

Conduites suicidaires

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 – Inégalités départementales p.7 Passages aux urgences pour tentatives de suicide (Source : Oscour®) p.8 Conduites suicidaires p.13 Prévention p.20 Méthodologie p.22 Pour en savoir plus p.23 Remerciements et contacts p.24

ÉDITO

La France fait partie des pays européens enregistrant l'un des plus forts taux de suicide : un décès sur 50 est un suicide.

La journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés et organisée chaque année en février (le 5 février pour 2019) est l'occasion de faire le point sur les conduites suicidaires en Normandie, région parmi les plus impactées en France.

Ce Bulletin de santé publique présente une actualisation des données sur les conduites suicidaires en Normandie à partir de multiples sources de données : données de mortalité (CépiDc), d'hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (PMSI-MCO), de passages aux urgences (réseau Oscour®) et du Baromètre de Santé publique France. Cette approche complémentaire offre ainsi une vision d'ensemble des conduites suicidaires qui englobent les pensées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides. Les deux premières n'entraînent pas nécessairement un passage à l'acte mais leur présence augmente le risque de suicide.

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 et permettant les comparaisons.

Des analyses infra-départementales viendront prochainement compléter cet état des lieux et permettront de caractériser plus finement les territoires en Normandie.

Bonne lecture

POINTS CLÉS EN REGION

- **Un taux de suicide en Normandie parmi les plus élevés avec une sur mortalité par suicide de +23% par rapport à la France métropolitaine** : en 2015, le taux de suicide standardisé sur l'âge s'élevait à 19,5 pour 100 000 en Normandie.
- **Un taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) nettement supérieur en Normandie (+47 % par rapport à la France métropolitaine)** : en 2017, le taux d'hospitalisations pour TS standardisé sur l'âge s'élevait à 220 pour 100 000 habitants dans la région.
- **La Manche et la Seine-Maritime, territoires les plus touchés** : en 2015, la Manche était au 1^{er} rang en terme de mortalité par suicide (25 suicides pour 100 000) et au second en terme d'hospitalisations pour TS (240 pour 100 000) ; la Seine-Maritime était au 1^{er} rang en terme d'hospitalisations pour TS (260 pour 100 000) mais présentait le plus faible taux de suicide (17 pour 100 000).
- **Comme au niveau national, des profils démographiques différents pour le suicide et les TS** :
 - **Les hommes et les plus de 50 ans majoritaires parmi les suicides** : entre 2013 et 2015, 4 suicides sur 5 concernaient un homme (78 %) et plus d'un suicide sur deux survenait après 50 ans (59 %).
 - **Les adolescentes largement sur représentées parmi les TS** : chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, le taux annuel d'hospitalisations pour TS calculé sur 2015-2017 s'élevait à 7 pour 1 000 adolescentes.
- **Les intoxications médicamenteuses volontaires, première cause de TS** : en 2017, les intoxications médicamenteuses volontaires concernaient 9 recours aux urgences pour TS sur 10 et 80 % des hospitalisations pour TS dans la région.
- **La moitié des récidives de TS survenue dans les 2 à 3 mois suivant le premier passage aux urgences** : 7,6 % des suicidants admis aux urgences en 2017 en Normandie ont réitéré leur geste dans les 18 mois de la période d'étude ; la moitié d'entre eux dans les 2 à 3 mois suivant leur premier passage aux urgences.
- **La Normandie comparable aux autres régions en termes de pensées suicidaires, 1 personne sur 20 concernée en 2017 dans la région** : la prévalence des pensées suicidaires estimée était de 4,9 % chez les 18-75 ans représentant un total de 114 000 personnes dans la région en 2017.

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^{ème} 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 (7) 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'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres.

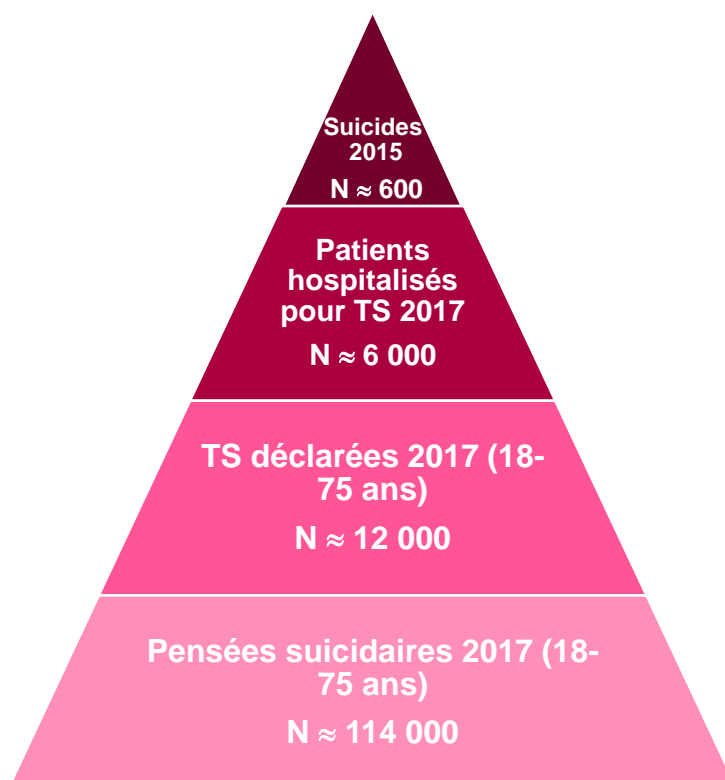
L'objectif de ce travail est de faire **un état des lieux régional avec 4 sources de données** :

- 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 Oscore® en 2017,
- Parmi la population résidente dans la région âgée entre 18 et 75 ans et ayant répondu au **Baromètre de Santé publique France 2017** et notamment aux questions relatives aux conduites suicidaires déclarées.

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

Les chiffres-clés en Normandie

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



• 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 chez les personnes âgées. En région, cette même tendance est observée.

En Normandie, sur la période 2013-2015, **les hommes représentaient 77,7 % (1 451/1 867) des suicides**, soit 4 suicides sur 5, et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les quadra et quinquagénaires enregistraient le plus grand nombre de suicides : 2 suicides sur 5 survenaient entre 40 et 59 ans (41,3 %, 772/1 867). Plus généralement, plus d'un suicide sur deux survenait après 50 ans (59,2 %, 1 107/1 867) et un sur quatre après 70 ans (25,5, 477/1 867) (Figure 3).

En revanche la proportion de suicides parmi les décès toutes causes était plus importante **chez les jeunes où le suicide concernait entre 1 et 2 décès sur 10** (entre 10,4 et 21,3% chez les 10 à 34 ans). **Après 60 ans, le suicide ne représentait qu'un à trois décès sur 100** (2,5 à 0,3 % chez les 60 ans et plus). La part des suicides parmi les décès tendait à diminuer avec l'âge (Tableau 1).

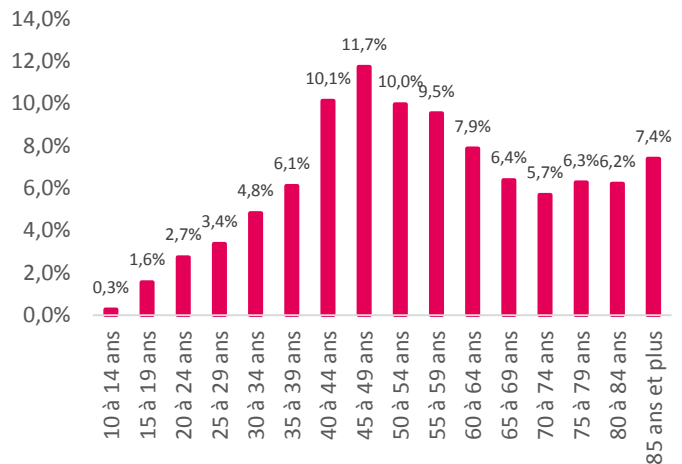
Sur la période 2013-2015, les suicides ont représenté 2,0 % (n=1 867) des décès toutes causes confondus en Normandie contre 1,6 % (n=27 467) au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 3,0 % (n=14 51) dans la région contre 2,5 % (n=20 759) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,9 % (n=416) contre 0,8 % (n=6 708) au niveau national.

