

SUICIDE ET TENTATIVES DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

BULLETIN N°3 - JANVIER 2017

Avec plus de 1 000 décès par an et près de 9 000 tentatives, les conduites suicidaires restent une préoccupation importante en Auvergne-Rhône-Alpes. Face à ce problème de santé publique, l'Observatoire régional du suicide, créé par l'Agence régionale de santé en 2012, poursuit sa réflexion, en partenariat avec la Cire Auvergne-Rhône-Alpes (Santé publique France), l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes et des référents psychiatres, pour mieux le comprendre et contribuer à sa prévention.

Dans ce bulletin, l'Observatoire présente les premières statistiques disponibles de mortalité par suicide, d'hospitalisation et passage aux urgences pour tentative de suicide sur l'ensemble de la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes. Ces données sont déclinées au niveau départemental. Enfin, des focus sont réalisés sur des populations spécifiques : jeunes, adultes, personnes âgées et agriculteurs, venant ainsi mettre à jour et enrichir les connaissances déjà disponibles.

En Rhône-Alpes, le premier bulletin¹, paru en décembre 2014, avait permis un premier état des lieux des connaissances sur le suicide à partir des données de mortalité, d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et de l'enquête du Baromètre Santé. Il avait mis en exergue de fortes disparités territoriales au sein de la région. Le deuxième bulletin² paru en décembre 2015 a conforté ces disparités et intégré les données des passages aux urgences pour tentative de suicide. En Auvergne, une publication³ parue en février 2013 a dressé un état des lieux dans chaque département du territoire à partir des données de mortalité, de séjours hospitaliers en MCO et de l'enquête du Baromètre santé. Cette publication a fait l'objet de 2 mises à jour sur l'ensemble du territoire auvergnat^{4,5}.

Ce présent bulletin se situe dans la continuité des bulletins précédents. Il analyse pour la première fois les données sur les douze départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES - PÉRIODE 2011-2013

(cf. sources de données et méthode p.11)

1 020 DÉCÈS PAR SUICIDE PAR AN EN MOYENNE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur la période 2011-2013, en moyenne, 1 020 habitants de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont décédés par suicide chaque année, dont 75 % sur le territoire rhônalpin.

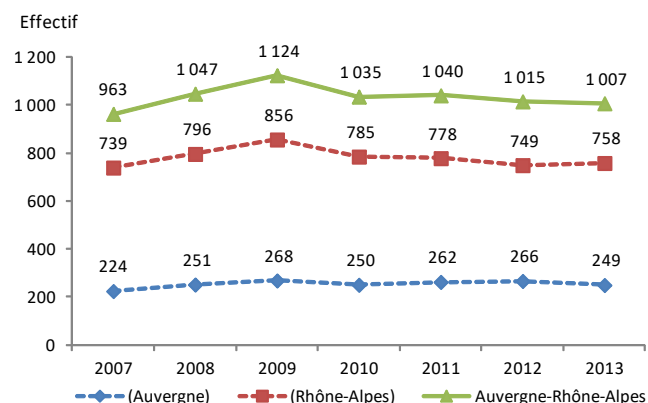
Comme les années précédentes, ces décès concernent majoritairement les hommes (75 %). La surmortalité masculine par suicide est constamment retrouvée au niveau régional, national et international⁶. La surmortalité masculine est retrouvée à tous les âges, bien que davantage marquée entre 25 et 34 ans et chez les personnes âgées de 80 ans et plus où la part des décès masculins avoisine 80 %.

UNE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN LÉGÈRE BAISSÉ EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur l'ensemble de la région, jusqu'en 2009, la mortalité par suicide a augmenté. Depuis 2009, il est observé une diminution du nombre de décès par suicide avec 1 007 décès comptabilisés pour l'année 2013 contre 1 124 en 2009.

Ces données de mortalité doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide. Une étude menée par l'Inserm (CépiDc) sur des données de mortalité de 2006^{7,8} montrait une sous-estimation de 22 % des décès par suicide en Rhône-Alpes. Néanmoins, celle-ci ne modifiait pas le rang de la région au niveau national, après correction. Cette sous-estimation est attribuée en partie à l'absence de précision sur la cause de décès après une investigation de justice.

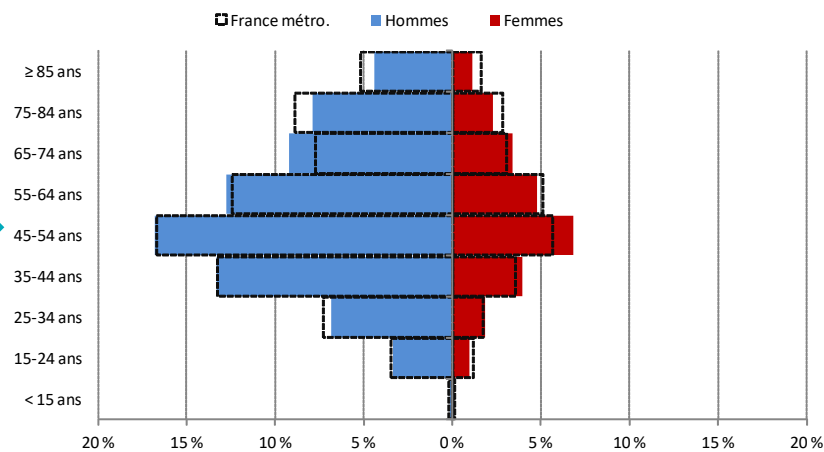
Figure 1 : Évolution du nombre de décès par suicide de 2007 à 2013, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : CépiDc-Inserm, données 2011-2013, exploitation ORS

Figure 2 : Répartition des décès par suicide, par sexe et âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2011-2013

La répartition par âge du nombre de décès par suicide indique que les suicides sont plus nombreux chez les 45-54 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Il est dénombré en Auvergne-Rhône-Alpes, en moyenne par an, 240 décès par suicide dans cette tranche d'âge soit 24 % des suicides. Au total, les 35-54 ans représentent 41 % des décès par suicide. La part de décès diminue ensuite avec l'âge : 18 % des suicides concernent les 55-64 ans et 13 % les 65-74 ans. Notons enfin que 4 % des suicides concernent les 15-24 ans.



Source : CépiDc-Inserm 2011-2013, exploitation ORS

LA PART DU SUICIDE DANS L'ENSEMBLE DE LA MORTALITÉ PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES JEUNES ADULTES

Les décès par suicide représentent 1,6 % de l'ensemble des décès sur la période 2011-2013. La part du suicide dans l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les 25-34 ans et les 35-44 ans où près de deux décès sur dix sont des suicides. La part des suicides dans l'ensemble des décès est également plus importante chez les hommes que chez les femmes : 2,4 % de suicides dans l'ensemble des décès chez les hommes en Auvergne-Rhône-Alpes versus 0,8 % chez les femmes.

