

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito et points clés](#) [p.2 Chiffres clés régionaux](#) [p.3 Les décès par suicide](#) [p.5 Les hospitalisations pour tentatives de suicide](#) [p.7 Les décès par suicide et hospitalisations - disparités régionales](#) [p.8 Les passages aux urgences pour tentatives de suicide](#) [p.13 Les conduites suicidaires](#) [p.20 Prévention](#) [p.22 Focus sur le dispositif Vigilans dans la région](#) [p.23 Méthodologie](#) [p.24 Pour en savoir plus](#) [p.25 Glossaire - remerciements et contacts](#)

« L'individu en bonne santé mentale est celui qui vit en harmonie avec son entourage, bien inséré dans sa famille et dans la société, capable de résoudre ses conflits internes ou externes et de résister aux frustrations de la vie »

Dictionnaire de psychiatrie

ÉDITO

Une journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, est organisée chaque année en février (le 5 février pour 2019).

Les conduites suicidaires incluent les tentatives de suicide, dont la fréquence est plus difficile à cerner que celle des suicides aboutis. Elles incluent aussi l'idéation suicidaire (avoir l'idée du suicide sans passage à l'acte), troisième forme de conduite qui est de loin la plus fréquente. L'idéation suicidaire n'implique pas nécessairement le passage à l'acte, mais sa seule présence augmente significativement le risque de tentative de suicide et par là même celle de suicide abouti. Plus les idéations perdurent et sont sérieuses, plus le risque de tentative augmente.

Au cours des dernières décennies, la prise en compte du suicide comme véritable fardeau 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 situait en 2012 au 10^{ème} rang des 27 pays de l'Union européenne (UE) enregistrant le taux de suicide le plus élevé [1].

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

POINTS CLÉS dans les Hauts-de-France

- **Une surmortalité suicidaire régionale**, tous sexes confondus, **supérieure de 30 % à la mortalité suicidaire nationale**. En 2015, la région des Hauts-de-France était au 3^{ème} rang régional et au 2^{ème} rang en terme de surmortalité suicidaire chez les hommes (+ 39%).
- **La région Hauts-de-France au 1^{er} rang des régions en terme d'hospitalisations pour tentatives de suicide**. En 2017, le taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide, tous sexes confondus, enregistré dans les Hauts-de-France (268 pour 100 000 habitants) était supérieur de près de 80% au taux national.
- A l'échelle régionale, les indicateurs de morbi-mortalité suicidaire les plus défavorables sont observés dans les départements de la **Somme** et du **Pas-de-Calais**.
- **Comme au niveau national, les profils démographiques différent pour le suicide et les TS :**
 - **Les hommes sont majoritaires parmi les suicides** : 4 suicides sur 5 concernaient un homme (78 %)
 - Tous sexes confondus, **les 45-49 ans** représentent la part la plus importante des suicides dans la région (13%)
 - **Les adolescentes sont largement sur représentées parmi les TS** : chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, le taux annuel d'hospitalisations pour TS calculé sur 2015-2017 s'élevait à 6,5 pour 1 000 adolescentes.
- **1 suicidant sur 10 a réitéré son geste suicidaire dans les 18 mois de la période d'étude dont la moitié dans les 4 mois suivant une première admission pour TS**. En 2017, sur un peu plus de 7000 patients des Hauts-de-France admis aux urgences pour une tentative de suicide, le taux de récurrence était de 12%. Ces résultats illustrent la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes suicidaires afin de prévenir les récurrences, ce que propose le dispositif **Vigilans** largement déployé depuis 2015 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.
- En 2017, **un habitant des Hauts-de-France sur 10**, âgé de 18 à 75 ans, déclarait avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 1 sur 20 avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 mois précédents.
- La dimension des conduites suicidaires est multifactorielle : **facteurs socio-économiques, événements négatifs de la vie, violences, antécédents de troubles mentaux ou état dépressif caractérisé...**

