

### SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Introduction p.2 Décès par suicide (Source : CépiDc) p.3 Hospitalisations pour tentatives de suicide (Source : PMSI-MCO) p.5 Décès par suicide et hospitalisations – Inégalité départementale p.7 Passages aux urgences pour tentatives de suicide (Source : Oscour®) p.8 Conduites suicidaires (Source : Baromètre de Santé publique France 2017) p.14 Prévention p.21 Méthodologie p.23 Pour en savoir plus p.24 Sigles, remerciements et contacts p.25

### ÉDITO

Aujourd'hui encore, la réduction de la fréquence des conduites suicidaires reste une double priorité, humaine (en raison de la souffrance en jeu) et de santé publique (le coût social généré avoisine les 10 milliards d'euros annuels). Pendant ces dernières années, nous avons assisté à une réduction régulière de ces chiffres (cf. p3). Si nous relâchons notre attention, nous risquons de les voir repartir à la hausse. La région Centre Val de Loire reste mal placée (7<sup>ème</sup> rang national, cf. p3) dans un pays lui-même mal situé au plan international (10<sup>ème</sup> place, selon l'OMS, cf. p2). Cette constatation est toutefois à nuancer car la France et la région présentent toutes deux une excellente exhaustivité des chiffres fournis.

Sur cette livraison du BSP CVL, nous voyons que le suicide reste très nettement, en effectifs, le fait des hommes adultes, essentiellement des plus jeunes (cf. p2).

En France, les tentatives de suicide (et les idées suicidaires) ont significativement augmenté entre 2010 et 2017 (cf.p20). Il est probable que cette augmentation repose sur des phénomènes de déliaison sociale, en forte accentuation et que nous connaissons assez mal. Les suicides, eux, ont baissé (cf. p3). Cela s'explique probablement par le fait que les suicides se construisent plutôt sur des éléments psychopathologiques, aujourd'hui bien connus, et de fait mieux pris en charge.

L'étude des Hauts de France (nous ne disposons d'aucune étude similaire en CVL) montre, par ailleurs, qu'indépendamment du genre, les modalités de passage à l'acte restent très différenciées en fonction de l'effet léthal : les suicides, chez les hommes et les femmes (resp. 60,9 % et 48,8 %), sont généralement réalisés par pendaison alors que les tentatives de suicide des hommes et des femmes (resp. 87 % et 89 %) relèvent essentiellement des intoxications volontaires. Ces chiffres incitent encore davantage à détecter et à prendre en compte les sujets appartenant à des groupes à risques (cf.supra) émettant des idées suicidaires et dont la détermination pourrait leur faire adopter des modalités de suicide radicales. Par ailleurs, l'usage de médicaments ne signifie aucunement une moindre gravité du geste. Notre région est loin de rester immobile face à ces constatations. En effet, elle soutient le développement d'une des organisations de prévention du suicide les plus actives au niveau national (VIES CENTRE / VIES 37), elle prépare la mise en place des trois prochaines nouvelles formations DGS : « Sentinelles », « Evaluation » et « Intervention de crise ». Mais, également, de celle attendue du dispositif national de suivi des tentatives de suicide, « Vigilans ».

Notons également l'intérêt réel porté aux risques suicidaires par les équipes des territoires (et cela de longue date) comme le montre le recours fréquent à l'hospitalisation (cf.p5), même brève (cf.p6). Les cliniciens dont l'expérience montre qu'une hospitalisation bien gérée, c'est-à-dire lorsqu'une attention particulière est portée sur sa conclusion et sur les relais de prises en charge, défendent l'idée qu'un allongement de 2 à 4 jours d'hospitalisation pourrait laisser espérer les mêmes bénéfices que ceux obtenus pour les adolescents dans les années 90 (-50 % de décès par suicide au décours de sa « systématisation »). Une piste en ce sens est fournie par la comparaison (cf.p7) des chiffres antagonistes du Loir-et-Cher et de l'Indre.

Ce n'est que dans la coordination de nos forces multiples (celle des différents professionnels de la prise en charge ou de l'organisation des soins et des bénévoles) que nous pourrions espérer poursuivre une amélioration encore constatable aujourd'hui.



Dr Florence DUBOIS-CARMAGNAT, Psychiatre

Responsable des Urgences Psychiatriques au CHU de Tours et des formations pour le Réseau VIES 37

Dr Marc FILLATRE, Psychiatre, Président de VIES 37 et de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide

### POINTS CLÉS EN REGION

- La région présente des **taux supérieurs** à la moyenne nationale, tant pour les décès par suicide de 18,3 pour 100 000 habitants en 2015 que pour les hospitalisations pour tentative de suicide de 168,9/100 000 en 2017.
- Les taux de mortalité par suicide **varient** à l'échelle départementale dans un ordre croissant, du Loir-et-Cher à l'Indre.
- Comme au niveau national, la **tendance à la baisse** est cependant observée tant pour les suicides que pour les hospitalisations après tentative de suicide.
- La majorité des suicides concerne les **adultes de 25 à 59 ans**.
- La situation est contrastée selon le sexe: une majorité **d'hommes pour les suicides** (76 %) et une majorité de **femmes pour les hospitalisations pour tentatives de suicides** (64 %); les **deux modes opératoires** les plus fréquemment utilisés pour les suicides sont la **pendaison** (61%) et les **armes à feu** (20 %) pour les hommes, la **pendaison** (49 %) et les **auto-intoxications médicamenteuses** (23 %) pour les femmes.
- Les tentatives de suicide arrivent aux urgences à **98 %** et conduisent à des hospitalisations dans 71 % des cas.
- Les récidives aux urgences constituent **8 % des tentatives de suicides**. Près d'un tiers des récidives à 6 mois se produisent dans le premier mois.
- La **région est comparable** à la **France métropolitaine** en 2017 pour les pensées suicidaires dans les 12 derniers mois (3 %), les tentatives de suicides déclarées dans les 12 derniers mois (0,29 %), et au cours de la vie (8 %).

## INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la prise en compte du suicide comme véritable problématique de santé publique a conduit à l'élaboration de plans d'actions dans plusieurs pays européens. D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la prévention du suicide, publié en 2014, la France se situe parmi les pays de l'Union européenne (UE) enregistrant le taux de suicide le plus élevé (10<sup>ème</sup> place parmi les 27 pays de l'UE en 2012) (1).

Depuis les années 2000, la France s'est dotée d'une stratégie nationale d'action face au suicide complétée par deux plans « psychiatrie et santé mentale » puis avec l'élaboration d'un programme national d'action contre le suicide 2011-2014 (2–5). En 2013, la volonté d'agir contre le suicide a été réaffirmée par le Ministère des Affaires sociales et de la santé avec la création de l'Observatoire national du suicide (ONS) copiloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France avec pour missions de coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide (TS), et de produire des recommandations notamment en matière de prévention,

Les dernières données publiées dans le rapport de l'ONS 2016 faisait état de 10 686 décès par suicide en 2012 en France métropolitaine soit un taux standardisé sur l'âge de 16,7 pour 100 000 habitants (6). Les hommes étaient trois fois plus touchés que les femmes avec un taux de 25,9 décès pour 100 000 hommes contre 7,4 décès pour 100 000 femmes. Se démarquaient également des disparités liées à l'âge avec un taux de suicide qui augmentait fortement au-delà de 75 ans, en particulier chez les hommes (67,1 décès pour 100 000 hommes). Mais c'est parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans que le suicide représentait la part la plus importante de la mortalité (17,0 % contre 1,7 % tous âges confondus). Ce rapport mettait aussi en lumière l'importante hétérogénéité régionale avec une surmortalité suicidaire (2010-2012) dans les régions du quart nord-ouest de la France (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France).

Un rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) met également en lumière les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France (données en 2011), malgré une situation globalement favorable au regard des autres pays de l'OCDE en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres.

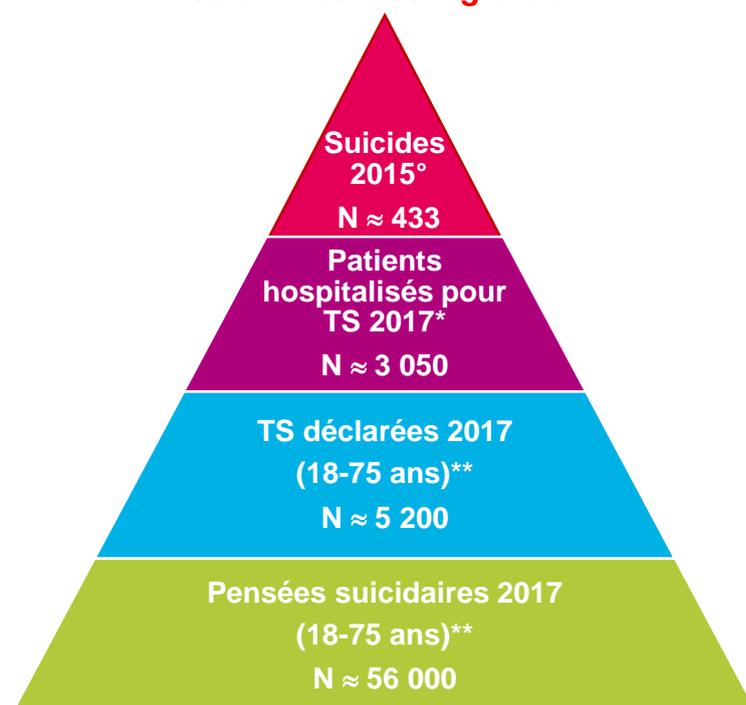
L'objectif de ce travail est de faire **un état des lieux régional avec 4 sources de données** :

- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 et **séjours hospitaliers** pour tentatives de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au moins un **passage aux urgences pour tentative de suicide** dans les structures implantées dans la région et adhérant à Oscour® en 2017,
- Parmi la population résidente dans la région âgée entre 18 et 75 ans et ayant répondu aux questions relatives aux conduites suicidaires du **Baromètre de Santé publique France 2017**.

Enfin, les outils de prévention sont rappelés à la fin du document.

Ce travail a été élaboré dans le cadre d'un Groupe d'échange de pratiques professionnelles - GEPP « Santé mentale » de Santé publique France dont un des objectifs est d'assurer le développement d'une méthodologie partagée en région pour la mise à disposition de données comparables utilisables par les partenaires.

### Les chiffres-clés régionaux



(1) World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015

(2) Direction générale de la santé. Stratégie nationale d'action face au suicide 2000/2005 [Internet]. 2000. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nat-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf)

(3) Direction générale de la santé. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2005. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)

(4) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)

(5) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Programme national d'action contre le suicide [Internet]. 2011. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_national\\_de\\_lutte\\_contre\\_le\\_suicide.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf)

(6) Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. Disponible sur: [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf)

(7) <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf>

°Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

\*Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

\*\*Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

# DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

## Données issues du CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Les données de **mortalité** sont issues des causes médicales de décès, établies à partir des certificats de décès. Les analyses réalisées par l'Inserm-CépiDc et par Santé publique France montrent l'aspect multifactoriel des facteurs de risque de suicide, incluant des dimensions d'âge et de sexe.