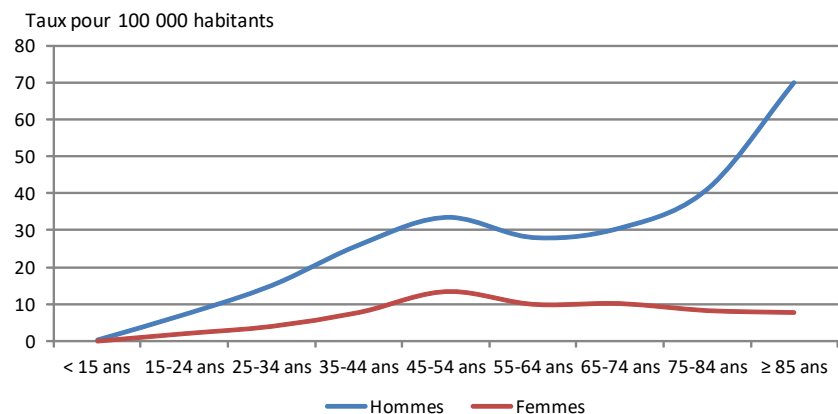
Tableau 1 : Part de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès par sexe et classe d'âge, 2011-2013

	Hommes	Femmes	Ensemble de la population
< 15 ans	0,7 %	0,3 %	0,5 %
15-24 ans	14,0 %	11,2 %	13,3 %
25-34 ans	19,0 %	13,9 %	17,6 %
35-44 ans	18,6 %	10,7 %	15,9 %
45-54 ans	9,2 %	7,4 %	8,6 %
55-64 ans	3,1 %	2,6 %	3,0 %
65-74 ans	1,7 %	1,3 %	1,6 %
75-84 ans	0,9 %	0,3 %	0,6 %
≥ 85 ans	0,5 %	0,1 %	0,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	2,4 %	0,8 %	1,6 %
France Métropolitaine	2,7 %	0,9 %	1,8 %

Source : CépiDc-Inserm, données 2011-2013, exploitation ORS

UN TAUX BRUT DE MORTALITÉ PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ CHEZ LES HOMMES DE 85 ANS ET PLUS

Figure 3 : Taux bruts annuels moyens de mortalité par suicide par sexe et classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2011-2013



Sources : CépiDc-Inserm, données 2011-2013, Insee RP 2012, exploitation ORS

Les taux bruts* de mortalité calculés par tranche d'âge spécifique sont assez comparables chez les femmes mais diffèrent fortement avec l'âge chez les hommes. Le taux passe de 15 pour 100 000 chez les hommes de 25-34 ans à 26 chez les 35-44 ans, pour atteindre son maximum (70 pour 100 000) chez les hommes de 85 ans et plus.

* Les taux bruts sont calculés uniquement pour des tranches d'âge spécifique. En population générale, le taux de mortalité est influencé par la structure par âge de la population. Pour prendre en compte cet effet d'âge, les taux sont standardisés afin de permettre les comparaisons entre territoires (cf. sources de données et méthode p.11).

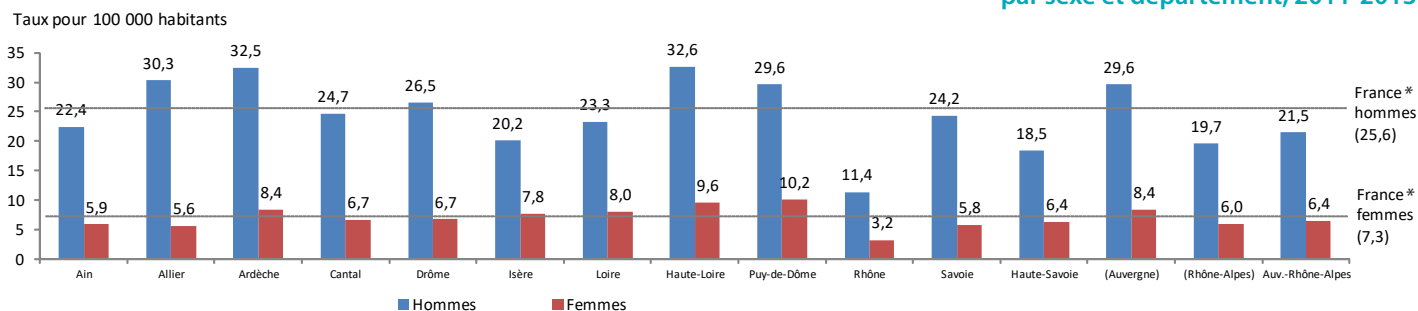
UN TAUX STANDARDISÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE INFÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE MAIS DE FORTES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES

Le taux moyen annuel standardisé* de mortalité par suicide s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 13 pour 100 000 habitants (vs 16 pour 100 000 en France métropolitaine) ; il est de 21,5 pour 100 000 chez les hommes et de 6,4 chez les femmes.

Des écarts importants existent entre départements : chez les hommes, les taux les plus élevés sont observés dans l'Allier, l'Ardèche, la Drôme, en Haute-Loire et dans le Puy-de-Dôme où les taux dépassent la moyenne nationale. Chez les femmes, les taux les plus élevés sont observés en Ardèche, en Haute-Loire et dans le Puy-de-Dôme.

* Pour comparer globalement la mortalité dans des populations différentes, on ne peut utiliser le taux brut de mortalité car il ne tient pas compte des différences de structure d'âge des populations. Pour éliminer cet effet de l'âge, on utilise des taux standardisés (cf. note méthodologique p.11).

