



Laurent Plancké
Alina Amariei
Chargés d'études

Évolutions récentes des conduites suicidaires dans les Hauts-de-France

Les conduites suicidaires constituent une thématique prioritaire de la F2RSM [1], du fait de l'acuité du problème dans la région, mais également car des programmes innovants de prévention, Vigilans [2], dispositif de recontact des suicidants après leur sortie d'hospitalisation et Papageno, programme visant à améliorer le traitement médiatique du suicide, y sont déployés, qui nécessitent des indicateurs de suivi.

Ce nouveau numéro de PsyBrèves a pour objet de présenter les données régionales disponibles en août 2016, sur la mortalité, d'une part, sur les tentatives de suicide (TS) décrites dans le PMSI, d'autre part. Elles sont présentées dans une perspective évolutive, depuis les années 1990, et comparative, par rapport à la France métropolitaine.

» Séjours hospitaliers en médecine-chirurgie pour tentative de suicide

En 2011, Nord - Pas-de-Calais et Picardie occupaient les 2 premiers rangs pour la morbidité suicidaire parmi les régions françaises métropolitaines. Les taux standardisés d'hospitalisation pour TS les plus élevés étaient retrouvés dans ces 2 régions, chez les hommes (284 et 267 pour 100 000 habitants), comme chez les femmes (340 et 391) ; en France métropolitaine, ces mêmes taux étaient de 146 pour les hommes et 217 pour les femmes [3].

Département de domicile	Hommes	Femmes	Total
Aisne	372	636	1008
Nord	2641	3383	6024
Oise	647	1074	1721
Pas-de-Calais	1602	1975	3577
Somme	883	1314	2197
Hauts-de-France	6145	8382	14527

Tableau 1. Nombre de séjours hospitaliers en service de MCO pour tentative de suicide, selon le département de résidence des habitants des Hauts-de-France. 2015.
Source : Atih, PMSI - Traitement : F2RSM.

En 2015, 14 527 séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour tentative de suicide concernent des habitants des Hauts-de-France de 10 ans ou plus (dont 258 enregistrés dans des établissements situés hors de la région). En 2015, le Nord, département le plus peuplé de la région, est aussi celui qui enregistre le plus de séjours pour TS (cf. Tableau 1).

Les habitants du Nord - Pas-de-Calais connaissent moins de séjours en MCO pour TS en 2015 qu'en 2011 (9601 vs 11 104, soit une baisse de 13,5%). Les hospitalisations pour TS des femmes sont beaucoup plus nombreuses que celles des hommes (8382 vs 6145). Les adolescentes de 15 ans présentent un pic particulièrement marqué (377 séjours pour les seules filles de cet âge). Les taux pour 100 000 habitants sont plus élevés chez les femmes (310) que chez les hommes (245) ; les taux les plus importants sont enregistrés chez les femmes de 15-24 ans (512), puis chez celles de 45-54 ans (427) ; chez les hommes, ce sont les 35-44 ans qui enregistrent le plus fort effectif et le taux le plus élevé (382).