• Modes de suicide

Comme au niveau national, **le premier mode de suicide enregistré en Normandie était la pendaison** (68,9 % versus 56,6 % au niveau national) et ceci aussi bien chez les hommes (73,5 %) que chez les femmes (52,9 %).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (12,0 %) et chez les femmes l'auto-intoxication médicamenteuse (21,2 %).

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Normandie, 2013-2015 (n=1 867)



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

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes chez les hommes et chez les femmes en Normandie, 2013-2015

	Ensemble (n=1 867)	Femmes (n=416)	Hommes (n=1 451)
	%	%	%
10 à 14 ans	10,4%	5,6%	13,3%
15 à 19 ans	17,6%	18,9%	17,0%
20 à 24 ans	19,7%	12,7%	21,9%
25 à 29 ans	20,3%	11,9%	23,3%
30 à 34 ans	21,3%	9,1%	25,6%
35 à 39 ans	17,7%	8,3%	22,9%
40 à 44 ans	16,7%	10,1%	19,8%
45 à 49 ans	11,7%	7,6%	13,7%
50 à 54 ans	6,3%	4,3%	7,3%
55 à 59 ans	4,0%	3,1%	4,4%
60 à 64 ans	2,5%	1,8%	2,8%
65 à 69 ans	1,7%	1,3%	1,9%
70 à 74 ans	1,7%	1,7%	1,6%
75 à 79 ans	1,2%	0,8%	1,5%
80 à 84 ans	0,8%	0,3%	1,2%
85 ans et plus	0,3%	0,1%	0,7%
Total	2,0%	0,9%	3,0%

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

Tableau 2 : Part des modes de suicide chez les hommes et chez les femmes, 2013-2015, Normandie (n=1 867)

Mode de suicide	Ensemble		Femmes		Hommes	
	n	%	%	%		
Auto-intoxication médicamenteuse	163	8,7%	21,2%	5,2%		
Objet tranchant	12	0,5%	0,5%	0,7%		
Auto-intoxication par d'autres produits	30	1,6%	3,1%	1,2%		
Pendaison	1 286	68,9%	52,9%	73,5%		
Saut dans le vide	75	4,0%	8,2%	2,8%		
Arme à feu	177	9,5%	0,7%	12,0%		
Noyade	46	2,5%	6,3%	1,4%		
Collision intentionnelle	12	0,6%	1,0%	0,6%		
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	9	0,5%	0,5%	0,5%		
Mode non précisé	99	5,3%	8,2%	4,5%		

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : PMSI – MCO)

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

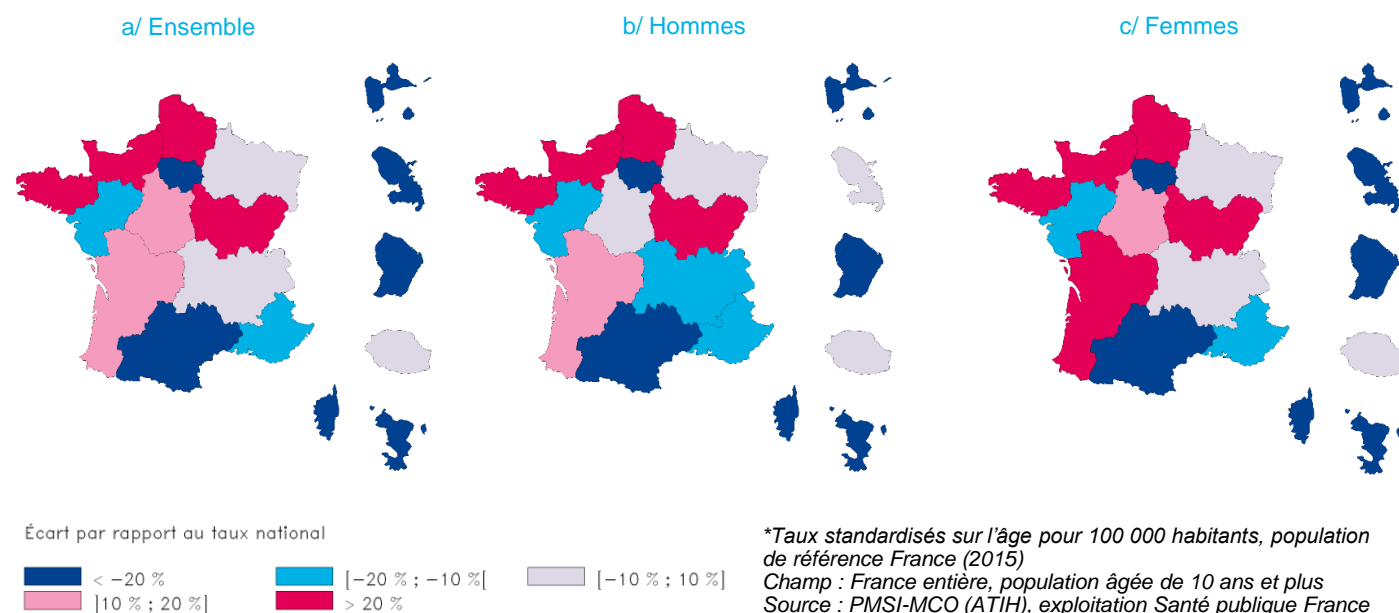
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir 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, Normandie

Entre 2008 et 2017, **7 203 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Normandie** chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 97 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de **219,9 pour 100 000 habitants** en 2017, **la Normandie se situe au-dessus du taux national** (148,0 pour 100 000 habitants). Avec la Bretagne, les Hauts-de-France et la Bourgogne-Franche Comté, **la Normandie présente l'un des plus important différentiel par rapport au taux national (+47 %)**. Chez les femmes, l'écart est de +50 % par rapport à la France métropolitaine (270,3 versus 180,8 séjours pour TS pour 100 000 femmes) et chez les hommes de +43 % (170,6 versus 119,7 séjours pour TS pour 100 000 hommes) (Figure 1).

Figure 1 : Ecarts des taux régionaux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2017

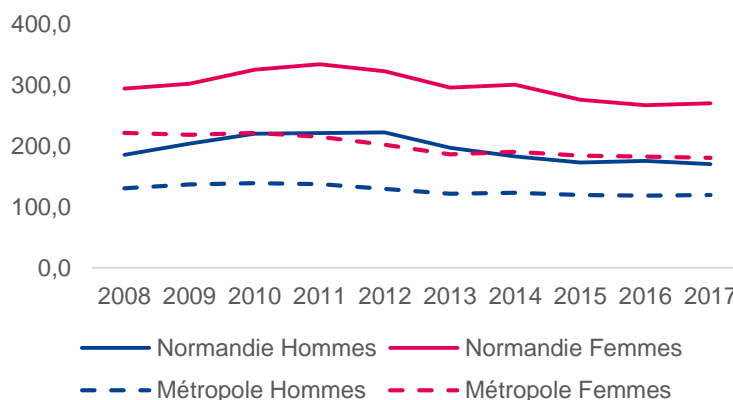


• Evolution temporelle

A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisations pour TS est en diminution depuis 2010. **En Normandie, une tendance à la baisse est également observée chez les hommes à partir de 2012 et chez les femmes à partir de 2011** (Figure 2).

A l'échelle départementale, une tendance à la baisse est observée dans le Calvados, la Seine-Maritime et l'Orne depuis 2011 et dans la Manche depuis 2012. Dans l'Eure, le taux d'hospitalisations pour TS est en diminution constante depuis 2008.