Figure 4 : Taux annuels moyens standardisés de mortalité par suicide par sexe et département, 2011-2013

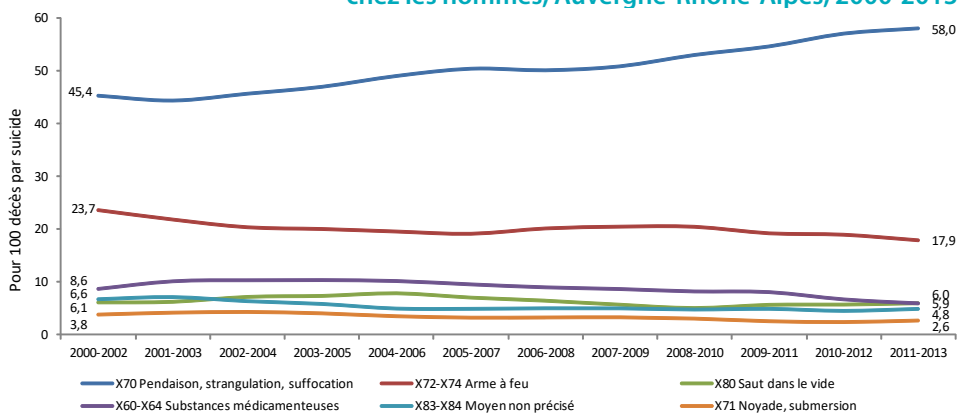


* Données France métropolitaine
Sources : CépiDc-Inserm, données 2011-2013, Insee RP 2012, exploitation ORS

UNE PRÉDOMINANCE DES DÉCÈS PAR PENDAISON

Figure 5 : Évolution de la part des décès par suicide selon les principaux modes opératoires chez les hommes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2013

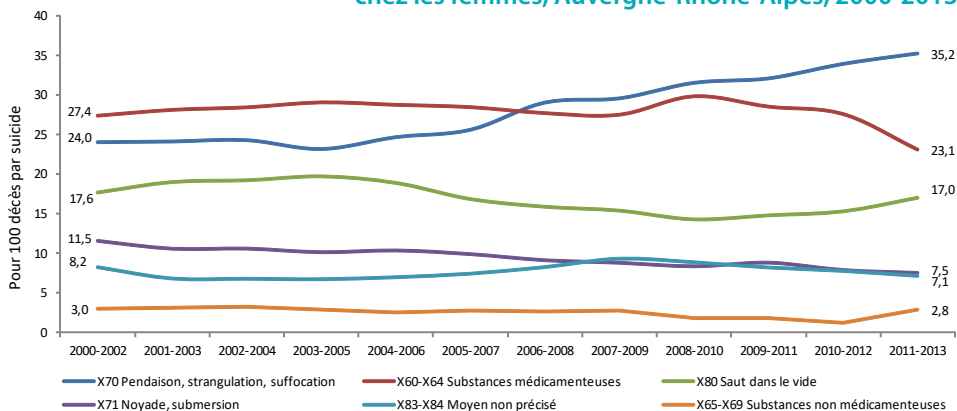
Chez les hommes, depuis 2000, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison. La part des pendaisons parmi les décès par suicide a augmenté entre les périodes 2000-2002 (45 %) et 2011-2013 (58 %).



Source : CépiDc-Inserm, données 2000-2013, exploitation ORS

Figure 6 : Évolution de la part des décès par suicide selon les principaux modes opératoires chez les femmes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2013

Chez les femmes, le mode de suicide a évolué depuis les années 2000. Jusqu'en 2005-2007, le mode de suicide le plus fréquent était la prise de substances médicamenteuses. Après cette période, la pendaison devient le principal mode de suicide chez les femmes de la région. Comme chez les hommes, la part des pendaisons parmi les décès par suicide a augmenté entre les périodes 2000-2002 (24 %) et 2011-2013 (35 %).



Source : CépiDc-Inserm, données 2000-2013, exploitation ORS

L'évolution de ces modes opératoires suit les mêmes tendances qu'au niveau national⁹.

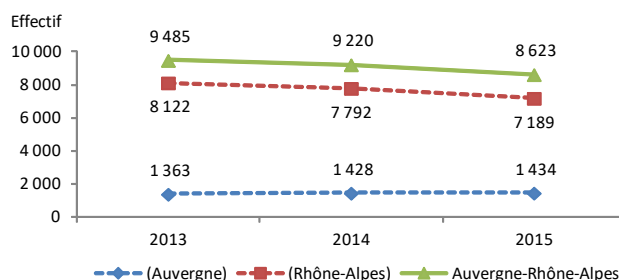
LES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

(cf. sources de données et méthode p.11)

Le nombre de séjours hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (TS) en Auvergne-Rhône-Alpes s'élève, en moyenne par an, sur la période 2013-2015, à 9 109 (1 408 en Auvergne et 7 701 en Rhône-Alpes) dont 63 % concernent des femmes. Comme au niveau national, une prévalence plus élevée des TS chez les femmes est observée dans les données d'hospitalisation¹⁰.

UNE BAISSÉ DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS EN MCO POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Figure 7 : Évolution du nombre de séjours hospitaliers MCO pour TS de 2013 à 2015, Auvergne-Rhône-Alpes

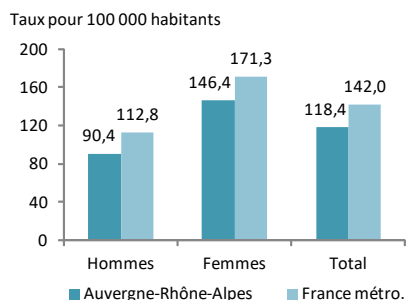


Source : PMSI-MCO, données 2013-2015, exploitation ORS

Depuis 2013, en Auvergne-Rhône-Alpes, une diminution du nombre de séjours pour TS est observée, impactée par la baisse en Rhône-Alpes, tandis qu'en Auvergne, le nombre se stabilise.

UN TAUX STANDARDISÉ DE SÉJOURS HOSPITALIERS POUR TS INFÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE

Figure 8 : Taux annuels moyens standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS par sexe, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux annuel standardisé* de séjours hospitaliers pour TS s'élève à 118 pour 100 000 habitants (versus 142 pour 100 000 en France métropolitaine) sur la période 2013-2015 ; il est de 90 pour 100 000 chez les hommes et de 146 pour 100 000 chez les femmes.

* Les taux standardisés d'hospitalisation pour TS ont été calculés par la méthode de standardisation directe afin de prendre en compte les différences structurelles d'âge des populations entre les zones d'études comparées (cf. sources de données et méthode p.11).

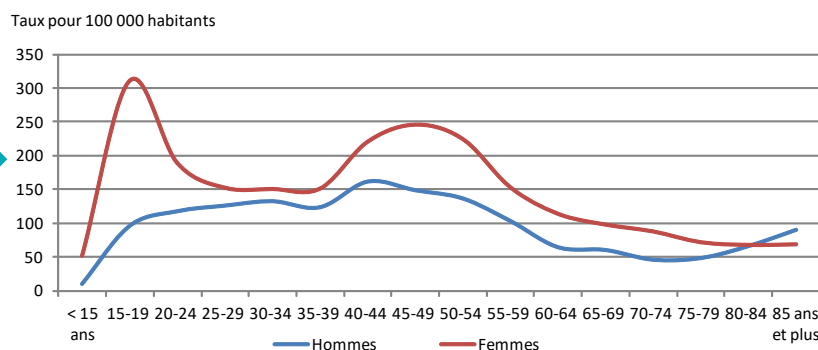
Sources : PMSI-MCO, données 2013-2015, Insee RP2012, exploitation ORS

UN TAUX DE SÉJOURS HOSPITALIERS PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ CHEZ LES ADOLESCENTES

Sur la période 2013-2015, près de la moitié des séjours hospitaliers pour TS de patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes concernait des personnes âgées de 30-54 ans (48 %).