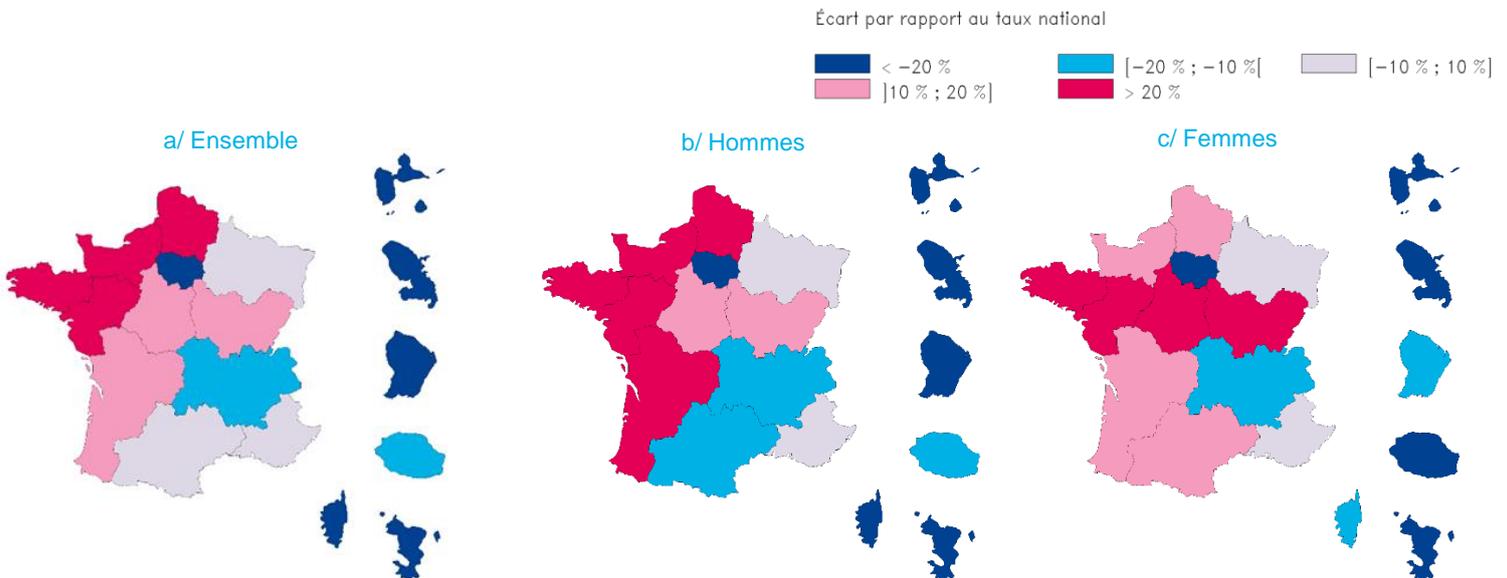
### Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm-CépiDc montrait que la région Centre-Val de Loire avait un taux de sous-déclaration estimé du taux de suicide de 2,0 % contre 10 % en France métropolitaine. Les taux régionaux étaient compris entre 46 % (Île-de-France) et 0,3 % (Bretagne). Dans ce contexte, les indicateurs présentés doivent être interprétés avec prudence [Source: rapport de l'ONS, 2016].

### • Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Centre-Val de Loire

En 2015, 433 personnes résidant en Centre-Val de Loire se sont suicidées et 326 (75,3 %) d'entre eux étaient des hommes. Avec un taux standardisé de 18,3 suicides pour 100 000 habitants, le Centre-Val de Loire se situait au 7<sup>e</sup> rang des régions les plus touchées derrière la Bretagne, Pays de Loire, Normandie, Hauts de France, Nouvelle-Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté. Chez les femmes (8,4 pour 100 000), le taux de suicide en Centre-Val de Loire était parmi les plus élevés en France (figure 4).

Figure 4 : Ecart régionaux du taux standardisé\* de mortalité par suicide selon le sexe en 2015



\*Taux standardisés sur l'âge (et le sexe pour tous sexes confondus) pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)

Champ : France entière, population âgée de 10 ans et plus

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

### • Evolution temporelle de 2000 à 2015

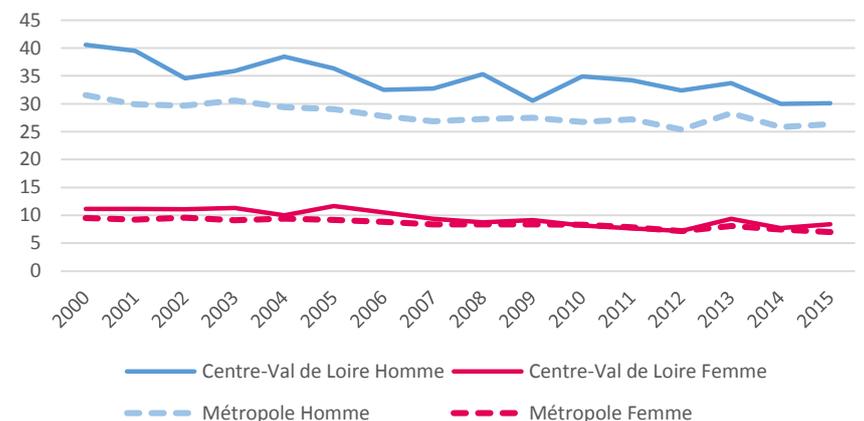
Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a varié de 23,9 à 18,3 pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire.

Une légère tendance à la baisse s'observait selon le sexe (figure 5).

En effet, chez les hommes, le taux standardisé est passé de 40,6 en 2000 à 30,1 pour 100 000 en 2015 chez les hommes.

Chez les femmes le taux standardisé sur l'âge s'élevait à 11,1 en 2000 et à 8,4 suicides pour 100 000 en 2015.

Figure 5 : Evolution des taux annuels standardisés\* de mortalité par suicide (selon le sexe, en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, 2000-2015)



\*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)

Champ : Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

## • Répartition par sexe et âge

Le dernier rapport sur « [l'état de santé de la population en France](#) » fait état d'un taux de décès par suicide plus élevé chez les hommes et les personnes âgées. En région, cette même tendance est observée.

En Centre-Val de Loire, entre 2013-2015, les hommes représentaient 75,7 % (1 003/1 325) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les 85 ans et plus représentaient la part des suicides la plus importante (11,7 %, n=155) et les 10-14 ans la plus petite (0,3 %, n=4). Les personnes âgées de 50-54 ans représentaient quant à eux 9,8 % des suicides (n=130) et les 30-34 ans représentaient 5,0 % des suicides (figure 3).

En revanche, les suicides représentaient la plus grosse part des causes de décès chez les 30-34 ans (24,8 %). Chez les plus jeunes (10-14 ans), les suicides constituaient 10 % des décès et seulement 0,4% chez les plus âgés (85 ans et plus) (Tableau 1).

Entre 2013-2015, les suicides ont représenté 2,4 % (n=1 325) des décès toutes causes confondues contre 1,6 % (n=27 965) au niveau national.

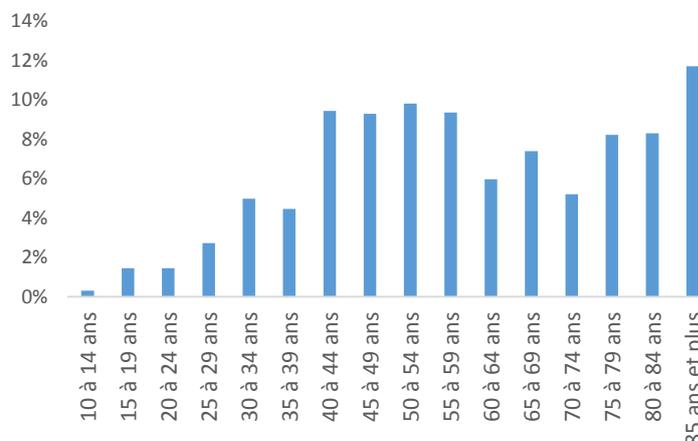
Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 3,4 % (n=1003) dans la région contre 2,5 % (n=21 152) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 1,2 % (n=322) contre 0,8 % (n=6 813) au niveau national.

## • Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Centre-Val de Loire était la pendaison (58,0 % versus 56,6 %) et ceci aussi bien chez les hommes (60,9 %) que chez les femmes (48,8 %).

Le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (20,3 %) chez les hommes et l'auto-intoxication médicamenteuse (23,0 %) chez les femmes.

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Centre-Val de Loire, 2013-2015



Champ : France entière, population âgée de 10 ans et plus

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes selon l'âge et le sexe en région Centre-Val de Loire, 2013-2015

	Ensemble	Femmes	Hommes
	%	%	%
10 à 14 ans	10,0	10,5	9,5
15 à 19 ans	16,2	11,9	18,7
20 à 24 ans	10,9	12,5	10,4
25 à 29 ans	18,4	11,8	20,7
30 à 34 ans	24,8	14,3	29,1
35 à 39 ans	15,3	10,2	17,8
40 à 44 ans	16,8	5,4	22,9
45 à 49 ans	9,9	5,5	12,5
50 à 54 ans	6,7	6,1	7,0
55 à 59 ans	4,1	3,4	4,5
60 à 64 ans	1,9	1,6	2,1
65 à 69 ans	1,9	1,8	2,0
70 à 74 ans	1,4	1,3	1,4
75 à 79 ans	1,5	0,8	1,9
80 à 84 ans	0,9	0,4	1,4
85 ans et plus	0,4	0,2	0,8
Total	2,4	3,5	1,2

Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Tableau 2 : Modes des suicide selon le sexe en région Centre-Val de Loire, 2013-2015

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	768	58,0	48,8	60,9
Arme à feu	208	15,7	1,2	20,3
Auto-intoxication médicamenteuse	126	9,5	23,0	5,2
Saut dans le vide	50	3,8	8,1	2,4
Noyade	49	3,7	10,2	1,6
Auto-intoxication par d'autres produits	31	2,3	2,5	2,3
Collision intentionnelle	19	1,4	1,6	1,4
Objet tranchant	12	0,5	1,2	0,8
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	7	0,5	0	0,7
Mode non précisé	93	7,0	6,5	7,2

Note : les modes ne sont pas exclusifs.

Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

# HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

## Données issues du PMSI-MCO - Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

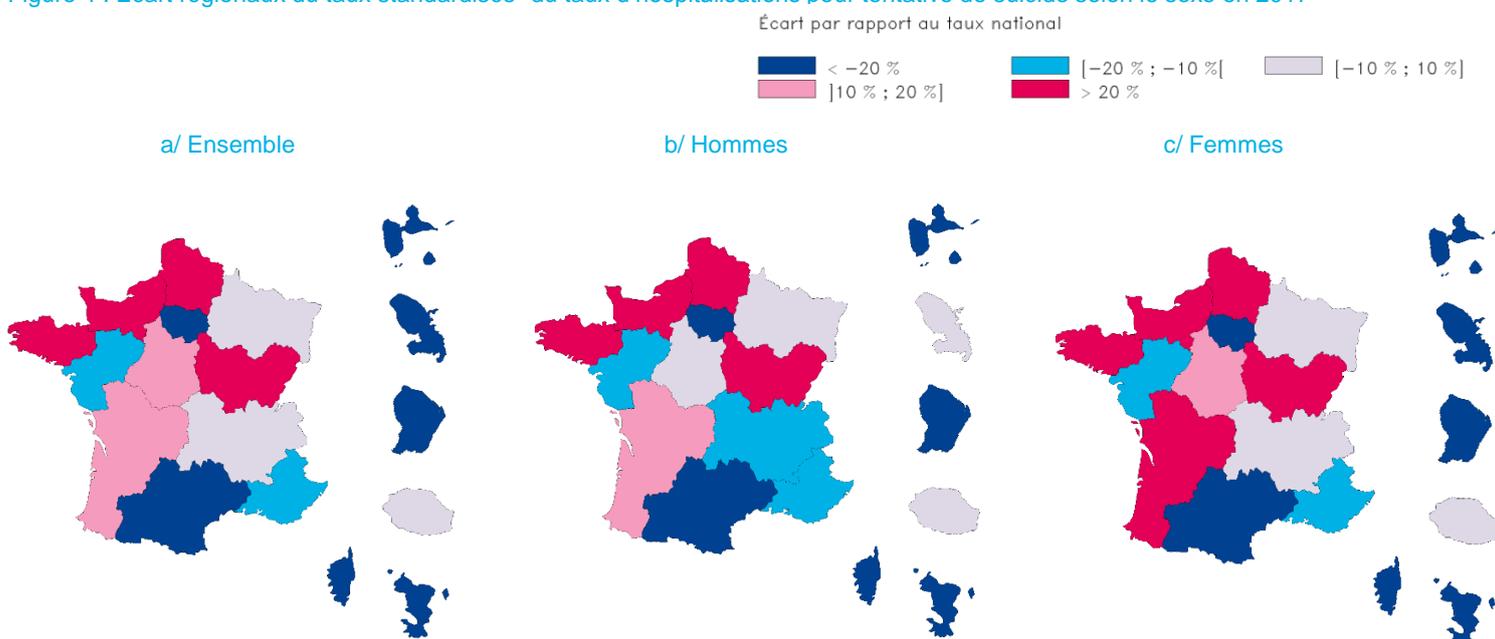
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir une vision complète du phénomène car elles n'incluent pas les hospitalisations en services de psychiatrie et ne donnent pas d'informations sur les TS non hospitalisées. Cependant, elles présentent l'avantage d'être collectées en routine et de permettre une exploitation nationale, régionale et départementale permettant des comparaisons.

### • Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, Centre-Val de Loire

Entre 2008 et 2017, 4 390 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Centre-Val de Loire chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 96 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 168,9 pour 100 000 habitants en 2017, la région Centre-Val de Loire se situe au-dessus du taux national (148,0 pour 100 000 habitants) ainsi qu'au 5<sup>e</sup> rang des régions métropolitaines (figure 4).

Figure 4 : Écart régionaux du taux standardisés\* du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe en 2017



\*\*Taux standardisés sur l'âge (et le sexe pour tous sexes confondus) pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)  
Champ : France entière, population âgée de 10 ans et plus  
Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

### • Evolution temporelle

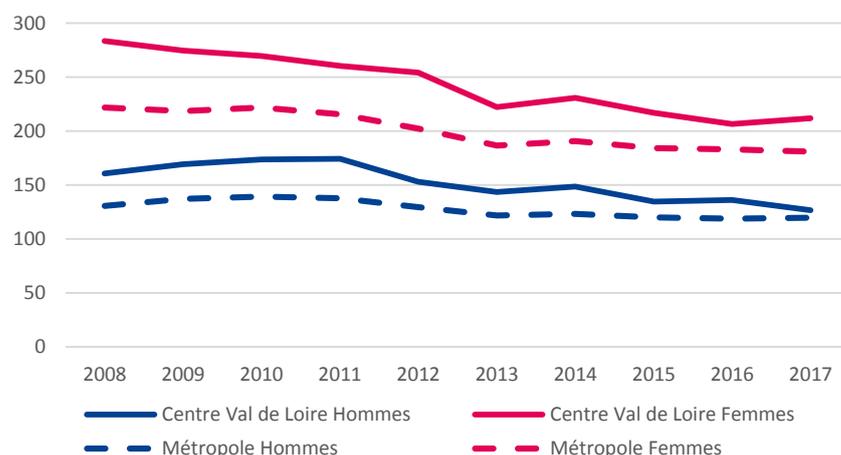
A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisations pour TS était en diminution depuis 2010.

En région Centre-Val de Loire, une tendance à la baisse était également observée, particulièrement chez les hommes à partir de 2011 et chez les femmes dès 2008 (figure 5).

A l'échelle des départements, une tendance à la baisse était observée depuis 2015 dans l'Eure-et-Loir, l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loiret.

En revanche dans le Cher, elle est à la hausse depuis 2015. Dans le Loir-et-Cher, le taux d'hospitalisation reste dans des valeurs habituellement observées.

Figure 5 : Evolution des taux standardisés\* annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, 2008-2017, (taux lissés sur 3 ans)



\*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)  
Champ : Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus  
Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

## • Répartition par sexe et âge

Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 63 % (7 154) des 11 431 hospitalisations pour TS domiciliées en région Centre-Val de Loire entre 2015 et 2017. Pendant cette période de 3 ans, en termes d'âge, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (1 268 pour 100 000). Chez les hommes, le taux le plus élevé s'observait chez les 40-44 ans (650 pour 100 000), Le second taux le plus élevé concernait les 35-39 ans chez les hommes (622 pour 100 000) et les 45-49 ans chez les femmes (931 pour 100 000) (figure 6).

## • Modes de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 81 % des séjours hospitaliers pour TS domiciliés en région Centre-Val de Loire entre 2015 et 2017. Parmi elles, 10,2 % (1 555) correspondait à des intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les intoxications non médicamenteuses (8,5 %), les automutilations par objets tranchants (8,1 %) et les pendaisons (3 %) (tableau 3).

Au total, 153 décès ont été rapportés parmi les 11 431 hospitalisations pour TS, soit un taux de létalité de 13 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 19 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 8 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les TS par arme à feu (258 décès pour 1 000 hospitalisations) et par exposition aux fumées, gaz ou flammes (133 décès pour 1 000 hospitalisations). Les auto-intoxications à d'autres produits et médicamenteuses présentaient les taux de létalité les plus faibles (respectivement 5,2 et 4,7 décès pour 1000 hospitalisations pour TS).

Figure 6 : Taux bruts\* des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide selon l'âge et le sexe en région Centre-Val de Loire, 2015-2017



\*Taux pour 100 000 habitants

Champ : Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus

Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

## • Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 11 431 séjours hospitaliers enregistrés pour TS domiciliés en région Centre-Val de Loire sur la période 2015-2017, 88 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont.

Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 67 % des cas.

Tous âges confondus, la durée médiane des séjours était de 1 jour. Les durées médianes les plus fortes étaient observées pour les 80-84 ans et les 85 ans et plus (respectivement 4 et 6 jours).

Les durées médianes des séjours étaient plus élevées pour les TS par arme à feu (6 jours) et par saut dans le vide (4 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire.

Tableau 3 : Modes de tentatives de suicide selon le sexe, durée médiane de séjour et létalité en région Centre-Val de Loire, 2015-2017

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1 000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	9301	81,40	86,30	73,00	1	4,7
Auto-intoxication par d'autres produits	970	8,50	6,50	11,90	1	5,2
Objet tranchant	927	8,10	7,80	8,60	1	7,6
Mode non précisé	569	5,00	4,30	6,00	2	36,9
Pendaison	346	3,00	1,50	5,70	1	115,6
Saut dans le vide	147	1,30	1,10	1,60	4	88,4
Arme à feu	93	0,80	0,10	2,00	6	258,1
Noyade	49	0,40	0,40	0,40	2	40,8
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	45	0,40	0,20	0,70	2	133,3
Collision intentionnelle	42	0,40	0,30	0,50	2	0

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

Champ : Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus

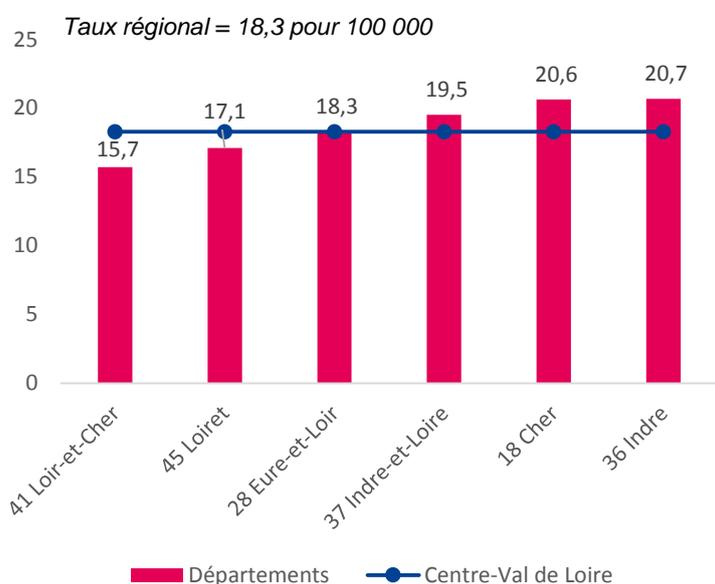
Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

## DÉCÈS PAR SUICIDE ET HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE - INEGALITES DEPARTEMENTALES

### Situation en 2015

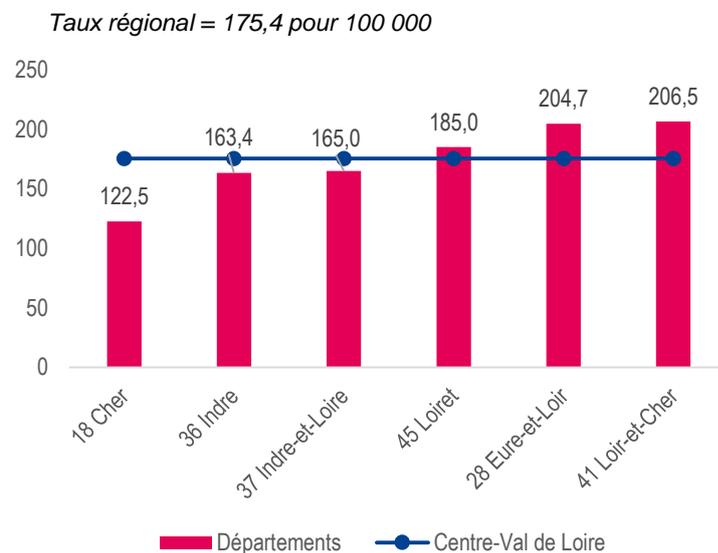
En Centre-Val de Loire, les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) variaient selon les départements. Cependant, les inégalités territoriales observées n'étaient pas identiques pour les suicides et les TS, en particulier pour les départements du Loir-et-Cher et de l'Indre. En effet, le Loir-et-Cher présentait le plus faible taux de suicide de la région (15,7 pour 100 000) mais également le plus fort taux d'hospitalisation pour TS (206,5 pour 100 000). A l'inverse, l'Indre était le territoire le plus touché en termes de mortalité par suicide (20,7 pour 100 000) mais avec un faible taux en termes d'hospitalisations pour TS (163,4 pour 100 000). Ce département, suivi du Cher (20,6 pour 100 000) et l'Indre-et-Loire (19,5 pour 100 000) étaient les territoires les plus touchés par les suicides (figures 7 et 8).

Figure 7 : Taux départementaux standardisés\* de mortalité par suicide en région Centre-Val de Loire, 2015



\*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)  
 Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus  
 Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

Figure 8 : Taux départementaux standardisés\* d'hospitalisations pour tentatives de suicide en région Centre-Val de Loire, 2015



\*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)  
 Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus  
 Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

### Un territoire...des territoires

Que ce soit en termes de mortalité par suicide ou d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie (MCO) pour tentative de suicide, la situation en Centre-Val de Loire est plus favorable qu'en France métropolitaine. Il serait intéressant de mener une analyse plus fine : à l'échelle départementale, il est possible de gonfler des différences. Les découpages infrarégionaux doivent offrir un effectif d'événements suffisants et donc une précision de l'estimation acceptable.

Dans une perspective de prévention ciblée au plus près des territoires, un projet d'analyse est en cours et sera prochainement disponible. D'autres indicateurs tels que les récurrences sont à mobiliser et à intégrer.

# PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

## Données issues d'Oscour® - Organisation coordonnée de la surveillance des urgences

L'analyse des tentatives de suicide (TS) présentée ci-dessous a été réalisée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au réseau Oscour®. Le dispositif Oscour® fait partie du dispositif de surveillance syndromique Sursaud® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostiques (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU transmis par les SU.

Aucune des sources de données de surveillance des suicides et tentatives de suicides, présentées dans ce bulletin (causes médicales de décès et séjours hospitaliers enregistrés dans le PMSI-MCO) n'étant exhaustive, les passages aux urgences pour TS constituent une source complémentaire de surveillance et les résultats présentés ci-dessous doivent être mis en perspective avec ceux issus des autres sources de données.

## Caractéristiques et qualité du dispositif régional Oscour®

En région Centre-Val de Loire, le réseau Oscour® repose sur 27 structures d'urgences (SU) et couvrait, en 2017, 98 % des 845 748 passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#).

Si la couverture régionale en terme d'établissements participants est proche de l'exhaustivité en 2017, la complétude de codage des champs « diagnostics principaux et associés » des RPU transmis s'est améliorée mais demeure hétérogène entre les départements en 2017 (tableau 4). Au total, on estimait à 46,9 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Centre-Val de Loire.

