

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Introduction p.2 Décès par suicide (Source : CépiDc) p.3 Hospitalisations pour tentatives de suicide (Source : PMSI-MCO) p.5 Décès par suicide et hospitalisations – Inégalité départementale p.7 Passages aux urgences pour tentatives de suicide (Source : Oscour®) p.8 Conduites suicidaires (Source : Baromètre de Santé publique France 2017) p.14 Prévention p.21 Méthodologie p.23 Les travaux de l'ORS Nouvelle-Aquitaine p.24 Pour en savoir plus p.25 Sigles, remerciements et contacts p.26

ÉDITO

La situation en Nouvelle-Aquitaine est plus défavorable qu'au niveau national pour les indicateurs de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour tentative de suicide. Cette situation est contrastée selon l'âge et le sexe, avec une mortalité importante chez les hommes, des conduites suicidaires plus élevées chez les femmes avec des hospitalisations plus fréquentes chez les adolescentes. Pour les cliniciens de la santé mentale, le suicide est la préoccupation majeure et leur action sur le risque suicidaire est au cœur des priorités. Ceci est vrai tout au long de la vie des individus et notamment chez les plus jeunes puisque le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Fort de ce constat, les acteurs régionaux se mobilisent, à l'instar de la journée nationale pour la prévention du suicide, qui mobilise l'ensemble des acteurs concernés, chaque année en février. Ainsi, les indicateurs présentés dans ce BSP (dont un encart des travaux de l'ORS avec une approche territoriale fine) ont vocation à étayer les orientations de l'Agence Régionale de Santé (ARS), s'inscrivant pleinement dans la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie proposée le 28 juin 2018 par le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de Psychiatrie (CSSMP). Le suicide est un phénomène complexe et prévalent, trop souvent stigmatisé et dramatique pour les familles touchées. Pourtant les suicides sont évitables dans une majorité de situations. Un ensemble de mesures, visant à prévenir les tentatives de suicide et le suicide, est possible au niveau de la population générale, des populations vulnérables et au niveau individuel. Cela nécessite la mise en place d'une stratégie globale multisectorielle de prévention. L'ARS NA s'est ainsi engagée dans plusieurs axes de prévention: formation de professionnels au repérage du risque suicidaire, lignes d'écoute téléphonique dédiées (grand public et professionnels de santé), sachant que parallèlement les MSA ont développé des lignes dédiées aux salariés et exploitants agricoles. En prévention de la récurrence suicidaire l'ARS NA a impulsé la mise d'un dispositif de recontact des suicidants. En ce qui concerne l'offre de soin sur l'ensemble du territoire l'ARS souhaite promouvoir le développement d'un centre d'accueil et de crise. Ces actions doivent permettre de mieux reconnaître le suicide et in fine d'apporter de l'aide à ceux qui ont tenté à leur vie ou qui sont à risque de le faire.

Pr Cédric Galera- responsable centre de référence des déficits de l'attention pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent- Pr Université de Bordeaux et Praticien hospitalier (Hôpital Charles Perrens). Co-directeur de l'équipe healthy santé des jeunes (Inserm UMR 1219, Isped) et Dr Stéphanie Vandentorren- responsable Santé Publique France en région Nouvelle Aquitaine

POINTS CLÉS EN REGION

Décès par suicide des 10 ans et plus (source: CépiDc)

- Avec **1037 décès** par suicide en 2015 (dont 77,2 % d'hommes), la région Nouvelle-Aquitaine présentait un **taux de mortalité par suicide (18,7 pour 100 000 habitants) au-dessus du taux national**. On y observait néanmoins de fortes disparités départementales : la Corrèze enregistrait ainsi le taux le plus élevé de la région, avec 26,4 décès par suicide pour 100 000 habitants contre 14,7 dans le département de la Gironde. **Les hommes étaient plus touchés que les femmes**. Les modes de suicides les plus fréquents étaient **les pendaisons quel que soit le sexe, puis les intoxications médicamenteuses pour les femmes et les armes à feu pour les hommes**.

Hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus (source: PMSI)

- En 2017, le **taux régional d'hospitalisation pour tentative de suicide s'élevait à près de 174,2 hospitalisations pour 100 000 habitants et était au-dessus du taux national**. C'était chez **les adolescentes âgées de 15 à 19 ans** qu'il était le plus élevé. Les départements de la Gironde et de la Charente-Maritime étaient les plus touchés avec respectivement 228,5 et 228,0 hospitalisations pour 100 000 habitants. Inversement, la situation apparaissait beaucoup plus favorable dans le département des Pyrénées-Atlantiques (65,2 hospitalisations pour 100 000 habitants).

Passages aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus (source: Oscour®)

- En 2017, la région Nouvelle-Aquitaine a enregistré **8467 passages aux urgences pour tentative de suicide, dont 64 % de femmes**. Plus de neuf passages sur 10 (92 %) résultaient d'une auto-intoxication médicamenteuse. Sur l'ensemble de la région, 7 % des patients passés aux urgences pour tentative de suicide en 2017 ont réitéré leur geste au moins une fois dans les six mois suivants le premier passage. C'était dans les départements de la Charente, Corrèze et Haute-Vienne que ce taux était le plus élevé où il atteignait 11% pour chacun de ces départements.

Conduites suicidaires déclarées chez les 18-75 ans (source: Baromètre de Santé publique France)

- En 2017, en Nouvelle-Aquitaine 7 % des habitants déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie. 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, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois était de 5,2 %.

INTRODUCTION

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

Depuis les années 2000, la France s'est dotée d'une stratégie nationale d'action face au suicide complétée par deux plans « psychiatrie et santé mentale » et a élaboré un programme national d'action contre le suicide 2011-2014 (2-5). En 2013, la volonté d'agir contre le suicide a été réaffirmée par le Ministère des Affaires sociales et de la santé avec la création de l'Observatoire national du suicide (ONS) copiloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France. Cet observatoire avait pour missions de coordonner et d'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 lumière les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France (données en 2011) malgré une situation globalement favorable au regard des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres.

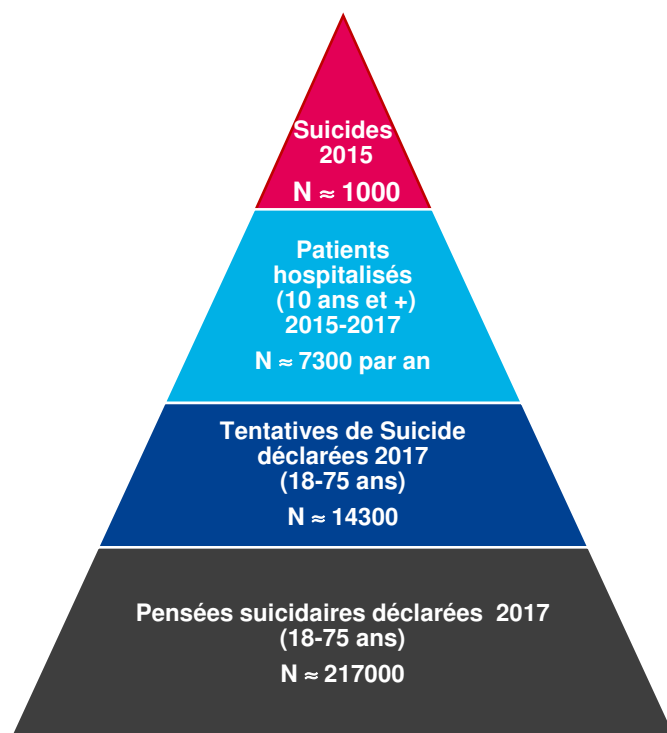
L'objectif de ce travail est de faire **un état des lieux régional de 4 indicateurs à partir de 4 sources de données** :

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

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

- (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 (SOURCE : CÉPIDC)

