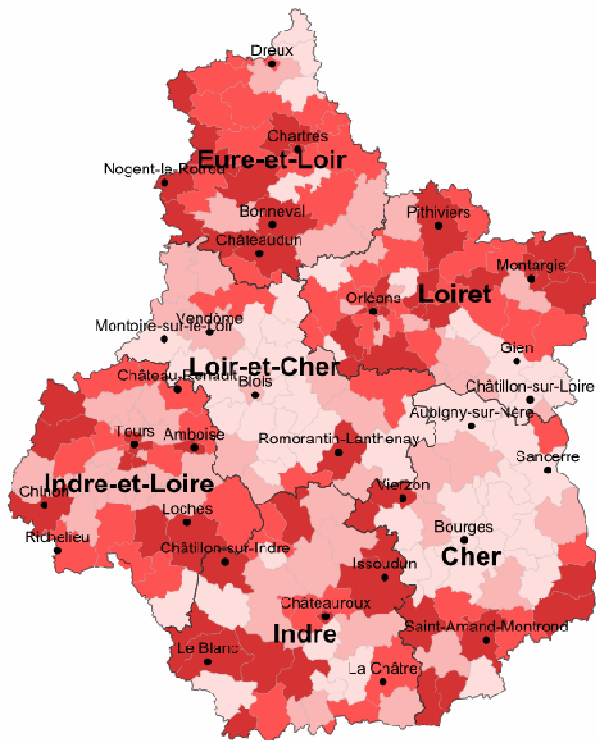


Oubli des codes X ?

Le Cher et le Loir-et-Cher ont toujours eu les plus fortes proportions de cas probables mais le phénomène semble s'accroître.

➔ Attention au codage, y a-t-il un codage incomplet des TS avec oubli du code en X dans ces 2 départements ?

Figure 2 : Part des cas probables par département

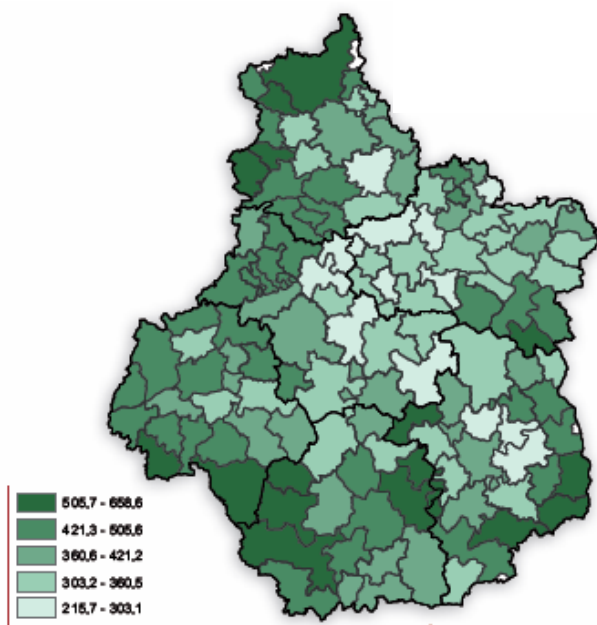


➔ Taux standardisés = nombre d'hospitalisations pour TS des habitants du code postal rapporté à la population, ajusté sur l'âge et le sexe de la population française métropolitaine des 10 ans et plus (données INSEE 2012).

La standardisation permet la comparaison entre codes postaux, indépendamment de leur structure d'âge et sexe.

Taux standardisés (/100 000 hab. >=10ans)  
 < 150  
 [ 150 ; 190 ]  
 [ 190 ; 240 ]  
 >= 240

Figure 3 : Taux standardisés par âge et sexe des TS pour 100 000 hab., 2008-2014 (population >=10ans INSEE 2012)



La Figure 3 montre des disparités importantes des taux de TS selon le code géographique de domicile : On observe comme attendu au vu des figures précédentes, des taux plus faibles dans le Loir-et-Cher et le Cher. Les zones urbaines semblent les plus touchées comme déjà montrée sur le rapport 2006-2010<sup>2</sup>.

