

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Introduction p.2 Décès par suicide – analyse régionale p.3 Hospitalisations pour tentative de suicide – analyse régionale p.5 Décès par suicide et hospitalisations pour tentative de suicide – Inégalités départementales p.7 Passages aux urgences pour tentative de suicide – analyse régionale p.8 Conduites suicidaires p.14 Prévention p.21 Méthodologie p.23 Bibliographie p.24 Sigles, remerciements et contact p.25

ÉDITO

Les suicides et tentatives de suicide demeurent un problème de santé publique majeur. Dans la région Grand Est, les conduites suicidaires, c'est en moyenne, un décès par suicide toutes les 12 heures, un passage aux urgences et une hospitalisation complète toutes les 80 minutes. En 2017, un habitant de la région sur 20 (4,9 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée, ce qui représentait environ 192 000 personnes. Derrière ces chiffres, se cachent autant de drames humains.

A l'occasion de la journée nationale pour la prévention du suicide du 5 février, Santé publique France dresse dans toutes les régions métropolitaines et ultra-marines, et, lorsque c'était possible, jusqu'au niveau départemental, un état des lieux détaillé des suicides, des tentatives de suicide ayant donné lieu à un passage aux urgences et/ou à une hospitalisation et des conduites suicidaires déclarées en population générale.

Cette démarche inédite a mobilisé des données issues de différents systèmes de surveillance épidémiologique comme les certificats de décès, les séjours hospitaliers du programme de médicalisation des systèmes d'information des établissements sanitaires en médecine, chirurgie et obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et les passages aux urgences du système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). L'analyse de ces derniers a ainsi permis de fournir, outre la description de l'activité des services d'urgence en matière de tentative de suicide, une estimation du taux de récurrence de tentative de suicide, ainsi que du délai médian de récurrence. Enfin, le baromètre de Santé publique France 2017 apporte également des informations au niveau régional sur les conduites suicidaires chez les 18-75 ans (pensées suicidaires et tentatives de suicides), ainsi que sur les facteurs, notamment socio-économiques, qui leur sont associés.

Ces approches complémentaires apportent un éclairage du phénomène suicidaire dans son ensemble. Elles ont été développées pour aider les agences régionales de santé, et au-delà l'ensemble des acteurs locaux, à mieux définir, mettre en œuvre et évaluer les actions de santé publique en matière de prévention du risque suicidaire.

D'autres résultats viendront prochainement compléter ce premier état des lieux, notamment des analyses au niveau infra-départemental afin de mieux cartographier les territoires prioritaires et dimensionner plus finement l'offre de soins et de prévention.

POINTS CLÉS

- Avec 811 décès par suicide en 2015 (dont 77,6% d'hommes), la région Grand Est présentait un taux de mortalité par suicide (16,5 pour 100 000 habitants) comparable au taux national. On y observait néanmoins de fortes disparités départementales ; les Vosges et la Haute-Marne enregistrant les taux les plus élevés de la région, avec respectivement 23,7 et 23,6 décès par suicide pour 100 000 habitants contre 11,7 dans le département du Bas-Rhin.
- En 2017, le taux régional d'hospitalisation pour tentative de suicide s'élevait à près de 136 hospitalisations pour 100 000 habitants et était comparable au taux national. C'était chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans qu'il était le plus élevé, ainsi que dans les départements des Vosges et de la Haute-Marne avec respectivement 250,6 et 222,1 hospitalisations pour 100 000 habitants. Inversement, la situation apparaissait beaucoup plus favorable dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (66,1 et 67,0 hospitalisations pour 100 000 habitants).
- En 2017, la région Grand Est a enregistré 6 522 passages aux urgences pour tentative de suicide, dont 62,5 % de femmes. Plus de neuf passages sur 10 (94 %) résultaient d'une auto-intoxication médicamenteuse. Sur l'ensemble de la région, 8,6 % des patients passés aux urgences pour tentative de suicide en 2017 ont réitéré leur geste au moins une fois dans les six mois suivant le premier passage. C'était dans les Vosges que ce taux était le plus élevé.
- Selon les baromètres de Santé publique France, on observait une augmentation de la prévalence des tentatives de suicide déclarées depuis 2005. En 2017, près d'un habitant du Grand Est sur 12 (8,1%) déclarait avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie, alors que cette proportion n'était que de un sur 20 en 2005. La fréquence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie était plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Enfin, en 2017, un habitant de la région Grand Est sur 20 (4,9 %) déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

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 mortalité par 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'actions 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) mettait également en avant 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 était de faire **un état des lieux régional avec 4 sources de données** :

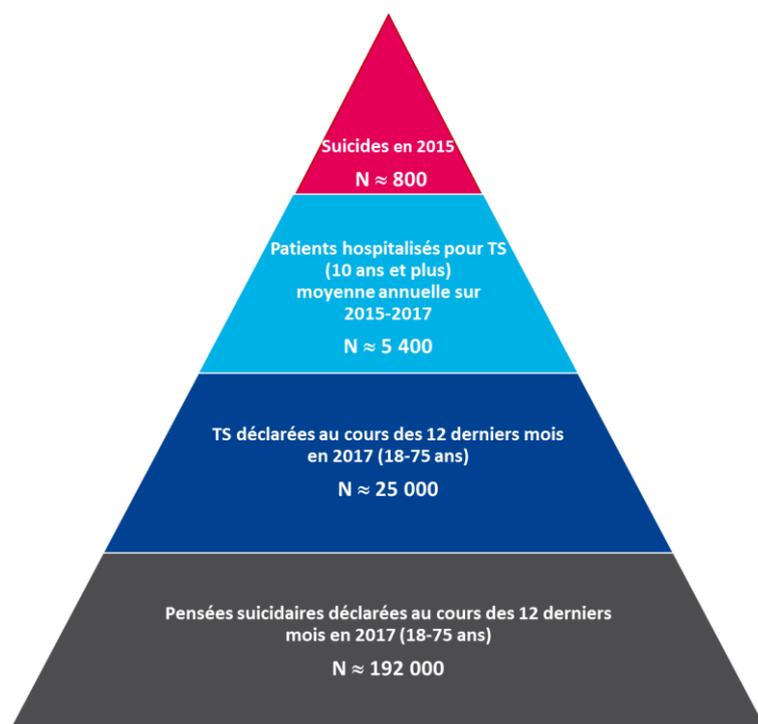
- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 et **séjours hospitaliers** pour tentative de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au moins un **passage aux urgences pour tentative de suicide** dans les structures d'urgence et 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 dans le cadre du **Baromètre de Santé publique France 2017** aux questions relatives aux conduites suicidaires.

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 et utilisables par les différents acteurs.

- (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>

Les chiffres-clés régionaux



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 genre.