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

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

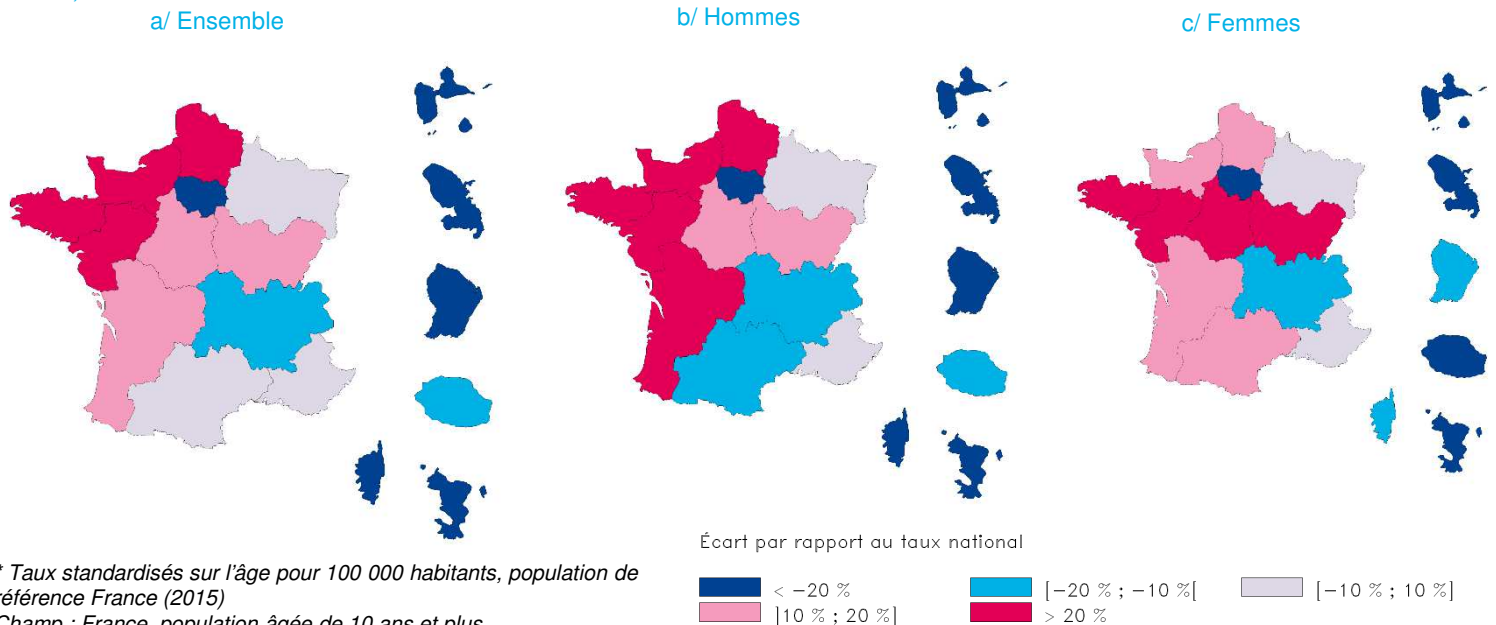
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm-CépiDc montrait que les anciennes régions Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin avaient respectivement des taux de sous-déclaration du taux de suicide estimés respectivement de 6,0 %, 2,2 % et 1,2 %. Les taux régionaux étaient compris entre 46 % (Île-de-France) et 0,3 % (Bretagne). Dans ce contexte, les indicateurs présentés doivent être interprétés avec prudence. [Source : [rapport de l'ONS, 2016](#)]

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Nouvelle-Aquitaine

En 2015, 1037 personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine se sont suicidées et 77,2 % d'entre elles étaient des hommes (n=801). Avec un taux standardisé de 18,7 suicides pour 100 000 habitants, la Nouvelle-Aquitaine se situait parmi les régions présentant un taux supérieur au taux national (15,6 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux de suicide (31,6 pour 100 000 habitants) était parmi les plus élevés en France. Chez les femmes le taux de suicide (8,0 pour 100 000 habitants), était également au-dessus du taux national (Figure 1).

Figure 1 : Écart des taux régionaux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2015



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

Champ : France, population âgée de 10 ans et plus

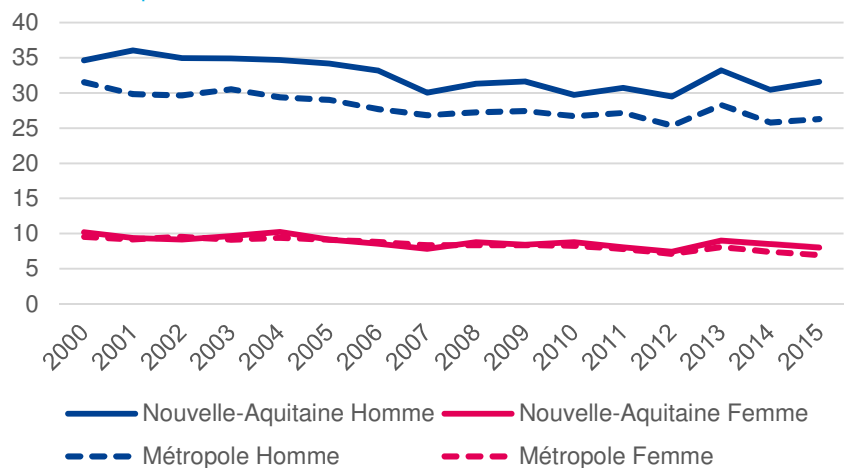
Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

• Evolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a varié de 20,8 à 17,4 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine.

Une tendance à la baisse s'observait également selon le sexe (Figure 2). Chez les hommes, le taux standardisé a en effet varié de 34,7 en 2000 à 29,5 pour 100 000 hommes en 2015. Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge s'élevait à 10,2 suicides en 2000 et à 7,4 suicides pour 100 000 femmes en 2015.

Figure 2 : Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge, par sexe en Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine, 2000-2015



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

Champ : Nouvelle-Aquitaine, population âgée de 10 ans et plus

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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

• Répartition par sexe et âge

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

En Nouvelle-Aquitaine, entre 2013 et 2015, les hommes représentaient 76,2 % (n=2391) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les 50-54 ans représentaient par ailleurs la part des suicides la plus importante (10,5 %, n=329) et les 10-14 ans la plus faible (0,3%, n=8). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à eux 9,7 % des suicides (n=303) (Figure 3). Les jeunes de moins de 25 ans représentaient 3,6 % tandis que les personnes de 60 ans et plus représentaient 44,6 % de l'ensemble des suicides.

Les suicides représentaient la plus importante part des causes de décès chez les 25-29 ans (21,4%) et chez les 30-34 ans (20,1 %). Chez les plus jeunes (10-14 ans) les suicides constituaient 9,2 % des décès versus 0,4 % chez les plus âgés (85 ans et plus) (Tableau 1).

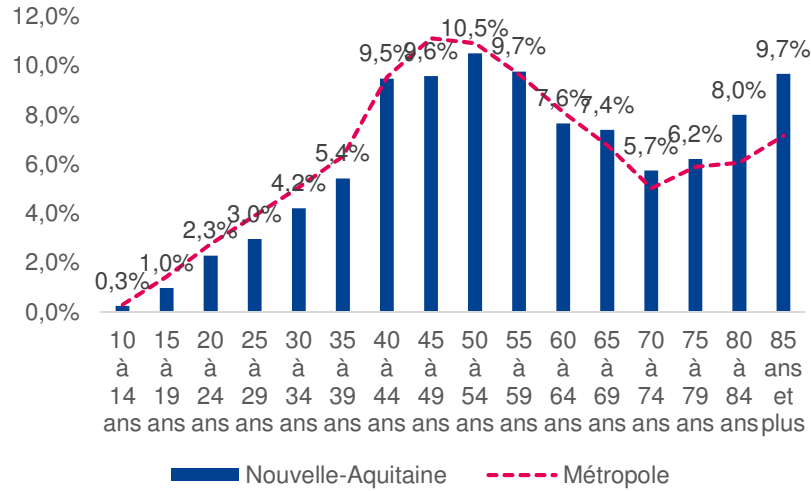
Entre 2013-2015, les suicides ont représenté 1,7 % (n=3139) des décès toutes causes confondus contre 1,6 % (n=27 965) au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 2,6 % (n=2391) dans la région contre 2,5 % (n=21 152) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,8 % (n=748) comme au niveau national (n=6 813).

• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Nouvelle-Aquitaine était la pendaison (53,3 % en région, 56,6 % au niveau national) et ceci aussi bien chez les hommes (56,8 %) que chez les femmes (42,4 %).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (24,0 %) et chez les femmes il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (22,1 %), puis de la noyade (12,8 %).

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Nouvelle-Aquitaine, 2013-2015 (n=3139)



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

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

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

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

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2015

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Auto-intoxication médicamenteuse	286	9,1	22,1	5,1
Objet tranchant	41	0,8	1,3	1,3
Auto-intoxication par d'autres produits	63	2,0	3,1	1,7
Pendaison	1 674	53,3	42,4	56,8
Saut dans le vide	131	4,2	7,2	3,2
Arme à feu	595	19,0	2,9	24,0
Noyade	161	5,1	12,8	2,7
Collision intentionnelle	33	1,1	1,3	1,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	24	0,8	0,9	0,7
Mode non précisé	236	7,5	9,8	6,8