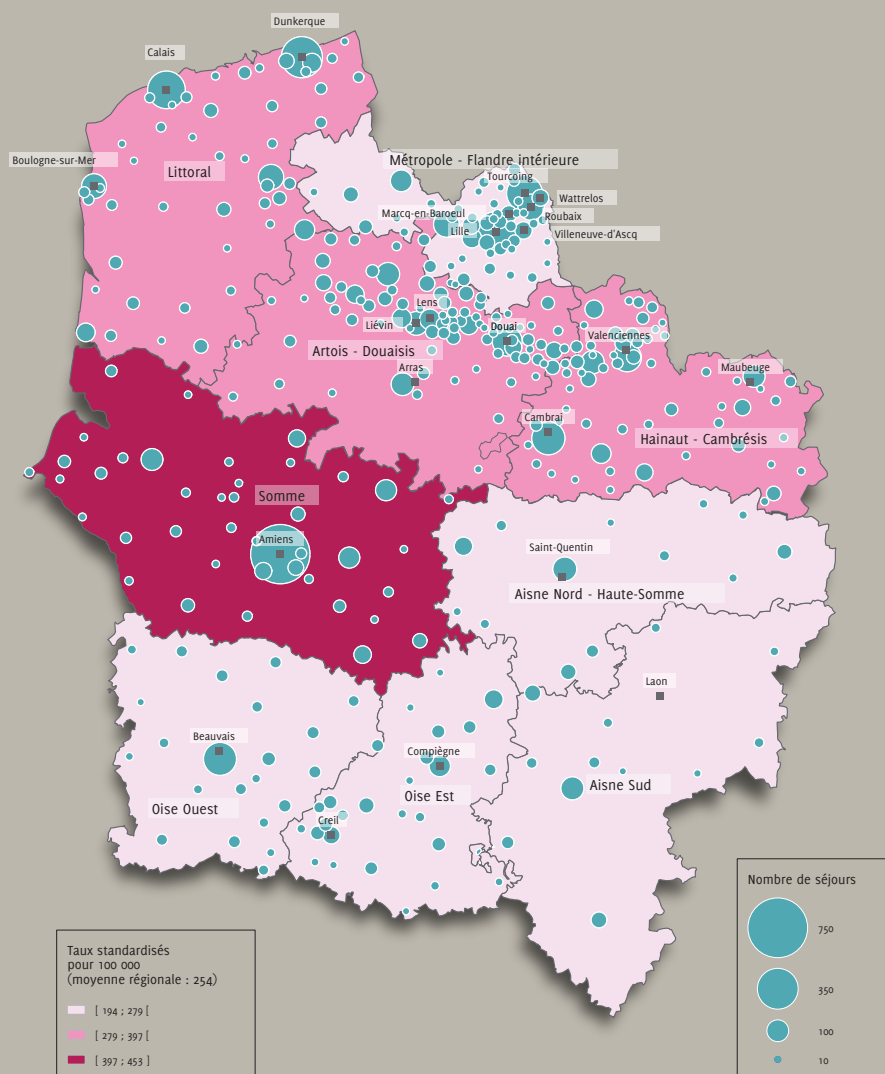
Figure 1. Séjours hospitaliers pour tentative de suicide. Effectifs et taux pour 100 000 habitants, par âge et sexe. Hauts-de-France. 2015.

Source : Atih, PMSI - Traitements : F2RSM.

Les nombres les plus élevés de séjours hospitaliers pour TS sont enregistrés dans les grands centres urbains comme Lille – Roubaix – Tourcoing ou Amiens, mais aussi dans des villes moyennes comme, Beauvais, Calais, Dunkerque et Saint-Quentin. Dans la carte 1, on peut également noter une zone de forte morbidité suicidaire dans le territoire de l'ancien bassin minier, allant de Béthune à Valenciennes en passant par

Lens et Douai.

Avec un taux standardisé de 453 séjours hospitaliers pour TS pour 100 000 habitants, le territoire de la Somme connaît -de loin- la situation la plus défavorable, suivie par le Hainaut – Cambrésis (341). À l'autre extrême, les territoires d'Aisne Nord - Haute-Somme (211) et de Métropole - Flandre intérieure (194) connaissent les taux standardisés les plus faibles.



Carte 1. Séjours en service de MCO pour tentative de suicide par zone d'emploi de résidence. Effectif et taux standardisés (par âge et sexe) pour 100 000 habitants. 2015.

Sources : Atih, PMSI et Insee (population 2012) – Traitements et cartographie : F2RSM

» Les décès par suicide moins nombreux

En moyenne annuelle pour la période 2011-2013, 1171 décès par suicide ont été enregistrés parmi les habitants de la région, soit 11,8% de l'effectif national métropolitain (cf. Tableau 2). En France métropolitaine pour les années 2011-2013, 3/4 des décès par suicide sont des décès masculins ; dans les Hauts-de-France, cette prédominance masculine est encore plus marquée, avec près de 4 suicides sur 5 enregistrés chez les hommes (cf. Tableau 2).

La classe d'âge la plus touchée par le suicide, chez les hommes comme chez les femmes, est celle des 45-54 ans, chez qui est observée près d'1 suicide sur 4 (23,7%, quand la population de cet âge ne constitue

que 13,4% de l'ensemble des habitants de la région). Alors que les taux de mortalité diminuent à partir de 45-54 ans chez les femmes pour devenir inférieurs à 20 pour 100 000 à partir de 55-64 ans, ces taux de mortalité par suicide connaissent une forte hausse chez les hommes à partir de 55-64 ans (cf. Figure 2).