Hormis chez les 85 ans et plus où la courbe s'inverse, les taux bruts de séjours hospitaliers pour TS calculés par tranche d'âge sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Chez les hommes, le taux de séjours hospitaliers pour TS augmente avec l'âge jusqu'à atteindre son maximum chez les 40-44 ans. Ce taux diminue ensuite avec l'âge jusqu'à 70-74 ans avant de connaître une nouvelle hausse. Chez les femmes, les taux bruts de séjours hospitaliers pour TS par classe d'âge présentent comme les années précédentes, deux pics, l'un chez les jeunes femmes de 15-19 ans et l'autre chez les femmes de 45-49 ans. Ces données confirment la plus grande vulnérabilité notamment des adolescentes. D'après les enquêtes déclaratives en France chez les jeunes¹¹, les facteurs de risque des TS sont les événements traumatiques, tels que les violences subies récentes et les violences sexuelles.

Figure 9 : Taux bruts annuels moyens de séjours hospitaliers MCO pour TS par tranche d'âge et par sexe, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

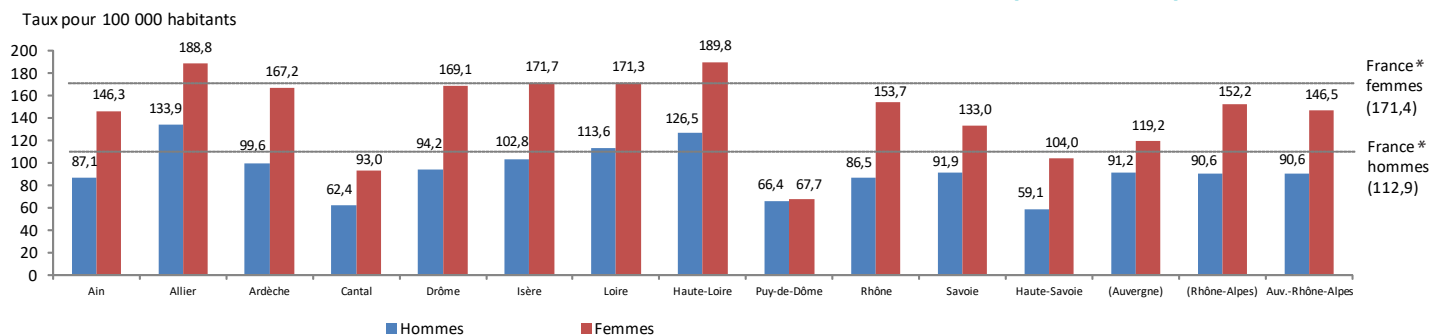


Sources : PMSI-MCO, données 2013-2015, Insee RP2012, exploitation ORS

UNE SITUATION TRÈS HÉTÉROGÈNE SELON LES DÉPARTEMENTS

Comme le soulignaient les publications précédentes en Auvergne et en Rhône-Alpes, des écarts importants existent entre les départements. Ainsi, chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO sont supérieurs à la moyenne nationale dans les départements de l'Allier, la Loire et la Haute-Loire. Enfin, comme les années précédentes également, le Puy-de-Dôme enregistre les taux les plus faibles de la région. Des différences dans les modalités de codage des causes d'hospitalisation (sous déclaration quant à l'intention, suicides codés de façon hétérogène) pourraient expliquer cette situation. Ainsi, il convient d'être prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Figure 10 : Taux annuels moyens standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS par sexe et département, 2013-2015

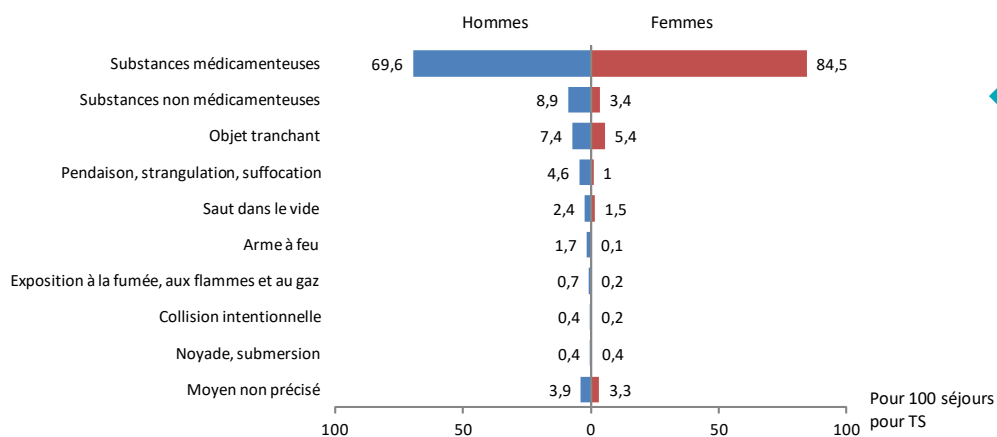


* Données France métropolitaine

Sources : PMSI-MCO, données 2013-2015, Insee RP2012, exploitation ORS

L'ABSORPTION DE SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES : LE MODE OPÉRATOIRE LE PLUS FRÉQUENT

Figure 11 : Répartition des séjours hospitaliers MCO pour TS par sexe et mode opératoire*, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire de loin le plus fréquent, aussi bien chez les hommes (70 %) que chez les femmes (85 %), suivi de l'absorption de substances non médicamenteuses et de l'utilisation d'objets tranchants.