INTRODUCTION

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

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

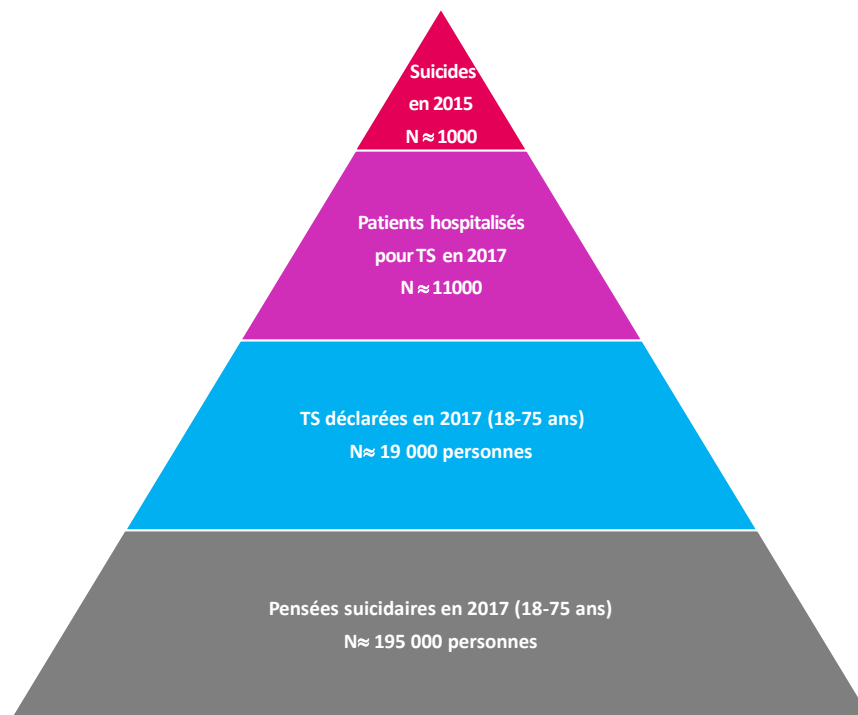
L'objectif de ce bulletin est d'actualiser les données de surveillance publiées précédemment et de réaliser **l'état des lieux régional à partir de 4 sources de données** :

- la mortalité par suicide des 10 ans et plus des personnes habitant dans la région
- les séjours hospitaliers pour TS en MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique) des personnes habitant dans la région et âgées de 10 ans et plus
- les recours pour TS des 10 ans et plus aux structures d'urgences implantées dans la région
- les conduites suicidaires déclarées par les personnes âgées de 18 à 75 ans habitant dans la région.

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

Ce travail a été réalisé dans le cadre du Groupe d'Echanges de Pratiques Professionnelles (GEPP) « Santé mentale » de Santé publique France dont un des objectifs est d'assurer le développement d'une méthodologie partagée en région pour la mise à disposition de données comparables utilisables par les partenaires.

LES CHIFFRES CLÉS DANS LES HAUTS-DE-FRANCE



- (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 : 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 : 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 : 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 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf
- (6) Observatoire national du suicide. Suicide : Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche [Internet]. DREES; 2014. 219 p. : <http://drees.social-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>
- (7) <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf>

SUICIDES – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CépiDC - Inserm)

Données du CépiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès)