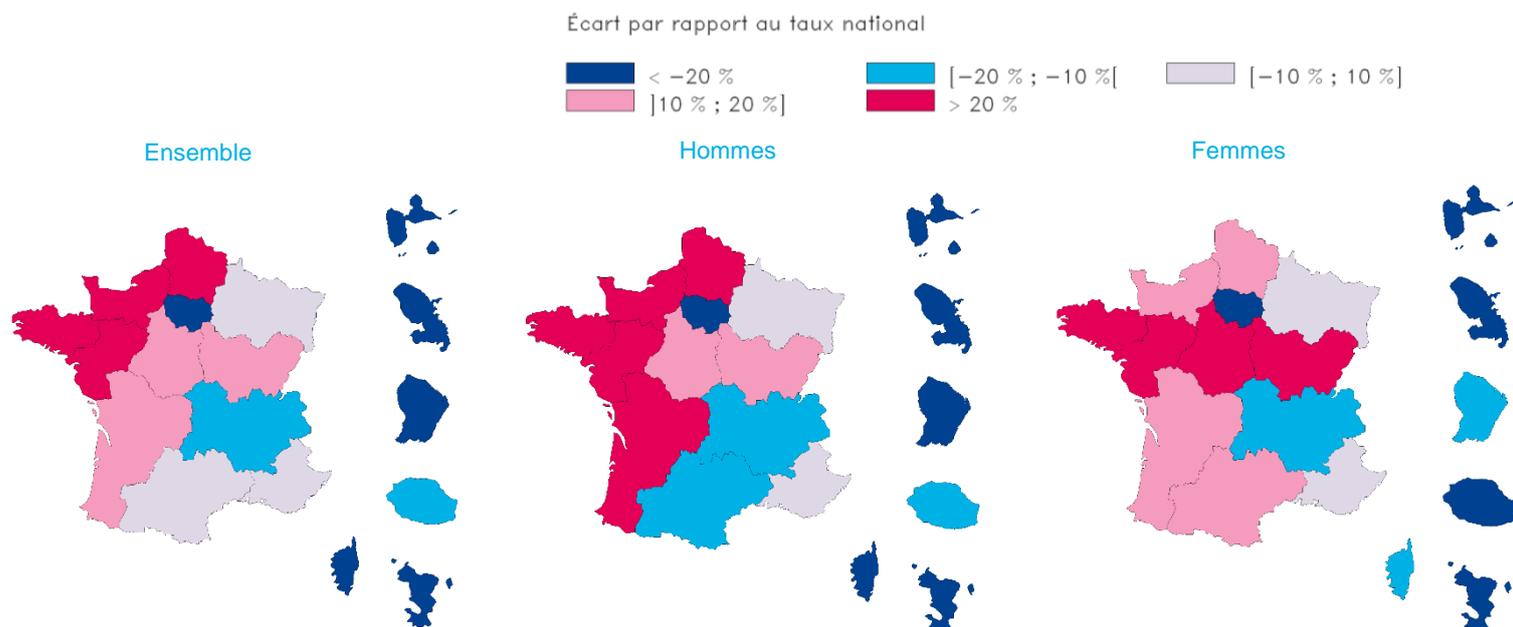
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm-CépiDc montrait que les anciennes régions Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne avaient respectivement des taux de sous-déclaration estimée du taux de suicide de 13,0 %, 5,0 % et 6,5 % ; les taux régionaux de sous-déclaration étant 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, Grand Est

En 2015, 811 personnes résidant en région Grand Est sont décédées par suicide ; 630 (77,6 %) étaient des hommes. Avec un taux standardisé de 16,5 suicides pour 100 000 habitants, la région Grand Est se situait dans la moyenne nationale observée en France (15,6 pour 100 000). Chez les hommes (28,0 pour 100 000) comme chez les femmes (7,0 pour 100 000), les taux de suicide en région Grand Est étaient peu différents de la moyenne nationale (figure 1).

Figure 1 : Ecarts 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), analyses Santé publique France.

• Evolution temporelle de 2000 à 2015

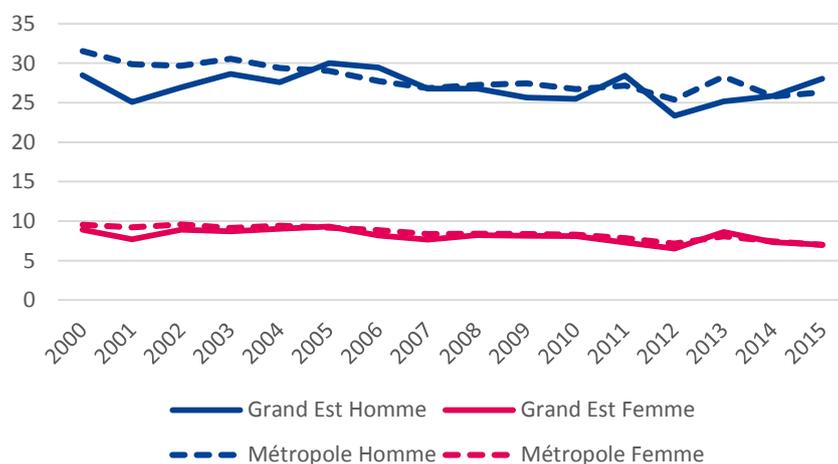
Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide tous sexes confondus a varié de 17,5 à 16,5 pour 100 000 habitants en région Grand Est.

Une légère tendance à la baisse s'observait également selon le sexe (figure 2).

Chez les hommes, le taux standardisé a en effet varié de 28,5 en 2000 à 28,0 pour 100 000 hommes en 2015. Toutefois, de nombreuses variations ont été observées sur cette période, et la tendance était à la hausse entre 2012 et 2015.

Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge s'élevait à 8,9 en 2000 et à 7,0 pour 100 000 femmes en 2015.

Figure 2 : Evolution des taux annuels standardisés* de mortalité par suicide selon le sexe, en région Grand Est et en France métropolitaine, 2000-2015



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

Champ : France métropolitaine, population âgée de 10 ans et plus.

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

• Répartition par sexe et âge

Le dernier rapport sur « [l'état de santé de la population en France](#) » faisait 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 région Grand Est, sur la période 2013-2015, les hommes représentaient 75,1 % (1 789 / 2 383) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les 45-49 ans représentaient par ailleurs la plus grosse part des suicides (12,0 %, 287) et les 10-14 ans la plus petite (0,3 %, 7). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à eux 5,7 % des suicides (137) (figure 3).

Chez les 25-29 ans, un décès sur cinq (20,2 %) était un suicide. Chez les plus jeunes (10-14 ans), les suicides représentaient 7,2 % des décès et seulement 0,2 % chez les plus âgés (85 ans et plus) (tableau 1).

Sur la période 2013-2015, les suicides représentaient au total 1,6% des décès toutes causes confondues, soit une proportion identique à celle observée au niveau national.

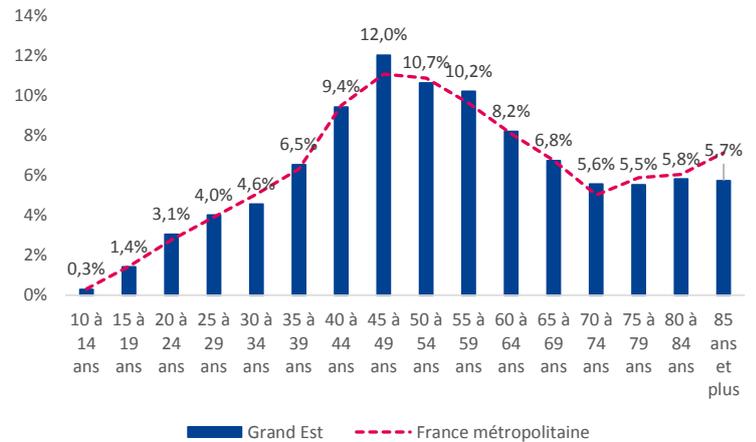
Chez les hommes, la part des suicides dans la région Grand Est s'élevait à 2,4 % (soit 1 789 décès) contre 2,5 % au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,8% (soit 594 décès), ce qui était équivalent au niveau national.

• Mode de suicide

Comme au niveau national (tableau 2), le mode de suicide le plus fréquent en région Grand Est était la pendaison (57,0 % *versus* 56,6 %), aussi bien chez les hommes (61,3 %) que chez les femmes (43,9 %).

Le deuxième mode de suicide le plus fréquent était l'usage d'arme à feu (15,8 %) chez les hommes et l'auto-intoxication médicamenteuse (21,7 %) chez les femmes.

Figure 3 : Distribution des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en région Grand Est, 2013-2015



Champ : France métropolitaine, population âgée de 10 ans et plus.
Source : Certificats de décès (CépiDc), analyses Santé publique France.