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

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

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

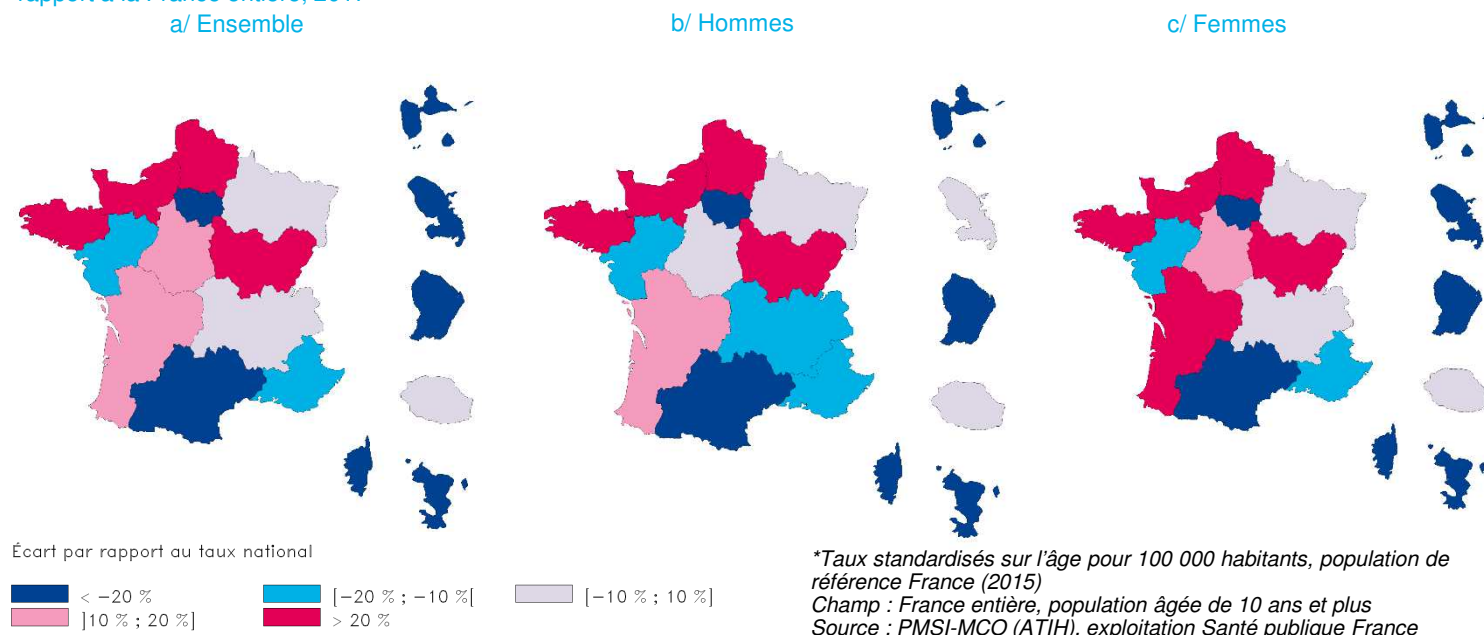
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir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

• Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, Nouvelle-Aquitaine

Entre 2008 et 2017, 8908 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Nouvelle-Aquitaine chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 98 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 174,2 pour 100 000 habitants en 2017, la région Nouvelle-Aquitaine se situe au-dessus du taux national (148,0 pour 100 000 habitants) sans être parmi les régions présentant les taux les plus importants (Figure 4).

Figure 4 : Ecart des taux régionaux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2017

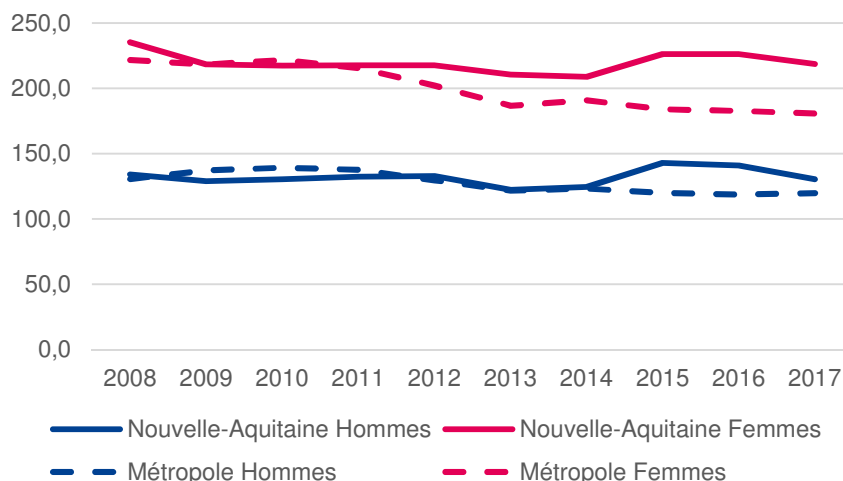


• Evolution temporelle

A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisations pour TS est en diminution depuis 2010. En Nouvelle-Aquitaine, le taux est resté relativement stable aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Figure 5).

A l'échelle départementale, une tendance à la baisse est observée dans la Creuse depuis 2010 et dans les Pyrénées-Atlantiques depuis 2011. En Charente, le taux d'hospitalisations pour TS est en diminution constante depuis 2008.

Figure 5 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge, par sexe en Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine, 2008-2017



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

Champ : Nouvelle-Aquitaine, population âgée de 10 ans et plus
Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

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

• Répartition par sexe et âge

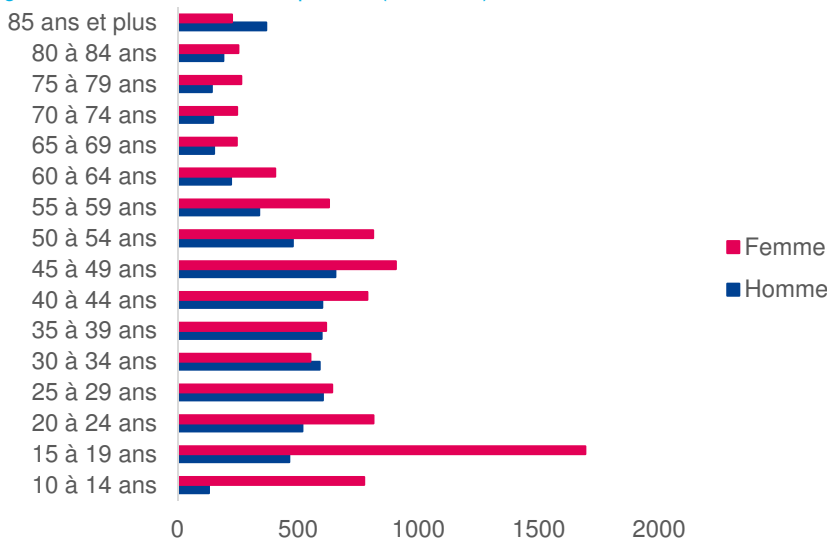
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 63 % (17 461/27 755) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. Pendant cette période de 3 ans, en termes d'âge, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (1693 pour 100 000). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 45-49 ans (655 pour 100 000), taux cependant élevé dans cette classe d'âge également chez les femmes (906 pour 100 000) (Figure 6).

• Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 81,2 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les automutilations par objets tranchants (11,5 %) puis les intoxications non médicamenteuses (8,0 %) et les pendaïsons (2,4 %) (Tableau 3).

Au total, 319 décès ont été rapportés parmi les 27 755 hospitalisations soit un taux de létalité de 11 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 21 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 6 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les TS par arme à feu (203 décès pour 1 000 hospitalisations), par expositions aux fumées, gaz ou flammes (184 décès pour 1 000 hospitalisations) et par pendaïson (155 décès pour 1000 hospitalisations). L'auto-intoxication médicamenteuse et l'automutilation présentaient les taux de létalité les plus faibles (respectivement 3,9 et 4,7 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS).

Figure 6 : Taux bruts des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Nouvelle-Aquitaine (n=27755)



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

• Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 27 755 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 88 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 60 % des cas.

La durée médiane des séjours était de 1 jour pour tous âges. Les durées médianes les plus fortes étaient observées parmi les 85 ans et plus (5 jours) et parmi les 80-84 ans (3 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par arme à feu et saut dans le vide (respectivement 5 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire et automutilation (Tableau 3).

Tableau 3 : Part des modes de tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS), 2015-2017, Nouvelle-Aquitaine

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	22 536	81,2	84,1	76,2	1,0	3,9
Objet tranchant	3 185	11,5	12,9	9,1	1,0	4,7
Auto-intoxication par d'autres produits	2 220	8,0	6,5	10,5	1,0	8,6
Pendaïson	677	2,4	1,3	4,4	1,0	155,1
Saut dans le vide	324	1,2	1,0	1,5	5,0	77,2
Arme à feu	202	0,7	0,1	1,8	5,0	203,0
Noyade	92	0,3	0,3	0,4	1,0	87,0
Collision intentionnelle	92	0,3	0,3	0,5	2,0	10,9
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	76	0,3	0,1	0,6	1,5	184,2
Mode non précisé	772	2,8	1,7	4,6	1,0	18,1

Note : Les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

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

Situation en 2015

En Nouvelle-Aquitaine, les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) variaient selon les départements. Cependant, les inégalités territoriales observées n'étaient pas identiques pour les suicides et les TS. En effet, la Gironde présentait le plus faible taux de mortalité par suicide (14,7 pour 100 000) mais le plus fort taux d'hospitalisation pour TS (228,5 pour 100 000). A l'inverse, la Corrèze apparaissait le territoire le plus touché par la mortalité par suicide (26,4 pour 100 000) et comme un territoire intermédiaire pour les hospitalisations pour TS (170,6 pour 100 000). La Charente-Maritime et la Dordogne étaient respectivement le 2^{ème} et 3^{ème} territoire présentant les plus forts taux de mortalité par suicide (respectivement 22,6 et 22,1 pour 100 000) mais également les plus forts taux d'hospitalisation pour TS (respectivement 228 et 214,9 pour 100 000) (Figures 7 et 8).