Cette répartition peut être rapprochée à celle des séjours liés à la consommation d'alcool :

- bonne corrélation en Eure-et-Loir, Sud du Cher de l'Indre et de l'Indre-et-Loire où les consommations sont élevées ;
  - bonne corrélation dans le Loir-et-Cher et le centre du Cher où les consommations sont faibles ;
  - pas de concordance dans le Loiret.
- (Figure 4, rapport ORS Centre<sup>3</sup>)

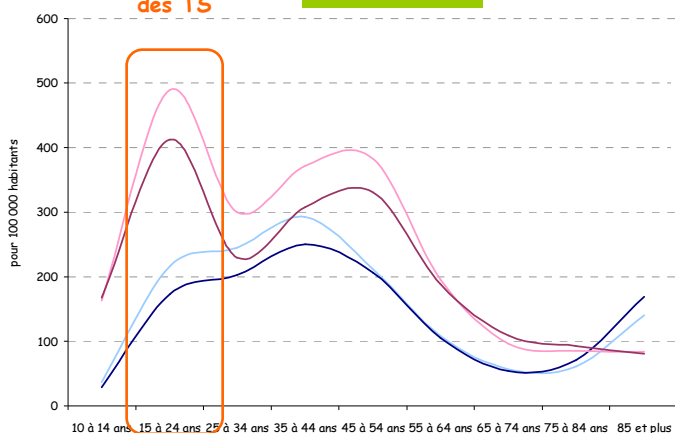
Figure 4 : Taux de séjours hospitaliers pour troubles liés à la consommation d'alcool (/ 1 000 hab), ORS 2011-2013

## 2.2 Taux bruts des TS par tranche d'âge : en baisse aux 2 pics

**Taux bruts** = nombre d'hospitalisations pour TS rapporté à la population départementale/régionale de la même période (données INSEE 2008-2013). Les taux bruts par âge et sexe permettent de suivre l'évolution de la pathologie au sein du territoire ; analyse limitée aux 10 ans et plus.

Les 15-24 ans  
représentent 20%  
des TS

RÉGION CVL

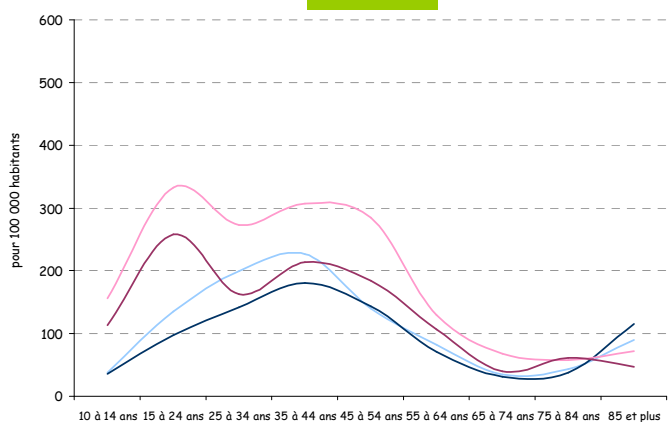


Prévalence en baisse dans les 2 sexes aux 2 pics et augmentation modérée chez l'homme de 85 ans et plus (environ 15 TS en plus chaque année).

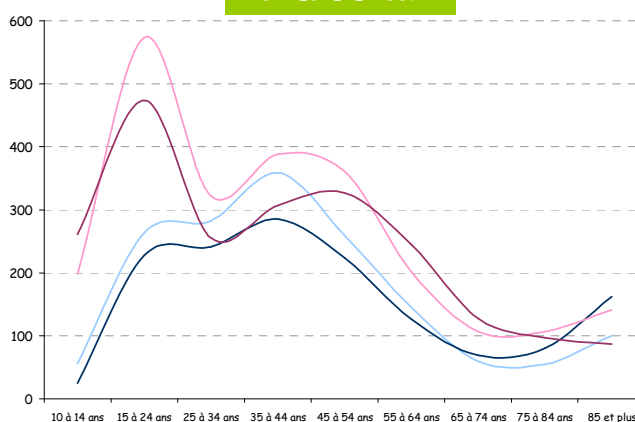
### Hétérogénéité départementale :