**Du fait de l'évolutivité de la couverture et de la complétude du dispositif, l'analyse ci-dessous n'a pas pour ambition d'estimer l'incidence ou la prévalence des tentatives de suicide ou de comparer les régions entre elles mais de décrire les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des tentatives de suicide identifiées dans les recours aux SU participant au réseau Oscour® en 2017 dans la région.**

**Tableau 4** : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participants au réseau Oscour® en Centre-Val de Loire, 2017.

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
<b>Cher</b>	3/3 (100%)	63,9%
<b>Eure-et-Loir</b>	5/5 (100%)	52,2%
<b>Indre</b>	3/3 (100%)	44,8%
<b>Indre-et-Loire</b>	7/7 (100%)	24,2%
<b>Loir-et-Cher</b>	3/3 (100%)	87,1%
<b>Loiret</b>	6/6 (100%)	39,3%
<b>Centre-Val de Loire</b>	27/27 (100%)	46,9%

DP: Diagnostic principal; DA: Diagnostic associé  
 Champ : Tous passages toutes causes, tous âges  
 Source : Oscour® (Santé publique France)

## Identification des passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le regroupement syndromique « Geste suicidaire », correspondant aux codes diagnostics de la 10<sup>ème</sup> Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 2, a été défini par un groupe de travail composé d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des passages aux urgences pour tentatives de suicide. Ce regroupement est appliqué pour les recours aux urgences de personnes âgées de 10 ans et plus, pour lesquelles il existe un consensus sur l'intentionnalité des gestes suicidaires au même titre que pour les autres sources de données présentées dans ce bulletin.

Au final, les codes diagnostiques retenus dans le regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire » correspondent aux codes également utilisés pour le recensement des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide dans la base de données du PMSI-MCO.

L'analyse présentée ci-dessous concerne les recours pour tentatives de suicide en 2017 dans les structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire pour des patients résidant ou non dans la région.

**Tableau 5 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Tentatives de suicide », 2017**

Catégorie	Codes CIM-10	Libellés diagnostiques
regroupement syndromique « Tentative de suicide »	X60-X64, X66-X84	Auto-intoxications et lésions auto-infligées
	T39	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
	T42	Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens
	T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	T50	Intoxication par diurétiques et médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	T60	Effet toxique de pesticides
	T71	Asphyxie
	Y870	Séquelle de lésion auto infligée

Sources : CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> version)  
Oscour®, (Santé publique France)

## Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Centre-Val de Loire en 2017

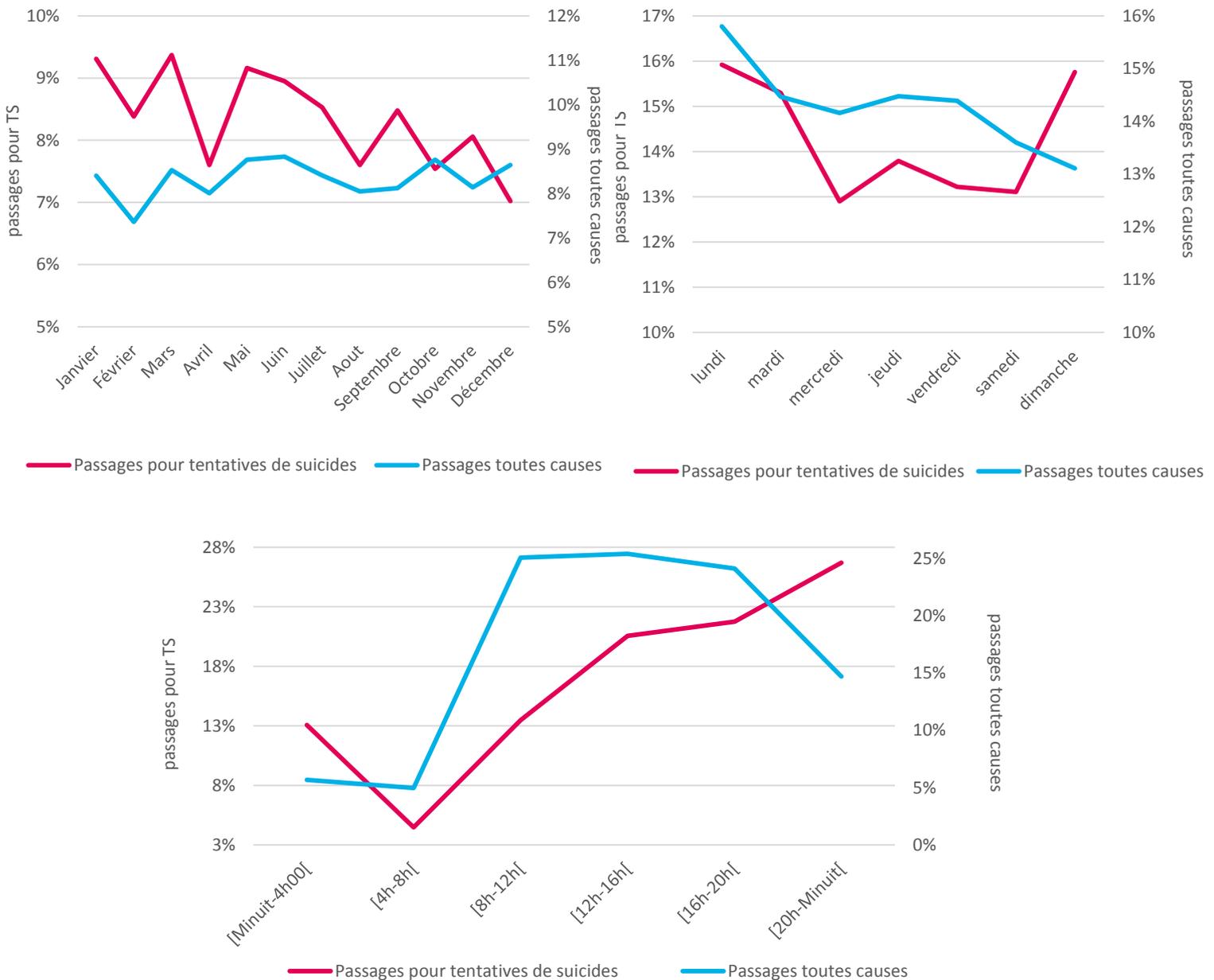
### ➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

Au total, en 2017, 1 922 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 27 SU de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 5 recours quotidiens et près de 2 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représente 2,6 % du total national.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondues met en évidence une augmentation modérée des passages aux urgences pour TS en janvier, mars et en fin printemps-début d'été (mai-juin) (figure 9).

L'analyse quotidienne pointe l'augmentation des recours pour TS les journées du dimanche et lundi (figure 9bis) et pour ce qui concerne la répartition horaire, la recrudescence importante des passages pour TS en soirée et début de nuit (près de 50% des recours pour TS de 17h à 0h) alors qu'on observe une tendance inverse pour les recours toutes causes (figure 9ter).

**Figures 9, 9bis et 9ter** : Répartition quotidienne, mensuelle et horaire de la part des passages aux urgences toutes causes et pour TS en région Centre-Val de Loire, 2017



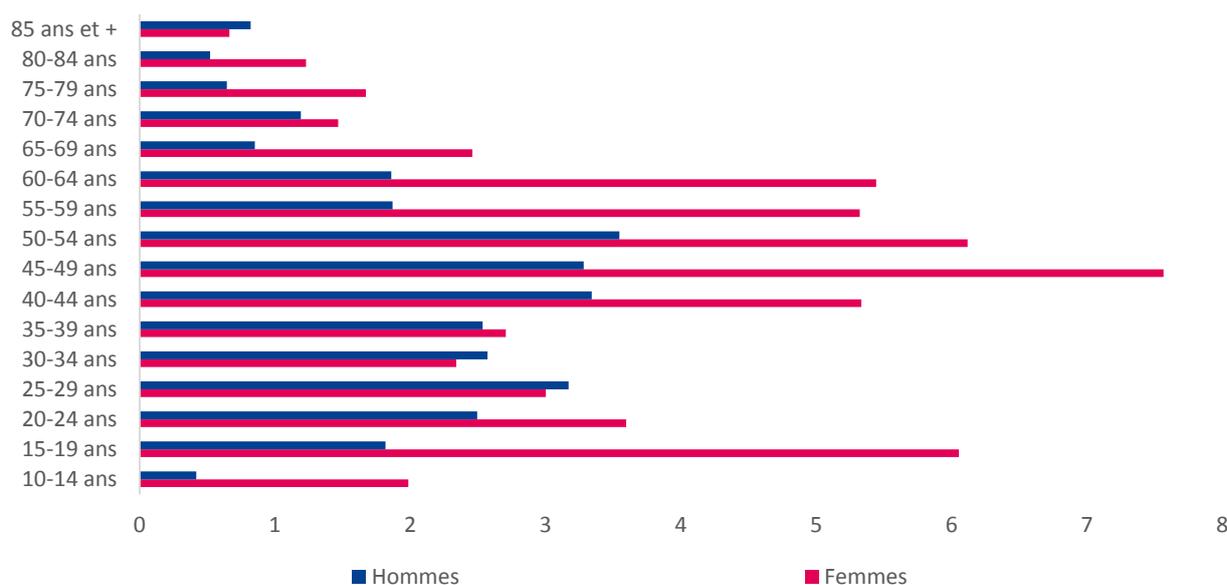
Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.  
 Source : Oscour® (Santé publique France)

➤ **Caractéristiques socio-démographiques des recours aux urgences pour TS**

Quatre-vingt-quinze pour cent des passages aux urgences pour TS dans les SU de la région Centre-Val de Loire concernaient des personnes résidant dans la région, 4 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine et 0,2 % des ressortissants de pays étrangers.

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (64 %, 1 242) alors que le sexe ratio H/F est équilibré dans les recours toutes causes confondues (0,9). La répartition par sexe et classes d'âges montrait une sur-représentation des femmes dans toutes les classes d'âges dans les recours pour TS avec 2 pics, chez les adolescentes (15-19 ans) d'une part et chez les quadragénaires (45-49 ans) d'autre part (figure 10).

Chez les hommes, la distribution des recours pour TS augmente régulièrement avec un pic de recours observé chez les quinquagénaires (figure 10).

**Figure 10** : Taux de passages aux urgences pour TS (pour 1 000 passages toutes causes confondues) selon l'âge et le sexe en région Centre-Val de Loire, 2017

Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.  
Source : Oscour® (Santé publique France)

### ➤ Modes de TS

Les auto-intoxications médicamenteuses et non médicamenteuses ainsi que les tentatives par objets tranchants ou contondants étaient les modes de tentatives de suicide les plus fréquemment retrouvés (avec respectivement 87 % et 1 %) (tableau 6). La fréquence des auto-intoxications médicamenteuses reste élevée quel que soit le sexe et varie de 73 à 89 % selon la classe d'âge.

S'agissant des auto-intoxications médicamenteuses, les principales classes de médicaments utilisés, lorsqu'elles étaient renseignées, étaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 41 % (670/1621) des recours dont 82 % (554/670) d'intoxications aux benzodiazépines (T424),
- autres psychotropes (codes CIM-10 : T43) : 16 % (254/1621),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (codes CIM-10 : T39) : 13% (216/1621) dont 5,5 % pour le paracétamol (T391) (118/216), dont l'utilisation est en cause dans 10 % des intoxications médicamenteuses volontaires.

Ces résultats sont non mutuellement exclusifs, certaines intoxications pouvant être polymédicamenteuses.

Les modes de TS violents (pendaisons, armes à feu, sauts dans le vide ou collisions...), parce qu'ils sont mortels le plus souvent, sont rares parmi les passages aux urgences pour TS mais plus nombreux chez les hommes.