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes confondues selon le sexe et l'âge en région Grand Est, 2013-2015

Age	Ensemble	Femmes	Hommes
	%	%	%
10-14 ans	7,2	8,8	5,0
15-19 ans	16,0	17,0	13,6
20-24 ans	18,8	20,4	14,8
25-29 ans	20,2	20,4	19,5
30-34 ans	18,3	19,3	15,8
35-39 ans	16,6	19,8	9,6
40-44 ans	13,9	16,5	9,2
45-49 ans	10,7	13,1	6,7
50-54 ans	5,9	6,6	4,8
55-59 ans	3,6	4,0	2,9
60-64 ans	2,1	2,4	1,5
65-69 ans	1,5	1,6	1,3
70-74 ans	1,2	1,3	1,1
75-79 ans	0,8	1,0	0,5
80-84 ans	0,5	0,8	0,3
≥85 ans	0,2	0,5	0,1
Total	1,6	0,8	2,4

Champ : Région Grand Est, population âgée de 10 ans et plus.
Source : Certificats de décès (CépiDc), analyses Santé publique France.

Tableau 2 : Modes de suicide selon le sexe en région Grand Est, 2013-2015

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1 358	57,0	43,9	61,3
Arme à feu	293	12,3	1,9	15,8
Auto-intoxication médicamenteuse	254	10,7	21,7	7,0
Saut dans le vide	133	5,6	11,8	3,5
Noyade	105	4,4	10,3	2,5
Auto-intoxication par d'autres produits	61	2,6	3,4	2,3
Collision intentionnelle	52	2,2	2,2	2,2
Objet tranchant	34	1,4	1,5	1,4
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	12	0,5	0,7	0,4
Mode non précisé	164	6,9	6,9	6,9

Note : les modes ne sont pas exclusifs.

Champ : Région Grand Est, population âgée de 10 ans et plus.

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE 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, obstétrique et odontologie (MCO). Elles ne permettent pas d'obtenir une vision complète des TS car elles n'incluent pas les hospitalisations en services de psychiatrie et, par définition, 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.

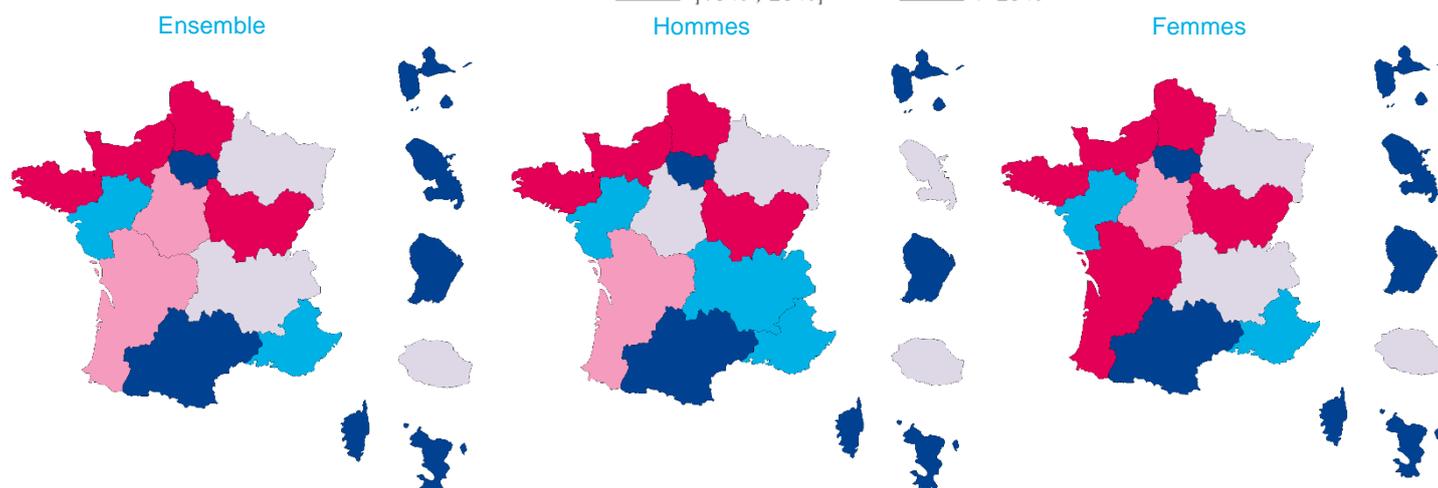
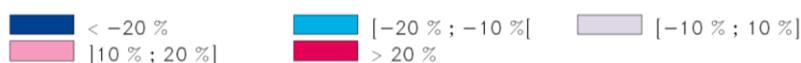
• Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus

Entre 2008 et 2017, 7 167 hospitalisations pour TS de personnes résidant dans la région ont été dénombrées en moyenne chaque année. Parmi elles, 98 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux standardisé sur l'âge et le sexe d'hospitalisation pour TS de 136,3 pour 100 000 habitants en 2017, la région Grand Est se situait légèrement en dessous du taux national pour la France entière (148,0 pour 100 000 habitants). Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge d'hospitalisation pour TS était de 164,0 pour 100 000 femmes. Chez les hommes, ce taux était de 109,5 pour 100 000 hommes. Pour les deux sexes, l'écart avec le taux national était faible (figure 4). Les régions Bretagne, Hauts-de-France, Normandie et Bourgogne-Franche Comté présentaient les écarts les plus importants (plus de 20 %) par rapport au taux national.

Figure 4 : Ecarts régionaux du taux standardisé* du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe en 2017

Écart par rapport au taux national



* 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 et plus.

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

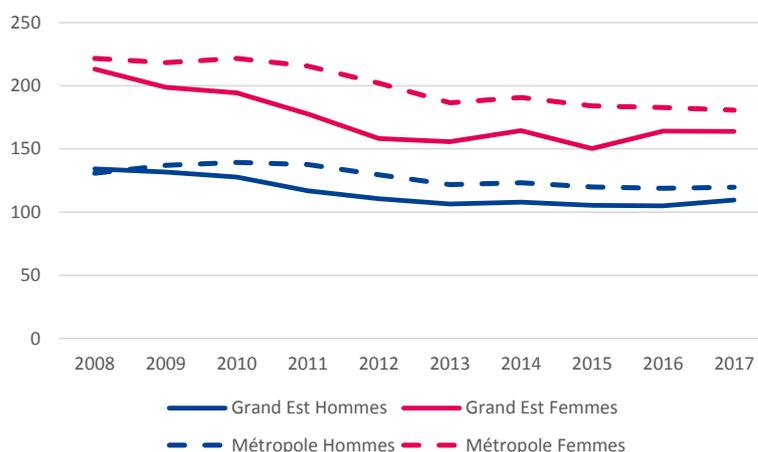
• Evolution temporelle

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

En région Grand Est, la tendance était à la stabilité depuis 2012 chez les hommes et à une légère hausse depuis 2015 chez les femmes (figure 5).

A l'échelle des départements, la tendance était plutôt stable au cours des dernières années, excepté pour le Haut-Rhin, les Ardennes et la Meuse où l'on observait une augmentation depuis respectivement 2013, 2015 et 2016. Par ailleurs, une hausse plus importante était observée pour le Bas-Rhin, depuis 2013.

Figure 5 : Evolution des taux standardisés* annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide en région Grand Est 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 : France métropolitaine, population âgée de 10 et plus.