- 18 : faible prévalence et forte baisse chez la femme ;
- 28 : augmentation chez la femme 55-74 ans ;
- 36 : augmentation chez la femme à presque tous les âges ;
- 37 : augmentation chez l'homme 55-74 ans ;
- 41 : prévalence en baisse sauf chez les hommes de 75 ans et plus ;
- 45 : chez les hommes, pas de baisse au 2ème pic et augmentation marquée chez les plus de 85 ans.

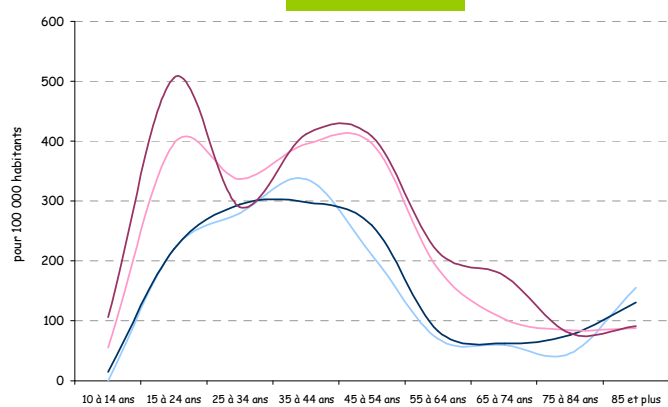
18 - CHER



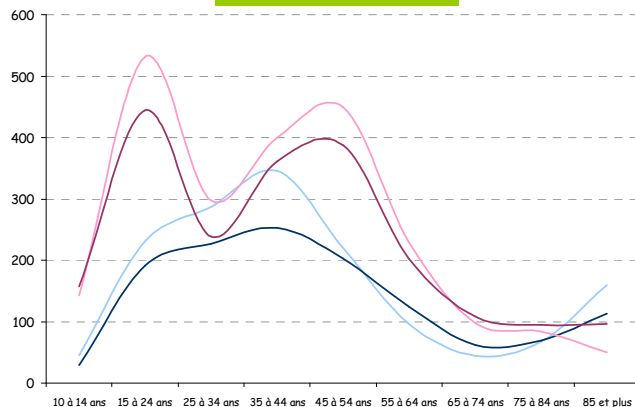
28 - EURE-ET-LOIR



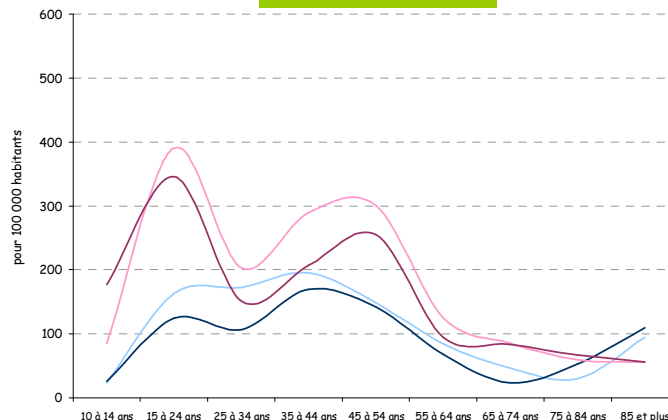
36 - INDRE



37 - INDRE-ET-LOIRE



41 - LOIR-ET-CHER



45 - LOIRET

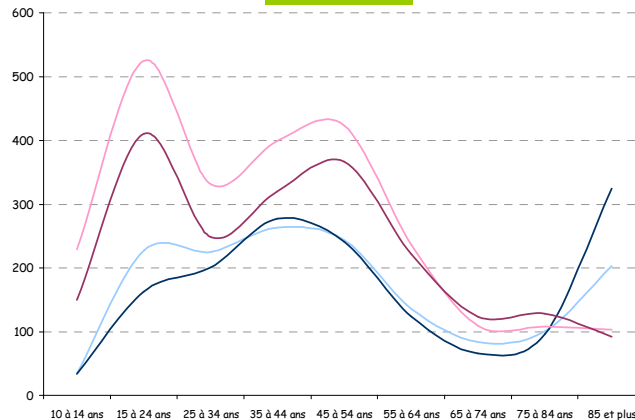


Figure 5 : Comparaison des taux bruts de TS par tranche d'âge sur les périodes 2008-2010 et 2012-2014 et selon le sexe