Source : PMSI-MCO, données 2013-2015, exploitation ORS

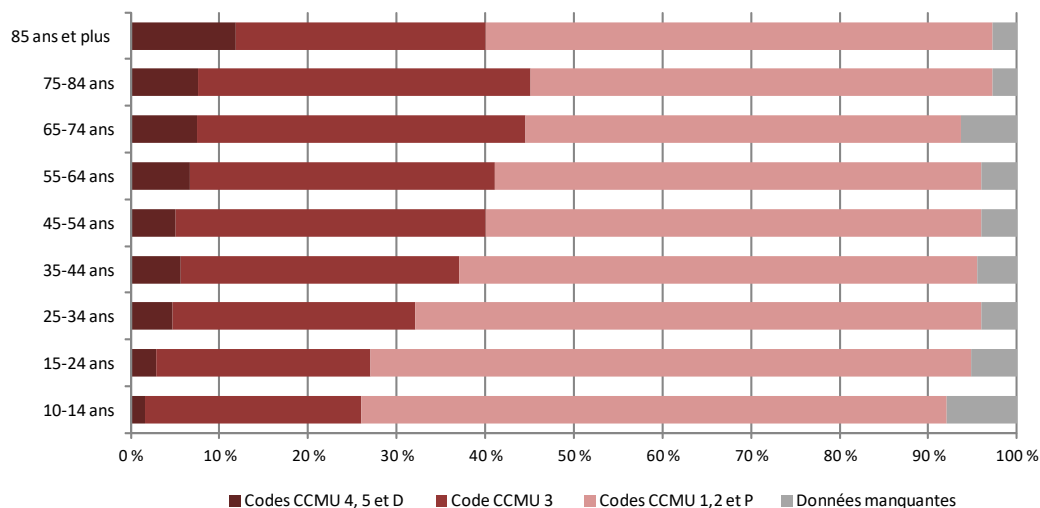
* Les modes correspondent aux codes suivants : X60-X64 Substances médicamenteuses, X65-X69 Substances non médicamenteuses (alcool, solvant, gaz, pesticides, produits chimiques), X70 Pendaison, strangulation, suffocation, X71 Noyade, submersion, X72-X74 Arme à feu, X75-X77 Exposition à la fumée, aux flammes et au gaz, X78-X79 Objet tranchant, X80 Saut dans le vide, X81-82 Collision intentionnelle, X83-X84 Moyen non précisé

LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

(cf. sources de données et méthode p.11)

La surveillance des tentatives de suicide est analysée à partir des résumés des passages aux urgences transmis par le réseau Oscour®. Ce dispositif, conçu initialement pour l'alerte, est complémentaire à l'étude des causes médicales de décès et des séjours hospitaliers. Plusieurs biais limitent les interprétations. En particulier, il existe une sous-estimation probablement importante de passages pour tentative de suicide liée à la sélection de services d'urgences qui transmettent et codent les diagnostics, mais aussi à des codages en CIM10 qui ne permettent pas d'identifier l'intention suicidaire (les limites de l'étude sont décrites dans la partie méthodologie). De même, l'analyse géographique infra-régionale est encore limitée par la sélection des services d'urgence.

Figure 12 : Gravité des passages aux urgences des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43, selon la classe d'âge, dans une sélection de 60 services d'urgence, Auvergne-Rhône-Alpes, 2015



Cette figure illustre, sur l'année 2015, un gradient de la gravité des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43, avec l'âge, particulièrement marqué chez les 85 ans et plus.

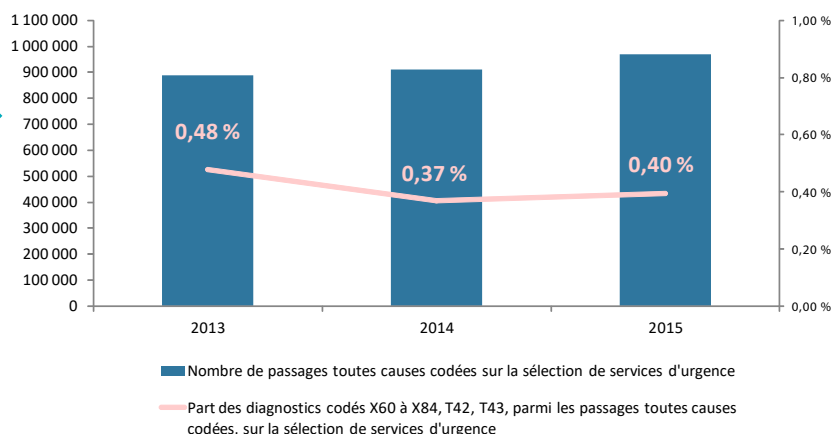
Source : Santé Publique France (Oscour®), exploitation Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Code Gravité selon CCMU (Classification clinique des malades aux urgences)

1	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le 1er examen clinique, éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade, abstention d'actes complémentaires ou thérapeutiques
P	Idem que 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable
2	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade
3	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences
D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation

Figure 13 : Évolution annuelle de la part des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43 (CIM10), parmi les passages toutes causes codées dans une sélection de 42 services d'urgences, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

La proportion des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43 en CIM10, parmi l'ensemble des passages codés dans les 42 services d'urgence sélectionnés* sur la période 2013-2015, diminue entre 2013 et 2014, puis se stabilise en 2015, tandis que l'activité globale des urgences poursuit sa progression sur la même période.



Source : Santé publique France (Oscour®), exploitation Cire Auvergne-Rhône-Alpes

* Les services sélectionnés correspondent aux services qui ont transmis des données consolidées sur la période considérée (cf. sources de données et méthode p.11).

LES JEUNES DE 15-24 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur la période 2011-2013, 44 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les jeunes habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes de 15-24 ans, dont 34 décès chez les jeunes hommes.

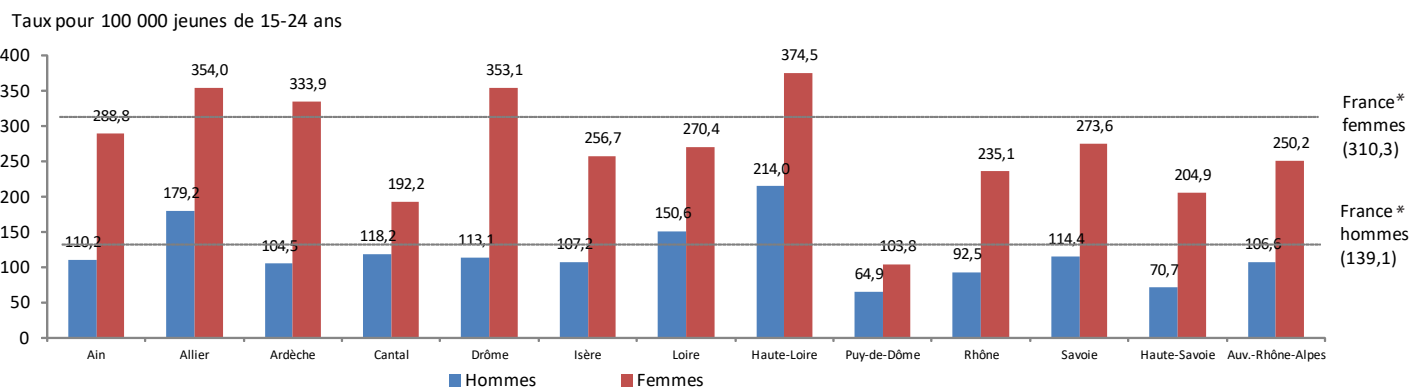
Le taux de mortalité* par suicide chez les 15-24 ans s'élève à 4,7 pour 100 000 jeunes (7,1 chez les jeunes hommes et 2,1 chez les jeunes femmes) en Auvergne-Rhône-Alpes, versus 6,0 pour 100 000 (8,8 chez les jeunes hommes et 3,1 chez les jeunes femmes) en France métropolitaine. Le suicide représente pour cette tranche d'âge la 2^{ème} cause de mortalité après les accidents de circulation.