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

• Répartition par sexe et âge

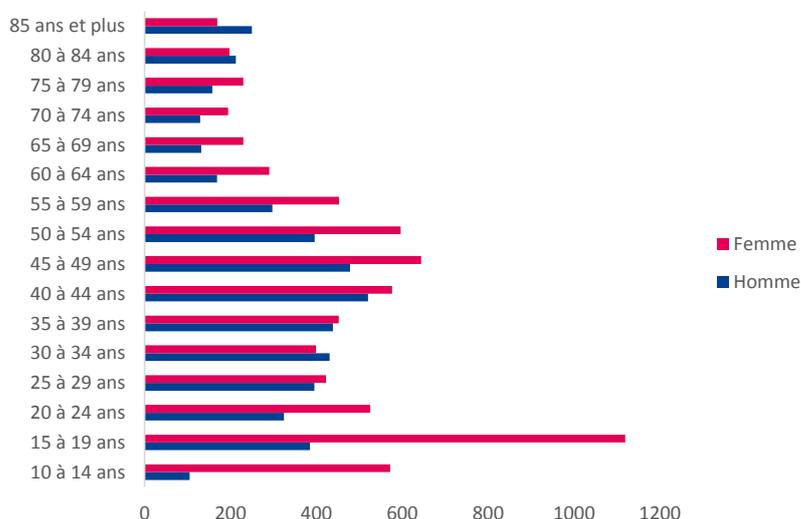
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 61 % (11 801) des 19 464 hospitalisations pour TS domiciliées en région Grand Est entre 2015 et 2017. Pendant cette période de 3 ans, en termes d'âge, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (1 119 pour 100 000). Chez les hommes, le taux le plus élevé s'observait chez les 40-44 ans (520 pour 100 000). Le second taux le plus élevé concernait les 45-49 ans aussi bien chez les femmes (644 pour 100 000) que chez les hommes (479 pour 100 000) (figure 6).

• Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'auto-intoxication médicamenteuse qui concernait près de 82 % des hospitalisations pour TS domiciliées en Grand Est entre 2015 et 2017. Parmi elles, 13,4 % (2 132) correspondaient à des auto-intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les auto-intoxications non médicamenteuses (9,7 %) et les automutilations par objet tranchant (7,8 %) (tableau 3).

Au total, 303 décès ont été rapportés parmi les 19 464 hospitalisations pour TS, soit un taux de létalité de 16 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 26 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 9 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus élevés étaient observés pour les TS par pendaison (215 décès pour 1 000 hospitalisations) et par arme à feu (195 décès pour 1 000 hospitalisations). L'auto-intoxication médicamenteuse présentait le taux de létalité le plus faible (4,9 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS).

Figure 6 : Taux bruts* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en région Grand Est, 2015-2017



* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : Région Grand Est, population âgée de 10 ans et plus.

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

• Caractéristiques des hospitalisations

Sur la période 2015-2017, 90% des hospitalisations pour TS domiciliées en région Grand Est, avaient fait l'objet d'un passage aux urgences en amont.

Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 66 % des cas.

Tous âges confondus, la durée médiane du séjour était de 1 jour. La durée médiane la plus longue était observée pour les 80-84 ans et les 85 ans et plus (6 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par saut dans le vide (7 jours) et par arme à feu (6 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par auto-intoxication médicamenteuse.

Tableau 3 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, durée médiane de séjour et létalité en région Grand Est, 2015-2017

Mode de TS	Ensemble		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation nombre de jours	Létalité nombre de décès pour 1 000 hospitalisations
	n	%	%	%		
Auto-intoxication médicamenteuse	15 936	81,9	85,8	75,8	1,0	4,9
Auto-intoxication par d'autres produits	1 883	9,7	8,0	12,3	1,0	9,6
Objet tranchant	1 521	7,8	7,7	7,9	1,0	11,2
Pendaison	480	2,5	1,1	4,5	2,0	214,6
Saut dans le vide	348	1,8	1,6	2,1	7,0	92,0
Arme à feu	118	0,6	0,1	1,4	6,0	194,9
Noyade	62	0,3	0,3	0,3	1,0	145,2
Collision intentionnelle	61	0,3	0,2	0,5	5,0	32,8
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	46	0,2	0,2	0,3	5,0	173,9
Non précisé	556	2,9	2,6	3,3	2,0	39,6

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

Champ : Région Grand Est, population âgée de 10 ans et plus.

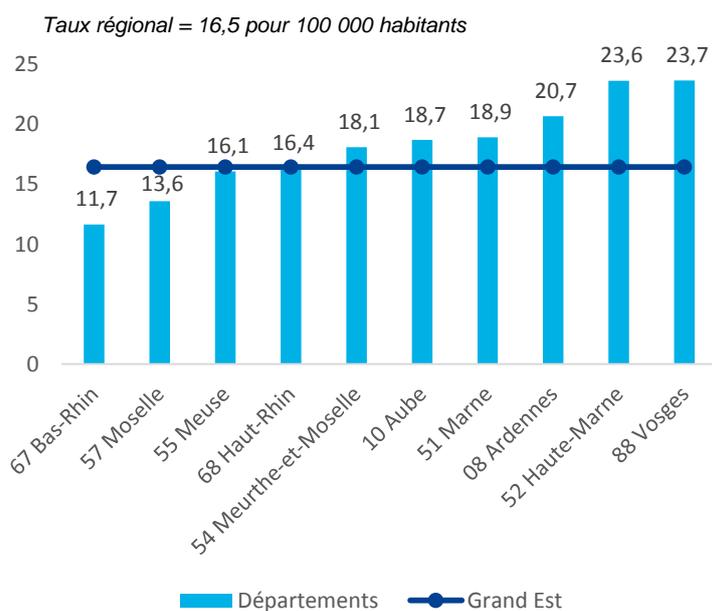
Source : PMSI-MCO (ATIH), analyses Santé publique France.

DÉCÈS PAR SUICIDE ET HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE – INÉGALITÉS DÉPARTEMENTALES

Situation en 2015

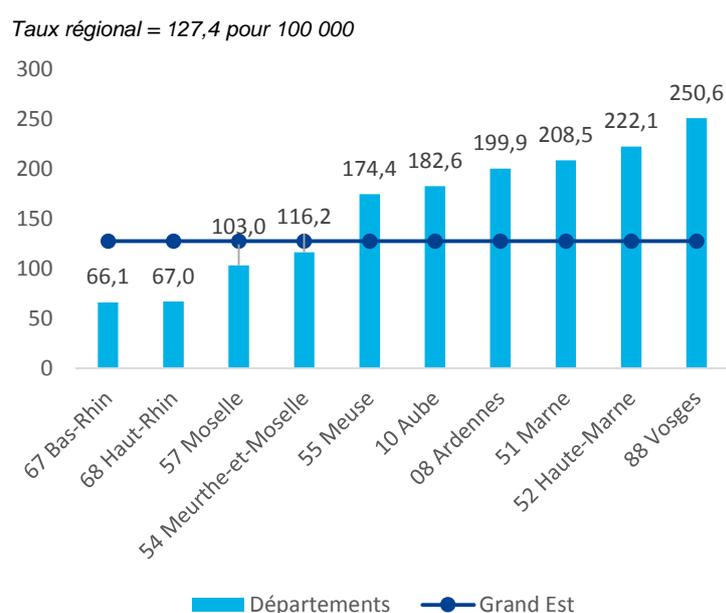
En région Grand Est, les taux standardisés de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour tentatives de suicide (TS) variaient selon les départements. Le Bas-Rhin présentait le plus faible taux de suicide (11,7 pour 100 000) ainsi que le plus faible taux d'hospitalisation pour TS (66,1 pour 100 000). Les départements de la Moselle, de la Meuse et du Haut-Rhin présentaient également des taux de mortalité par suicide inférieurs au taux régional (16,5 pour 100 000). Les deux départements alsaciens, la Moselle et la Meurthe-et-Moselle se démarquaient par des taux d'hospitalisation pour TS très inférieurs à ceux des six autres départements. En revanche, les départements de la Haute-Marne et des Vosges présentaient les taux de mortalité par suicide les plus élevés (respectivement 23,6 et 23,7 pour 100 000), ainsi que les plus forts taux d'hospitalisation pour TS (respectivement 222,1 et 250,6 pour 100 000).

Figure 7 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par suicide en région Grand Est, 2015



* Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants, population de référence France (2015).
Champ : Région Grand Est, population âgée de 10 ans et plus.
Source : Certificats de décès (CépiDc), analyses Santé publique France.