3.1.1 Réitérations (PMSI MCO 2008-2014)

On comptabilise 19 % de réitérations (dans 65 % des cas seulement 1 fois) sur la période 2008-2014 (pas de différence selon le sexe et l'âge). De même que les TS sont moins fréquentes, les réitérations sont moins fréquentes dans le Cher (17 %) et le Loir-et-Cher et (15 %).

3.2 Hospitalisations en Psychiatrie suite à une TS : MCO 2012-2013 - PSY 2012-2014

Le numéro de chaînage anonyme permet de suivre la trajectoire de soins d'un patient du MCO vers la psychiatrie. Un défaut de chaînage concernait :

- 12 % des séjours en 2012, majoritairement au CH FLEURY-LES-AUBRAIS (réalisant > 4 500 séjours Psy/an) ;
- 6 % en 2013, majoritairement au CH de CHINON (réalisant > 1 000 séjours Psy/an) ;
- 5 % en 2014, majoritairement au CH G. SAND (réalisant > 4 000 séjours Psy/an) et la totalité des séjours de la Clinique de Cour-Cheverny (~400 séjours).

Ce défaut de chaînage peut provoquer une légère sous-estimation du recours à la PSY après le MCO.

Tableau 3 : Proportion des patients hospitalisés en PSY (2012-2014) dans l'année qui a suivi la 1ère TS en MCO 2012-2013

départements de domicile	
18 - Cher	274 (46%)
28 - Eure-et-Loir	485 (36%)
36 - Indre	244 (32,3%)
37 - Indre-et-Loire	777 (41,2%)
41 - Loir-et-Cher	210 (30,6%)
45 - Loiret	556 (27,4%)
Région CVL	2 546 (34,9%)

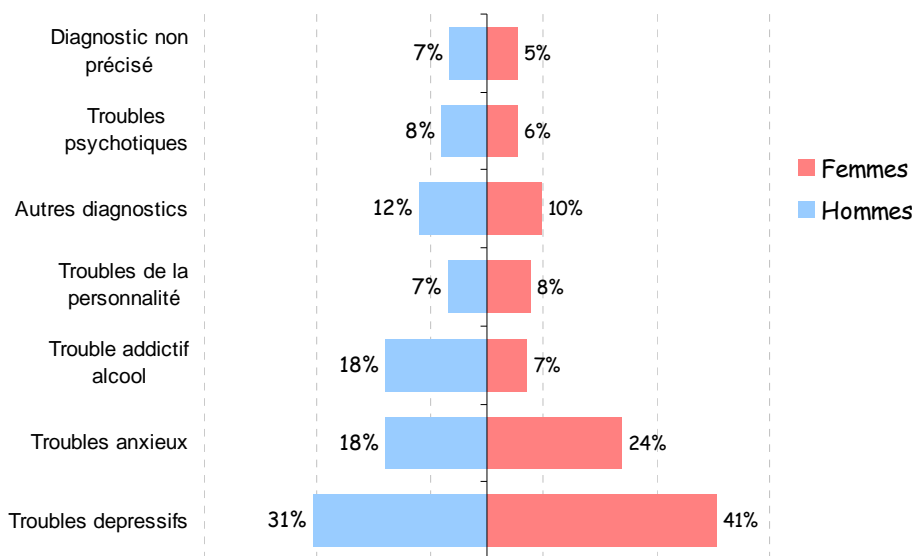


Figure 6 : Pathologies Psychiatriques codées dans le PMSI PSY 2012-2013

Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie après une TS est de 35 % en région CVL mais avec des disparités entre départements, allant de 27% pour le Loiret à 46% pour le Cher (Tableau 3). L'analyse du diagnostic principal de l'hospitalisation PSY a retrouvé 3 pathologies dominantes (Figure 6)