Figure 2 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés* sur l'âge, par sexe en Normandie et en France métropolitaine, 2008-2017



*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015) - Champ : Normandie, 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 62 % (11 971/19 247) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. En terme d'âge, le taux annuel d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (660 pour 100 000). Les taux les plus élevés ensuite concernaient les personnes âgées de 40 à 50 ans (entre 250 et 370 séjours pour 100 000 habitants). Après 60 ans, les taux étaient inférieurs à 150 pour 100 000 habitants quel que soit le sexe. On observe en outre une recrudescence chez les hommes de 85 ans et plus (Figure 3).

• Modes de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 80 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Parmi elles, 10,2 % (n=1 555) étaient des intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les automutilations par objets tranchants (12 %) puis les intoxications non médicamenteuses (5 %) et les pendaisons (4 %) (Tableau 1).

Au total, 176 décès ont été rapportés parmi les 19 247 hospitalisations soit un taux de létalité de 9 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 16 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 4 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les TS par pendaison (99 décès pour 1 000 hospitalisations) et par arme à feu (196 décès pour 1 000 hospitalisations).

L'auto-intoxication médicamenteuse et l'automutilation présentaient les taux de létalité les plus faibles (respectivement 3,1 et 1,3 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS) (Tableau 1).

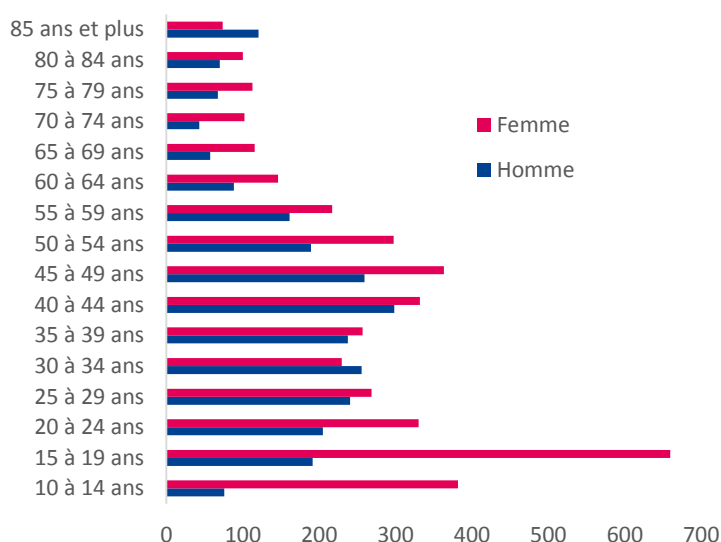
• Caractéristiques des séjours hospitaliers

Sur la période 2015-2017, 3 séjours sur 5 ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont (63 %, 12 189/19 247). Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 68 % des cas.

La durée médiane des séjours était de 2 jours pour tous âges. La durée médiane la plus forte était observée pour les 10-14 ans et les 85 ans et plus (5 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par exposition à la fumée, flammes, gaz et explosifs. Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire (Tableau 1).

Figure 3 : Taux bruts annuels des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Normandie (n=19 247)



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

Tableau 1 : Part des modes de tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS), 2015-2017, Normandie (n=19 247)

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	15 308	79,5%	82,7%	74,3%	1,0	3,1
Auto-mutilation par objet tranchant	2 247	11,7%	12,4%	10,4%	2,0	1,3
Auto-intoxication par d'autres produits	949	4,9%	4,0%	6,5%	1,0	10,5
Pendaison	711	3,7%	1,8%	6,7%	1,0	98,5
Saut dans le vide	291	1,5%	1,3%	1,9%	5,0	55,0
Arme à feu	107	0,6%	0,1%	1,4%	4,0	196,3
Noyade	73	0,4%	0,4%	0,4%	1,0	82,2
Collision intentionnelle	47	0,2%	0,2%	0,4%	2,0	21,3
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	53	0,3%	0,1%	0,5%	6,0	37,7
Mode non précisé	1 199	6,2%	5,9%	6,8%	1,0	8,3

Note : Les modes ne sont pas exclusifs. Champ : 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 2015

En Normandie, 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 de la Seine-Maritime et de l'Orne.

La Seine-Maritime présentait en effet le plus faible taux de suicide (16,6 pour 100 000) mais parallèlement le plus fort taux d'hospitalisation pour TS (260,2 pour 100 000). A l'inverse, **l'Orne apparaissait comme l'un des territoires les plus touchés en termes de mortalité par suicide (24,3 pour 100 000)** mais plutôt comme un territoire intermédiaire en termes d'hospitalisations pour TS (213,3 pour 100 000).

La Manche était le territoire le plus impacté globalement avec le plus fort taux de suicide (24,8 pour 100 000) et le deuxième taux d'hospitalisations pour TS (237,9 pour 100 000).

Le Calvados et l'Eure constituaient au contraire les territoires les moins touchés avec des taux très proches ou inférieurs au taux régional aussi bien pour les suicides que les hospitalisations pour TS.

Figure 1 : Taux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Normandie (n=578)

Taux régional = 19,5 pour 100 000
Taux national = 15,8 pour 100 000

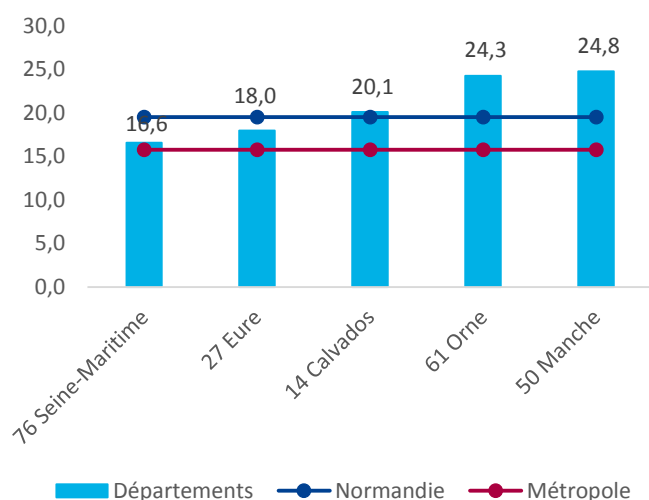
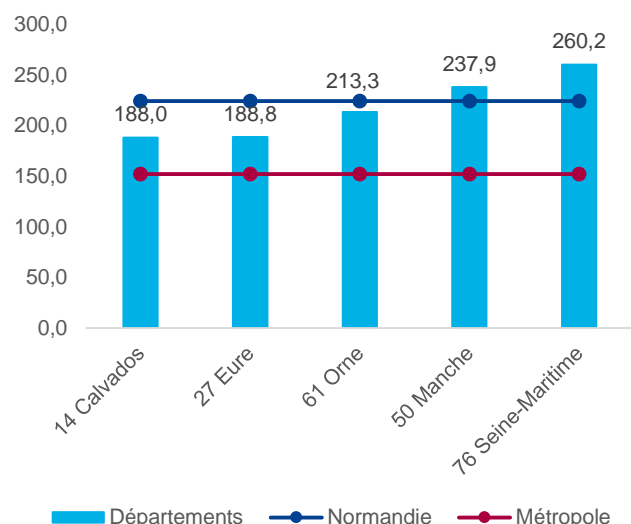


Figure 2 : Taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Normandie (n=6 507)

Taux régional = 224,2 pour 100 000
Taux national = 152,0 pour 100 000



*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)
Champ : Population âgée de 10 ans et plus
Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)
Champ : 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 Normandie est moins favorable qu'en France métropolitaine. La Normandie apparaît comme l'une des régions les plus impactées par le suicide aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Les analyses menées aux échelles régionale et départementale peuvent gommer des disparités territoriales encore plus fortes que celles mises en évidence dans ce Bulletin de santé publique. Une analyse plus fine serait donc intéressante. Les découpages infrarégionaux doivent offrir un effectif d'événements suffisants pour permettre 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 récidives sont à mobiliser et à intégrer.

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : OSCOUR®)

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 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 RPU transmis par les SU.

Aucune des sources de données de surveillance des suicides et TS présentées dans ce bulletin (CépiDc et 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 Oscour® en Normandie

En Normandie, le réseau Oscour® repose sur 45 structures d'urgences et couvrait, en 2017, 97 % des 1 272 685 passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#).