Figure 8 : Taux départementaux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide en région Grand Est, 2015



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

Un territoire... des territoires

Que ce soit en termes de mortalité par suicide ou d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la situation en région Grand Est apparaît légèrement plus favorable qu'en France métropolitaine. Il serait cependant intéressant de mener une analyse plus fine. Pour ce faire, les découpages infrarégionaux retenus 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 également à mobiliser et à intégrer.

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE 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 de 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 diagnostics (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU.

Aucune des sources de données de surveillance des suicides et tentatives de suicides, présentées dans ce bulletin (causes médicales des certificats de décès et hospitalisations enregistrées 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 Grand Est, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 57 structures d'urgences (SU). En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Grand Est, Est-Rescue, le réseau Oscour® enregistrait 96 % des passages aux urgences de la région.

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants était proche de l'exhaustivité en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'est améliorée mais demeurerait hétérogène entre les départements (tableau 4). Au total, on estimait à 83,1 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Grand Est.

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 tentatives de suicide ni de comparer les régions entre elles, elle vise à décrire les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des TS repérées dans les passages aux urgences des établissements 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 participant au réseau Oscour® en région Grand Est, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Ardennes	4/4 (100%)	93,2 %
Aube	2/2 (100%)	94,1 %
Marne	8/8 (100%)	58,3 %
Haute-Marne	3/3 (100%)	81,6 %
Meuse	2/2 (100%)	99,3 %
Meurthe-et-Moselle	8/8 (100%)	90,1%
Moselle	8/8 (100%)	96,9%
Bas-Rhin	9/9 (100%)	65,7%
Haut-Rhin	8/8 (100%)	81,2%
Vosges	5/5 (100%)	96,6%

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

Dénombrement des passages aux urgences pour tentative de suicide

Le regroupement syndromique « geste suicidaire » (TS), correspondant aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 5, 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 TS. Ce regroupement est appliqué pour les passages aux urgences des 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 diagnostics retenus dans le regroupement syndromique Oscour® « geste suicidaire » correspondent aux codes également utilisés pour le recensement des séjours hospitaliers pour TS dans la base de données du PMSI-MCO (tableau 5).

L'analyse présentée ci-dessous concerne les passages pour TS en 2017 dans les structures d'urgences de la région Grand Est 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 des diagnostics
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} révision) ; Oscour® (Santé publique France).

Description des passages aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus en 2017

➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour tentative de suicide

Au total, en 2017, 6 522 passages aux urgences pour TS ont été repérés dans l'ensemble des RPU des 57 SU de la région Grand Est participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 18 passages quotidiens et plus de 5 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes confondues. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représentait 9 % du total national.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des passages aux urgences pour TS et des passages toutes causes confondues en 2017 mettait en évidence une très légère augmentation des passages pour TS les dimanches, lundis et mardis (figure 9), ainsi qu'en janvier-mars, avec une tendance à la baisse entre juin et novembre (figure 9bis).

L'analyse par tranches horaires montrait une recrudescence importante des passages aux urgences pour TS à partir de 16h00 l'après-midi, avec une diminution au cours de la nuit (figure 9ter).

Figures 9, 9bis et 9ter : Répartitions quotidienne, mensuelle et horaire des passages aux urgences toutes causes confondues et pour tentative de suicide en région Grand Est, 2017



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

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

Plus de 98 % des passages aux urgences pour TS dans les SU de la région Grand Est concernaient des personnes résidant dans la région, 1 % concernait des personnes domiciliées dans d'autres régions de France métropolitaine et moins de 0,5 % des ressortissants de pays étrangers.

Les femmes étaient majoritaires dans les passages aux urgences pour TS (62,5 %, 4 073) alors que le sexe ratio H/F était équilibré dans les passages toutes causes confondues. La répartition par sexe et classes d'âges mettait en évidence une sur-représentation des femmes dans toutes les classes d'âges, plus particulièrement chez les 40-44, 45-49, 50-54 ans d'une part et chez les 15-19 ans d'autre part (figure 10).

Chez les hommes, la distribution des passages aux urgences pour TS augmentait régulièrement avec un pic de passages observé chez les quadragénaires (figure 10).

Figure 10 : Taux* de passages aux urgences pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en région Grand Est, 2017



* Taux de passages aux urgences pour TS pour 1 000 passages toutes causes confondues.

Champ : Structures d'urgences de la région Grand Est participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.

Source : Oscour® (Santé publique France).

➤ Modes de tentative de suicide

Quatre-vingt-quinze pourcents des passages aux urgences pour TS résultaient d'auto-intoxications médicamenteuses (94 %) ou non médicamenteuses (1 %) (tableau 6). Leur fréquence, élevée quel que soit le sexe, variait de 90 à 99 % 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) : 36,9 % (2 274 / 6 159) des auto-intoxications médicamenteuses, dont 96 % (2 186 / 2 274) d'intoxications aux benzodiazépines (T424),
- les autres psychotropes (codes CIM-10 : T43) : 14,9 % (919 / 6 159),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (codes CIM-10 : T39) : 10,5 % (647 / 6 159) dont 27 % pour le paracétamol (T391) (175 / 647), dont l'utilisation était en cause dans 2,8 % des auto-intoxications médicamenteuses.

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 le plus souvent mortels, étaient rares parmi les passages aux urgences pour TS mais plus nombreux chez les hommes.

Tableau 6 : Modes de tentative de suicide selon le sexe en région Grand Est, 2017

Mode de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	3 914 (96%)	2 245 (91%)	6 159 (94%)
Objets tranchants, contondants	36 (1%)	42 (2%)	78 (1%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	33 (1%)	42 (2%)	75 (1%)
Pendaison	21 (1%)	43 (2%)	64 (1%)
Sauts dans le vide	8 (0%)	11 (0%)	19 (0%)
Armes à feu	0 (0%)	12 (0%)	12 (0%)
Noyades	5 (0%)	2 (0%)	7 (0%)
Collisions intentionnelles	1 (0%)	4 (0%)	5 (0%)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	71 (2%)	51 (2%)	122 (2%)

Champ : Structures d'urgences de la région Grand Est participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.

Source : Oscour® (Santé publique France).

➤ **Provenance et orientation des passages aux urgences pour tentative de suicide**

Lorsque la provenance était renseignée (89 % des passages pour TS), la TS avait eu lieu au domicile dans près de 95 % des cas. Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans 80 % des cas.

Lorsque le mode de sortie était renseigné (96 % des passages pour TS), 76,6 % des patients avaient été hospitalisés dans l'établissement de recours (65,4 %) ou dans un autre établissement de soins (11,2 %). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement réalisées en MCO (services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) (89 %) et en unités psychiatriques (10 %). Concernant l'orientation des hospitalisations, la majorité était effectuée en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (69 %), en médecine (16 %) et en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus (13,5 %).

➤ **Repérage et principales caractéristiques des récurrences de tentative de suicide identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018**

Un « identifiant-patient » a été créé à partir de 3 variables (sexe, date de naissance et code postal de résidence renseigné) du résumé de passage aux urgences. Cet identifiant a permis d'estimer les récurrences de TS, définies par l'enregistrement de plusieurs passages aux urgences 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-passage 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 région Grand Est 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 passage pour TS dans une structure d'urgence de la région était 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 passage aux urgences pour TS, enregistré en 2017.

Au total, 6 522 passages aux urgences pour TS, correspondant à 5 778 patients résidant dans la région Grand Est, ont été recensés du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 dans les SU du Grand Est participant au réseau Oscour®. Parmi ces patients, 499 (8,6 %), ont réitéré au moins une fois leur 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 de la Haute-Marne (4 %) et de la Meuse (4 %) et les taux les plus élevés ont été enregistrés dans les Vosges (18 %) et en Meurthe-et-Moselle (10 %) (tableau 7).