Sur la période 2013-2015, 1 656 séjours hospitaliers pour TS ont été recensés en moyenne par an chez les jeunes habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes de 15-24 ans, dont 70 % de séjours chez les jeunes femmes.

Le taux de séjours hospitaliers* pour TS chez les 15-24 ans s'élève à 177 pour 100 000 jeunes (107 chez les jeunes hommes et 250 chez les jeunes femmes) en Auvergne-Rhône-Alpes, versus 223 pour 100 000 (139 chez les jeunes hommes et 310 chez les jeunes femmes) en France métropolitaine.

Comme pour l'ensemble de la population, les taux de séjours hospitaliers en MCO sont supérieurs à la moyenne nationale dans les départements de l'Allier et en Haute-Loire. Les départements de l'Ardèche et de la Drôme présentent des taux également très élevés chez les jeunes femmes. Il est à noter que les taux dans le Puy-de-Dôme demeurent sous-estimés pour les raisons évoquées précédemment.

Figure 14 : Taux bruts annuels moyens de séjours hospitaliers MCO pour TS chez les jeunes de 15-24 ans par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



* Données France métropolitaine
Sources : PMSI-MCO, données 2013-2015, Insee RP2012, exploitation ORS

* Il s'agit de taux bruts calculés sur l'âge spécifique des 15-24 ans (cf. note méthodologique p.11).

LES DÉCÈS CHEZ LES 45-64 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Le rapport de l'ONS⁶ souligne qu'en France les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps. Cette baisse est constante sur les dernières années. Les taux diminuent pour toutes les tranches d'âge à l'exception des taux des 45-54 ans et 55-64 ans qui augmentent.

L'observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité analyser la tendance régionale sur son territoire.

UNE LÉGÈRE BAISSSE ENREGISTRÉE CHEZ LES 45-54 ANS

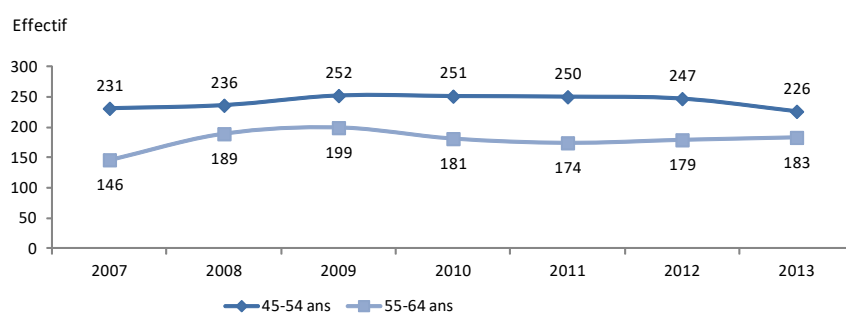
Sur l'ensemble de la région, les effectifs sont constants entre 2007 et 2012, ils enregistrent même une légère baisse en 2013. En 2013, 226 décès par suicide sont dénombrés chez les 45-54 ans, soit le nombre le plus bas depuis plusieurs années. Par département, les évolutions sont assez fluctuantes, et cela en raison de petits effectifs. Les tendances sont à la stabilisation, à l'exception des départements du Puy-de-Dôme et du Rhône, où une légère tendance à la hausse est notée.

UNE STABILISATION CHEZ LES 55-64 ANS

Sur l'ensemble de la région, les effectifs sont assez constants depuis 2009. En 2013, 183 décès par suicide sont recensés chez les 55-64 ans. Par département, les évolutions sont assez fluctuantes, en raison de petits effectifs. Les tendances sont à la stabilisation, à l'exception du département de l'Isère où une légère tendance à la hausse est relevée.

Les tendances constatées chez les personnes âgées de 45-64 ans en France ne sont pas observées sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Figure 15 : Évolution du nombre de décès par suicide chez les 45-54 ans et 55-64 ans, Auvergne-Rhône-Alpes, 2007-2013



Source : CépiDc-Inserm, données 2007-2013, exploitation ORS

LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur la période 2011-2013, 290 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le taux de mortalité* par suicide chez les 65 ans et plus s'élève à 21,5 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus (39 chez les hommes et 9 chez les femmes) en Auvergne-Rhône-Alpes, *versus* 26,1 pour 100 000 (46 chez les hommes et 12 chez les femmes) en France métropolitaine.

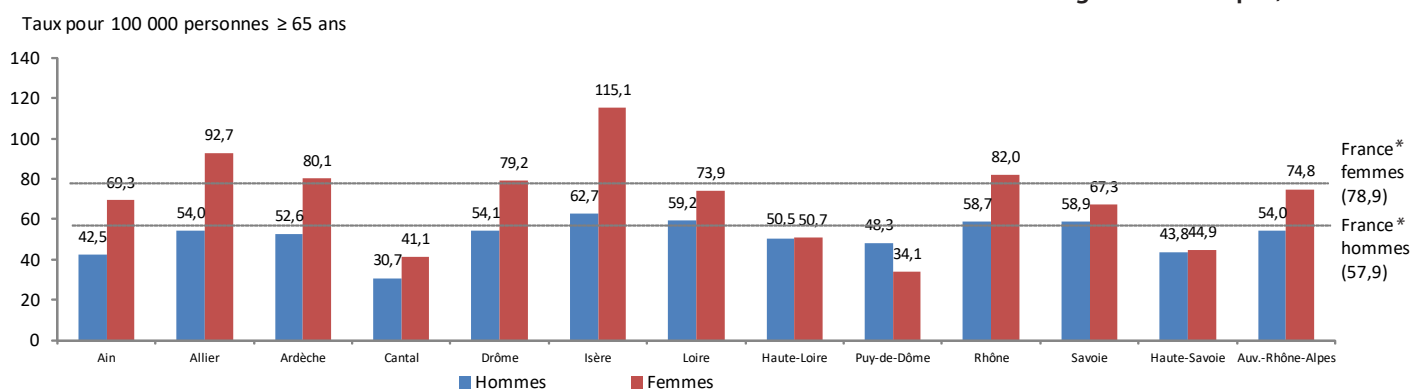
Ce taux annuel moyen chez les 65 ans et plus cache une forte disparité par âge chez les hommes puisque le taux s'élève à 70 pour 100 000 habitants chez les hommes de 85 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes (*versus* 96 pour 100 000 habitants chez les hommes de 85 ans et plus en France métropolitaine).