- 37 % de syndromes dépressifs (plus fréquents chez les femmes) ; en forte augmentation (28% en 2009-2010)
  - 21 % de troubles anxieux (également plus fréquents chez les femmes) ; en légère diminution (24% en 2009-2010)
  - 12 % de troubles addictifs à l'alcool, (plus fréquents chez les hommes) ; en légère augmentation (10% en 2009-2010) ; la consommation de cannabis est codée dans 2% des séjours en psychiatrie (très sous-codée)
  - les troubles de la personnalité sont vraisemblablement sous-estimés car codés en diagnostic associé
- Parmi les diagnostics associés les codes difficultés liées à l'entourage (Z63) sont retrouvés dans 12 % : 5% conjoint, 2% divorce, 4% décès d'un proche, 2% emploi, 2% relation parents.

Les patients hospitalisés en MCO pour une réitération ont été 2 fois plus hospitalisés en psychiatrie que les non récidivistes (61 % vs 31 %).

☛ **Décès par suicide** : des certificats de décès (données CépidC 2004-2013) des habitants de la Région CVL âgés de 15 ans et plus.

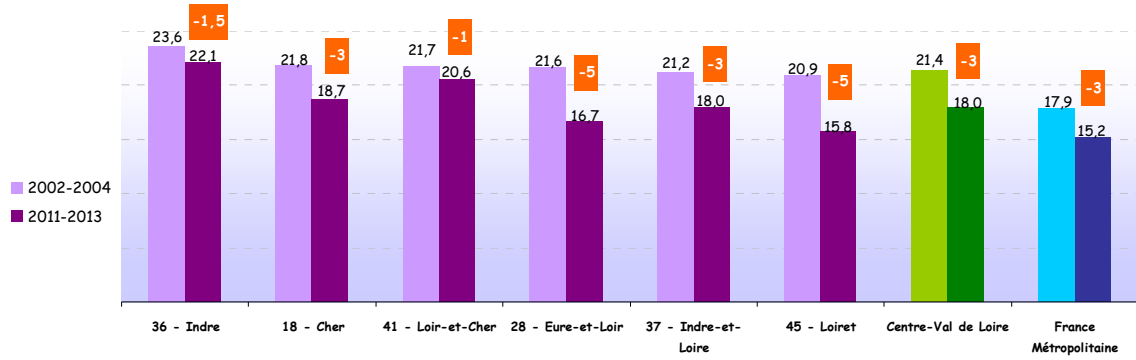
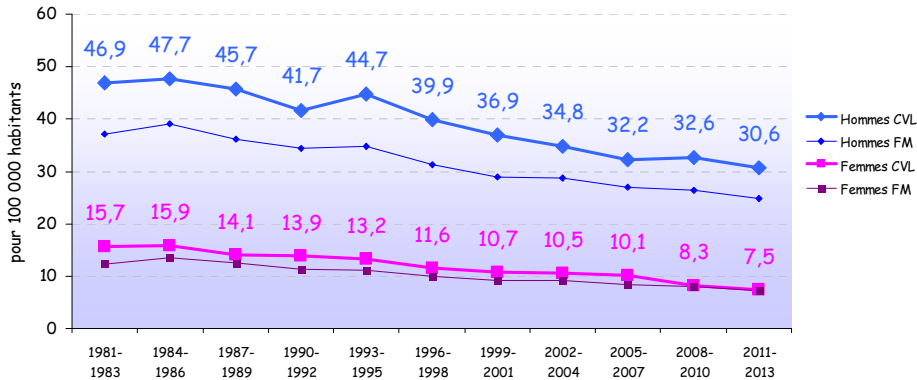
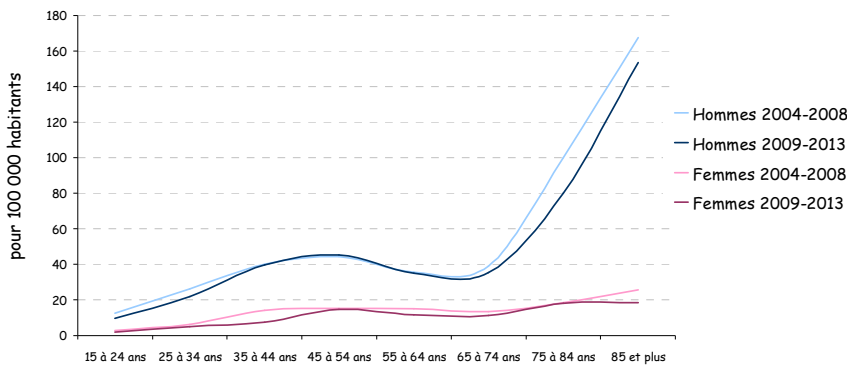