Poursuivant une tendance entamée depuis les années 1980, la mortalité par suicide baisse en France (-28% entre 1993-1995 et 2011-2013) et dans les départements des Hauts-de-France : de -22% dans le Pas-de-Calais, qui connaît la plus forte mortalité par suicide dans la région depuis 2008-2010 (taux départemental de 43%

Moyenne 2011-2013	Hommes	Femmes	Ensemble
Aisne	89	28	117
Nord	348	104	451
Oise	131	27	157
Pas-de-Calais	247	78	325
Somme	95	26	121
Hauts-de-France	909	262	1 171
France métropolitaine	7439	2468	9907

supérieur à celui de la France), et la plus faible baisse, à -39% dans le département de l'Oise, dont le taux devient proche de celui de la France métropolitaine en 2011-2013 (différentiel de 5%). La Somme connaît une baisse très marquée également (-36%), mais la surmortalité y reste très élevée en 2011-2013 (+33%). Les 5 départements de la nouvelle région connaissent tous des taux standardisés de mortalité supérieurs à la moyenne nationale, les situant dans les zones françaises de surmortalité suicidaire (cf. Figure 3).

Tableau 2. Nombre de décès par suicide enregistrés parmi les habitants de la région et de la France métropolitaine, selon le sexe. Moyenne 2011-2013. Source : Inserm, CepiDc.

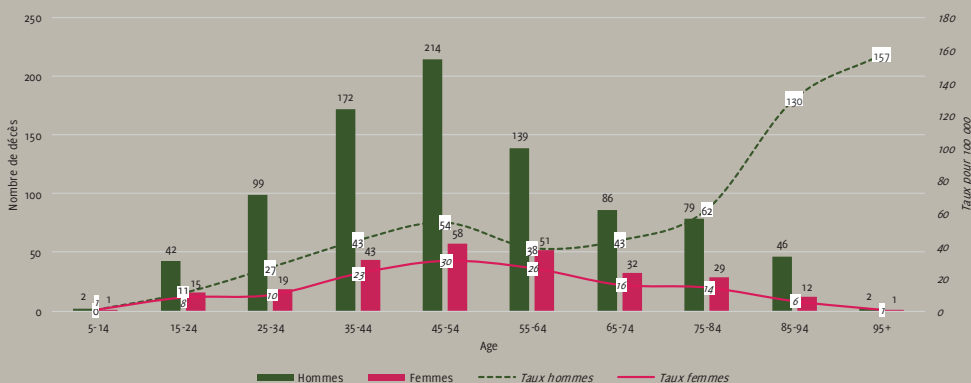


Figure 2. Décès par suicide. Effectif annuel moyen 2011-2013 et taux annuel moyen pour 100 000 habitants par âge et sexe. Hauts-de-France. Source : Inserm, CepiDc. Insee. Traitement : F2RSM.

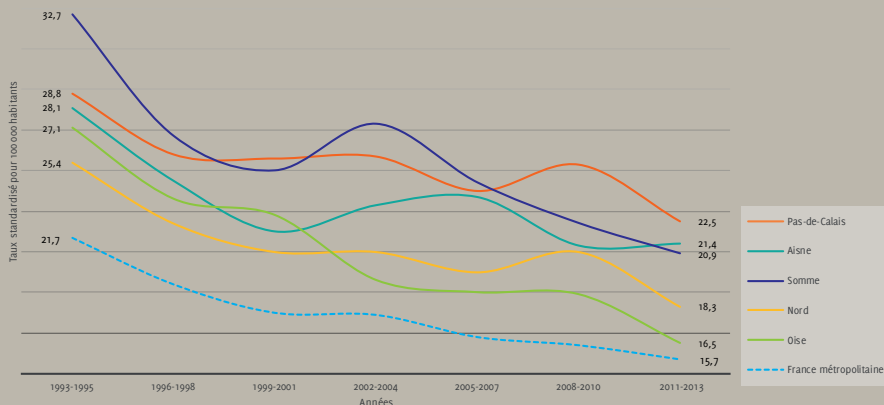


Figure 3. Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe et le département. France et départements des Hauts-de-France. 1993-2013. Source : CepiDc.

» 30% de surmortalité

Par rapport à la France métropolitaine, la région connaît une surmortalité de 30% en moyenne pour les années 2011-2013 (ICM=130). À 2 exceptions près, les zones de proximité/d'emploi des Hauts-de-France connaissent plus de suicides qu'attendus, si les taux de mortalité pour cette cause avait été identiques à ceux de la France métropolitaine (cf. Carte 2).