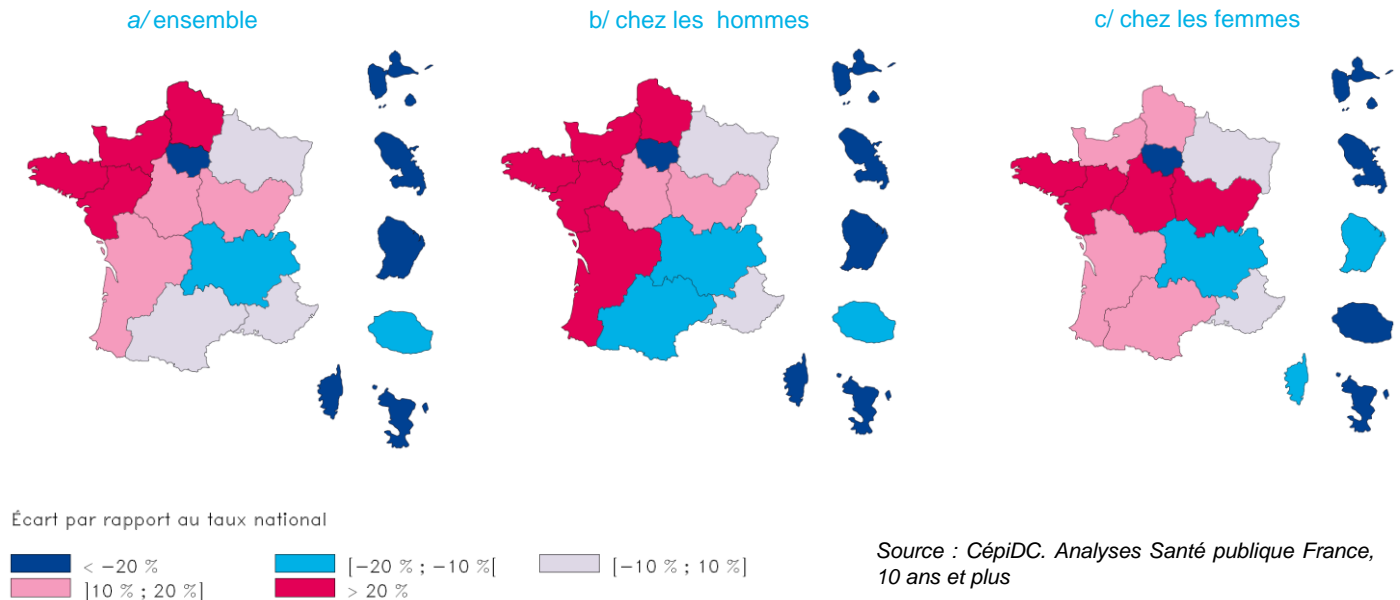
Les données de mortalité présentées sont issues de la surveillance des causes médicales établies à partir des certificats de décès. Un certain nombre de suicides échappent néanmoins à cette surveillance, notamment pour les personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont les conclusions n'ont pas été transmises au CépiDC ou celles dont l'origine du décès demeure indéterminée.

La sous-évaluation de la mortalité par suicide avait été estimée en 2006 à 10 % au niveau national, variant de 46 % en Ile-de-France à 0,3 % en Bretagne. Dans les anciennes régions du Nord-Pas-de-Calais et de Picardie, elle a été respectivement estimée à 2,5 % et 5,8 %. C'est dans ce contexte de sous-estimation variant d'une région à l'autre que les indicateurs régionaux présentés doivent être interprétés.

Mortalité par suicide des 10 ans et plus dans les Hauts-de-France

En 2015, 1 051 suicides de personnes résidant dans les Hauts-de-France ont été recensés dont 80 % étaient des hommes (n=841). Avec un taux standardisé de 20,7 suicides pour 10⁵ habitants, la région des Hauts-de-France se situe parmi les régions du quart nord-ouest de la France, les plus fortement touchées avec une mortalité suicidaire supérieure de 30 % à la mortalité suicidaire nationale (15,8/10⁵). Cette surmortalité élevée est surtout observée chez les hommes (+39 %) (36,3/10⁵ versus 26,1/10⁵ France entière) et dans une moindre mesure (+12 %) chez les femmes (7,7/10⁵ versus 6,9/10⁵ France entière) (Fig.1).