Figure 7 : Taux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Nouvelle-Aquitaine (n=1037)

Taux régional = 18,7 pour 100 000

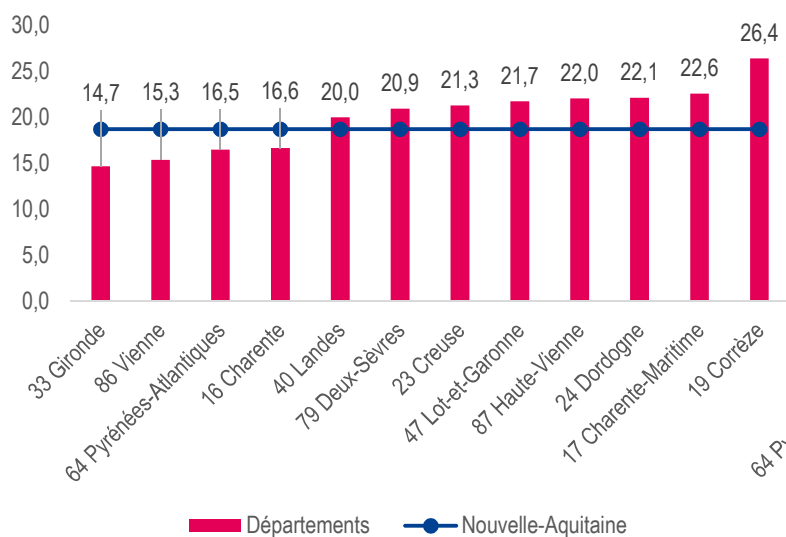
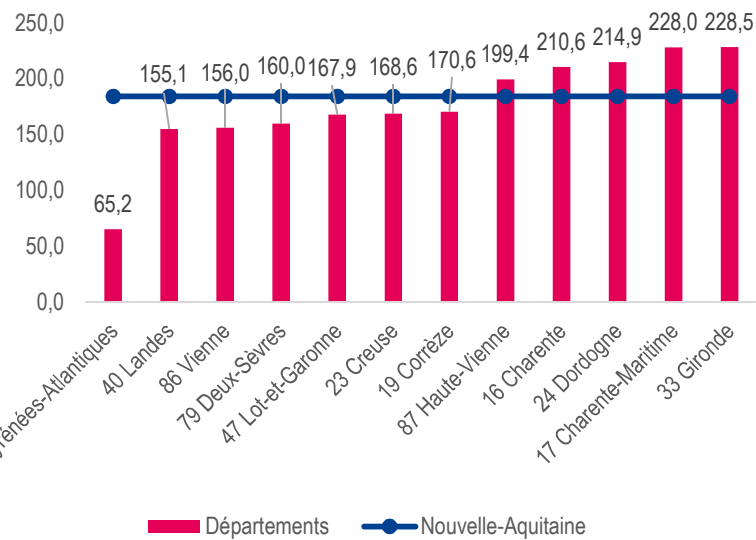


Figure 8 : Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Nouvelle-Aquitaine (n=9408)

Taux régional = 184,3 pour 100 000



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

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

Un territoire...des territoires

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

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

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

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

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

Aucune des sources de données de surveillance des suicides et tentatives de suicides, présentées dans ce bulletin (causes médicales de décès et séjours hospitaliers enregistrés dans le PMSI) 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 Nouvelle-Aquitaine, le réseau Oscour® repose sur 67 des 68 structures d'urgences (SU) et couvrait, en 2017, 96 % des 1 747 329 passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#).

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants est proche de l'exhaustivité (99 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis est bonne mais demeure hétérogène entre les départements en 2017 (Tableau 4). Dans le Lot-et-Garonne, elle n'est pour le moment que de 57,3 %.

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 ou de comparer les régions entre elles mais de décrire les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des tentatives de suicide identifiées dans les recours aux SU participant au réseau Oscour® en 2017 dans la région.

Tableau 4 : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® en Nouvelle-Aquitaine, 2017

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Charente	5/5 (100 %)	98,2
Charente-Maritime	8/8 (100 %)	80,0
Corrèze	3/3 (100 %)	98,1
Creuse	2/2 (100 %)	97,9
Dordogne	4/4 (100%)	73,4
Gironde	15/15 (100 %)	87,8
Landes	2/3 (67 %)	98,4
Lot-et-Garonne	4/4 (100 %)	57,3
Pyrénées-Atlantiques	9/9 (100 %)	93,7
Deux-Sèvres	5/5 (100 %)	79,3
Vienne	5/5 (100 %)	79,3
Haute-Vienne	5/5 (100 %)	96,3
Nouvelle-Aquitaine	67/68 (99 %)	

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

Identification des passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le regroupement syndromique « Geste suicidaire », 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 composé d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des passages aux urgences pour tentatives de suicide. Ce regroupement est appliqué pour les recours aux urgences 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 diagnostiques retenus dans le regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire » correspondent aux codes également utilisés pour le recensement des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide dans la base de données du PMSI.

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

Tableau 5 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire », 2017

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

Sources : CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} version)
Oscour®, (Santé publique France)

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

➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

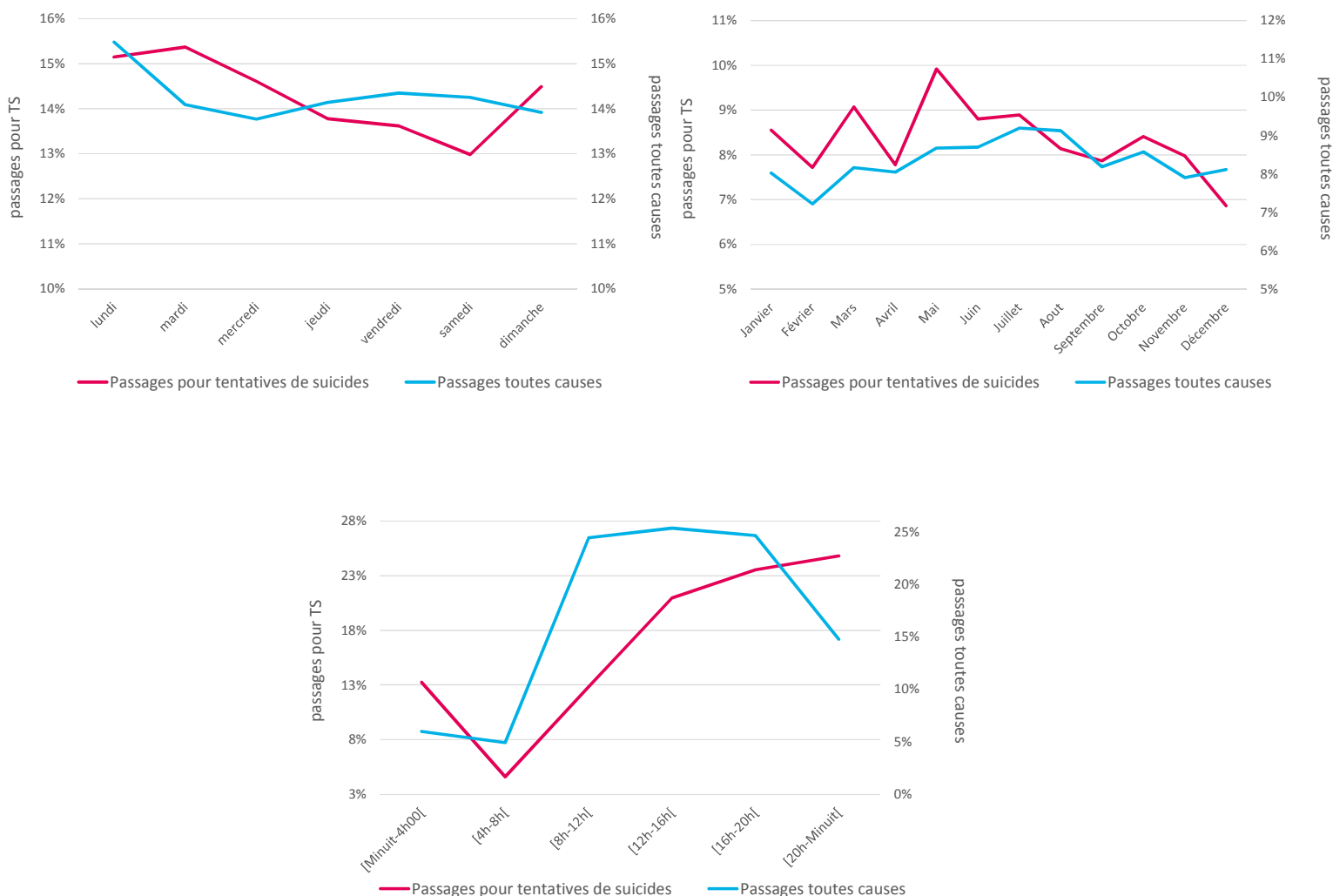
Au total, en 2017, 8467 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 67 services d'urgences (SU) de Nouvelle-Aquitaine participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 23 recours quotidiens et près de 6 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représente 12 % du total national.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondues met en évidence une augmentation modérée des passages aux urgences pour TS en janvier et en mars avec un pic en avril, puis au début de l'automne (octobre) (Figure 9).