Figure 7 : Taux standardisés des décès par suicide (/100 000 hab.), âges et sexes confondus, 2002-2013 (taux CépidC)



Moins de 1 TS sur 10 aboutit au décès. Une tendance à la baisse des décès par suicide est observée dans la région comme au niveau national (-3/100 000 habitants) : -850 suicides/an en France Métropolitaine et -50 suicides /an en CVL, baisse moins nette dans l'Indre et le Loir-et-Cher (Figure 7 et 8).

Figure 8 : Taux standardisés des suicides par sexe, 1981-2013 (CépidC) : comparaison CVL / France métropolitaine



Alors que les TS sont plus fréquentes chez les femmes, la mortalité par suicide est 4 fois plus élevée chez les hommes.

**Dans les 2 sexes on observe une baisse des suicides :**

- hommes : chez les moins de 35 ans et très nette chez les 75 ans et plus qui on l'a vu font désormais plus de TS ;
- femmes : baisse à presque tous les âges surtout chez les 35-44 ans et les 85 ans et plus.

Figure 9 : Taux bruts de décès par suicide, par âge comparaison des périodes 2004-2008 et 2009-2013, région CVL

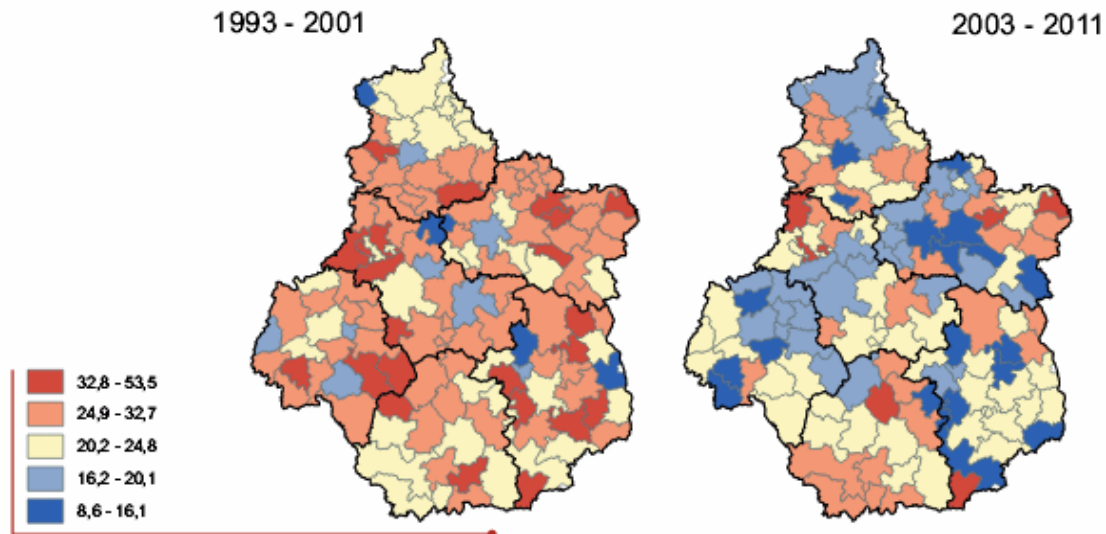


Figure 10 : Taux standardisés de mortalité par suicide (/ 100 000 hab), ORS 1993-2011