**Tableau 6** : Modes de TS selon le sexe, en région Centre-Val de Loire, 2017

Modes de TS	Total n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	1 620 (84%)	525 (76%)	1 095 (87%)
Objets tranchants, contondants	23 (1%)	7 (1%)	16 (1%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	27(1%)	19 (3%)	8 (1%)
Pendaison	22 (1%)	18 (3%)	4 (<1%)
Noyades	2 (<1%)	0 (0%)	2 (<1%)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	3 (<1%)	1 (<1%)	2 (<1%)
Armes à feu	1 (<1%)	1 (<1%)	0 (0%)
Saut dans le vide	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Collisions intentionnelles	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	249 (13%)	117 (17%)	132 (10%)

Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.  
Source : Oscour® (Santé publique France)

### ➤ Provenance et orientation des recours aux urgences pour TS

Lorsque la provenance était renseignée (80% des passages pour TS), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (98%). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans près de 80% des cas.

Lorsque le mode de sortie était renseigné (94 % des passages), près de 3 suicidants sur 4 (71 %) ont été hospitalisés dans l'établissement de recours (66 %) ou dans un autre établissement de soins (5 %). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) (94 %) et seuls 3,4 % en unités psychiatriques. La majorité des hospitalisations renseignées (70 %) étaient effectuées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 7 % en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

### ➤ Principales caractéristiques des récurrences de TS identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018

Un « identifiant-patient » a été créé à partir de 3 variables du résumé de passage aux urgences (sexe, date de naissance et code postal de résidence renseigné). Cet identifiant a permis d'estimer les récurrences de TS, définies par l'enregistrement de plusieurs recours pour TS pour un même patient sur une période d'étude de 18 mois (01/01/2017 au 30/06/2018).

Seuls les patients avec un primo-recours aux urgences pour TS en 2017 ont été pris en compte dans l'analyse. L'élargissement de la période d'étude du 01/01/2018 au 30/06/2018 visait à recenser et étudier les récurrences jusqu'à 6 mois pour les patients suicidants passés aux urgences durant les 6 derniers mois de l'année 2017.

Seuls les patients résidant et pris en charge en Centre-Val de Loire ont été inclus dans cette analyse afin de limiter le risque de perte de vue pour les non-résidents dans la région pour lesquels la probabilité de nouveau recours pour TS à une structure d'urgence de la région est plus faible que pour les résidents.

Les taux et délais de récurrence à 6 mois présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récurrence identifiée dans les 6 mois suivant un premier recours pour TS, enregistré en 2017.

Au total, 1 922 recours aux urgences pour TS dont 1 620 patients résidant en région Centre-Val de Loire ont été recensés du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017 dans les SU du Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 136 (8,4 %), soit moins d'une personne suicidante sur 10, a réitéré au moins une fois son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017.

Les taux de récurrence dans les 6 mois les plus faibles ont été observés dans les départements d'Eure-et-Loir (6 %), de l'Indre et du Loiret (7 %) et les plus élevés dans le Loir-et-Cher (11 %) et l'Indre-et-Loire (13 %) (tableau 7).

**Tableau 7** : Taux de récurrence de TS parmi les suicidants passés aux urgences du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017, selon le département de résidence, région Centre-Val de Loire

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Cher	215	21	10%
Eure-et-Loir	387	24	6%
Indre	154	11	7%
Indre-et-Loire	87	11	13%
Loir-et-Cher	397	42	11%
Loiret	380	27	7%
Centre-Val de Loire	1 620	136	8%

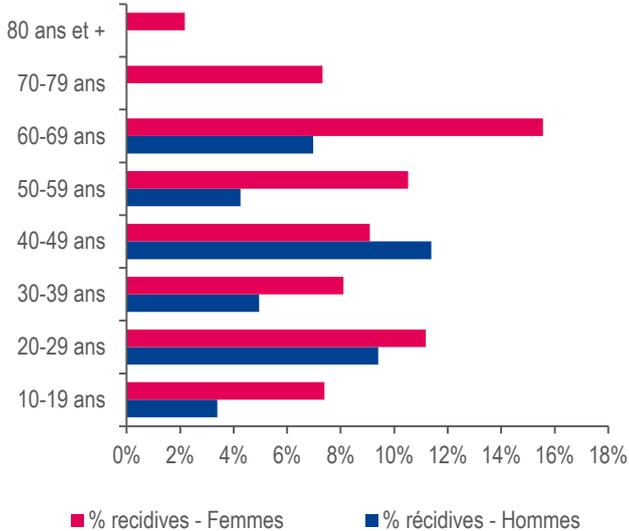
Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.  
Source : Oscour® (Santé publique France)

Le taux global de récurrence dans les 6 mois est légèrement supérieur chez les femmes (9,4 % (97/1 032)) que chez les hommes (6,6 % (39/588)). Les femmes sont également les plus représentées par classe d'âge.

Chez les hommes, le taux de récurrence atteint son pic chez les quadragénaires (40-49 ans), tandis que chez les femmes, les 60-69 ans étaient les plus représentées dans les récurrences (figure 11). Au delà de 70 ans, les récurrences étaient observées uniquement chez les femmes.

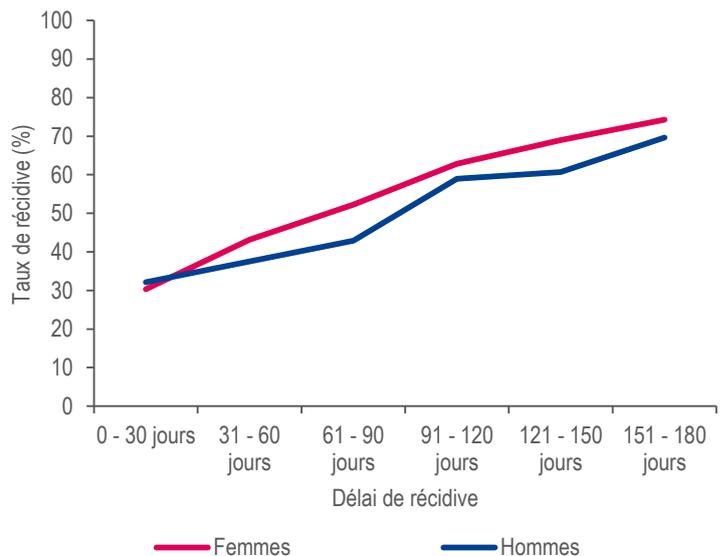
Le délai à la 1<sup>ère</sup> récurrence est globalement similaire quel que soit le sexe. La moitié des patients récidivistes réitèrent leur geste suicidaire dans les 3 mois suivant un premier passage et environ 2 sur 3 dans les 6 mois. Le délai médian à la première récurrence était plus court chez les femmes (3 mois) que les hommes (4 mois) (figure 12).

**Figure 11** : Taux de récurrence des TS selon l'âge et le sexe en région Centre-Val de Loire, période du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.  
Source : Oscour® (Santé publique France)

**Figure 12** : Distribution cumulée du délai à la 1<sup>ère</sup> récurrence de TS selon le sexe, en région Centre-Val de Loire, période du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.  
Source : Oscour® (Santé publique France)

## Discussion, conclusion

Les principales caractéristiques épidémiologiques des recours pour TS dans les SU de la région Centre-Val de Loire, sont globalement cohérentes et complémentaires à celles décrites dans les autres sources de données (CepiDc et PMSI-MCO) présentées dans ce bulletin.

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données de surveillance, les passages aux urgences pour tentatives de suicide ne constituent pas non plus une source exhaustive de données, ce d'autant plus que le dispositif est encore en évolution en terme de couverture des établissements transmetteurs, d'exhaustivité des passages aux urgences et de complétude et des pratiques de codage des diagnostics. Par ailleurs, lorsque plusieurs passages aux urgences présentent les mêmes caractéristiques de date d'entrée, date de naissance, code postal et âge, mais avec une heure d'entrée différente, seul le passage le plus récent est conservé dans la base de données (algorithme de gestion des doublons). De ce fait, il est possible que cette caractéristique du dispositif ait pu entraîner l'élimination de certains recours pour un même patient sur une même journée et conduire à une sous-estimation probablement mineure des récurrences de TS immédiatement après la sortie avec ou sans consentement du patient.

S'agissant du regroupement syndromique « geste suicidaire » défini dans Oscour®, la perspective d'un nouveau format du résumé de passage aux urgences (RPU), intégrant une variable « circonstance » et un thésaurus de codage simplifié, permettra de faire évoluer le regroupement syndromique défini pour lequel il est possible que certaines intoxications médicamenteuses retenues ne soient pas intentionnelles et à l'inverse pour certains types d'intoxications dont l'intentionnalité n'a pas été retenue dans le regroupement actuel.

Le dispositif Oscour® demeure, malgré ses limites actuelles et ses améliorations potentielles, un dispositif de surveillance qui permet de disposer en temps quasi-réel de données et d'apporter une réponse rapide à des sollicitations urgentes des autorités sanitaires portant par exemple sur de nouveaux modes de TS, de classes d'âge concernées ou de classes médicamenteuses.

Enfin, cette analyse a permis de tester pour la première fois la faisabilité avec Oscour® d'un suivi des taux et délais de récurrences chez les patients ayant recours aux urgences pour TS. Les résultats obtenus, cohérents avec ceux de la littérature [cf page 24 et le [rapport 2014](#)], pointent la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes suicidantes afin de prévenir les récurrences qui surviennent chez la moitié des personnes récidivistes dans les 2 à 3 mois suivant un premier geste suicidaire.

## CONDUITES SUICIDAIRES

### Données issues du Baromètre de Santé publique France

Mis en place dans les années 1990 et aujourd'hui portés par Santé publique France, les Baromètres santé abordent les différents comportements et attitudes de santé en France, dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées, constituent un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance (PMSI-MCO, CépiDc, Oscour®). Elles permettent, d'une part, de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide en population générale et, d'autre part, d'approfondir l'étude des facteurs associés, notamment en termes de profils sociodémographiques. Ce travail présente une estimation de la prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine, et plus particulièrement en région Centre-Val de Loire, à partir de l'exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Les évolutions des prévalences à trois temps de mesure (2005, 2010 et 2017) sont présentées aux niveaux national et régional. Par ailleurs, les associations avec d'autres facteurs sont aussi présentées.

### Description de l'échantillon en région Centre-Val de Loire

Pour la région Centre-Val de Loire, 988 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 3,9 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 515 étaient des femmes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 79, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 496. Enfin, les 55-75 ans comptaient 413 individus.

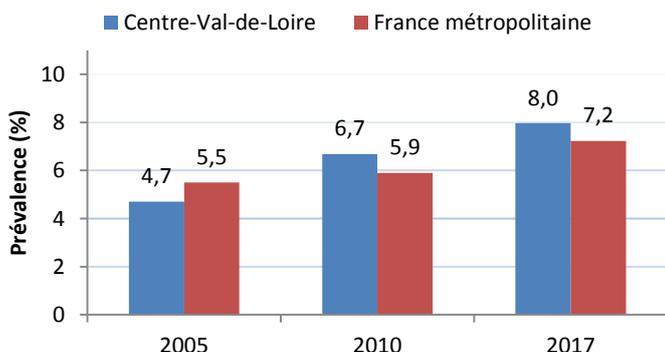
### Evolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en 2005, 2010 et 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** a varié en région Centre-Val de Loire, elle avait augmenté entre 2005 (3,8 %) et 2010 (5,9 %) puis diminué en 2017 (3,0 %), à un niveau inférieur à celui observé en 2005. En France métropolitaine, la prévalence a significativement diminué entre 2005 et 2010 puis augmenté entre 2010 et 2017 pour retrouver un niveau comparable à 2005 (figure 13).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** a augmenté en région Centre-Val de Loire entre 2005 (4,7 %) et 2017 (8,0 %). Cependant, cette hausse n'était pas statistiquement significative. La même tendance est observée au niveau national (figure 14).