Si la couverture régionale en terme d'établissements participant est exhaustive (100 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principal et associés » des RPU transmis s'améliore mais demeure hétérogène entre les départements en 2017 (Tab.1). Dans l'Orne et l'Eure, elle n'est pour le moment appliquée que pour moins d'un RPU sur deux.

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 d'incidence ou de prévalence des TS ou de comparer les régions entre elles mais de décrire les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des TS identifiées dans les recours aux structures d'urgence participant au réseau Oscour® en 2017 en Normandie.

Tableau 1 : Nombre de structures d'urgence, couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® en Normandie, 2017.

Départements	Couverture du réseau Oscour®	Pourcentage de complétude des diagnostics principaux et associés
Calvados	10/10 (100%)	73,9%
Eure	8/8 (100%)	31,7%
Manche	6/6 (100%)	88,7%
Orne	7/7 (100%)	48,3%
Seine-Maritime	14/14 (100%)	67,6%
Normandie	45/45 (100%)	64,0%

Couverture du réseau = proportion de structures d'urgence participant à Oscour® par rapport au nombre total de structures d'urgences existantes

Champ : Tous passages toutes causes, tous âges

Source : Oscour® (Santé publique France)

Tableau 2 : 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^{ème} version) - Oscour®, (Santé publique France)

Identification des passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le regroupement syndromique « tentative de suicide », correspondant aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 2, a été défini par un groupe de travail composés 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.

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

Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Normandie en 2017

➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

En 2017, 3 123 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 45 structures d'urgences de Normandie participant au réseau Oscour®, soit **en moyenne 9 recours par jour pour TS** et **près de 3,0 TS pour 1 000 passages aux urgences** toutes causes. En 2017, les passages aux urgences pour TS en Normandie représentaient 4,4 % du total national (n=71 174 en France métropolitaine).

Une légère tendance à l'augmentation des passages aux urgences pour TS a été observée en 2017 de février à décembre, le mois de janvier étant le 3^{ème} mois le plus touché (8,8 % des passages pour TS en 2017) (Figure 1). Les données ne mettent toutefois pas en évidence une saisonnalité franche des passages aux urgences pour TS.

L'analyse comparative des passages pour TS par jour de semaine montre une **augmentation des passages pour TS au cours du week-end (29,0 % des recours)** et en particulier le dimanche alors que le nombre de passages toutes causes confondues est en baisse sur cette période (Figure 1bis).

En termes d'horaire, **le nombre de passages pour TS augmente progressivement au cours de la journée jusqu'à un maximum entre 20h et minuit** (Figure 1ter). Les tranches horaires nocturnes (20h-minuit et minuit-4h) constituent les périodes où l'on observe l'écart positif le plus important entre la courbe des passages toutes causes et celles des passages pour TS mettant en évidence un poids des TS plus important dans les structures d'urgence au cours de la nuit (40,0 % des recours enregistrés entre 20h et 4h du matin).

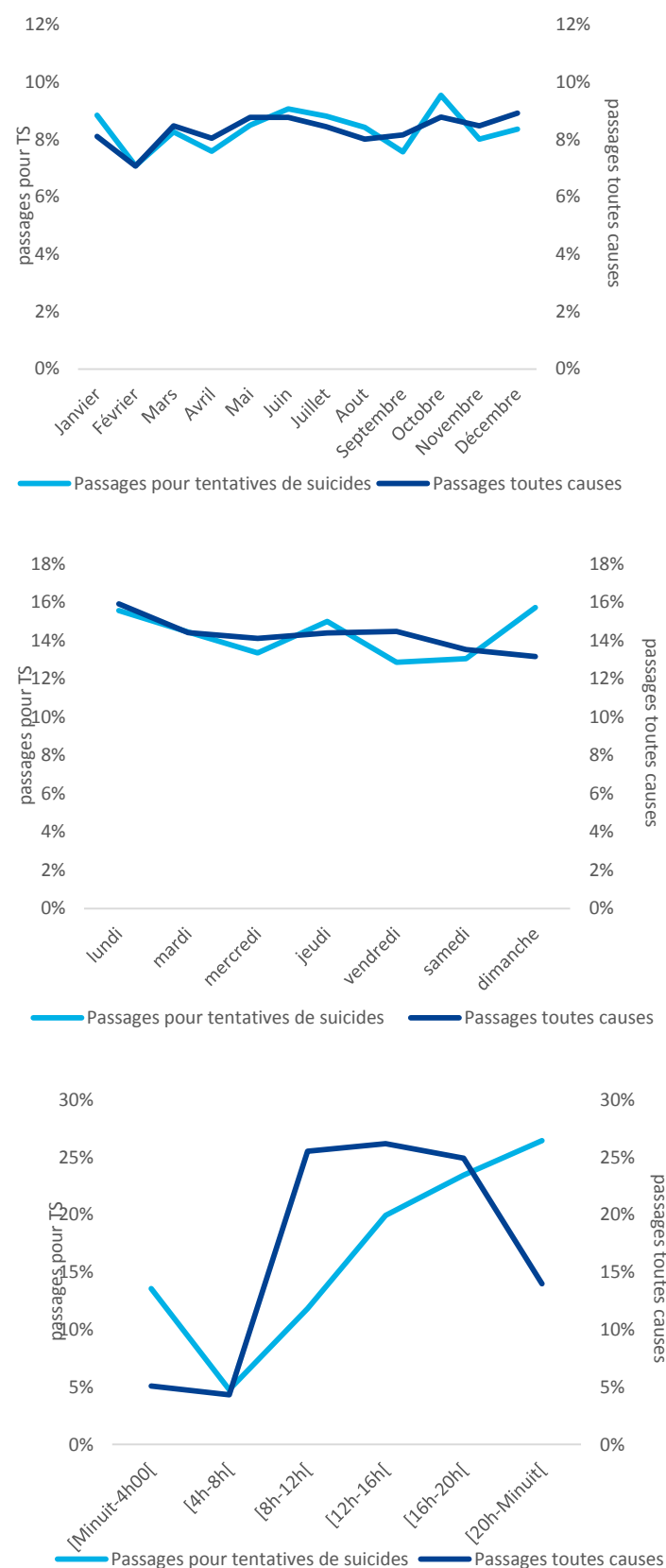
➤ Caractéristiques socio-démographiques des recours aux urgences pour tentative de suicide

Parmi les 3 123 passages pour TS enregistrés en 2017 dans les structures d'urgence de Normandie, 82,8 % concernaient des personnes résidant dans la région et 1,4 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine ; l'information était manquante pour 15,9 % des passages.

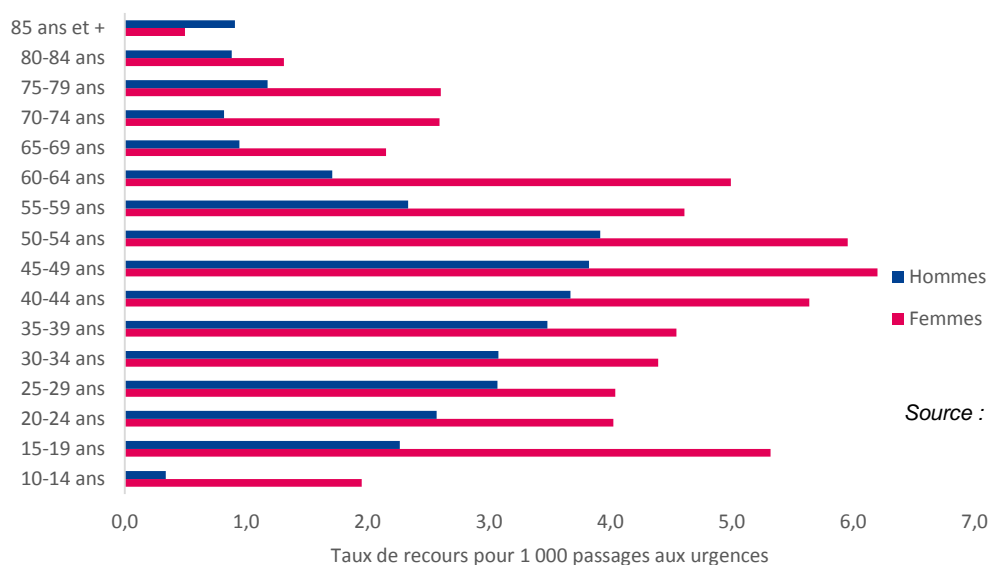
Les femmes représentaient la majorité des passages aux urgences pour TS (62,9 %, n = 1 964) alors qu'elles n'ont globalement pas recours aux urgences plus fréquemment que les hommes puisque le *sex-ratio* hommes-femmes est équilibré (1,00) pour les recours toutes causes confondues.