Les zones rurales sont souvent plus touchées par le suicide que les secteurs urbains : c'est particulièrement le cas des zones de Cambrai (ICM = 174), de Berck - Montreuil (174), de la Thiérache (171), de Tergnier (168) et d'Abbeville (161), qui connaissent une surmortalité par suicide d'au moins 60% par rapport à la France

métropolitaine.

Les zones de Roissy - Sud Picardie (ICM = 86) et de Château-Thierry (99) présentent une situation de sous-mortalité suicidaire, sans différence significative avec la France métropolitaine cependant, de même que celle de Compiègne (108) ; ces 3 zones présentent une situation proche de celle de l'Île-de-France, dont elles sont frontalières ou proches.

Au nord de la région, les zones de Lille (103) et de Roubaix - Tourcoing (106) présentent elles aussi une mortalité non significativement distincte de celle de la France métropolitaine.

Des programmes innovants de prévention

VigilanS : un programme de recontact post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide

VigilanS est un dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. S'appuyant sur les structures de soins existantes dans la région, VigilanS se propose d'en améliorer la coordination et d'aider à tisser un véritable réseau autour des personnes en crise suicidaire.

Après leur sortie des services hospitaliers (urgences, pédiatrie, psychiatrie ...), les personnes bénéficient d'une veille d'une durée de 6 mois (téléphone, carte de crise, sms), assurée par une équipe dédiée basée au CHRU de Lille et modulée en fonction des facteurs de risques (1er geste ou non en particulier). Les entretiens téléphoniques permettent l'évaluation du risque suicidaire et le réajustement éventuel des propositions de soins. De janvier 2015 à août 2016, plus de 4 000 patients dans 23 établissements du Nord et du Pas-de-Calais ont été accompagnés par VigilanS et environ 1 700 ont vu la veille clôturée après 6 mois ; plus de 400 crises suicidaires aiguës ont été gérées.

<http://dispositifvigilans.org>

Le programme Papageno : un programme recommandé par le Haut conseil de la santé publique

Le programme Papageno est un programme français porté par la F2RSM des Hauts-de-France, l'association lilloise de l'internat et du post-internat en psychiatrie (Ali2p) et le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps). Il vise à améliorer la qualité du traitement médiatique du suicide en vue de la prévention de celui-ci.

Le postulat est simple : les journalistes et étudiants en journalisme traiteront du suicide avec plus de précaution s'ils sont convaincus de la nécessité de le faire, donc s'ils sont sensibilisés à la problématique des conduites suicidaires et à leur marge de responsabilité en la matière. Responsabilité qui leur incombe compte tenu des effets Werther (contagion suicidaire) et Papageno (prévention du suicide) [4].

La méthodologie déployée vise à faire naître et à entretenir la conscience de cette responsabilité. Pour ce faire, les professionnels sont incités à mobiliser les ressources disponibles, mises en valeur par le programme.

<https://papageno-suicide.com>

>> Modes de suicide

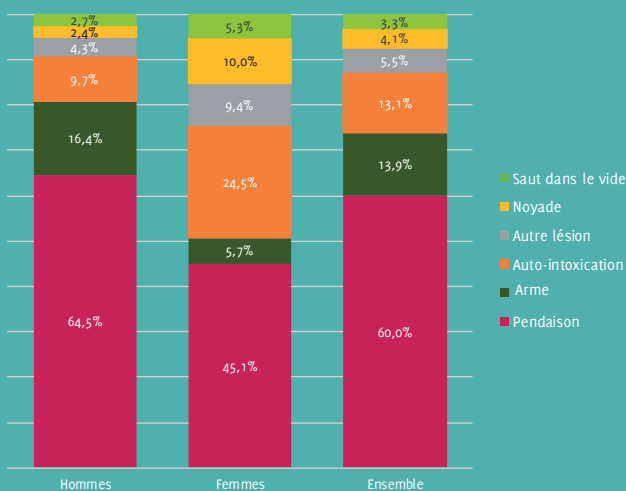


Figure 4. Modalités du suicide selon le sexe. Hauts-de-France. 2011-2013.

Source : Inserm, CepiDc. - Traitement : F2RSM.

Trois suicides sur 5 sont des pendaisons (cf. Figure 4) ; ce mode est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (64,5 vs 45,1%) ; dans 1/4 des cas, les femmes

qui se suicident s'auto-intoxiquent (contre 1/10^e des hommes).