L'analyse quotidienne pointe l'augmentation des recours pour TS le mardi (Figure 9bis) et la répartition horaire la recrudescence importante des passages pour TS en soirée et en début de nuit (44 % des recours pour TS de 17h à minuit) alors qu'on observe une tendance inverse pour les recours toutes causes (Figure 9ter).

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

Figures 9, 9bis et 9ter : Répartitions quotidienne, mensuelle et horaire de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicides dans les structures d'urgences (SU) en Nouvelle-Aquitaine participant au réseau Oscour®, 2017



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

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

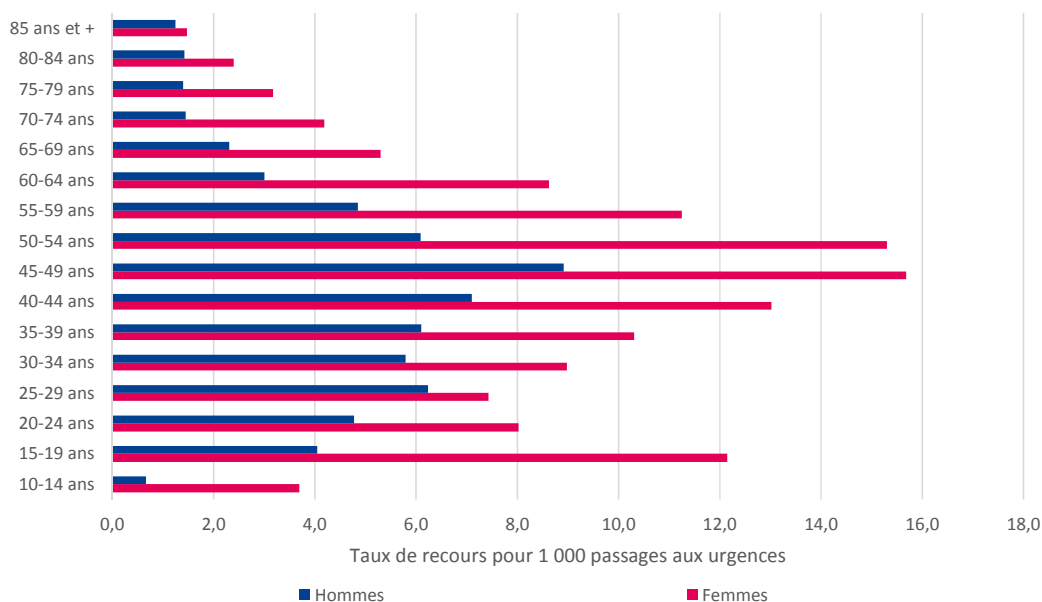
En Nouvelle-Aquitaine, 97,5% des recours aux urgences pour TS dans les SU concernaient des personnes résidant dans la région, 2,4 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine et 0,1 % des ressortissants de pays étrangers.

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (64 %, n=5391) alors que le sexe ratio H/F est équilibré dans les recours toutes causes confondues. La répartition par sexe et par classes d'âges retrouve une sur-représentation des femmes dans toutes les classes d'âges dans les recours pour TS avec 2 pics, respectivement chez les 45-49 ans et chez les 50-54 ans (Figure 10).

Chez les hommes, la distribution des recours pour TS augmente régulièrement jusqu'au pic de recours observé chez les 45-49 ans puis diminue (Figure 10).

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

Figure 10 : Taux de recours pour tentative de suicide pour 1 000 passages toutes causes confondues par classe d'âges et par sexe, SU en Nouvelle-Aquitaine, 2017



Source : Oscour® (Santé publique France)

➤ Modes de tentatives de suicide

Plus de 9 recours pour TS sur 10 résultaient d'intoxications médicamenteuses (92 %) (Tableau 6). Leur fréquence élevée quel que soit le sexe variait de 85 à 94 % selon la classe d'âge.

Parmi les intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses représentaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 46 % (n=3557),
- les intoxications aux benzodiazépines (T424) : 43 % (n=3321) des recours,
- autres psychotropes (T43) : 16 % (n=1215),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) : 9 % (n=729),
- le paracétamol (T391) : 6 % (n=443).

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

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

Tableau 6 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Nouvelle-Aquitaine, passages aux urgences, 2017

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxication médicamenteuse	5140 (95 %)	2617 (85 %)	7757 (92 %)
Objet tranchant	140 (3 %)	269 (9 %)	409 (5 %)
Auto-intoxication par d'autres produits	45 (1 %)	50 (2 %)	95 (1 %)
Pendaison	21 (<1 %)	74 (2 %)	95 (1 %)
Saut dans le vide	13 (<1 %)	12 (<1 %)	25 (<1 %)
Arme à feu	1 (<1 %)	14 (<1 %)	15 (<1 %)
Noyade	13 (<1 %)	7 (<1 %)	20 (<1 %)
Collision intentionnelle	1 (<1 %)	1 (<1 %)	2 (<1 %)
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	2 (<1 %)	5 (<1 %)	7 (<1 %)
Mode non précisé et séquelles	36 (1 %)	36 (1 %)	72 (1 %)

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

➤ Provenance et orientation des recours aux urgences pour Tentatives de suicide

Lorsque la provenance était renseignée (87 % des recours), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (98%). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans près de 79 % des cas.

Lorsque le mode de sortie était renseigné (99 % des recours), 80 % des suicidants ont été hospitalisés, dans l'établissement de recours (73 %) ou dans un autre établissement de soins (7%). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (94 %) réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-odontologie) et seuls 6 % en unités psychiatriques. La majorité des hospitalisations pour lesquelles l'orientation était renseignée (80 %) était effectuée en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (79 %) et 15 % en unité de médecine hors unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

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

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

Seuls les patients avec un primo-recours aux urgences pour TS en 2017 ont été pris en compte dans l'analyse. L'élargissement de la période d'étude du 01/01/2018 au 30/06/2018 visait à recenser et à 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 Nouvelle-Aquitaine ont été inclus dans cette analyse afin de limiter le risque de perte de vue pour les non-résidents dans la région pour lesquels la probabilité de nouveau recours pour TS à une structure d'urgence de la région est plus faible que pour les résidents.

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

Au total, 8467 recours aux urgences pour TS, correspondant à 5874 patients résidant en Nouvelle-Aquitaine ont été recensés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans les SU de Nouvelle-Aquitaine participant au réseau Oscour®.

Parmi ces 5874 patients, 437 (7 %) 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 forts ont été observés dans les départements de la Charente, Corrèze et Haute-Vienne (respectivement 11 %) (Tableau 7).

Tableau 7 : Estimation du taux de récurrence de tentative de suicide dans les 6 mois parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, selon le département de résidence, Nouvelle-Aquitaine

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence (%)
Charente	578	65	11
Charente-Maritime	769	65	8
Corrèze	314	33	11
Creuse	105	9	9
Dordogne	236	1	0
Gironde	812	45	6
Landes	638	22	3
Lot-et-Garonne	555	29	5
Pyrénées-Atlantiques	675	61	9
Deux-Sèvres	264	15	6
Vienne	497	43	9
Haute-Vienne	431	49	11
Nouvelle-Aquitaine	5 874	437	7

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

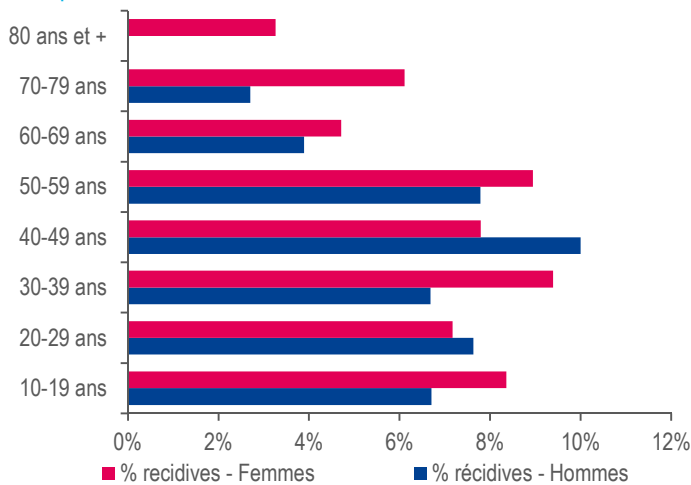
PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

Le taux de récurrence dans les 6 mois est identique chez les hommes (7,1 % (151/2123)) et chez les femmes (7,6 % (286/3751)) et varie selon la classe d'âge.

Il est maximum pour les femmes parmi les 30-39 ans et pour les hommes parmi le 40-49 ans (Figure 11).