Ces cartes issues du rapport ORS Centre 2016 sur les inégalités sociales et territoriales de santé<sup>3</sup>, montrent bien la diminution globale du suicide qui reste néanmoins fréquent dans certaines zones : Sud et Nord de l'Indre, extrême Sud du Cher, Nord-est du Loiret, Nord du Loir-et-Cher et Sud de l'Eure-et-Loir. Ces zones sont plutôt excentrées et éloignées des grandes villes, d'où l'intérêt d'équipes mobiles de psychiatrie.

## 5- MODES OPÉRATOIRES DES TS ET DES SUICIDES, CVL

Mode opératoire	Tentatives de Suicide 2008-2014			Suicides 2012 *		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Médicaments	76%	90%	85%	3%	32%	9%
Autres produits toxiques	14%	7%	10%	1%	2%	1%
Phlébotomie	7%	5%	6%	1%		0,4%
Pendaison	5%	1%	3%	61%	50%	58%
Saut dans le vide	1,1%	0,9%	0,9%	4%	4%	4%
Lésion par fumée, gaz, flammes	1%	0,4%	0,8%	1%		1%
Arme à Feu	2%	0,1%	0,7%	25%	7%	21%
Noyade	0,4%	0,5%	0,5%	2%	5%	3%
Collision intentionnelle	0,4%	0,2%	0,3%	2%	1%	1%
multiples	8%	6%	7%			

\* source : Rapport ONS 2016

Tableau 4 : Modes opératoires des TS et Suicides en région CVL

### • Les TS

L'**auto-intoxication médicamenteuse** est le mode opératoire le plus fréquent : 90% chez les femmes vs 76% hommes. La proportion d'hommes utilisant les médicaments augmente : 63% pour les hommes en 2006-2010. Dans 1 cas/10, auto-intoxication par un produit non médicamenteux dont l'alcool, 2 fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Au moins 2 modes opératoires sont combinés dans 7% des cas.

Particularités selon l'âge :

- chez les 10-14 ans : 15% de phlébotomie (vs 6% tous âges confondus, tableau 4) ;
- hommes de 75 ans et plus : 13% de pendaison (vs 4%) et 7% l'utilisation d'arme à feu (vs 1%).

### • Les Suicides

La **pendaison** et l'**arme à feu** sont utilisés dans respectivement 58% et 21% des cas, en grande majorité par les hommes (61% et 25%). 1 femme suicidée sur 3 décède par l'absorption de médicaments.

## CONCLUSION

- La région CVL va désormais **s'aligner sur la définition de cas nationale, exigeant le caractère auto-infligé des lésions signalé par le code en X pour comptabiliser une TS**. Cette définition plus exigeante permet de se comparer aux données nationales, mais nécessite un codage complet avec les codes en X. **Les statistiques sur les TS** réalisées en région CVL depuis 2004 ont initialement (2006 à 2008) permis une amélioration du codage : depuis 2010, le codage semble moins rigoureux dans le Cher et le Loir-et-Cher, créant probablement une sous-estimation des TS dans ces 2 départements.

- **La diminution des TS observée est néanmoins réelle**. Elle est observée pour les 2 sexes et dans tous les départements sauf l'Indre. La cartographie fait apparaître des zones plus touchées, à la fois lié au caractère urbain, et peut-être en lien avec la consommation d'alcool. La prise en charge hospitalière en secteur psychiatrique concerne environ 35% des patients et 60% des patients ayant réitéré. Le poids des facteurs psychiatriques est important : troubles dépressifs, anxieux et addictifs à l'alcool ; deux méta-analyse (1997,2016) ont pointé 10 fois plus de risque de mourir par suicide, par rapport à la population générale, pour les individus ayant des troubles liés à la consommation d'alcool (l'alcool est dépressogène et favorise le passage à l'acte) et 9 fois plus pour les individus atteints d'une pathologie psychiatrique. Les facteurs de précarité économiques ne sont pas analysables directement par le PMSI (mais apport de la cartographie).