Tableau 7 : Estimations départementales du taux de récurrence de tentative de suicide dans les 6 mois parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 en région Grand Est

Département	Patients avec passage aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Ardennes	424	30	7%
Aube	474	28	6%
Marne	460	34	7%
Haute-Marne	178	8	4%
Meurthe-et-Moselle	979	95	10%
Meuse	206	9	4%
Moselle	1 281	119	9%
Bas-Rhin	602	36	6%
Haut-Rhin	752	62	8%
Vosges	422	78	18%

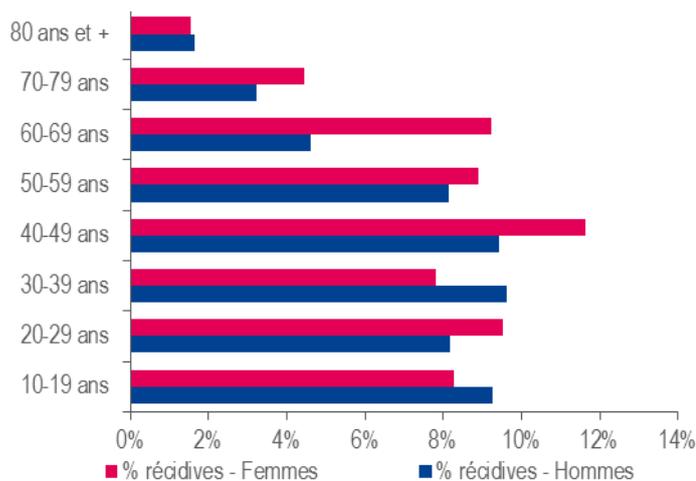
Champ : Structures d'urgences de la région Grand Est participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.

Source : Oscour® (Santé publique France).

Le taux de récurrence dans les 6 mois était sensiblement équivalent chez les hommes (8,3% (181 / 2 174)) et chez les femmes (8,8% (318 / 3 604)) et il variait selon la classe d'âge. Pour les femmes, il était maximal chez les 40-49 ans (figure 11). Chez les hommes, le taux de récurrences était plus élevé chez les 10-19 ans, les 30-39 ans et les 40-49 ans. Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les classes d'âge des 10-19 ans et des 30-39 ans. A l'inverse, il était plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans les classes d'âge comprises entre 40 et 79 ans ainsi que pour les 20-29 ans.

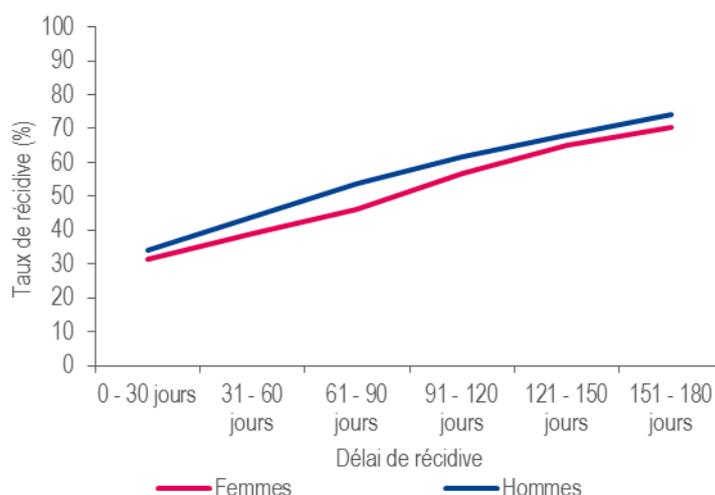
Le délai à la 1^{ère} récurrence était globalement similaire quel que soit le sexe. Près de la moitié des patients récidivistes ont réitéré leur geste suicidaire dans les 3 mois suivant un premier passage pour TS et 2/3 dans les 5 mois. Le délai médian à la première récurrence était plus court chez les hommes (3 mois) que chez les femmes (4 mois) (figure 12).

Figure 11 : Taux de récurrence de TS dans les 6 mois selon l'âge et le sexe en région Grand Est, période du 01/01/2017 au 30/06/2018



Champ : Structures d'urgences de la région Grand Est 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^{ère} récurrence de TS selon le sexe, en région Grand Est, période du 01/01/2017 au 30/06/2018



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

Discussion, conclusions

Les principales caractéristiques épidémiologiques des passages pour TS dans les SU de la région Grand Est, sont cohérentes et complémentaires à celles décrites dans les 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 passages aux urgences pour tentatives de suicide ne constituent pas une source exhaustive de données, ce d'autant que le dispositif est encore en évolution en termes 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 passages 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 d'un suivi à partir d'Oscour®, 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

Données issues du Baromètre Santé

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 (CépiDc, PMSI-MCO, 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 Grand Est, à partir de l'exploitation des données du Baromètre santé 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 Grand Est

Pour la région Grand Est, 2 159 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 8,5 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi elles, 1 010 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 197, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 1 073. Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 889 individus.

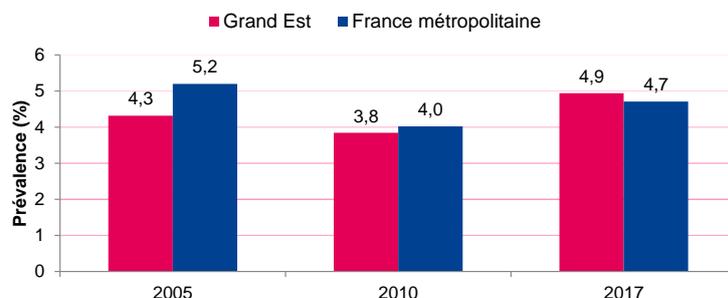
Evolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en 2005, 2010 et 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** n'a pas évolué de façon significative en région Grand Est entre 2005 (4,3 %), 2010 (3,8 %) et 2017 (4,9 %). 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 13).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** a significativement augmenté en région Grand Est entre 2005 (4,9 %) et 2017 (8,1 %). La même tendance était observée au niveau national (figure 14).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** a augmenté significativement entre 2005 et 2017 en région Grand Est, pour atteindre une valeur de 0,64 % en 2017 (figure 15). Cette tendance n'était pas observée au niveau national.

Figure 13 : Evolution de la prévalence* des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en région Grand Est et en France métropolitaine, 2005-2017

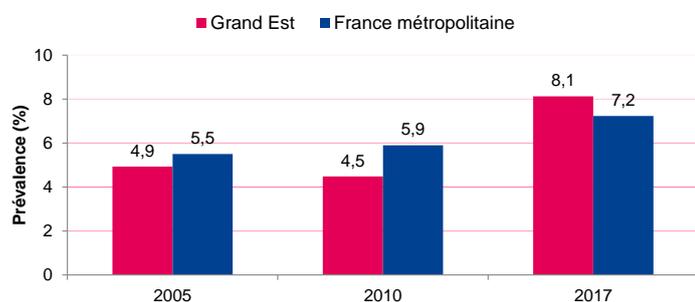


* Prévalence pour 100 habitants.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes, Santé publique France).

Figure 14 : Evolution de la prévalence* des tentatives de suicide au cours de la vie en région Grand Est et en France métropolitaine, 2005-2017

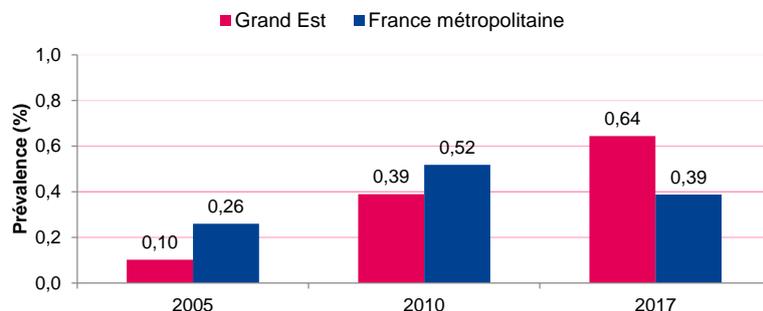


* Prévalence pour 100 habitants.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010, 2017 (Inpes, Santé publique France).