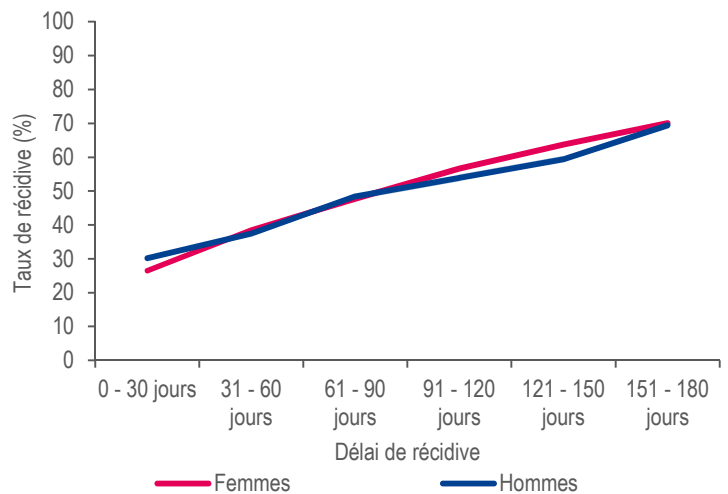
Le délai à la 1^{ère} récurrence est globalement similaire quel que soit le sexe. Plus de la moitié des patients récidivistes (56 %) réitèrent leur geste suicidaire dans les 4 mois [91 à 120 jours] suivant un premier recours pour TS et 70 % dans les 6 mois. Le délai médian à la première récurrence est de 3 mois à la fois chez les hommes et chez les femmes (Figure 12).

Figure 11 : Taux de récurrence de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âge et par sexe, SU en Nouvelle-Aquitaine, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Champ : 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, SU en Nouvelle-Aquitaine, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Discussion, conclusion

Les principales caractéristiques épidémiologiques des recours pour TS dans les SU en Nouvelle-Aquitaine, sont cohérentes et complémentaires à celles décrites dans les autres sources de données (CepiDC et PMSI-MCO) présentées dans ce bulletin.

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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE)

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 (PMSI, CépiDc, Oscour®). Elles permettent, d'une part, de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide en population générale et, d'autre part, d'approfondir l'étude des facteurs associés, notamment en termes de profils sociodémographiques. Ce travail présente une estimation de la prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine, et plus particulièrement en région Nouvelle-Aquitaine, à partir de l'exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Les évolutions des prévalences à trois temps de mesure (2005, 2010 et 2017) sont présentées aux niveaux national et régional. Par ailleurs, les associations avec d'autres facteurs sont aussi présentées.

Description de l'échantillon en région Nouvelle-Aquitaine

Pour la région Nouvelle-Aquitaine, 2 484 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 9,8 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi elles, 44 % (n=1 090) étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans représentaient 8% (n=199), celles âgées de 25 à 54 ans représentaient 47 % (n=1174) et les 55-75 ans représentaient 45 % (n=1109).

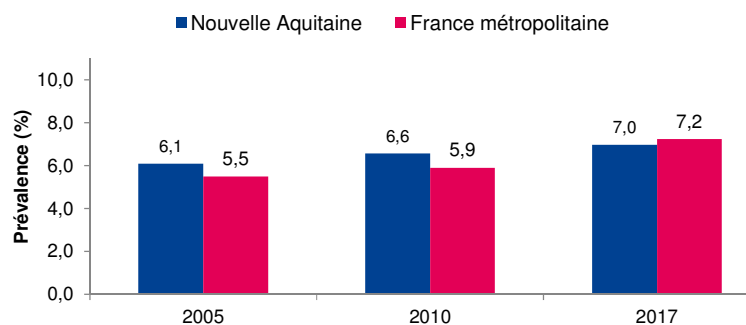
Evolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en 2005, 2010 et 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** a diminué de façon significative entre 2005 et 2010 (de 5,2 % à 4,0 %) puis augmenté significativement entre 2010 et 2017 pour atteindre 4,7 %, niveau comparable à 2005. La tendance est la même qu'au niveau de la France métropolitaine (Figure 13).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** en région Nouvelle-Aquitaine est passée de 6,1 % en 2005 à 7,0 % en 2017. L'augmentation a été significative au niveau national entre 2005 et 2017 passant de 5,5 à 7,2 % (Figure 14).

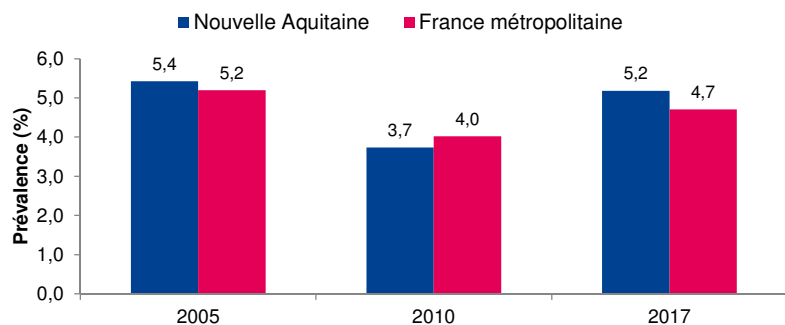
La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** a augmenté significativement entre 2005 et 2010 en région Nouvelle-Aquitaine, pour atteindre une valeur de 0,49% en 2010 puis a diminué en 2017 (0,32 %). La tendance est la même au niveau national (Figure 15).

Figure 14 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, en région Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine



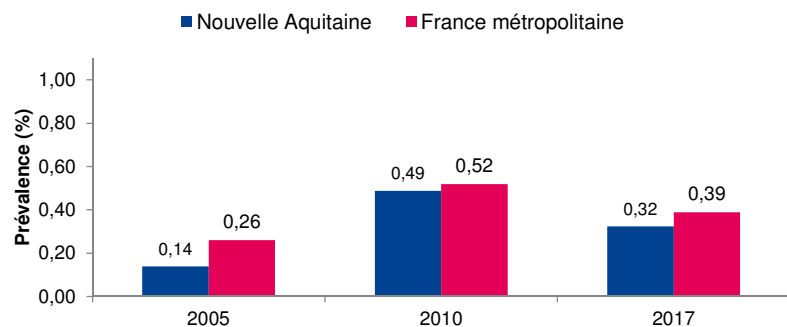
Prévalence pour 100 habitants
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires
Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

Figure 13 : Evolution de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine



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

Figure 15 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine



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

CONDUITES SUICIDAIRES

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

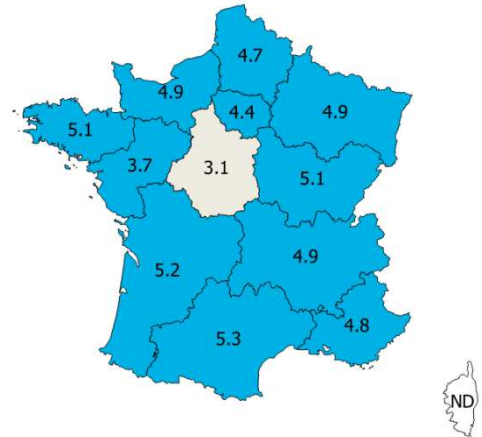
Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois en région Nouvelle-Aquitaine était estimée à 5,2 % (Figure 16a). Cette prévalence ne diffère pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 4,7% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

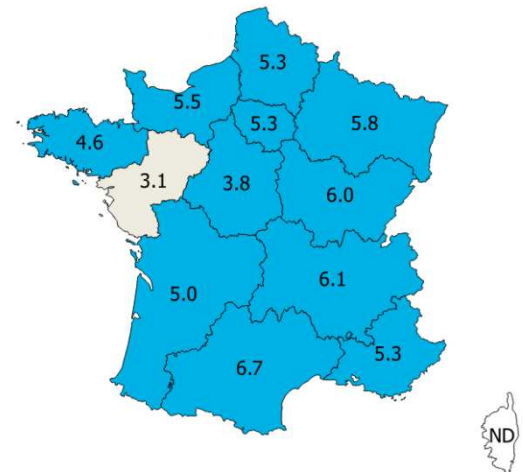
En région Nouvelle-Aquitaine, chez les hommes, la prévalence était de 5,3 % (Figure 16b), et chez les femmes, elle était de 5,0 % (Figure 16c). Ces deux prévalences ne sont pas significativement différentes entre elles, et ne sont pas différentes de celles observées en France métropolitaine (4,0% chez les hommes et 5,4% chez les femmes).

Figure 16 : Prévalence standardisée des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine

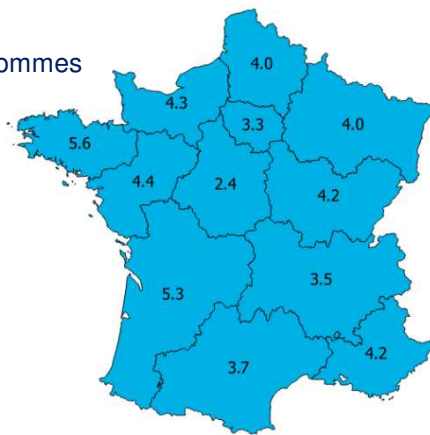
a/ Ensemble



c/ Femmes



b/ Hommes



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

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

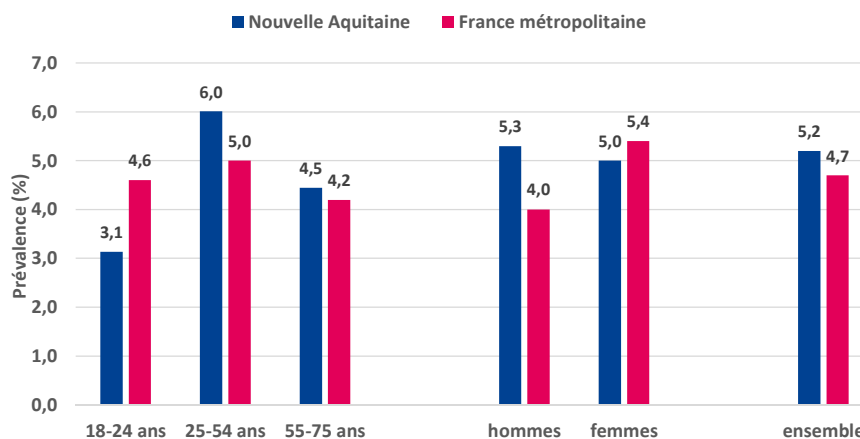
* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

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

Comparaison selon le sexe et l'âge

En région Nouvelle-Aquitaine, la **prévalence apparaît plus élevée chez les 25-54 ans** (6,0 %), puis chez les 55-75 ans (4,5 %) (Figure 17). La prévalence chez les 18-24 ans était de 3,1 %. La distribution des prévalences par âge et sexe est identique en région Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine.