Figure 1 : Ecart régionaux par rapport au taux national des taux de mortalité suicidaire standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, 2015

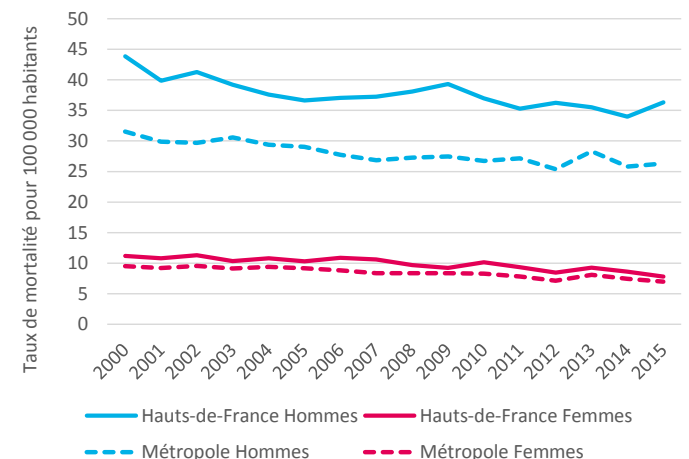


Evolution temporelle

Ces 15 dernières années, le taux régional standardisé de mortalité suicidaire a diminué de 20 %, passant de 25,3/10⁵ habitants en 2000 à 20,5/10⁵ en 2015.

Sur fond de diminution globale de la mortalité suicidaire depuis le début des années 2000 dans la région, le taux de mortalité a connu une nouvelle augmentation en 2015 chez les hommes (Fig.2),

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



Source : CépiDC. Analyses Santé publique France, 10 ans et plus

Répartition par sexe et âge

Entre 2013 et 2015, les suicides ont représenté 2 % (n= 3 150/16 1218) des décès toutes causes confondues dans la région versus 1,6 % au niveau national. La part de la mortalité suicidaire régionale était de 3 % chez les hommes et de 0,9 % chez les femmes versus respectivement 2,5 % et 0,8 % au niveau national.

Dans la région, près de 4 suicidés sur 5 (2 461/3 150 (78 %)) étaient des hommes, majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En terme d'âge et tous sexes confondus, les 45-49 ans représentaient la part la plus importante des suicides dans la région (13 % (401/3 150)) comme au niveau national (11 %).

Chez les hommes, 1 suicidé sur 2 est âgé de moins de 50 ans et 1 sur 4 est un quadragénaire.

Chez les femmes, 1 suicidé sur 3 est âgé de moins de 50 ans et 1 sur 5 est une quadragénaire.

La part des 75 ans et plus (14%) dans les suicides régionaux est la plus faible de toutes les régions de France métropolitaine.

Si on considère la part relative des suicides dans les décès toutes causes confondues dans la région, la mortalité suicidaire représente 1 décès sur 5 chez les jeunes de 10 à 24 ans et près d'1 sur 3 (30 %) chez les hommes jeunes, âgés de 25-34 ans (Fig.4).

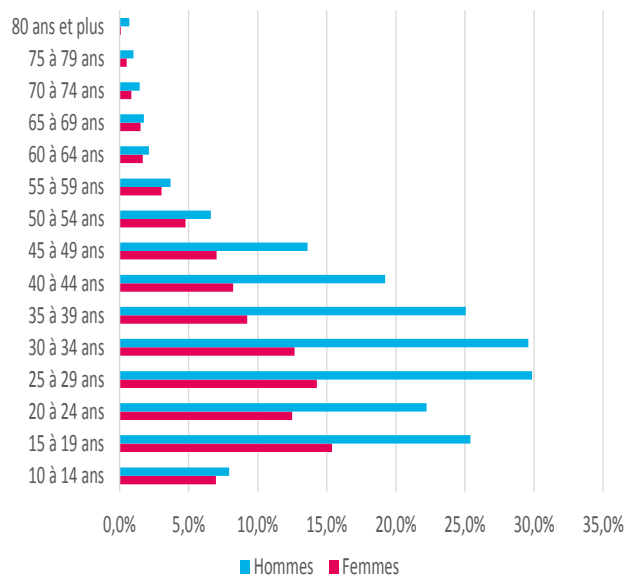
Chez les adolescents de 15 à 19 ans, le suicide représente 1 décès sur 4 (25 %) chez les garçons et près d' 1 sur 6 (15 %) chez les filles (Fig.4).