Sur la période 2013-2015, 958 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne par an chez les habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes âgés de 65 ans et plus, dont 65 % de séjours concernent les femmes.

Le taux de séjours hospitaliers* pour TS chez les 65 ans et plus s'élève à 66 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus (54 chez les hommes et 75 chez les femmes) en Auvergne-Rhône-Alpes, *versus* 70 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus (58 chez les hommes et 79 chez les femmes) en France métropolitaine.

L'analyse par département souligne, chez les femmes, des taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO supérieurs à la moyenne nationale dans les départements de l'Allier, de l'Ardèche, du Rhône et surtout de l'Isère où le taux s'élève à 115 pour 100 000. Chez les hommes, les taux sont plus élevés en Isère et dans les départements de la Loire, du Rhône et de la Savoie. Il est à noter que les taux dans le Puy-de-Dôme demeurent sous-estimés pour les raisons évoquées précédemment. Par ailleurs, les taux élevés en Isère, observés depuis plusieurs années^{1,2}, nécessitent une analyse plus approfondie.

Figure 16 : Taux bruts annuels moyens de séjours hospitaliers MCO pour TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



* Données France métropolitaine
Source : PMSI-MCO, données 2013-2015, exploitation ORS

* Il s'agit de taux bruts calculés sur l'âge spécifique des 65 ans et plus (cf. note méthodologique p.11).

LE SUICIDE CHEZ LES AGRICULTEURS

ÉTAT DES CONNAISSANCES EN FRANCE

L'Observatoire national du suicide, dans son 1^{er} rapport⁶, avance que les agriculteurs, les employés et les ouvriers ont un risque de décéder par suicide deux à trois fois plus élevé que celui des cadres. Dans ce contexte, Santé publique France (antérieurement Institut de veille sanitaire) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associés afin de produire des indicateurs réguliers de mortalité par suicide dans la population des agriculteurs. Une première étude portant sur les années 2007 à 2009 a été publiée en 2013¹². Celle-ci a été reconduite en 2016 pour les années 2010 et 2011¹³.

Dans le 1^{er} rapport, qui permet de suivre la population des agriculteurs exploitants et des conjoints collaborateurs d'exploitation sur 3 années, de 2007 à 2009, il est relevé 417 décès par suicide chez les hommes et 68 chez les femmes sur le territoire national. Malgré une sous-mortalité générale pour toutes causes de décès dans cette population, un excès de mortalité par suicide chez les hommes exploitants agricoles a été mis en évidence à partir de 2008. Celui-ci est notamment marqué chez les hommes âgés de 45 à 64 ans et plus particulièrement dans deux secteurs d'élevage bovin (bovins-lait et bovins-viande).

Le 2^{ème} rapport permet de suivre la population des agriculteurs exploitants et des conjoints collaborateurs d'exploitation durant les années 2010 et 2011. Sur cette période, 253 décès par suicide chez les hommes et 43 décès par suicide chez les femmes ont été observés en France. En 2010, la comparaison de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants à celle des hommes du même âge dans la population française a montré un excès de suicides de 20 %, particulièrement marqué dans les classes d'âge de 45 à 54 ans et dans le secteur d'élevage bovins-lait. Pour l'année 2011, seuls les exploitants agricoles âgés de 45 à 54 ans présentaient un excès de mortalité par suicide significativement supérieur à celui de la population générale d'âge similaire.

Plusieurs études menées auprès de la population agricole ont permis d'identifier différents facteurs de risque que l'on retrouve en population générale, mais dont certains peuvent être spécifiques aux agriculteurs. Parmi ceux-ci, sont mentionnés les difficultés financières et la précarité que peuvent rencontrer certains agriculteurs (risques économiques, risques climatiques et sanitaires), le sentiment d'isolement social, le stress. La pression administrative est également souvent avancée, tout comme la dureté du métier avec un travail fatigant nerveusement et physiquement, des contraintes de temps et une intensification des rythmes de travail. Une image dégradée de leur métier est parfois citée, accompagnée d'un regard négatif de la société. Une étude de l'Inserm suggère par ailleurs que les pesticides pourraient avoir un impact sur la santé mentale¹⁴. L'accès à des moyens plus radicaux comme les outils, des armes ou les pesticides est évoqué également dans plusieurs publications.

Face à ce constat et en complément des mesures du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 élaboré par les ministères concernés (ministères en charge de la justice, du travail, de l'éducation nationale, de l'agriculture, de l'enseignement supérieur, de la cohésion sociale), plusieurs actions de prévention sont mises en place pour prévenir le suicide des agriculteurs, essentiellement par le biais de la Mutualité sociale agricole (MSA). Les Plans nationaux d'actions contre le suicide 2011-2014 et 2016-2020 de la MSA prévoient notamment la mise en place d'un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse et la création de cellules pluridisciplinaires de prévention pour repérer les agriculteurs en difficulté. Chaque cellule, composée de professionnels de la MSA ou d'autres professionnels (psychologues), a pour objectif de détecter, d'accompagner et d'orienter les personnes en situation de fragilité, de leur apporter une écoute immédiate et de développer un réseau d'aides et d'accompagnement. Différentes actions collectives peuvent également être mises en place et de nombreux dispositifs partenariaux se sont créés dans les départements pour venir en aide aux exploitants fragilisés, avant que les difficultés ne s'aggravent.

À ce jour, il existe peu de travaux régionaux réalisés sur cette thématique. Santé publique France devrait publier en 2017 une analyse régionale des données de mortalité. Ces données feront l'objet d'une exploitation par l'Observatoire régional du suicide.

Sources de données et méthode

Données de mortalité

Les données de mortalité présentées chez les 10 ans et plus proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui récupère les certificats médicaux de décès. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10). Les suicides sont regroupés sous les codes X60 à X84 et correspondent aux lésions auto-infligées. Les données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens de décès par suicide calculés sur une période de trois ans [2011-2013].