- **La mortalité par suicide** est également en baisse en CVL, mais reste toujours plus élevée que la moyenne française. L'Indre reste le département à plus haut taux de suicide de la région. L'homme reste le plus touché, avec une baisse moins importante que chez la femme, en CVL comme en France.

**Les actions de prévention primaire et secondaire semblent porter leurs fruits** à la fois sur les tentatives de suicides et les suicides aboutis. Ces résultats encourageants engagent à poursuivre ces actions. Il reste encore à mieux prévenir le passage à l'acte chez l'homme et au sein des zones isolées de la région notamment par le biais d'équipes mobiles.

**À venir**, un annuaire régional des structures de prévention du mal-être et du suicide en région Centre-Val de Loire, sera consultable sur le site de la FRAPS Centre.

### Bibliographie :

1) Rapport ONS 2016 : *SUICIDE Connaître pour prévenir dimensions nationales, locales et associatives*

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e\\_rapport\\_de\\_l\\_observatoire\\_national\\_du\\_suicide.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf)

2) Rapports UREH [https://www.sante-centre.fr/ureh-centre\\_travaux\\_par\\_themes/suicides](https://www.sante-centre.fr/ureh-centre_travaux_par_themes/suicides)

3) Rapport ORS 2016 : *Les inégalités sociales et territoriales de santé en région Centre-Val de Loire*, mars 2016, p174)

<http://www.orscentre.org/publications/observation-sanitaire/19-territoires/inegalites-de-sante/222-inegalites-sociale-et-territoriales-de-sante-en-centre-val-de-loire#>

### Remerciements :

- Tous les professionnels qui prennent en charge ces patients
- Les médecins DIM qui codent les séjours, & le Dr E. EYNARD qui a amélioré la base du CHRO pour les TS
- Dr M. FILLATRE du réseau Vies 37 qui suit les travaux de l'UREH sur ce thème avec le Dr M. BIOTTEAU
- L'ARS qui permet et commandite ces études

Réalisation UREH (contact : [ureh@chu-tours.fr](mailto:ureh@chu-tours.fr) site : <https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>)

Mme L. GODILLON, Dr S. BARON



Coordination départementale de  
prévention du suicide 41



34 avenue Maunoury à Blois  
02 54 74 31 53

Groupement Technique Départemental prévention du  
suicide 28



Hôtel Dieu 34 rue du Docteur Maunoury BP 30407  
28018 Chartres Cedex 02 37 30 32 66

Coordination départementale de  
prévention du suicide 45



5 Rue Jean Hupeau, 45000 Orléans  
02 38 54 50 96

Chartres

Blois

Orléans

Tours

Bourges

Châteauroux

Réseau VIES 37

Vivre et Intervenir Ensemble face  
au Suicide en Indre-et-Loire

<http://vies37.psrc.fr/>



2, Bd Tonnellé  
37044 Tours Cedex  
02 34 38 94 84

COMité Départemental d'Éducation  
pour la Santé du Cher



4, Cours Avaricum 18000 BOURGES  
02 48 24 38 96

Coordination départementale de prévention du suicide 36



73 rue Grande 36000 Châteauroux  
02 54 60 98 75



<http://www.psrc.fr/>



0 800 506 692



[www.sos-amitie.com](http://www.sos-amitie.com)



01 43 46 00 62



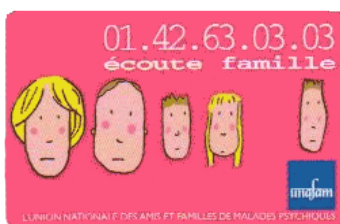
01 40 44 46 45



01 45 39 40 00 7j/7-24h/24



[infosuicide.org](http://infosuicide.org)



UNAFAM



09 69 39 29 19



En cas d'urgence composez le 15, dans les autres cas rapprochez vous  
de votre médecin traitant et en milieu scolaire du personnel infirmier.