Figure 15 : Evolution de la prévalence* des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en région Grand Est et en France métropolitaine, 2005-2017



* Prévalence pour 100 habitants.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010, 2017 (Inpes, Santé publique France).

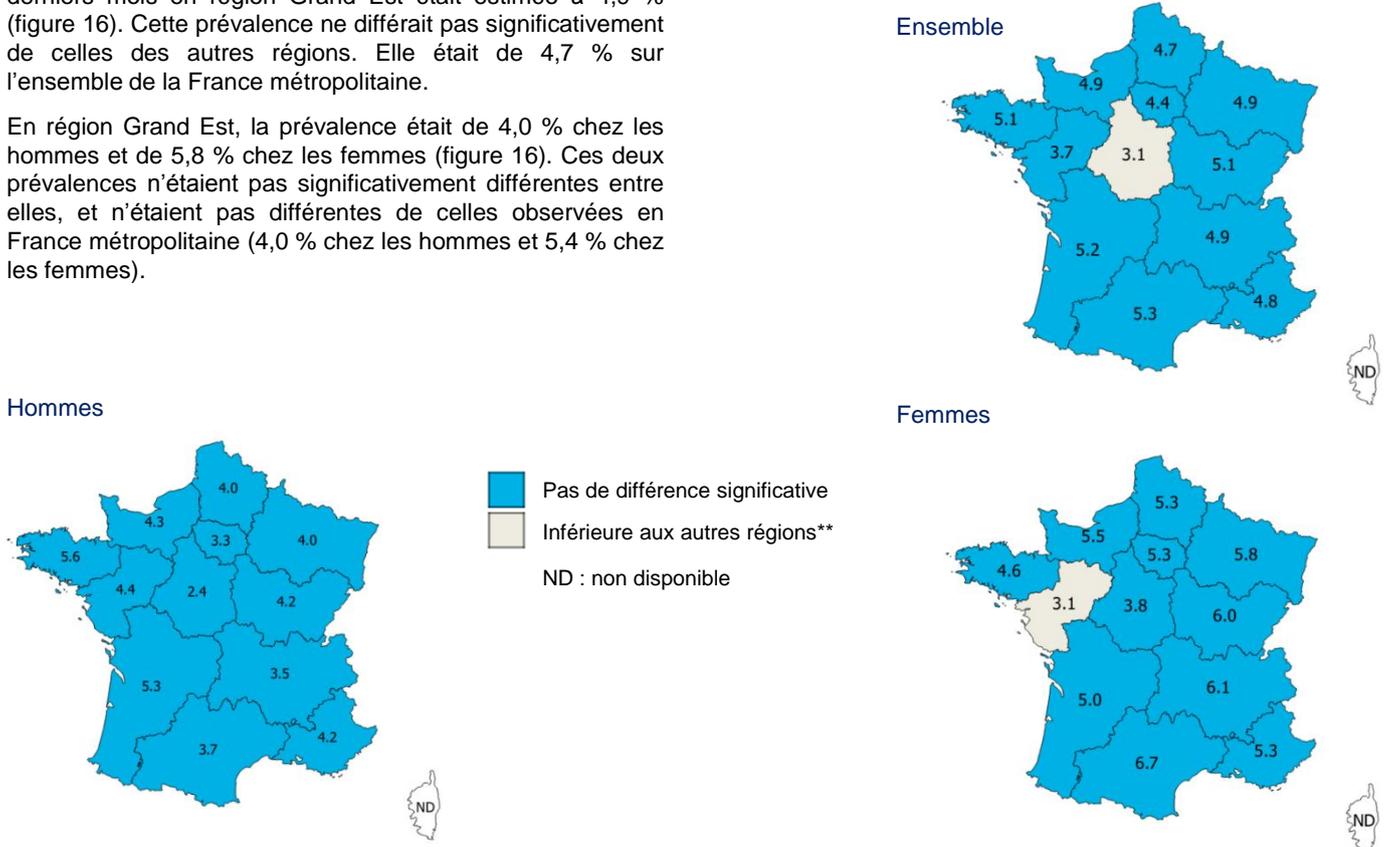
Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017

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 Grand Est était estimée à 4,9 % (figure 16). Cette prévalence ne différait pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 4,7 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En région Grand Est, la prévalence était de 4,0 % chez les hommes et de 5,8 % chez les femmes (figure 16). Ces deux prévalences n'étaient pas significativement différentes entre elles, et n'étaient pas différentes 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 en 2017



* 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%.

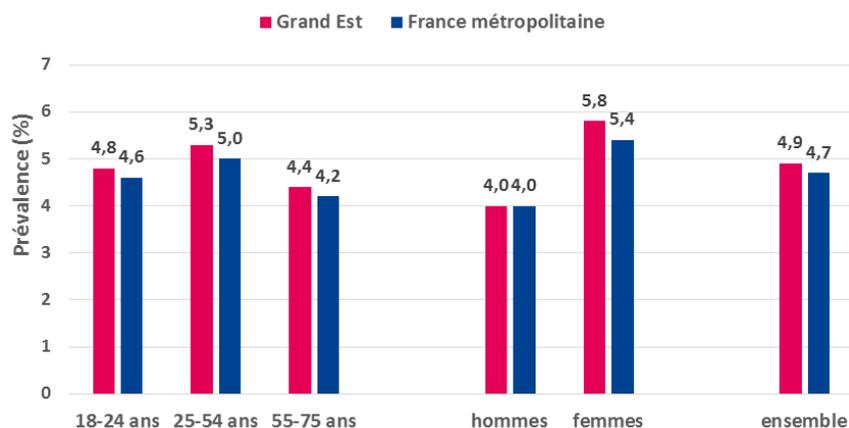
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

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

Comparaison selon le sexe et l'âge

En région Grand Est, la **prévalence des pensées suicidaires apparaissait plus élevée chez les 25-54 ans** (5,3 %), puis chez les 18-24 ans (4,8 %) (figure 17). La prévalence chez les 55-75 ans était de 4,4 %. La distribution des prévalences par âge et sexe était identique en région Grand Est et en France métropolitaine.

Figure 17 : Prévalence standardisées* des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe en région Grand Est et en France métropolitaine, 2017



* 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 ménage ordinaire.

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, 2017

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	***		
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]
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]
Episode 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]

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

- un **état dépressif caractérisé (EDC)** au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir entre 25 et 54 ans,
- 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 baccalauréat semblait diminuer le risque de pensées suicidaires, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile.

Le sexe et la catégorie d'agglomération ne semblaient 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 ménage ordinaire.