>> Conclusion

Les tendances précédemment décrites se confirment avec les dernières données disponibles sur les conduites suicidaires dans les Hauts-de-France :

- Prédominance féminine dans les tentatives de suicide ;

- Situation très défavorable de la Somme pour la morbidité suicidaire ;

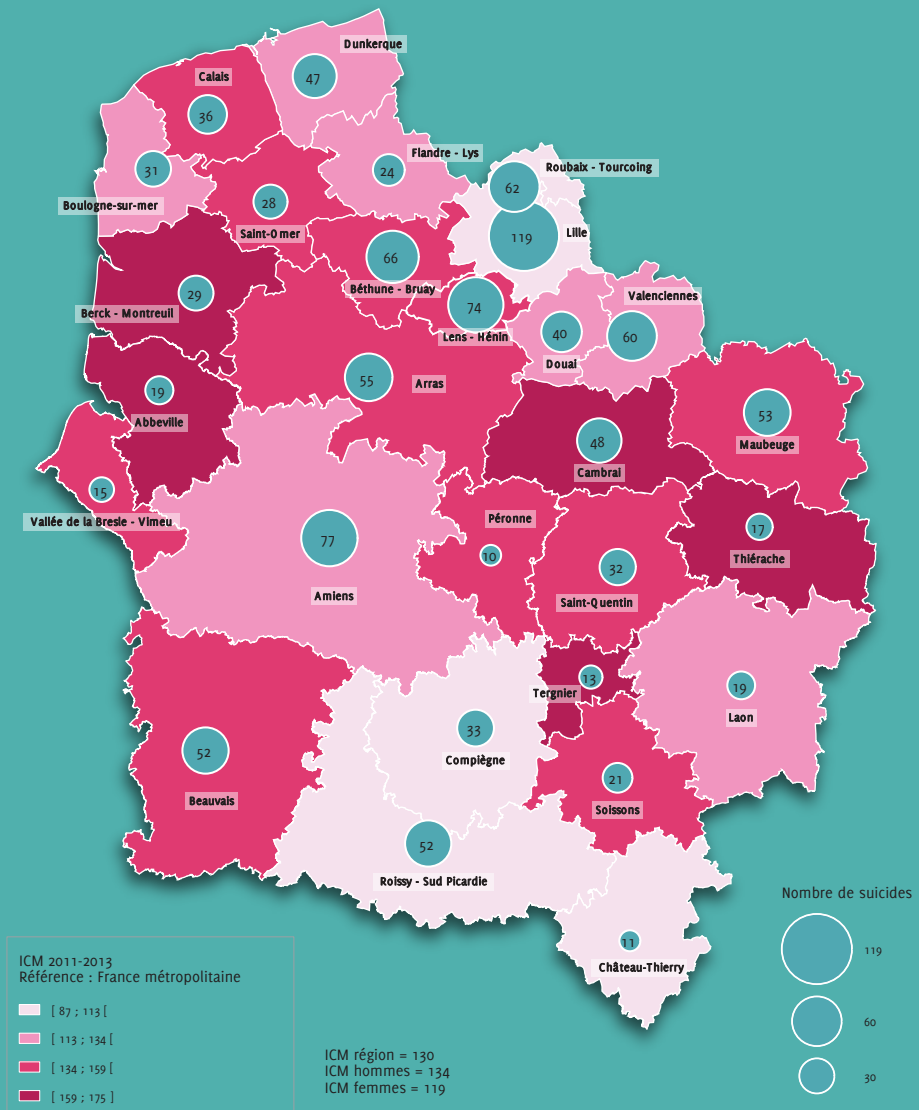
- Forte prépondérance masculine dans la mortalité

- Poursuite de la baisse des taux de mortalité ;

- Persistance d'une surmortalité suicidaire dans les départements des Hauts-de-France, plus particulièrement dans le Pas-de-Calais.

Les programmes Vigilans et Papageno pourraient contribuer à accélérer la baisse

des conduites suicidaires dans la région entamée depuis plusieurs décennies pour la mortalité, et quelques années pour la morbidité.



Carte 2. Indices comparatifs de mortalité par suicide selon les zones de proximité/d'emploi et le sexe, Hauts-de-France, 2011-2013 (référence : France métropolitaine = 100).
Source : Inserm, CepiDc, Insee. Traitement : F2RSM.