Le taux de passages aux urgences pour TS (proportion de passages aux urgences pour TS parmi les passages toutes causes confondues) était plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans toutes les classes d'âge sauf chez les 85 ans et plus. Chez les femmes, deux pics sont observés, chez les adolescentes (15-19 ans) d'une part et chez les quadra et quinquagénaires d'autre part (45-49 ans) (Figure 2). Chez les hommes, la distribution des recours pour TS augmente régulièrement avec un pic de recours observé chez les quinquagénaires (50-54 ans) (Figure 2).

Figures 1, 1bis et 1ter : Répartitions quotidienne, mensuelle et horaire de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicides dans les structures d'urgences de Normandie participant au réseau Oscour®, 2017



Champ : Population âgée de 10 ans et plus
Source : Oscour® (Santé publique France)

Figure 2 : Taux de recours pour tentative de suicide pour 1 000 passages toutes causes confondues par classe d'âges et par sexe dans les structures d'urgence de Normandie, 2017

Source : Oscour® (Santé publique France)

➤ Modes de tentatives de suicide

Plus de 9 recours pour TS sur 10 (96 %) résultaient d'auto-intoxications médicamenteuses (95 %) ou non médicamenteuses (<1 %) (Tableau 3). Les auto-intoxications étaient le mode de TS le plus fréquent aussi bien chez les hommes (93 %) que chez les femmes (96 %). En termes d'âge, elles représentaient 79 % des TS chez les 10-14 ans et entre 90 et 99 % des TS dans toutes les autres classes d'âge.

Parmi les intoxications médicamenteuses :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (code CIM-10 : T42) représentaient 34 % des passages aux urgences pour TS et parmi elles 93 % étaient des intoxications aux benzodiazépines (T424),
- les autres psychotropes (T43) représentaient 16 %,
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants représentaient 7 % des passages aux urgences pour TS et parmi elles 31 % étaient des intoxications par le paracétamol (T391).

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 dans les recours aux urgences pour TS mais plus nombreux chez les hommes.

Tableau 3 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Normandie, passages aux urgences, 2017 (n=3121)

Modes de TS	Femmes (n=1964) n (%)	Hommes (n=1157) n (%)	Total (n=3121) n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	1886 (96%)	1082 (93%)	2968 (95%)
Objets tranchants, contondants	33 (2%)	14 (1%)	47 (2%)
Pendaisons	18 (1%)	36 (3%)	54 (2%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	9 (<1%)	4 (<1%)	13 (<1%)
Sauts dans le vide	3 (<1%)	5 (<1%)	8 (<1%)
Armes à feu	0 (0%)	7 (1%)	7 (<1%)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	0 (0%)	2 (<1%)	2 (<1%)
Noyades	1 (<1%)	2 (<1%)	3 (<1%)
Collisions intentionnelles	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	19 (1%)	14 (1%)	33 (1%)

Champ : Population âgée de 10 ans et plus - Source : Oscour® (Santé publique France)

➤ **Provenance et orientation des recours aux urgences pour tentatives de suicide**

Lorsque la provenance était renseignée (60 % des recours, n=1884), **la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours** (99 %, n=1877). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR pour Service mobile d'urgence et de réanimation, VSAB pour Véhicules de secours aux asphyxiés et aux blessés) dans 77 % des cas (n=2322). Dans 38 % (n=690), il s'agissait d'un mode de transport personnel.

Lorsque le mode de sortie était renseigné (89 % des recours, n=2769), **près de 3 suicidants sur 4 (72 %, n=1989) ont été hospitalisés suite à leur passages aux urgences** dans l'établissement de recours (66 %) ou dans un autre établissement de soins (56 %) ; **28 % sont retournés directement à leur domicile.**

Les hospitalisations étaient majoritairement (93 %, 1766/1906) réalisées en services de médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO) et 7 % (140/1906) en unités psychiatriques. La majorité des hospitalisations renseignées (54 %, 10/72/1551) étaient effectuées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 14 % (268/1551) en médecine interne et 9 % (180/1551) en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

➤ **Principales caractéristiques des récurrences de tentatives de suicide identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018**

Un « identifiant-patient » a été créé à partir de trois 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. Une récurrence correspondait à un second passage aux urgences pour TS sur la période d'étude du 01/01/2017 au 30/06/2018. Ainsi, pour les patients avec un primo-recours fin 2017, la récurrence a été mesurée jusqu'à 6 mois suivant leur premier passage aux urgences.

Seuls les patients résidant et pris en charge en Normandie 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 présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récurrence enregistrée sur la période d'étude.

Au total, **3 071 recours aux urgences pour TS, correspondant à 2 788 patients résidant en Normandie ont été recensés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017** dans les structures d'urgence de Normandie participant au réseau Oscour®. **Parmi eux, 211 ont réitéré au moins une fois leur geste** suivant un premier passage pour TS en 2017 soit un taux de récurrence régional de 7,6 %.

Le taux de récurrence le plus faible a été observé dans l'Eure (2,7 %) et le plus élevé dans la Manche (9,1 %) (Tableau 4).

Tableau 4 : Taux de récurrence de tentative de suicide selon le département de résidence dans les structures d'urgence de Normandie du 01/01/2017 au 30/06/2018

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Calvados	528	39	7,4%
Eure	182	5	2,7%
Manche	739	67	9,1%
Orne	152	11	7,2%
Seine-Maritime	1187	89	7,5%
Normandie	2788	211	7,6%

Champ : Population âgée de 10 ans et plus
Source : Oscour® (Santé publique France)

Le taux de récurrence global variait faiblement selon le sexe : 7,8% (136/1746) chez les femmes et 7,2% (75/1042) chez les hommes. **Les variations selon la classe d'âge étaient en revanche plus marquées** (Figure 3). Le taux était maximal chez les 20-29 ans pour les femmes (10,4%, 27/259) et chez les 40-49 ans pour les hommes (10,6%, 23/217).

Le délai à la première récurrence était similaire selon le sexe (Figure 4). **La moitié des patients récidivistes (48,7 %) ont réitéré leur geste suicidaire dans les 3 mois [61 à 90 jours] suivant un premier recours aux urgences pour TS** et près de 3 sur 4 (71%) dans les 6 mois.

Figure 3 : Taux de récurrence de tentatives de suicide par classe d'âge et par sexe dans les structures d'urgence de Normandie du 01/01/2017 au 30/06/2018.