Modes de suicide

A l'instar du niveau national, le premier mode de suicide dans la région est la pendaison en cause dans 2 suicides sur 3 chez les hommes (67 %) et 1 suicide sur 2 chez les femmes (47 %).

Les autres principaux modes de suicide sont les armes à feu chez les hommes (14 %) et les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) chez les femmes (23 %).

Figure 4 : Part relative des suicides par classes d'âge quinquennales et par sexe parmi les décès toutes causes. Hauts-de-France, 2013-2015 (n=3150)



Source : CépiDC, analyses Santé publique France, 10 ans et plus

Tableau 2 : Part relative des différents modes de suicide selon le sexe, Hauts-de-France, 2013-2015

Modes de suicide	Total		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaisons	1 958	62,2	46,6%	66,5%
Armes à feu	354	11,2	2,9%	13,6%
Auto-intoxications médicamenteuses (IMV)	347	11,0	23,2%	7,6%
Sauts dans le vide	106	3,4	5,7%	2,7%
Noyade	103	3,3	8,7%	1,7%
Auto-intoxications par d'autres produits	90	2,9	4,5%	2,4%
Collisions intentionnelles	66	2,1	3,3%	1,7%
Automutilations par objet tranchant	37	0,8	1,2%	1,2%
Expositions aux fumées, gaz ou flammes	25	0,8	1,5%	0,6%
Mode non précisé	209	6,6	7,4%	6,4%

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Source : CépiDC. Analyses Santé publique France, 10 ans et plus.

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 et obstétrique (ATIH)

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

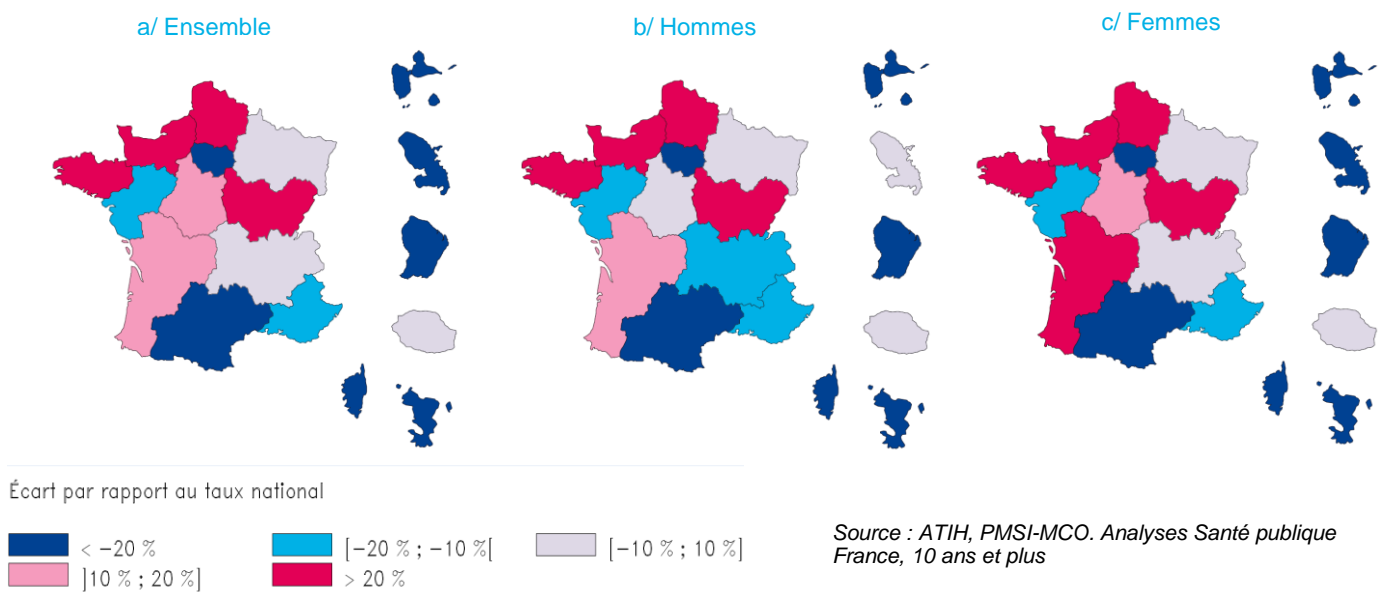
Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, Hauts-de-France

Entre 2008 et 2017, 148 272 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés chez des personnes habitant dans la région, dont 98 % (145 591) correspondaient à des séjours dans un établissement hospitalier de la région.