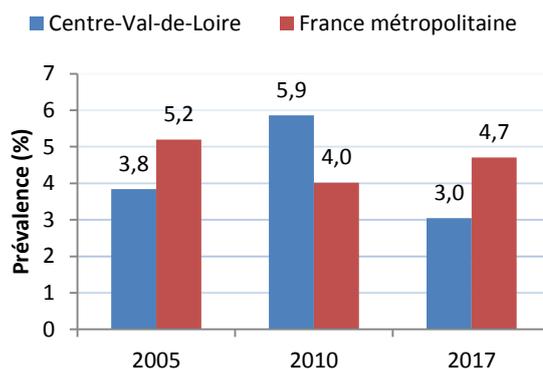
La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** n'a pas varié significativement entre 2005 et 2017 en région Centre-Val de Loire (figure 15).

Figure 14 : Evolution de la prévalence\* des tentatives de suicide au cours de la vie en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, en 2005, 2010 et 2017,



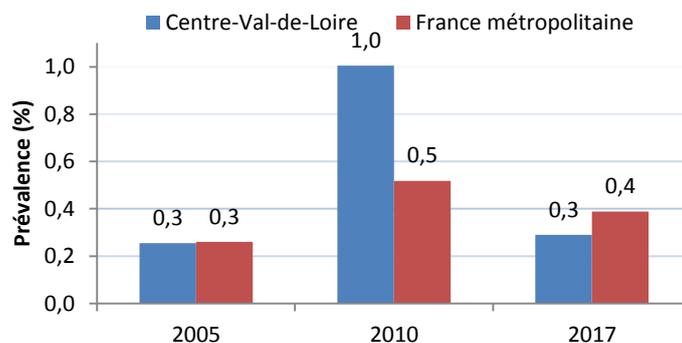
\*Prévalence pour 100 habitants  
 Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires  
 Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

Figure 13 : Evolution de la prévalence\* des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, en 2005, 2010 et 2017,



\*Prévalence pour 100 habitants.  
 Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires  
 Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

Figure 15 : Evolution de la prévalence\* des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, en 2005, 2010 et 2017,



\*Prévalence pour 100 habitants  
 Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires  
 Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

## Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017

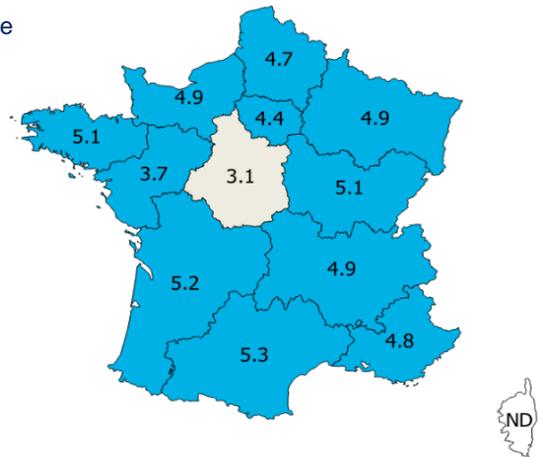
### Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois en région Centre-Val de Loire était estimée à 3,1 % (figure 16a). Cette prévalence différait significativement de la prévalence des autres régions. Elle était de 4,7 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En région Centre-Val de Loire, chez les hommes, la prévalence était de 2,4 % (figure 16b), et chez les femmes, elle était de 3,8 % (figure 16c). Ces deux prévalences ne différaient pas significativement de celles observées en France métropolitaine (4,0 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes).

Figure 16 : Prévalence régionales standardisées\* des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois, France métropolitaine, 2017

a/ Ensemble

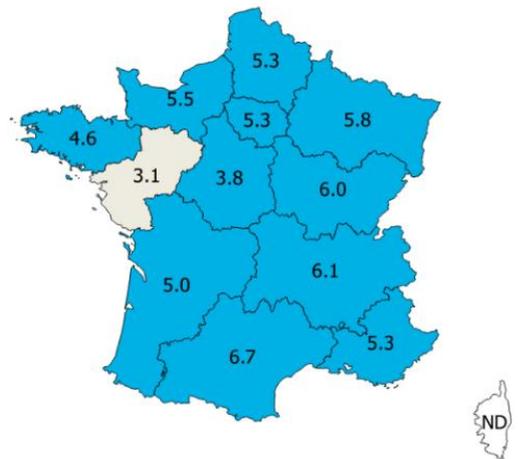


b/ Hommes



c/ Femmes

■ Pas de différence significative  
 ■ Inférieure aux autres régions\*  
 ND : non disponible



\*Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016

\*\* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

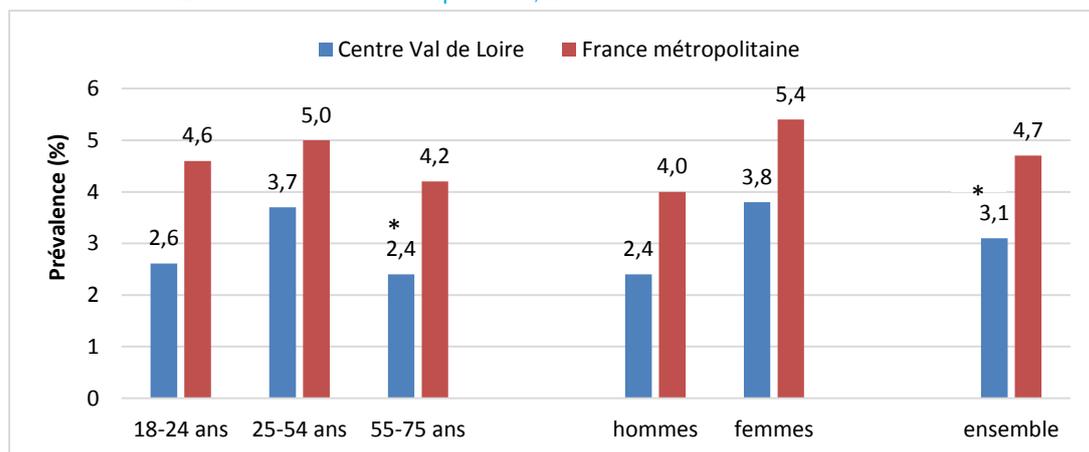
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

### Comparaisons selon le sexe et l'âge

En région Centre-Val de Loire, les **prévalences les plus élevées étaient observées chez les 25-54 ans (3,7 %)**, puis chez les 18-24 ans (2,6 %) (figure 17). La prévalence chez les 55-75 ans était de 2,4 %, en baisse significative par rapport aux autres régions de France métropolitaine.

Figure 17 : Prévalence standardisée° des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, 2017



\* Différence significative entre la région Centre-Val de Loire et la France métropolitaine

°Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

**Facteurs associés aux pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois****Tableau 8 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en France métropolitaine**

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
<b>Age</b>	*		
18-24 ans (réf.) (n=2274)	4,6	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	5,0	1,3	[1,0-1,8]
55-75 ans (n=9909)	4,2	1,3	[0,9-1,8]
<b>Niveau de diplôme</b>	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9597)	5,1	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	4,1	0,8*	[0,6-1,0]
Supérieur au Bac (n=10223)	4,4	1,1	[0,9-1,3]
<b>Vit seul</b>	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
<b>Situation professionnelle</b>	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs <sup>1</sup> (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
<b>Revenus par unité de consommation<sup>2</sup> en terciles</b>	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7237)	6,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	3,8	0,7***	[0,6-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	3,1	0,7***	[0,5-0,8]
NSP/Refus (n=1181)	3,8	0,8	[0,5-1,2]
<b>Catégorie d'agglomération</b>	NS		
Rurale (réf.) (n=6665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
<b>Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=22360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
<b>Victime de violences 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=24744)	4,4	- 1 -	
Oui (n=549)	14,8	1,4	[0,9-2,1]
<b>A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=23575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
<b>Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=25156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
<b>Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=22817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>	***		
Non (réf.) (n=22581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
<b>Fumeur quotidien</b>	***		
Non (réf.) (n=19301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

**Au niveau national, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** apparaissent liées, de manière indépendante, aux facteurs suivants :

- un **état dépressif caractérisé (EDC)** au cours des douze derniers mois,
- le fait de vivre seul,
- le fait d'être au chômage ou inactif,
- le fait d'avoir été victime de menaces, d'humiliation ou d'intimidation au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,
- ou encore une consommation quotidienne d'alcool ou de tabac (tableau 8).

A l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme équivalent au Bac semble diminuer le risque de pensées suicidaires, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile.

L'âge, le sexe, et la catégorie d'agglomération ne semblent pas significativement liés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.

\*\*\* :  $p < 0,001$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*  $p < 0,05$ ; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées

ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions  
 1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité  
 2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

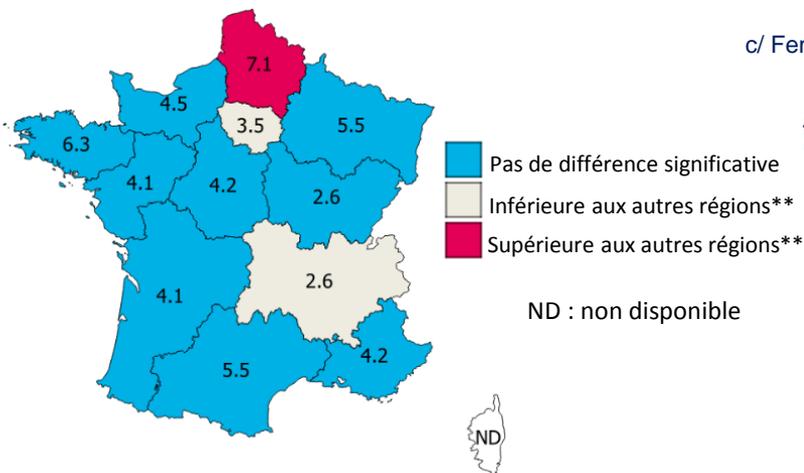
## Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie des 18-75 ans, 2017

### Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en région Centre-Val de Loire était estimée à 8,1 % (figure 18a). Cette prévalence ne différait pas significativement de celles de la majorité des autres régions. Elle était de 7,2 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En région Centre-Val de Loire, chez les hommes, la prévalence était de 4,2 % (figure 18b), et chez les femmes, elle était de 11,8 % (figure 18c). Les prévalences étaient respectivement de 4,4 % chez les hommes et 9,9 % chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

#### b/ Hommes



#### c/ Femmes

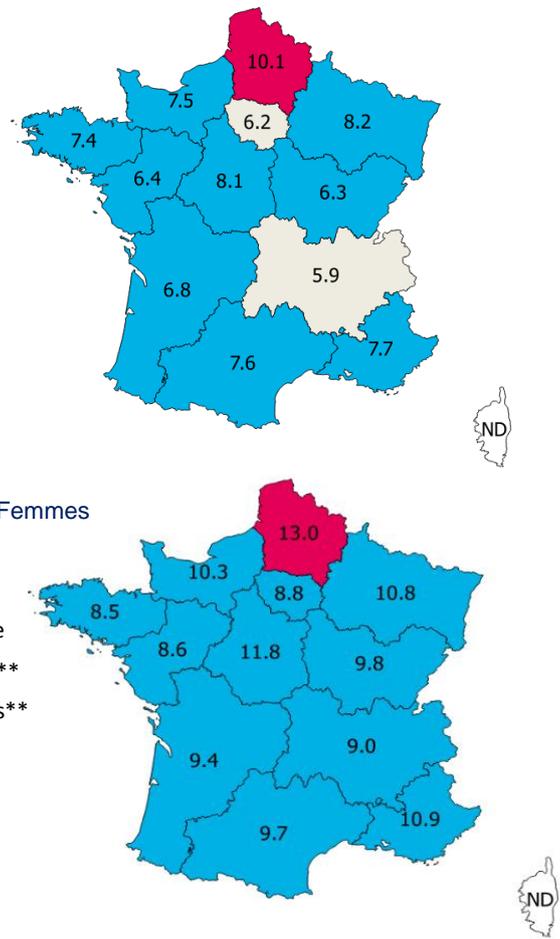


Figure 18 : Prévalence régionales standardisées\* des tentatives de suicide au cours de la vie, France métropolitaine, 2017

a/ Ensemble

\*Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016

\*\*Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

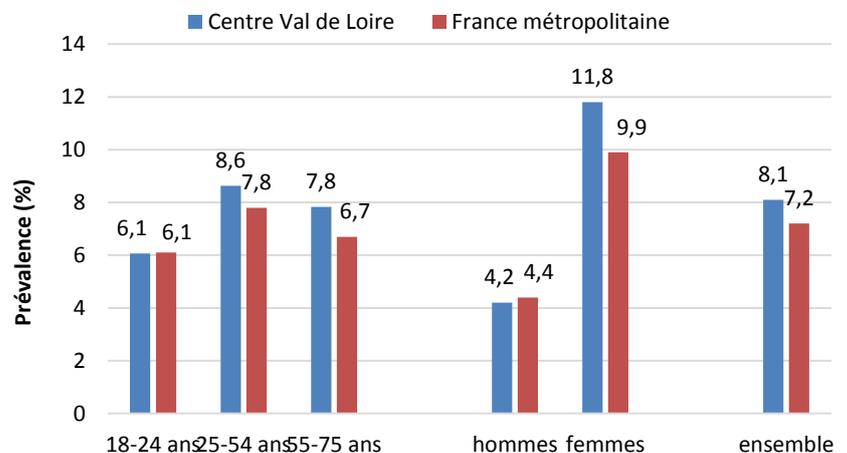
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

### Comparaison selon le sexe et l'âge

En région Centre-Val de Loire, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie apparaissait la plus élevée chez les 25-54 ans (8,6 %). Elle était de 6,1 % chez les 18-24 ans et de 7,8 % chez les 55-75 ans (figure 19). La répartition par classes d'âge en région Centre-Val de Loire ne différait pas de celle de la France métropolitaine.