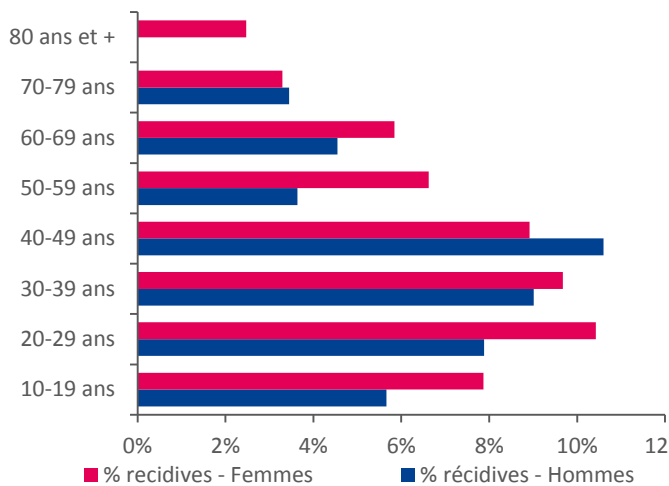
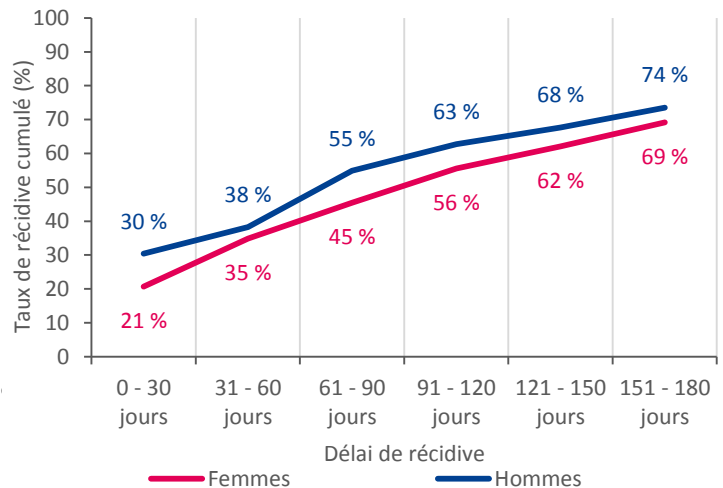


Figure 4 : Taux de récurrence cumulé en fonction du délai à la première récurrence de tentatives de suicide selon le sexe dans les structures d'urgence de Normandie du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Champ : Population âgée de 10 ans et plus - Source : Oscour® (Santé publique France)

Conclusion

Les principales caractéristiques épidémiologiques des recours pour TS dans les structures d'urgences de Normandie sont cohérentes et complémentaires à celles décrites partir des autres sources de données (CépiDc et PMSI-MCO) présentées dans ce bulletin.

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données de surveillance, les recours aux urgences pour TS ne constituent pas non plus une source exhaustive de données, ce d'autant que le dispositif est encore évolutif en terme d'exhaustivité des passages aux urgences et de complétude 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 permettant 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 récurrence 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 (SOURCE : BAROMETRE SANTE PUBLIQUE FRANCE)

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 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 Normandie, 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 Normandie

Pour la région Normandie, 1 363 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 5,4 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 572 (42,0 %) étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 131 (9,6 %), celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 701 (51,5 %). Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 530 (38,9 %) 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 n'a pas évolué de façon significative en Normandie** entre 2005 (6,0 %), 2010 (4,4 %) et 2017 (5,0 %). En France métropolitaine, la prévalence a diminué de façon significative entre 2005 et 2010 puis augmenté significativement entre 2010 et 2017 pour retrouver un niveau comparable à 2005 (Figure 1).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie n'a pas significativement évolué en Normandie** entre 2005 (6,9 %), 2010 (7,2 %) et 2017 (7,6 %). Une tendance à l'augmentation est observée au niveau national (Figure 2).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois n'a pas significativement évolué** entre 2005 (0,47 %), 2010 (0,71 %) et 2017 (0,53 %). Au niveau national, une augmentation significative est observée entre 2005 et 2010 (Figure 3).

Figure 1 : Evolution de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Normandie et en France métropolitaine

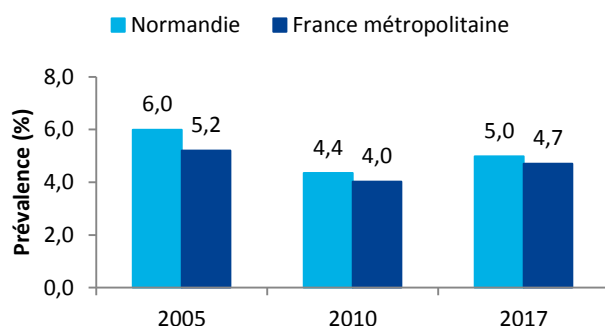


Figure 2 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, en région Normandie et en France métropolitaine

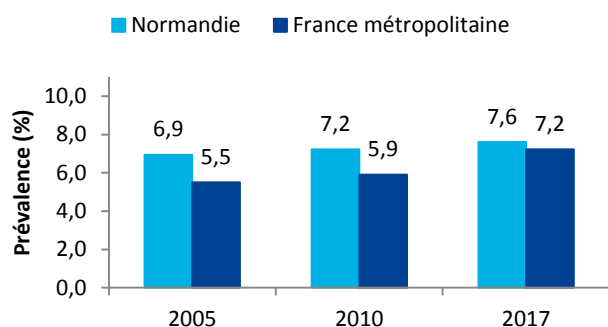
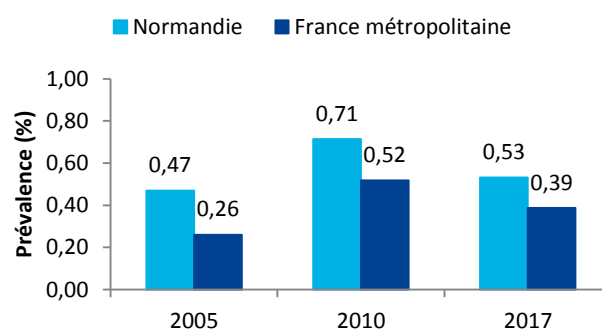


Figure 3 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Normandie et en France métropolitaine



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)

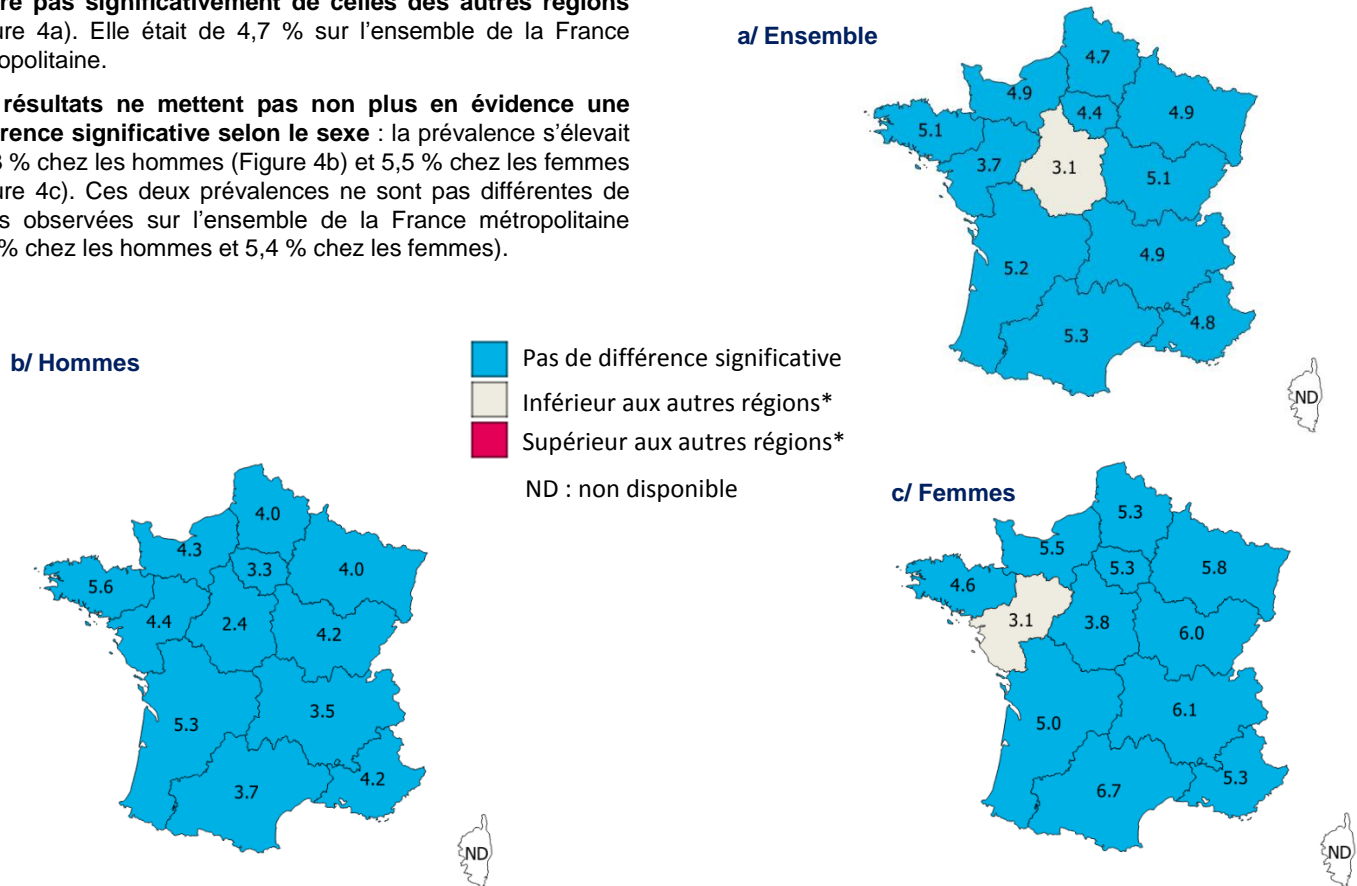
Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017