Le taux standardisé d'hospitalisations pour TS de 268 pour 100 000 habitants en 2017 dans les Hauts-de-France est bien supérieur (+78 %) au taux national (148,0/105 habitants).

La région est au 1er rang des régions en terme d'hospitalisations pour TS et ce, quel que soit le sexe (Fig.1). Le taux d'hospitalisation chez les hommes est près du double du taux national (234/105 versus 120/105) et le taux chez les femmes est supérieur de 66 % au taux national (302/105 versus 181/105).

Figure 1 : Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants), 2017, France entière



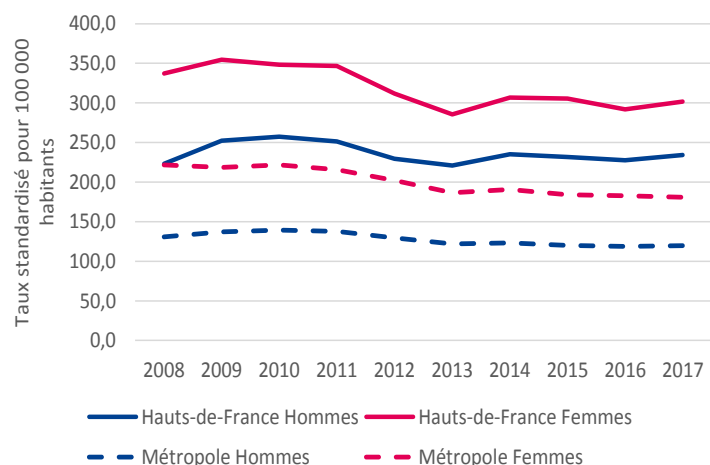
Evolution temporelle

Le taux national d'hospitalisations pour TS est globalement en diminution de 16 % depuis 2010.

Dans les Hauts-de-France, les taux d'hospitalisations pour TS global et spécifiques par sexe suivent la même tendance qu'au niveau national. On note néanmoins une légère recrudescence en 2017 chez les hommes (+2,6 %) et chez les femmes (+3,4 %) (Fig.2).

L'analyse des principales tendances départementales est présentée en page 7 du document.

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



Source : ATIH (PMSI-MCO). Analyses Santé publique France, 10 ans et plus

Répartition par sexe et âge

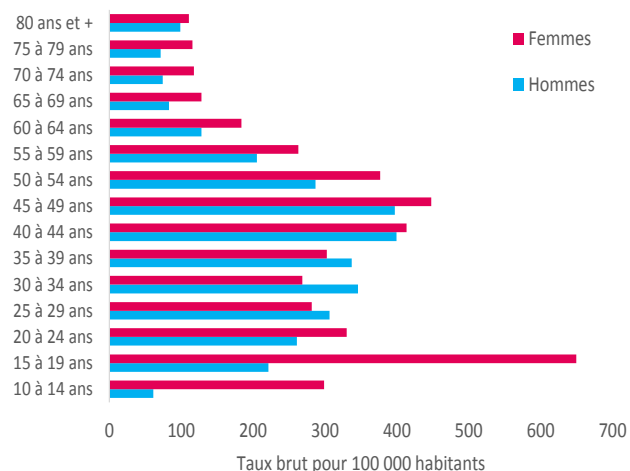
Sur la période 2015 à 2017, les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes (57 % versus 61 % au niveau national).

La répartition par âge des taux d'hospitalisations pour TS retrouve une prédominance de femmes dans quasiment toutes les classes d'âge, en dehors des 25-39 ans chez qui les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les hommes.

Chez les femmes, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé est observé chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans (650/10⁵).