La prévalence chez les femmes était significativement plus élevée comparé à celle des hommes.

Figure 19: Prévalence standardisée\* des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

## Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées au cours de la vie

Tableau 9 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie, en France métropolitaine, 2017

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,4	- 1 -	
Femme (n=13708)	9,9	1,9***	[1,7-2,2]
<b>Age</b>	**		
18-24 ans (réf.) (n=2273)	6,1	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	7,8	1,5**	[1,1-1,9]
55-75 ans (n=9911)	6,7	1,2	[0,9-1,5]
<b>Niveau de diplôme</b>	***		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9598)	9,0	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	6,6	0,8	[0,7-1,0]
Supérieur au Bac (n=10224)	4,9	0,7***	[0,6-0,9]
<b>Vit seul</b>	***		
Non (réf.) (n=19512)	6,3	- 1 -	
Oui (n=5784)	11,7	1,7***	[1,5-2,0]
<b>Situation professionnelle</b>	***		
Travail (réf.) (n=14390)	5,8	- 1 -	
Chômage (n=1815)	11,3	1,2	[1,0-1,5]
Inactifs <sup>1</sup> (n=9091)	8,4	1,5***	[1,2-1,8]
<b>Revenus par unité de consommation<sup>2</sup> en terciles</b>	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7239)	10,7	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	6,4	0,8*	[0,7-1,0]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	4,2	0,8**	[0,6-0,9]
NSP/Refus (n=1180)	4,7	0,7*	[0,5-1,0]
<b>Catégorie d'agglomération</b>	*		
Rurale (réf.) (n=6663)	6,5	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18547)	7,5	1	[0,9-1,2]
<b>Parents décédés ou malades avant 18 ans</b>	***		
Non (réf.) (n=19965)	6,2	- 1 -	
Oui (n=5296)	11,0	1,2**	[1,1-1,4]
<b>Climat de violence entre parents avant 18 ans</b>	***		
Non (réf.) (n=20153)	4,7	- 1 -	
Oui (n=5066)	16,2	2,1***	[1,8-2,4]
<b>Parents divorcés ou séparés avant 18 ans</b>	***		
Non (réf.) (n=21154)	6,0	- 1 -	
Oui (n=4093)	12,4	1,2*	[1,1-1,5]
<b>Graves problèmes d'argent vie</b>	***		
Non (réf.) (n=20133)	4,5	- 1 -	
Oui (n=5137)	16,4	2,2***	[1,9-2,5]
<b>Perte être cher vie</b>	***		
Non (réf.) (n=19158)	6,4	- 1 -	
Oui (n=6132)	9,8	1,2*	[1,0-1,4]
<b>Attouchements / rapports sexuels forcés vie</b>	***		
Non (réf.) (n=23736)	5,7	- 1 -	
Oui (n=1477)	30,7	3,7***	[3,1-4,4]
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>	NS		
Non (réf.) (n=22584)	7,2	- 1 -	
Oui (n=2712)	7,8	1,2	[0,9-1,5]
<b>Fumeur quotidien</b>	***		
Non (réf.) (n=19303)	5,5	- 1 -	
Oui (n=5958)	11,9	1,7***	[1,5-2,0]

**Au niveau national**, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissent liées, de manière indépendante, aux facteurs suivants :

- le fait d'être une femme,
- le fait d'avoir entre 25 et 54 ans,
- le fait de vivre seul,
- le fait d'être inactif,
- le fait d'avoir eu des parents malades ou décédés avant 18 ans,
- un climat de violence entre parents avant 18 ans,
- des parents séparés ou divorcés avant 18 ans,
- le fait d'avoir des graves problèmes d'argent au cours de la vie, la perte d'un être cher,
- le fait d'avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés au cours de la vie,
- une consommation quotidienne de tabac (tableau 9).

A l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme supérieur au Bac semble diminuer le risque de tentatives de suicide, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile.

La catégorie d'agglomération et la consommation quotidienne d'alcool ne semblent pas significativement liés aux tentatives de suicide au cours de la vie.

\*\*\* :  $p < 0,001$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*  $p < 0,05$ ; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées

ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions

1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

## Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017 : prévalence, facteurs associés

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** en région Centre-Val de Loire était estimée à 0,29 % (figure 20). On ne notait pas de différence significative sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

Par ailleurs, en raison des faibles effectifs en région, les prévalences par sexe et classe d'âge n'ont pas pu être calculées.

**Au niveau national, les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** apparaissent liées aux facteurs suivants :

- un **état dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois**,

- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,

- le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,

- une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile semble diminuer le risque de tentatives de suicide (tableau 10).

Le sexe, l'âge, la catégorie d'agglomération, le niveau de diplôme et la situation professionnelle ne semblent pas significativement liés aux tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois.

Figure 20 : Prévalence régionales standardisées\* des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, tous sexes, en France métropolitaine, 2017

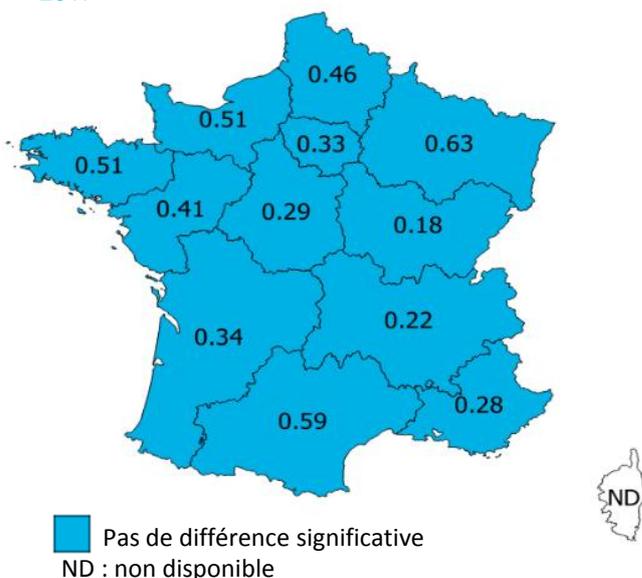


Tableau 10 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, en France métropolitaine, 2017

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
<b>Sexe</b>			
NS			
Homme (réf.) (n=11577)	0,3	- 1 -	
Femme (n=13674)	0,5	1,5	[0,8-2,9]
<b>Age</b>			
***			
18-24 ans (réf.) (n=2270)	0,7	- 1 -	
25-54 ans (n=13088)	0,4	0,8	[0,4-1,9]
55-75 ans (n=9893)	0,2	0,5	[0,2-1,5]
<b>Niveau de diplôme</b>			
NS			
Inférieur au Bac (réf.) (n=9571)	0,4	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5406)	0,4	0,8	[0,4-1,5]
Supérieur au Bac (n=10216)	0,3	1,1	[0,5-2,1]
<b>Vit seul</b>			
***			
Non (réf.) (n=19483)	0,3	- 1 -	
Oui (n=5768)	0,7	1,7	[0,9-3,3]
<b>Situation professionnelle</b>			
***			
Travail (réf.) (n=14373)	0,3	- 1 -	
Chômage (n=1812)	0,9	1,3	[0,6-2,8]
Inactifs <sup>1</sup> (n=9066)	0,4	1,4	[0,7-2,8]
<b>Revenus par unité de consommation en terciles</b>			
***			
1er tercile (faible) (réf.) (n=7216)	0,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8259)	0,2	0,4*	[0,2-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8604)	0,1	0,3*	[0,1-0,7]
NSP/Refus (n=1172)	0,6	1,3	[0,4-4,0]
<b>Catégorie d'agglomération</b>			
NS			
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18516)	0,4	1	[0,5-2,0]
<b>Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois</b>			
***			
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
<b>Victime de violences 12 derniers mois</b>			
***			
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
<b>A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois</b>			
***			
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
<b>Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois</b>			
***			
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
<b>Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois</b>			
***			
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>			
**			
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
<b>Fumeur quotidien</b>			
***			
Non (réf.) (n=19278)	0,2	- 1 -	
Oui (n=5938)	0,8	1,5	[0,8-3,1]

\*\*\* :  $p < 0,001$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*  $p < 0,05$  ; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Résultats issus d'une régression logistique multivariée

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions

1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

\*Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016  
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires  
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

## Discussion

### Tendance

En France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2010 et 2017. En région Centre-Val de Loire, les prévalences des tentatives de suicide au cours de la vie ont significativement augmenté de manière graduelle entre 2005 et 2017. Les tentatives de suicides au cours des 12 derniers mois ont augmenté entre 2005 et 2010 puis baissé entre 2010 et 2017, à des niveaux similaires à ceux de 2005.

### Situation en 2017 :

#### - Prévalence et effectif

En 2017, 3,1 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en région Centre-Val de Loire déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 56 000 personnes), et 8,1% déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois était de 0,29 %, soit environ 5 200 personnes.

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie étaient plus importantes chez les 25-54 ans. Par ailleurs, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

#### - Facteurs associés aux conduites suicidaires

Selon l'indicateur analysé, plusieurs facteurs associés émergeaient, révélant la dimension multifactorielle de la survenue des conduites suicidaires.

D'après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblaient plus enclins aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide : c'est le cas notamment de facteurs socio-économiques tels que vivre seul, être au chômage ou inactif. Ces résultats sont aussi retrouvés en ce qui concerne la prévalence de l'état dépressif caractérisé [1].

En revanche, un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Bac et des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile diminuaient les risques de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** étaient plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales sont cohérentes avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et positions sociales selon le sexe. Les femmes pourraient être notamment plus exposées au stress. Une autre explication possible est le fait que les hommes admettraient moins facilement leur mal-être, et rapporteraient moins aisément des pensées suicidaires. La mesure de l'état de santé étant déclarative, on peut s'interroger sur l'équivalence des prédispositions des hommes et des femmes à identifier et verbaliser une situation de mal-être mental.

A noter par ailleurs que la consommation quotidienne d'alcool était liée à un risque plus élevé de **pensées suicidaires** et de **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois**. Le fait d'être un fumeur quotidien était également lié à un risque plus élevé de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours de la vie.

Enfin, de nombreux événements de vie négatifs semblaient avoir un impact sur les **pensées suicidaires** et **tentatives de suicide** : avoir perdu un être cher, avoir vécu un climat familial compliqué, avoir été victime de menace, d'intimidation ou d'humiliation, avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés, avoir été victime de harcèlement sexuel, etc...