Figure 17 : Prévalence standardisée des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine



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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

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, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine, N=25 038

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
Age	*		
18-24 ans (réf.) (n=2274)	4,6	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	5,0	1,3	[1,0-1,8]
55-75 ans (n=9909)	4,2	1,3	[0,9-1,8]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9597)	5,1	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	4,1	0,8*	[0,6-1,0]
Supérieur au Bac (n=10223)	4,4	1,1	[0,9-1,3]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs ¹ (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
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]

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

Résultats issus d'une régression logistique multivariée

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

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

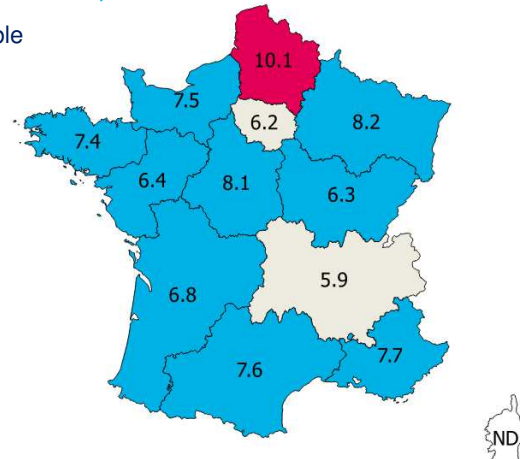
Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en région Nouvelle-Aquitaine était estimée à 6,8 % (Figure 18a). Cette prévalence ne différait pas significativement de celles de la majorité des autres régions. Elle était de 7,2% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

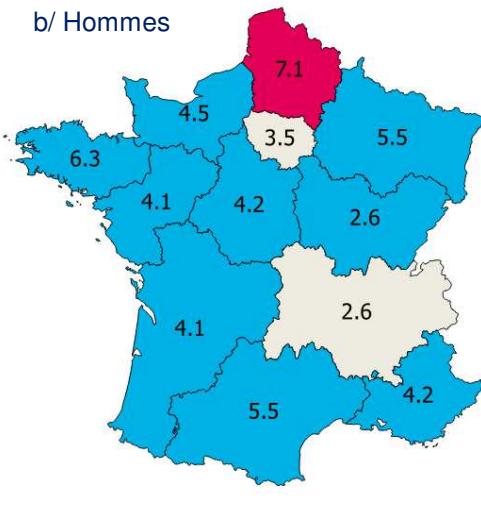
En région Nouvelle-Aquitaine, chez les hommes, la prévalence était de 4,1 % (Figure 18b), et chez les femmes, elle était de 9,4 % (Figure 18c). Les prévalences étaient respectivement de 4,4% chez les hommes et 9,9% chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

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

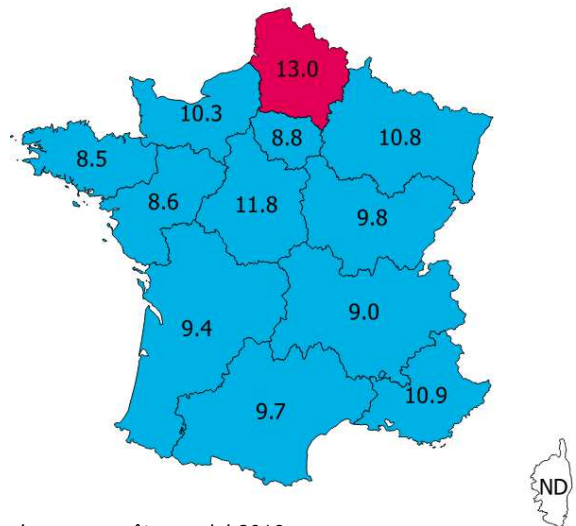
a/ Ensemble



b/ Hommes



c/ Femmes



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

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

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

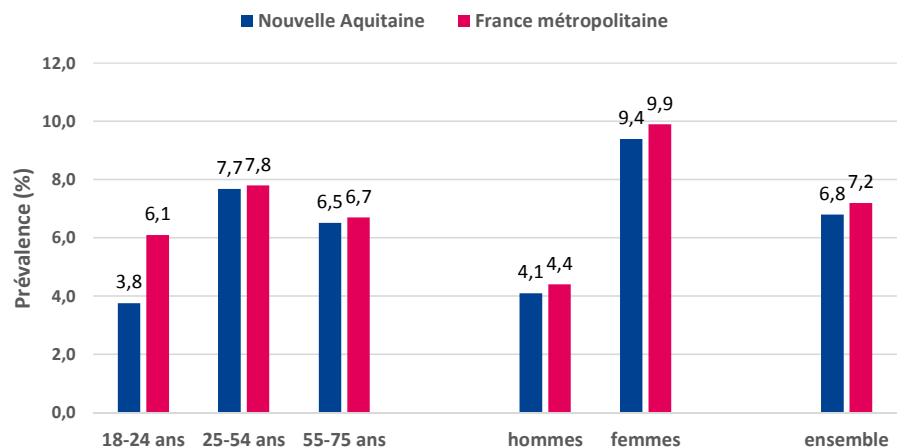
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Comparaison selon le sexe et l'âge

Figure 19 : Prévalence standardisée des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine

En région Nouvelle-Aquitaine, la prévalence apparaît la plus élevée chez les 25-54 ans (7,7 %). Elle était de 3,8% chez les 18-24 ans et de 6,5 % chez les 55-75 ans (Figure 19). La répartition par classes d'âge en région Nouvelle-Aquitaine ne différait pas significativement de celle observée en France métropolitaine.

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



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

CONDUITES SUICIDAIRES

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, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 903)

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,4	- 1 -	
Femme (n=13708)	9,9	1,9***	[1,7-2,2]
Age	**		
18-24 ans (réf.) (n=2273)	6,1	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	7,8	1,5**	[1,1-1,9]
55-75 ans (n=9911)	6,7	1,2	[0,9-1,5]
Niveau de diplôme	***		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9598)	9,0	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	6,6	0,8	[0,7-1,0]
Supérieur au Bac (n=10224)	4,9	0,7***	[0,6-0,9]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19512)	6,3	- 1 -	
Oui (n=5784)	11,7	1,7***	[1,5-2,0]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14390)	5,8	- 1 -	
Chômage (n=1815)	11,3	1,2	[1,0-1,5]
Inactifs ¹ (n=9091)	8,4	1,5***	[1,2-1,8]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7239)	10,7	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	6,4	0,8*	[0,7-1,0]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	4,2	0,8**	[0,6-0,9]
NSP/Refus (n=1180)	4,7	0,7*	[0,5-1,0]
Catégorie d'agglomération	*		
Rurale (réf.) (n=6663)	6,5	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18547)	7,5	1	[0,9-1,2]
Parents décédés ou malades avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=19965)	6,2	- 1 -	
Oui (n=5296)	11,0	1,2**	[1,1-1,4]
Climat de violence entre parents avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=20153)	4,7	- 1 -	
Oui (n=5066)	16,2	2,1***	[1,8-2,4]
Parents divorcés ou séparés avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=21154)	6,0	- 1 -	
Oui (n=4093)	12,4	1,2*	[1,1-1,5]
Graves problèmes d'argent vie	***		
Non (réf.) (n=20133)	4,5	- 1 -	
Oui (n=5137)	16,4	2,2***	[1,9-2,5]
Perte être cher vie	***		
Non (réf.) (n=19158)	6,4	- 1 -	
Oui (n=6132)	9,8	1,2*	[1,0-1,4]
Attouchements / rapports sexuels forcés vie	***		
Non (réf.) (n=23736)	5,7	- 1 -	
Oui (n=1477)	30,7	3,7***	[3,1-4,4]
Consommation quotidienne d'alcool	NS		
Non (réf.) (n=22584)	7,2	- 1 -	
Oui (n=2712)	7,8	1,2	[0,9-1,5]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19303)	5,5	- 1 -	
Oui (n=5958)	11,9	1,7***	[1,5-2,0]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

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 Nouvelle-Aquitaine était estimée à 0,34 % (Figure 20). On ne notait pas de différence significative sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

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

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

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

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

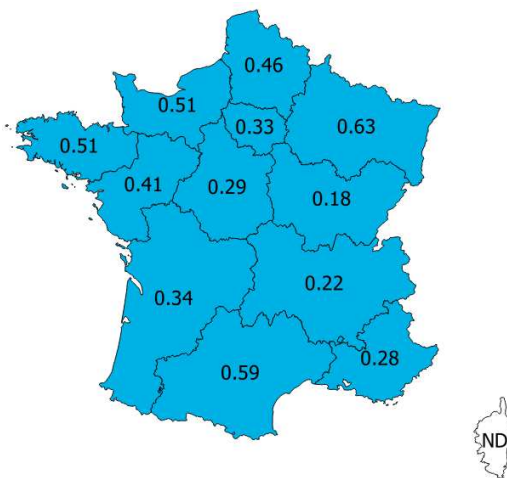
le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,

et une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile semble diminuer le risque de tentatives de suicide (Tableau 10).