Chez les hommes, le taux d'hospitalisations le plus élevé est retrouvé chez les quadragénaires (400/10⁵). On observe aussi une recrudescence des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes âgés de plus de 80 ans (Fig. 4).

Figure 4 : Taux bruts d'hospitalisations pour TS par sexe et âge, Hauts-de-France, 2015-2017



Source : ATIH (PMSI-MCO). Analyses Santé publique France, plus de 10 ans

Caractéristiques des séjours hospitaliers

Sur la période 2015-2017, 9 fois sur 10 les patient hospitalisés pour TS en MCO étaient préalablement passés par une structure d'urgences hospitalière en amont.

La durée médiane du séjour hospitalier pour TS était de 1 jour, plus longue chez les 10-14 ans (3 jours) et chez les plus de 75 ans (2 à 5 jours). Elle était plus élevée pour les TS violentes par armes à feu (3 jours) et sauts dans le vide (5 jours).

L'issue du séjour hospitalier pour TS était le retour au domicile dans 70 % des cas.

Modes des tentatives de suicide et létalité

Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) constituaient le mode de TS le plus fréquent (79 % des séjours hospitaliers pour TS sur la période 2015- 2017). A noter que si les principales classes médicamenteuses utilisées restent les sédatifs, hypnotiques et psychotropes, 13 % des IMV (n= 4 300 séjours), recensées ces 3 dernières années dans la région, étaient liées à l'ingestion de paracétamol (versus 11% au niveau national (n=23 000 séjours).

Les autres principaux modes de TS étaient les automutilations (10 %), les intoxications non médicamenteuses (8 %) et les pendaisons (3 %) (Tab.1).

Au total, 322 décès ont été rapportés à l'issue des 42 173 hospitalisations pour TS recensés dans la région de 2015 à 2017, soit une létalité de 7,6 pour 1 000 hospitalisations pour TS, variant de 12,6 ‰ chez les hommes à 4 ‰ chez les femmes. Les taux de létalité les plus élevés ont été observés pour les modes de TS violents (armes à feu, pendaisons, noyades et expositions au feu, flammes et fumées). La létalité des IMV était la plus faible (Tab.1).

Tableau 1 : Part relative des modes de TS chez les hommes et chez les femmes, durée médiane des séjour et létalité, Hauts-de-France 2015-2017 (n=42 173 séjours)

	Total		Femmes %	Hommes %	Durée médiane d'hospitalisation (jours)	Létalité pour 1000 hospitalisations
	n	%				
Auto-intoxication médicamenteuse	33 507	79,5%	83,9%	73,4%	1,0	2,6
Objet tranchant	4 206	10,0%	10,6%	9,2%	1,0	2,9
Auto-intoxication par d'autres produits	3 378	8,0%	5,6%	11,3%	1,0	9,8
Pendaison	1 290	3,1%	1,5%	5,2%	1,0	88,4
Saut dans le vide	559	1,3%	1,1%	1,7%	4,0	32,2
Arme à feu	172	0,4%	0,1%	0,9%	3,0	162,8
Noyade	128	0,3%	0,3%	0,3%	1,0	54,7
Collision intentionnelle	94	0,2%	0,1%	0,3%	1,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	83	0,2%	0,1%	0,3%	1,0	48,2
Mode non précisé	1 095	2,6%	2,2%	3,2%	1,0	21,9

Note : modes non mutuellement exclusifs. Source : ATIH, PMSI-MCO, analyses Santé publique France, 10 ans et plus

MORTALITÉ SUICIDAIRE ET HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES ET SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Taux de mortalité suicidaire

Les taux départementaux de mortalité suicidaire sont globalement stables depuis 2010 dans les 5 départements des Hauts-de-France (Fig.1). Le département du Pas-de-Calais est en 2015 le département de la région où le taux de mortalité suicidaire est le plus élevé.

Chez les hommes, les départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais présentaient en 2015 une surmortalité suicidaire par rapport à la moyenne régionale. Chez les femmes, la surmortalité suicidaire par rapport à la moyenne régionale était observée dans la Somme, le Pas-de-Calais et le Nord (Fig.2).