D'autre part, le fait d'avoir présenté un **état dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois** augmentait considérablement le risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois. Ces éléments de connaissance confortent l'importance d'investir sur **le suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de tentatives de suicide et ou présentant des troubles psychiques**.

### Limites

Il est nécessaire de rester prudent dans l'interprétation des résultats en raison de potentiels biais. Notamment, il s'agit de données déclaratives. Les personnes enquêtées doivent faire un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou embarrassants, entraînant ainsi un biais de mémorisation avec possiblement un phénomène de réinterprétation de situations par désirabilité sociale. Les problèmes de santé pouvant être associés à un état de santé mental altéré tels que être atteint d'une maladie chronique n'ont pas été étudiés.

Ces résultats ont vocation à étayer les orientations des Agences Régionales de Santé (ARS) en matière de prévention et de promotion de la santé, mais aussi à constituer un outil de travail pour les acteurs engagés dans ces politiques et actions.

1. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html)

# PREVENTION

## Contexte en France

La France se situe à la 10<sup>ème</sup> place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3e rapport de l'ONS](#)<sup>1</sup>. En 2009, le coût financier annuel des suicides et tentatives de suicide (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités... et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros<sup>2</sup>. Les coûts humains, sociaux, sanitaires et financiers des conduites suicidaires ont inscrit la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

## Facteurs associés aux conduites suicidaires

Les facteurs associés aux conduites suicidaires sont multiples et relèvent de déterminants biologiques, individuels, sociaux et environnementaux. Parmi les principaux facteurs associés au suicide figurent :

- **les antécédents de tentatives de suicide (TS) et les troubles psychiques**, en particulier les troubles dépressifs, bipolaires et la dépendance à l'alcool => Ces éléments de connaissance confortent l'importance d'investir sur **le suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de TS et ou présentant des troubles psychiques**
- **les évènements de vie négatifs**, en particulier les situations de maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels, les violences physiques et psychologiques, également associés aux troubles psychiques => Dans ce cadre, le travail en amont sur **le développement des compétences psychologiques et sociales des individus** pour renforcer leurs facteurs de protection face à l'adversité ou encore le travail sur les environnements sociaux (familles, école, travail) pour promouvoir des contextes plus favorables à la santé mentale constituent des pistes d'investissement prometteuses
- **les conditions socio-économiques** (niveau de revenu, d'éducation, chômage, pauvreté ...) sont également des déterminants qui sont associés à l'échelle d'une population, aux conduites suicidaires => Il est donc important de s'assurer que l'offre de prévention puisse rejoindre **les publics les plus défavorisés**.

## Les stratégies de prévention du suicide

### **Interventions efficaces**

Une revue de littérature<sup>3,4</sup> conduite pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), présentait les conclusions suivantes concernant les principales catégories d'intervention visant la réduction des conduites suicidaires :

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (il prend la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;
- 3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;
- 4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se concentraient sur le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs ;
- 5) **Les programmes en milieu scolaire** : les programmes ayant montré un effet sur la réduction des conduites suicidaires semblent être des programmes visant la sensibilisation et l'information de l'ensemble des élèves ainsi que la formation de professionnels dans les établissements scolaires ;
- 6) **L'organisation de la prise en charge** : elle est efficace lorsqu'elle assure la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital ou qu'elle engage une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier ;
- 7) **L'information du public** : dans cette catégorie d'intervention, les expériences ayant montré un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de tentatives de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

### **Préconisations et orientations institutionnelles**

**Les préconisations d'interventions visant la prévention des conduites suicidaires à l'échelle nationale sont fondées sur une analyse de la littérature, des consensus d'experts (HCSP, CNSM) et la volonté politique de structurer une politique nationale de prévention du suicide dont les axes prioritaires ont été retranscrit dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.**

<sup>1</sup>Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence (2018). 221 p.

<sup>2</sup>M.-A. Vinet, A. Le Jeanic, T. Lefèvre, *et al.* Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France, *Rev Epidemiol Sante Publique* 62, 2014, S62–S63.

<sup>3</sup>du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2013;61(4):363-74.

<sup>4</sup>du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature, *La Santé de l'homme*, INPES, n°422,2012:41-42.

## PREVENTION

La prévention du suicide a fait l'objet de **préconisations** de la part du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2016 et du Conseil national de la santé mentale (CNSM) en 2017. En lien avec ces préconisations, le projet territorial de santé mentale (2017), le plan priorité prévention 2018 et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 en fixent le cadre opérationnel.

### Les documents en bref

#### Rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016<sup>1</sup>

Le HCSP recommande de mettre en œuvre une prévention spécifique des conduites suicidaires ciblant les personnes les plus à risque (personnes suicidaires et/ou avec antécédents de TS) visant une réduction effective et quantifiée du nombre de suicides et de TS.

#### Recommandations du Conseil national de la santé mentale (CNSM), groupe de travail sur le suicide, janvier 2017

Reprenant les données de la littérature scientifique et suivant les recommandations du HCSP, le CNSM propose de développer un « kit » de prévention du suicide à destination des agences régionales de santé (ARS). Ce kit centré sur les personnes les plus à risque suicidaire, vise une réduction à court terme du nombre de décès par suicide.

#### Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017<sup>2</sup>

Il reprend l'une des mesures préconisée par le HCSP et le CNSM et prévoit (Art. R. 3224-8. 4e point) « l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. »

#### Plan Priorité prévention, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018<sup>3</sup>

Le plan priorité prévention reprend les recommandations émises par le groupe suicide du CNSM et confirme « la mise en place d'un kit de prévention du suicide comportant cinq actions complémentaires : le recontact, la formation des médecins généralistes, un numéro d'appel national, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public. En particulier deux actions sont présentées comme prioritaires. Il s'agit du déploiement dans chaque région d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide à leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation et de l'étude « des conditions de mise en place d'une ligne d'appel nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire. »

#### Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018<sup>4</sup>

Le premier axe de cette feuille de route consiste à « promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ». L'action n°6 de cet axe prévoit de « mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide ».

### Les interventions mentionnées par document

Année	2016			2017		2018	
	HCSP	CNSM	Décret	Plan Priorité prévention	Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie		
Restriction des moyens létaux	X	X					
Maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS <sup>a</sup>	X	X	X	X			X
Lignes d'appel <sup>b</sup>	X	X		X			X
Formation des médecins généralistes <sup>c</sup>	X	X		X			X
Programmes en milieu scolaire <sup>d</sup>							X
Organisation de la prise en charge	X		X				
Prévention de la contagion suicidaire <sup>e</sup>	X	X	X	X			X
Information du public	X	X	X	X			X

*Note : La croix signifie la mention de la catégorie d'intervention dans le document ; <sup>a</sup> Cf. dispositifs Vigilans; <sup>b</sup> des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une ligne d'appel unique et pour travailler les référentiels d'écoute avec les associations bénévoles ; <sup>c</sup> Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressifs et au repérage du risque suicidaire ; <sup>d</sup> un seul programme est recommandé : le programme YAM ; <sup>e</sup> Cf. programme Papageno.*

<sup>1</sup> Evaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Rapport. Haut comité de santé publique, mars 2016, 74 p.

<sup>2</sup> Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif à la mise en place des projets territoriaux de santé mentale et stratégie nationale de santé 2018-2022.

<sup>3</sup> Priorité prévention. Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018. 33 p.

<sup>4</sup> Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère des solidarités et de la santé, juin 2018. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comite\\_strategie\\_sante\\_mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)

## Méthodologie

### Source de données :

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour les données de mortalité par suicide [années 2000-2015]
- Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (PMSI-MCO) pour les données d'hospitalisation [années 2008-2017]
- Dispositif Oscour® pour les données des urgences hospitalières [année 2017 et les 6 premiers mois de 2018 pour l'analyse spécifique des récidives]
- Baromètre de Santé publique France 2017

### Codage des suicides et tentatives de suicide (CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®)

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et tentatives de suicide ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées du chapitre XX de la CIM-10 :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse (analgésiques, anti-épileptiques, narcotiques et psychodysléptiques, autres substances pharmacologiques, substances biologiques) ;
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu (arme de poing, fusil et arme à feu) ;
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78, X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant ou contondant ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81, X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle (sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement, collision d'un véhicule à moteur) ;
- X83, X84 : lésion auto-infligée par un autre moyen ou moyen non précisé.

Pour la base Oscour®, la liste des codes basée sur la CIM-10 définie par des experts nationaux (médecins de département d'information médicale, psychiatres, urgentistes et épidémiologistes) présentée dans ce document a été appliquée que le code ait été utilisé en diagnostic principal ou associé. Elle intègre les codes classiquement utilisés (ceux présentés ci-dessus excepté le X65 : auto-intoxication par l'alcool) auxquels ont été ajoutés des codes correspondant aux intoxications sans que l'intentionnalité de l'acte ne soit clairement indiqué.

### Précisions méthodologiques :

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont considérées dans les analyses CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®;
- Seules les personnes résidant dans la région sont considérées dans les analyses CépiDc et PMSI-MCO. Pour Oscour®, ce sont les personnes se présentant dans les établissements hospitaliers de la région ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour ;
- L'analyse d'Oscour® présentée ici est réalisée en terme de nombre de passages pour tentative de suicide aux urgences implantés dans la région et des patients récidivistes. Les récidives pour Oscour® ont été définies ainsi « Patients ayant effectué un premier passage aux urgences en 2017 avec une récidive dans les 6 mois »
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide au vu de la sous-déclaration ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO sont analysées au niveau de la région et du département ; les données Oscour® et du Baromètre de Santé publique France 2017 au niveau de la région ;
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France, 2015, permettant de comparer le niveau de mortalité et d'hospitalisation de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;

### Méthodologie – exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

- **Recueil des données** : les données ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu), par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Un échantillon représentatif de 25 319 personnes âgées de **18 à 75 ans** vivant en France métropolitaine a été constitué entre janvier et juillet 2017.
- **Indicateurs** : Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.
- **Analyses statistiques** : Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance ( $\chi^2$  de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariée. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté ( $OR_a$ ) avec un intervalle de confiance à 95 %, et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %.

## POUR EN SAVOIR PLUS

### Observatoire national du suicide

- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.  
[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf)
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

### CépiDc, PMSI-MCO, Oscour® et Baromètre de Santé publique France – Données nationales

- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat\\_sante\\_2017/ESP2017\\_Ouvrage\\_complet\\_vdef.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf)
- 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](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195)
- Baromètre Santé : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(47-78):488-92. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html)
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf>].
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p.  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE.  
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>
- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):36-86. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019\\_3-4\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html)

### Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

### Prévention des comportements suicidaires

- *Références mentionnées dans les pages dédiées*

## SIGLES

- ARS : Agence régionale de santé
- ATIH : Agence technique de l'information hospitalière
- CépiDc: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CIM10 : Classification internationale des maladies, 10ième révision
- DA / DP : Diagnostic associé / diagnostic principal
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EDC : Etat dépressif caractérisé
- GEPP : Groupe d'échange de pratiques professionnelles
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- Irdes: Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- Oscour®: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide
- VSAB : Véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés
- UE : Union européenne

## REMERCIEMENTS

- Avec une contribution de Jean-Rodrigue Ndong, Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, Marie-Michèle Thiam, Esra Morvan de Santé publique France
- Aux collègues de leurs équipes de la Direction, Appui, Traitements et Analyses des données (DATA), la Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT) et la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) et le groupe du Baromètre Santé 2017 de Santé publique France et au GEPP Santé Mentale
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Les structures d'urgence et tous les partenaires participant activement au développement et au bon fonctionnement du réseau Oscour®
- Observatoire régional des urgences
- Groupe d'experts pour le regroupement syndromique utilisé dans les analyses Oscour®
- Les départements d'information médicale des établissements de la région pour les données du PMSI-MCO
- Les services des états-civils pour les données de mortalité
- Edmond Guillou de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

## CONTACT

Santé publique France, Cire Centre-Val de Loire : [cire-cvl@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-cvl@santepubliquefrance.fr)