Le taux brut de mortalité par suicide est calculé en rapportant les décès par suicide enregistrés à la population. Le taux brut de mortalité est un indicateur utilisé pour décrire la mortalité dans une population en tenant compte de l'effectif de cette population. Les taux spécifiques de mortalité sont des taux bruts calculés en rapportant le nombre moyen annuel de décès par suicide pour une tranche d'âge spécifique rapporté à la population d'Auvergne-Rhône-Alpes de 2012 de cette même tranche d'âge.

Les taux bruts en population générale sont influencés par la structure par âge de la population. Ainsi un département dont la population est âgée peut avoir un taux brut de mortalité relativement élevé uniquement du fait de sa structure d'âge. Pour éliminer cet effet de l'âge, on utilise des taux standardisés. Les taux standardisés de mortalité par suicide sont la moyenne pondérée des taux spécifiques. La pondération s'effectue sur la structure d'âge quinquennale de la population de la France métropolitaine 2012.

Les données d'hospitalisation

Les données d'hospitalisation pour tentative de suicide (TS) analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Tous les séjours concernant les patients de 10 ans et plus domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisés pour TS entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2015 dans les établissements MCO publics et privés de France ont été sélectionnés. L'unité statistique est donc le séjour hospitalier, un patient pouvant faire plusieurs séjours. Les TS sont enregistrées sous les codes de la CIM10 X60-X69 « auto intoxication » et X70-X84 « lésion auto infligée » en diagnostic associé.

Les données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens d'hospitalisation pour TS calculés sur la période 2013-2015.

Les taux bruts d'hospitalisation pour TS ont été calculés par tranche d'âge spécifique en rapportant le nombre moyen annuel de séjours hospitaliers d'une tranche d'âge donnée à la population de cette même tranche d'âge.

Les taux standardisés annuels moyens d'hospitalisation pour TS sur l'âge ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France métropolitaine 2012 constituant la référence.

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

Le dispositif de surveillance non spécifique Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), mis en œuvre par Santé publique France et dédié initialement à la détection d'une alerte, a été exploité pour étudier les résumés de passages aux urgences codés à partir des codes CIM10 spécifiques des tentatives de suicide X60 à X84 et des codes moins spécifiques T42 et T43 (intoxications médicamenteuses sans notion d'intention suicidaire, sans lesquelles une sous-estimation majeure des tentatives de suicide aux urgences est attendue). D'autres diagnostics codés en CIM10 peuvent masquer des intentions suicidaires. Ceci contribue à la sous-estimation des tentatives de suicide aux urgences, dont il n'est pas possible de mesurer l'importance. Les codes de gravité de la CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences), regroupés en trois catégories selon que le pronostic vital est engagé (catégorie 1= codes 1, 2 et P de la CCMU, catégorie 2 : code 3 de la CCMU, catégorie 3 : codes 4, 5 et D de la CCMU) ont été exploités.

Deux analyses ont été menées, l'une sur l'année 2015, l'autre sur la période 2013-2015. Sur l'année 2015, 60 services d'urgences sur les 89 de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont transmis des données consolidées. Par ailleurs, 42 services d'urgences sur les 89 ont transmis des données consolidées sur la totalité de la période 2013-2015. La représentativité des services d'urgence est ainsi meilleure dans l'étude de 2015 que dans celle de la période 2013-2015.

En raison des limites d'interprétation de ces données, seules l'étude de la gravité des passages (codés X60 à X84, T42 et T43) sur 2015 et l'étude de la tendance de la part des passages (codés X60 à X84, T42 et T43) parmi les passages codés aux urgences entre 2013 et 2015, ont été jugées fiables et interprétables.



Bibliographie

- ¹ Observatoire régional du suicide Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Rhône-Alpes - Bulletin N°1, décembre 2014, 8p. [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Suicide_2014.pdf]
- ² Observatoire régional du suicide Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Rhône-Alpes - Bulletin N°2, décembre 2015, 8p. [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull2_2015.pdf]
- ³ Observatoire régional de la santé Auvergne. Suicide, tentatives de suicide et pensées suicidaires en Auvergne, février 2013, 64p. [<http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/suicide-tentatives-de-suicide-pensees-suicidaires-auvergne/>]
- ⁴ Observatoire régional de la santé Auvergne. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne, janvier 2014, 4p. [<http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/suicide-tentatives-de-suicide-auvergne/>]
- ⁵ Observatoire régional de la santé Auvergne. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne, juin 2015, 4p. [<http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/suicide-tentative-de-suicide-auvergne/>]
- ⁶ Observatoire national du Suicide. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1er rapport, DREES, novembre 2014, 221 p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf]
- ⁷ Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jougla E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. BEH. 2011 ; 47-48 : 497-500 [<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>]
- ⁸ Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jougla E. Convention d'étude INSERM – DREES – N° 1 du 10 juillet 2008. Rapport final (décembre 2009). Amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide (Etudes des causes inconnues de décès, des causes indéterminées quant à l'intention et des suicides) - France métropolitaine – Année 2006
- ⁹ Observatoire national du Suicide. Suicide. Connaître pour prévenir: dimensions nationales, locales et associatives. 2^{ème} rapport, DREES, février 2016. 481 p. [<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>]
- ¹⁰ 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, 2014, 51p. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195]
- ¹¹ Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH. 2011 ; 47-48 : 488-492 [<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>]
- ¹² Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants : premiers résultats, InVS, septembre 2013, 26p. [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/77471/284015/version/1/file/rapport_surveillance_mortalite_suicide_agriculteurs_exploitants.pdf]
- ¹³ Khiredine-Medouni I, Breuillard E, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. Santé publique France, septembre 2016, 29p. [http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/130471/466377/version/3/file/rapport_surveillance_mortalite_suicide_agriculteurs_exploitants.pdf]
- ¹⁴ Inserm. Pesticides : effets sur la santé. Collection Expertise collective Inserm, juillet 2013, 146p. [<http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/synthese-pesticides-effets-sur-la-sante>]

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin N°3, janvier 2017, 12p.

Ont contribué à la rédaction de ce bulletin (par ordre alphabétique) :

Casamatta D. (Cire Auvergne-Rhône-Alpes - Santé publique France), Dr Chappert J.L. (Cire Auvergne-Rhône-Alpes - Santé publique France), Dr Courty E. (CHU Clermont-Ferrand, Unité Pass'Aje), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Fontaine-Gavino K. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques), Dr Mannoni C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Monat T. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Poulet E. (Groupement Hospitalier Édouard Herriot - Urgences psychiatriques), Pouzet M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Terra J.L. (CH le Vinatier, SHU Centre de Prévention du Suicide / Psymobile), Tournier M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Vaisseix A. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Védrinne J. (Psychiatre), Venzac M. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes)

PAO : Valérie Gonon (ORS Auvergne-Rhône-Alpes)