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

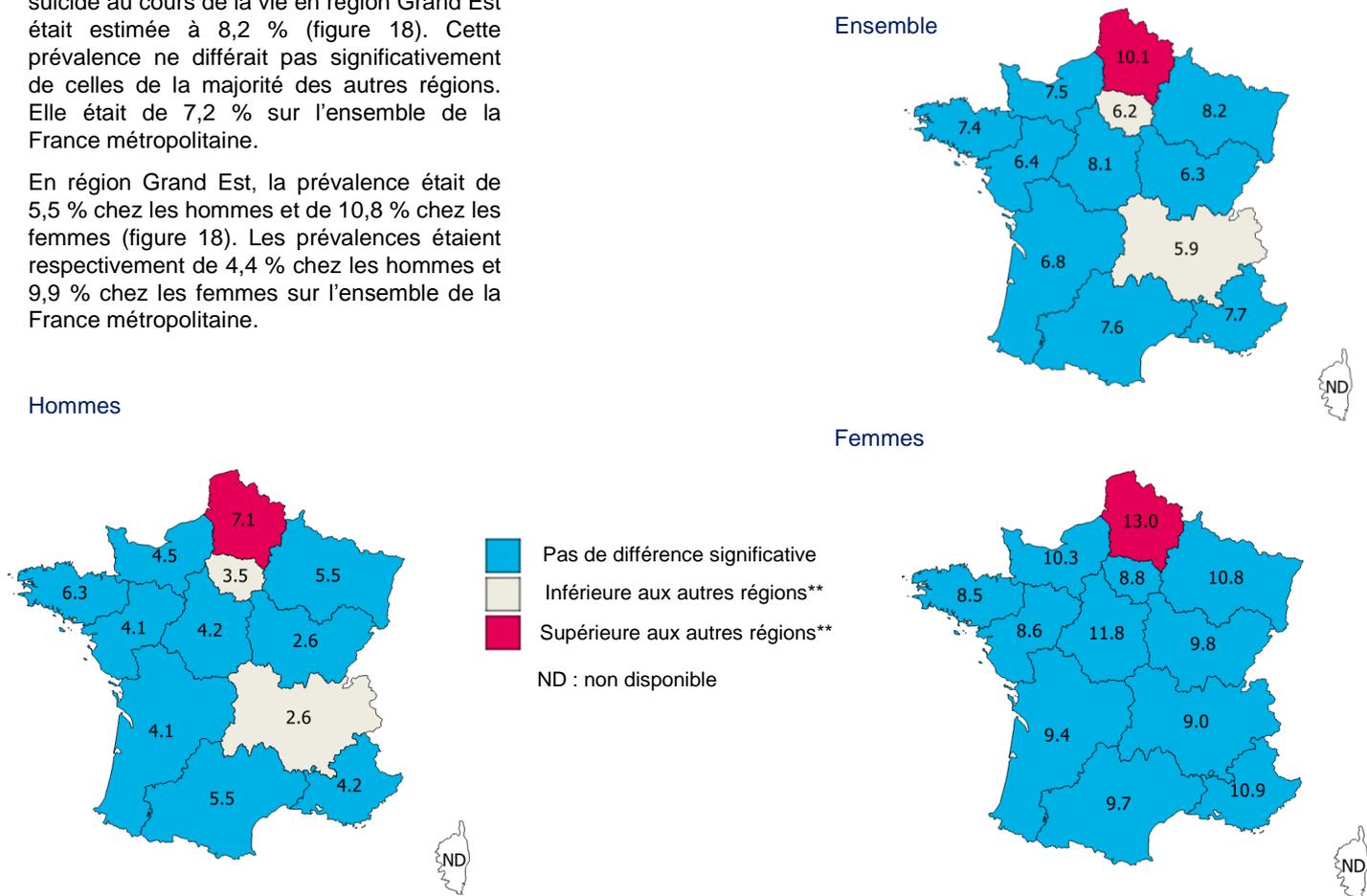
Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie des 18-75 ans, 2017

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 Grand Est était estimée à 8,2 % (figure 18). 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 Grand Est, la prévalence était de 5,5 % chez les hommes et de 10,8 % chez les femmes (figure 18). Les prévalences étaient respectivement de 4,4 % chez les hommes et 9,9 % chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Figure 18 : Prévalence régionales standardisées* des tentatives de suicide au cours de la vie en 2017



* 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 ménage ordinaire.

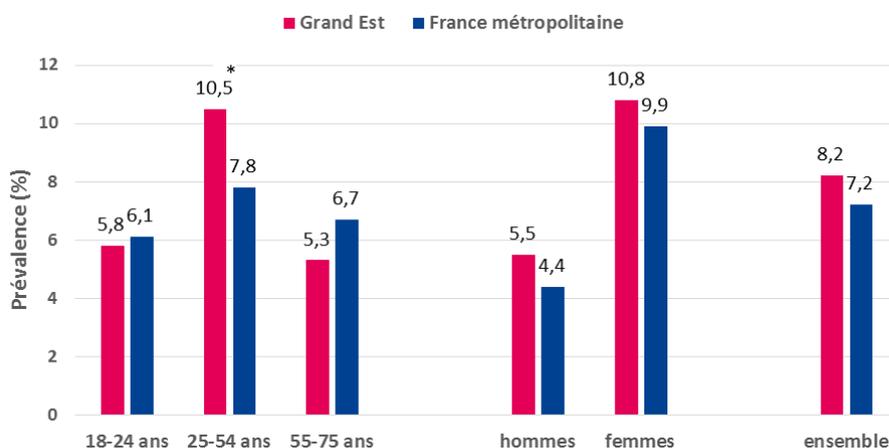
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Comparaison selon le sexe et l'âge

En région Grand Est, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie apparaissait la plus élevée chez les 25-54 ans (10,5 %). Elle était de 5,8 % chez les 18-24 ans et de 5,3 % chez les 55-75 ans (figure 19). La répartition par classes d'âge en région Grand Est différait de celle de la France métropolitaine, avec une prévalence significativement plus élevée pour la région chez les 25-54 ans par rapport au reste de la métropole.

La prévalence chez les femmes était significativement plus élevée en comparaison avec celle des hommes.

Figure 19 : Prévalence standardisée° des tentatives de suicide au cours de la vie selon l'âge et le sexe en région Grand Est et en France métropolitaine, 2017



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

* Différence significative entre la région Grand Est et la France métropolitaine ($p < 0,05$).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.
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 %
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]

Au niveau national, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissaient significativement 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 au chômage ou 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 9).

A l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat semblait 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 semblaient pas significativement liées 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 ménage ordinaire.

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 Grand Est était estimée à 0,63 % (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.

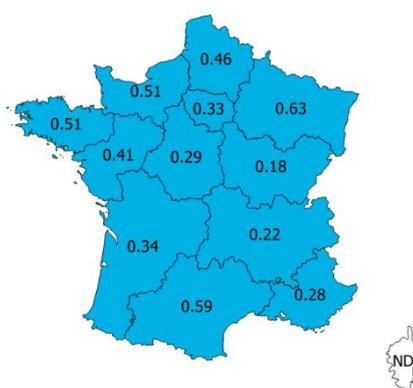
Au niveau national, les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois apparaissaient significativement liées aux facteurs suivants :

- 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^{er} tercile semblait 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 semblaient pas significativement liés aux tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois.

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



■ Pas de différence significative

ND : non disponible

* 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 ménage ordinaire. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

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

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 ménage ordinaire.

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 Grand Est, les prévalences des tentatives de suicide respectivement au cours de la vie et au cours des douze derniers mois ont significativement augmenté entre 2005 et 2017.

Situation en 2017 :

- Prévalence et effectif

En 2017, 4,9 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en région Grand Est déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 192 000 personnes), et 8,2 % 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 0,63 %, soit environ 25 000 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^{er} 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 TS 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 ont dû 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.

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 tentative de suicide** : 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.

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

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

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 ;

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 %.

BIBLIOGRAPHIE

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
- Panorama Urgences 2017, Activité des structures d'urgences, Région Grand Est, Est-RESCUE. www.est-rescue.fr.
- 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 : 8p.
- 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. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](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>
- Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidémiol Hebd. 2019; (3-4):38-47.

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, 10^{ième} 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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITES SUICIDAIRES GRAND EST

Oriane Broustal, Francis Chin, Christine Chan-Chee, Christophe Léon, Nadège Marguerite, Enguerrand du Roscoät, Marie-Michèle Thiam, Michel Vernay, ainsi que les équipes de la Direction, appui, traitements et analyses des données (DATA), la Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT), la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), du groupe du Baromètre Santé 2017 de Santé publique France et du GEPP Santé Mentale

REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie 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®, l'Observatoire régional des urgences Est-Rescue, le 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 et l'Agence régionale de santé Grand Est

CONTACT

Santé publique France Grand Est, GrandEst@santepubliquefrance.fr