>> Méthodes

Les bases de mortalité publiées par le CepiDc à partir des mentions indiquées sur les certificats de décès ont été employées pour décrire les décès par suicide (codes X60 à X84 de la Cim-10). Les effectifs et taux standardisés de mortalité suicidaire sont ceux publiés sur le site du centre <http://www.cepidc.inserm.fr/cgi/broker.exe>. Les indices comparatifs de mortalité (ICM) régionaux et infrarégionaux ont été calculés à partir de la base anonyme régionale brute obtenue du CepiDc après accord de la Cnil.

Les séjours hospitaliers dans les services de MCO avec un diagnostic associé de tentative de suicide (codes X60 à X84 de la Cim-10) décrits dans les bases du PMSI ont été obtenus auprès de l'Atih, après accord de la Cnil.

Afin de prendre en compte les différences de structures de population, par âge et sexe, les indicateurs sont standardisés : les taux standardisés de mortalité ou de morbidité suicidaire le sont comparativement à la structure de la population française, de 2006 pour les décès, de 2012 pour les TS ; les indices comparatifs de mortalité (ICM) quant à eux sont l'expression du rapport entre le nombre annuel moyen de décès observés dans le territoire étudié en 2011-2013 et le nombre qu'aurait connu ce même territoire s'il avait eu les mêmes taux de mortalité par suicide, par âge et sexe, que la France métropolitaine, rapport multiplié par 100 (un ICM inférieur à 100 exprime une sous-mortalité ; lorsqu'il est supérieur à 100, il s'agit au contraire d'une surmortalité).

Des tests de significativité ont été réalisés à un seuil de 5% ($p=0,05$) ; ces calculs prenant en compte le nombre de cas et la taille de la population de la zone étudiée, certaines peuvent avoir une différence non significative à la France bien que présentant une valeur de taux ou d'indice supérieure à celle d'une autre zone ayant une différence significative.

En raison des faibles effectifs de suicide, leurs effectifs et les taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants ont, le plus souvent, été moyennés sur 3 années.

Limites

Seuls les suicides codés comme tels dans les certificats de décès sont décrits ; en 2006, une sous-déclaration de 9,4% a pu être établie [5].

Les tentatives de suicide sont approchées par le nombre de séjours en service de MCO durant lesquels le diagnostic de TS a été codé, à l'exclusion des autres TS (sans hospitalisation) et des TS qui n'ont pas été codées comme telles (intoxications sans

précision de leur caractère intentionnel, par exemple).

Les TS et les décès n'ont pas pu être étudiés selon les mêmes zonages, faute d'emboîtement possible des codes géographiques employés dans le PMSI (proches des zones couvertes par les codes postaux) dans les zones d'emploi (il est à noter que 2 d'entre elles, Vallée de la Bresle – Vimeu et Roissy – Sud Picardie, débordent respectivement sur la Normandie et l'Île-de-France, ce qui a nécessité de procéder à des redressements).

>> Références bibliographiques

1. Plancke L, Amariei A, Clément G. Les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais. Lille: F2RSM; 2014. http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/monographie_conduites_suicidaires_bd.pdf
2. Guétière G, Plancke L, Dehem M, Danel T. La prise en charge des personnes suicidantes dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais. Lille: F2RSM; 2016 p. 56. <http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/-27.pdf>
3. Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Institut de veille sanitaire; 2014. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-France-metropolitaine-a-partir-du-PMSI-MCO-2004-2011-et-d-Oscour-R-2007-2011>
4. Notredame CE, Pauwels N, Vaiva G, Danel T, Walter M. Peut-on faire du journaliste un acteur de prévention du suicide. Encéphale 2016. <http://www.em-consulte.com/article/1061063/peut-on-faire-du-journaliste-un-acteur-de-la-preve>
5. Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. BEH [Internet]. 2011;(47-48). <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>.
6. Thomas N, Trugeon A, Le suicide en Picardie. Amiens, Observatoire régional de la santé et du social; 2014. http://www.orzs.fr/images/Suicide/2014_Suicide_Picardie.pdf

>> Sigles et acronymes utilisés

Atih | Agence technique de l'information hospitalière
CepiDc | Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
ICM | Indice comparatif de mortalité
Inserm | Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS | Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France depuis 2016)
MCO | Médecine, chirurgie, obstétrique
PMSI | Programme médicalisé des systèmes d'information
TS | Tentative de suicide



Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM) des Hauts-de-France
3 rue Malpart | 59000 Lille | T : 03 20 44 10 34 | www.santementale5962.com
contact.fzrsm@santementale5962.com
Directeur de la publication: Dr Thierry Danel
Ligne graphique : Nathalie Pauwels | Pôle communication