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

Figure 20 : Prévalence standardisée des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, France métropolitaine



■ 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 ménages ordinaires
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Tableau 10 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 997)

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

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée
Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions
1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité
2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

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

CONDUITES SUICIDAIRES

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 Nouvelle-Aquitaine, entre 2010 et 2017, la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois a également significativement augmenté, ce qui n'était pas le cas de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie. La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois a diminué mais de façon non significative.

Situation en 2017 :

- Prévalence et effectif

En 2017, 5,2 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en région Nouvelle-Aquitaine déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 217000 personnes), et 7,0 % 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 0,32 %, soit environ 14300 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 chez les 18-75 ans était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

- Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

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

En revanche, un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Bac et des revenus supérieurs au 1^{er} tercile diminuent les risques de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** sont plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales sont cohérentes avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et des 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 à verbaliser une situation de mal-être .

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

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

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

Limites

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

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

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

PREVENTION

Contexte en France

La France se situe à la 10^{ème} place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3e rapport de l'ONS](#)¹. En 2009, le coût financier annuel des suicides et tentatives de suicide (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités... et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros². Les coûts humains, sociaux, sanitaires et financiers des conduites suicidaires ont inscrit la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

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

Les stratégies de prévention du suicide

Interventions efficaces

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

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une 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 recommandations d'interventions visant la prévention des conduites suicidaires à l'échelle nationale sont fondées sur une analyse de la littérature, des consensus d'experts (HCSP, CNSM) et la volonté politique de structurer une politique nationale de prévention du suicide dont les axes prioritaires ont été retranscrits dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.

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

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

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

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

PREVENTION

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

Les documents en bref

Rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016¹

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

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

Plan Priorité prévention, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018³

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

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018⁴

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

Les interventions mentionnées par document

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

Note : La croix signifie la mention de la catégorie d'intervention dans le document ; ^a Cf. dispositifs Vigilans; ^b des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une ligne d'appel unique et pour travailler les référentiels d'écoute avec les associations bénévoles ; ^c Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressifs 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 termes de nombre de passages pour tentative de suicide aux urgences implantés dans la région et des patients récidivistes. Les récidives pour Oscour® ont été définies ainsi « Patients ayant effectué un premier passage aux urgences en 2017 avec une récidive dans les 6 mois »
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide au vu de la sous-déclaration ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO sont analysées au niveau de la région et du département ; les données Oscour® et du Baromètre de Santé publique France 2017 au niveau de la région ;
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France, 2015, permettant de comparer le niveau de mortalité et d'hospitalisation de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;

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

Recueil des données : les données ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu), par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Un échantillon représentatif de 25 319 personnes âgées de **18 à 75 ans** vivant en France métropolitaine a été constitué entre janvier et juillet 2017.

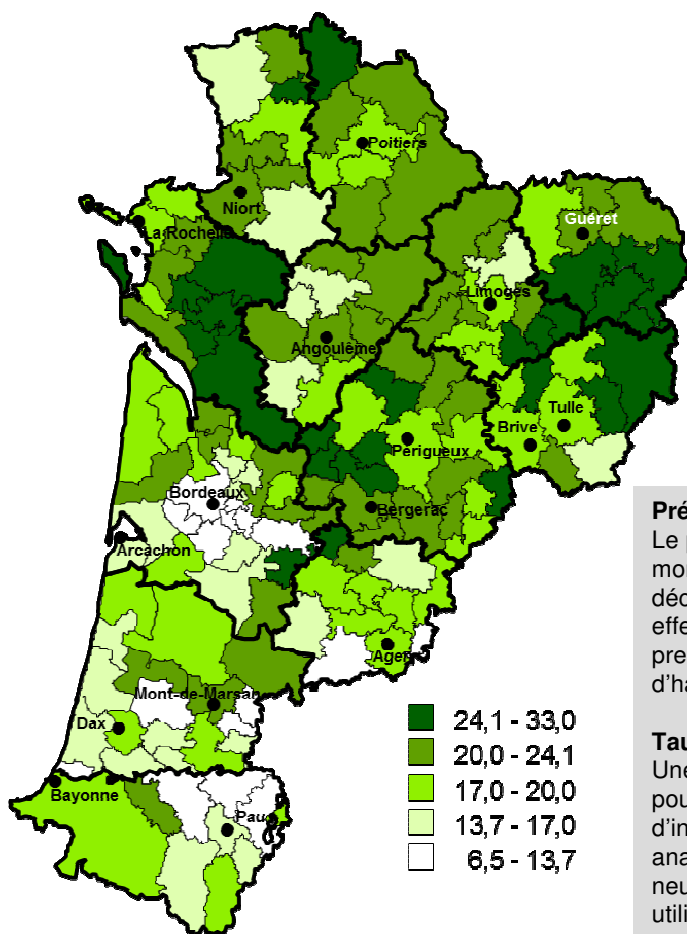
- **Indicateurs :** Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.
- **Analyses statistiques :** Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi² de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariable. 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 %.

LES TRAVAUX DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (ORS) NOUVELLE-AQUITAINE



- Les ex-ORS Aquitaine, Limousin, et Poitou-Charentes, étaient avant leur fusion fréquemment associés au suivi du phénomène suicidaire sur leurs périmètres géographiques respectifs. Ainsi, pour illustration, un tableau de bord du suicide était publié annuellement en ex-Poitou-Charentes (https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2016/02/suicide_PC.pdf). Depuis sa création en 2017, l'ORS Nouvelle-Aquitaine (ORS N-A) continue de suivre des indicateurs de mortalité et de tentatives de suicide dans le cadre des accompagnements qu'il réalise pour la mise en place ou le suivi des Contrats Locaux de Santé (CLS). Ainsi, l'ORS N-A dispose d'une connaissance fine des inégalités territoriales en matière de suicide.
- Prochainement, la publication des résultats de l'enquête Zoom Santé, menée par l'ORS N-A auprès d'un vaste échantillon de la population de Nouvelle-Aquitaine, permettra de disposer de données départementales sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide
- Enfin, à l'échelle nationale, la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) est membre, par décret, de l'Observatoire National des Suicides (ONS).

Taux standardisés de mortalité par suicide sur la période 2005-2014 en Nouvelle-Aquitaine par EPCI (pour 100 000 habitants)



L'Atlas de la santé en Nouvelle-Aquitaine réalisé par l'ORS N-A en collaboration et avec le financement de l'ARS N-A (document à paraître) fait apparaître que les taux de mortalité par suicide varient à l'échelle des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) dans un rapport de 1 à 5. Les taux standardisés de mortalité les plus élevés sont relevés, sur la période 2005-2014, sur les territoires de Haute-Corrèze, en Creuse et dans l'est de la Charente-Maritime.

Précisions méthodologiques

Le phénomène suicidaire étant rare, le calcul des taux standardisés de mortalité a reposé sur la prise en compte de plusieurs années (période décennale) afin de limiter les fluctuations aléatoires dues aux petits effectifs de décès observés. Toutefois, certains résultats sont à prendre avec précautions concernant les EPCI où le nombre d'habitants est peu élevé.

Taux standardisé et test de significativité

Une standardisation directe suivant l'âge et le sexe a été effectuée pour construire les indicateurs de mortalité. Cette méthode permet d'intégrer le fait que la structure démographique des territoires analysés est différente, et rend possible leur comparaison en neutralisant les effets « âge et sexe ». La population de référence utilisée est celle de la France entière au RP 2014.

Sources : Inserm CépiDc (2005-2014), Insee (RP 2014)
Réalisation : ORS N-A

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

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

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

- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- Baromètre Santé : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(47-78):488-92. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf>].
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE.
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>
- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):36-86. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html

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	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	OMS	Organisation mondiale de la santé
CIM-10	Classification internationale des maladie, 10 ^{ème} version	ONS	Observatoire National des Suicides
DA	Diagnostic associé	Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
DP	Diagnostic principal	RPU	Résumé des passages aux urgences
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
EDC	État dépressif caractérisé	SU	Structure d'urgence
GEPP	Groupe d'échange de pratiques professionnelles	SurSaUD®	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	TS	Tentative de suicide
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	VSAB	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	UE	Union européenne

REMERCIEMENTS

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

CONTACT

Santé publique France, Cire Nouvelle-Aquitaine : NouvelleAquitaine@santepubliquefrance.fr