• 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 Normandie était estimée à 4,9 % et ne diffère pas significativement de celles des autres régions** (Figure 4a). Elle était de 4,7 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Les résultats ne mettent pas non plus en évidence une différence significative selon le sexe : la prévalence s'élevait à 4,3 % chez les hommes (Figure 4b) et 5,5 % chez les femmes (Figure 4c). Ces deux prévalences ne sont pas différentes de celles observées sur l'ensemble de la France métropolitaine (4,0 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes).

Figure 4 : Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18 - 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine



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

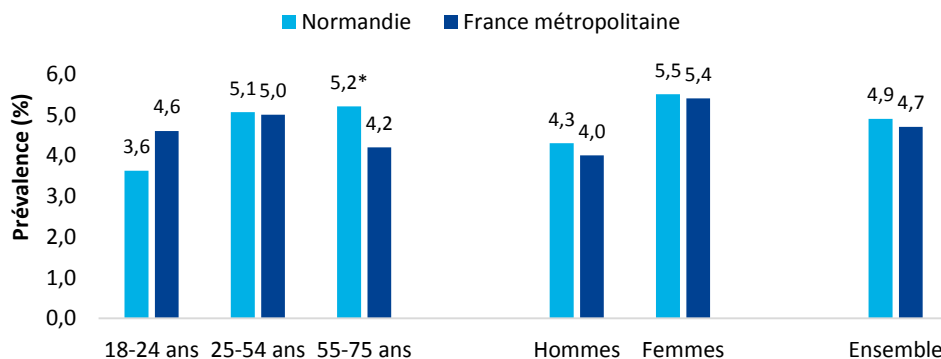
* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

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 Normandie, la prévalence était plus élevée chez les 25-54 ans (5,1 %) et chez les 55-75 ans (5,2 %) (Figure 5). La prévalence chez les 18-24 ans était de 3,6 %. Chez les 55-75 ans, la prévalence était significativement supérieure à la France métropolitaine.

Figure 5 : Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Normandie 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 pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois

Au niveau national, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois apparaissent liées 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 1).

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^{er} tercile.

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

Tableau 1 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine, N=25 038

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
Age	*		
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]
Niveau de diplôme	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]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs ¹ (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n=7237)	6,8	- 1 -	
2 nd tercile (n=8266)	3,8	0,7***	[0,6-0,8]
3 ^{ème} tercile (élevé) (n=8611)	3,1	0,7***	[0,5-0,8]
NSP/Refus (n=1181)	3,8	0,8	[0,5-1,2]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24744)	4,4	- 1 -	
Oui (n=549)	14,8	1,4	[0,9-2,1]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
Épisode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
Consommation quotidienne d'alcool	***		
Non (réf.) (n=22581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; 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)

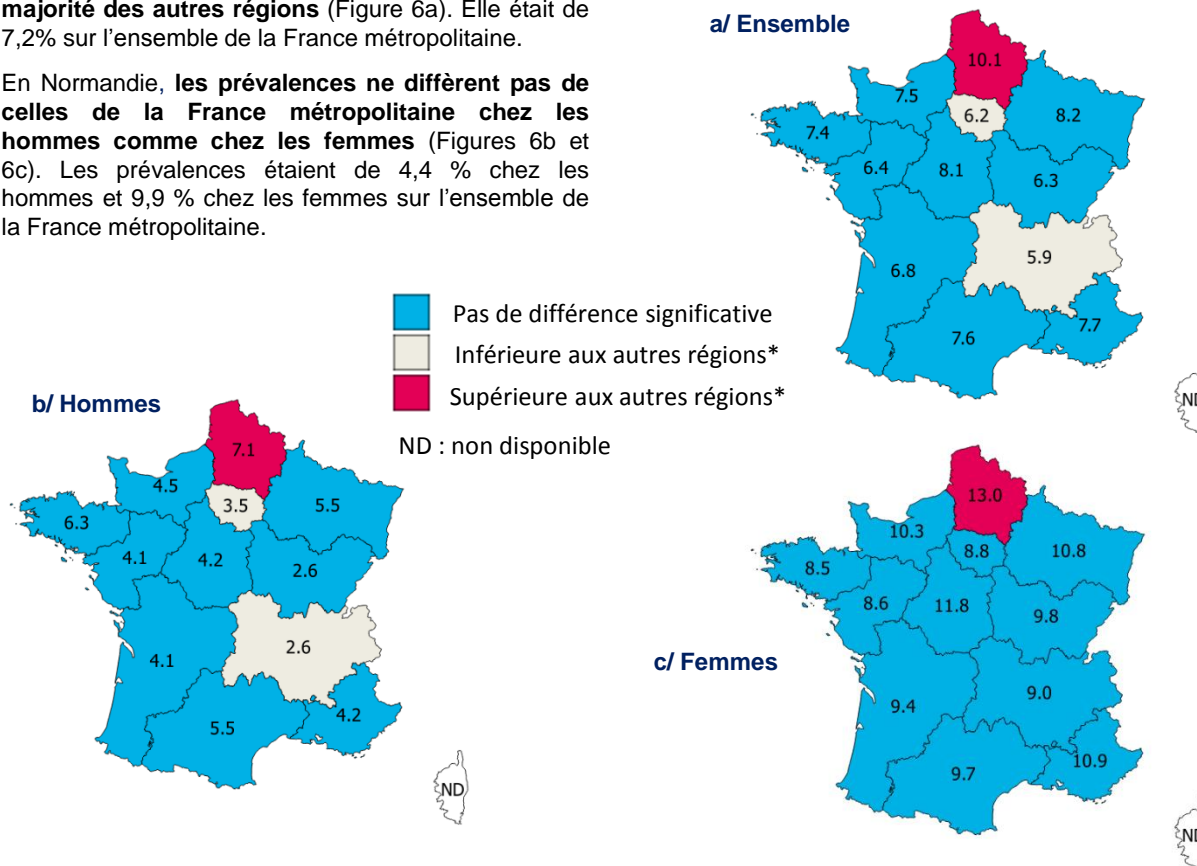
Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie des 18-75 ans, 2017

• 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 Normandie était estimée à 7,5 % et ne diffère pas significativement de celles de la majorité des autres régions (Figure 6a). Elle était de 7,2% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En Normandie, les prévalences ne diffèrent pas de celles de la France métropolitaine chez les hommes comme chez les femmes (Figures 6b et 6c). Les prévalences étaient de 4,4 % chez les hommes et 9,9 % chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Figure 6 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine



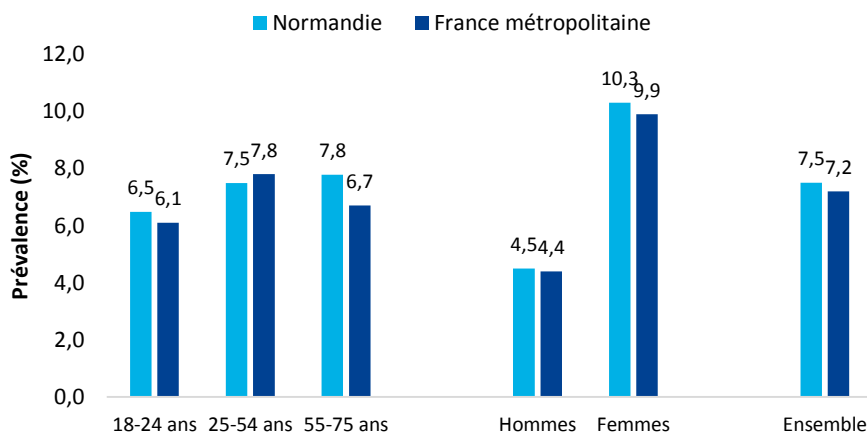
Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016
 * Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de 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 Normandie, la prévalence apparaît la plus élevée chez les 55-75 ans (7,8 %). Elle était de 6,5 % chez les 18-24 ans et de 7,5 % chez les 25-54 ans (Figure 7). Les répartitions par classes d'âge et par sexe en région Normandie ne diffèrent pas de celle de la France métropolitaine.

La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie est plus élevée chez les femmes (10,3 %) que chez les hommes (4,5 %).

Figure 7 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Normandie 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

Au niveau national, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissent liées 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, et
- une consommation quotidienne de tabac (Tableau 2).

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^{er} 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.

Tableau 2 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 903)

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,4	- 1 -	
Femme (n=13708)	9,9	1,9***	[1,7-2,2]
Age	**		
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]
Niveau de diplôme	***		
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]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19512)	6,3	- 1 -	
Oui (n=5784)	11,7	1,7***	[1,5-2,0]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14390)	5,8	- 1 -	
Chômage (n=1815)	11,3	1,2	[1,0-1,5]
Inactifs ¹ (n=9091)	8,4	1,5***	[1,2-1,8]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
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]
Catégorie d'agglomération	*		
Rurale (réf.) (n=6663)	6,5	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18547)	7,5	1	[0,9-1,2]
Parents décédés ou malades avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=19965)	6,2	- 1 -	
Oui (n=5296)	11,0	1,2**	[1,1-1,4]
Climat de violence entre parents avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=20153)	4,7	- 1 -	
Oui (n=5066)	16,2	2,1***	[1,8-2,4]
Parents divorcés ou séparés avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=21154)	6,0	- 1 -	
Oui (n=4093)	12,4	1,2*	[1,1-1,5]
Graves problèmes d'argent vie	***		
Non (réf.) (n=20133)	4,5	- 1 -	
Oui (n=5137)	16,4	2,2***	[1,9-2,5]
Perte être cher vie	***		
Non (réf.) (n=19158)	6,4	- 1 -	
Oui (n=6132)	9,8	1,2*	[1,0-1,4]
Attouchements / rapports sexuels forcés vie	***		
Non (réf.) (n=23736)	5,7	- 1 -	
Oui (n=1477)	30,7	3,7***	[3,1-4,4]
Consommation quotidienne d'alcool	NS		
Non (réf.) (n=22584)	7,2	- 1 -	
Oui (n=2712)	7,8	1,2	[0,9-1,5]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19303)	5,5	- 1 -	
Oui (n=5958)	11,9	1,7***	[1,5-2,0]

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; 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).

Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017 : prévalence et 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 Normandie était estimée à 0,51 % (Figure 8). On ne note 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.

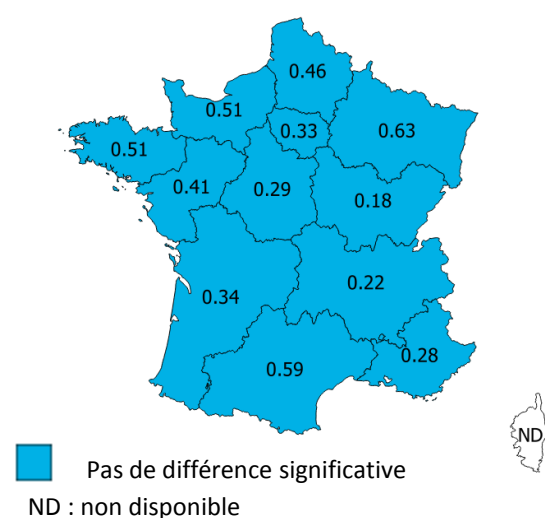
Au niveau national, les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois apparaissent liées aux facteurs suivants :

- 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,
- et une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile semble diminuer le risque de tentatives de suicide (Tableau 3).

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 8 : Prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, 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)

Tableau 3 : Facteurs associés aux tentatives de suicide cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 997)

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	NS		
Homme (réf.) (n=11577)	0,3	- 1 -	
Femme (n=13674)	0,5	1,5	[0,8-2,9]
Age	***		
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]
Niveau de diplôme	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]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19483)	0,3	- 1 -	
Oui (n=5768)	0,7	1,7	[0,9-3,3]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14373)	0,3	- 1 -	
Chômage (n=1812)	0,9	1,3	[0,6-2,8]
Inactifs ¹ (n=9066)	0,4	1,4	[0,7-2,8]
Revenus par unité de consommation en terciles	***		
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]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18516)	0,4	1	[0,5-2,0]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois	***		
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
Consommation quotidienne d'alcool	**		
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
Fumeur quotidien	***		
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)

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 Normandie on n'observe pas d'évolution significative de ces deux indicateurs entre 2005 et 2010 et entre 2010 et 2017.

En 2017, 4,9 % des adultes âgés de 18 à 75 ans en Normandie déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 114 000 personnes), et 7,5 % 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 0,51 %, soit environ 11 800 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 moins importantes chez les 18-24 ans par rapport aux 25-54 ans et 55-75 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 émergent, révélant la dimension multifactorielle de la survenue des conduites suicidaires.

D'après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblent 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^{er} tercile diminuent les risques de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** sont 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 est 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 est 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 semblent avoir un impact sur les **pensées suicidaires** et les **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** augmente 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 vocations 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

PREVENTION

Contexte en France

La France se situe à la 10^{ème} place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3e rapport de l'ONS](#)¹. 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'euros². 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^{3,4} 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 centraient 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 retranscrits dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.

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

²M.-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.

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

⁴du 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 2016¹

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 2017²

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 2018³

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 2018⁴

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 ^a	X	X	X	X	X	
Lignes d'appel ^b	X	X		X	X	
Formation des médecins généralistes ^c	X	X		X	X	
Programmes en milieu scolaire ^d					X	
Organisation de la prise en charge	X		X			
Prévention de la contagion suicidaire ^e	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 ; ^a Cf. dispositifs Vigilans; ^b 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 ; ^c Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressif et au repérage du risque suicidaire ; ^d un seul programme est recommandé : le programme YAM ; ^e Cf. programme Papageno.

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

² 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.

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

⁴ 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

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^{ème} 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 (Chi² 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
- 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
- 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
- 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 Epidémiol 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 Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. 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 Epidémiol Hebd. 2019;(3-4):36-86.
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	RPU	Résumé des passages aux urgences
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
DA / DP	Diagnostic associé / Diagnostic principal	TS	Tentative de suicide
ONS	Observatoire National des Suicides	VSAB	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences		
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information		

REMERCIEMENTS

- Avec une contribution de Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, du Roscoät Enguerrand, Marie-Michèle Thiam 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
- L'Agence Régionale de Santé

CONTACT

Santé publique France, Cire Normandie : cire-normandie@santepubliquefrance.fr / 02 32 18 31 64