Figure 1 : Evolution des taux standardisés de mortalité suicidaire départementaux pour 100 000 habitants, Hauts-de-France, 2010-2015

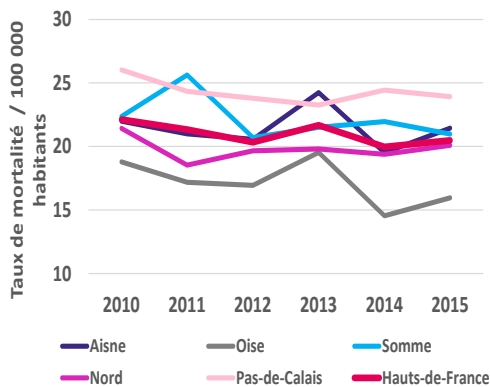
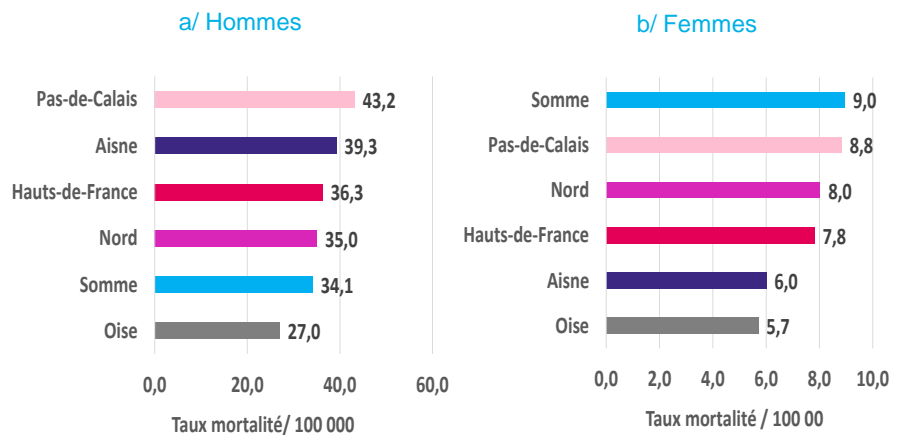


Figure 2 : Taux standardisés de mortalité suicidaire départementaux, régionaux et nationaux pour 100 000 habitants, selon le sexe, 2015.



Taux d'hospitalisations pour TS

Une hausse continue du taux d'hospitalisations pour TS est observée dans la Somme entre 2010 et 2017 (Fig.3). Dans le Pas-de-Calais, après une diminution importante entre 2010 et 2013, une nouvelle augmentation du taux d'hospitalisations pour TS a été observée en 2014 et 2015 et le taux s'est stabilisé depuis (Fig.3). **Chez les hommes, les départements de la Somme et du Pas-de-Calais présentaient en 2017 des taux d'hospitalisations pour TS supérieurs à la moyenne régionale.** Chez les femmes, les taux d'hospitalisations pour TS sont globalement homogènes dans 4 des 5 départements de la région, hormis dans la Somme, où le taux enregistré en 2017 était très supérieur au taux régional (Fig.4).

Figure 3 : Evolution des taux standardisés d'hospitalisations pour TS départementaux pour 100 000 habitants, Hauts-de-France, 2010-2017

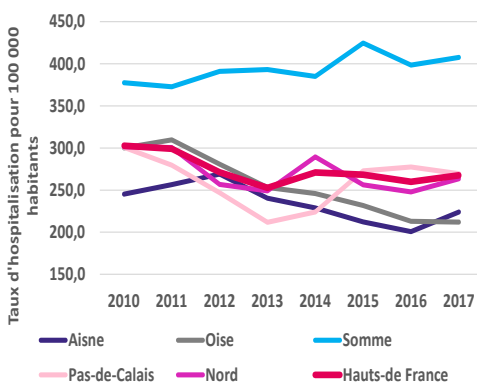
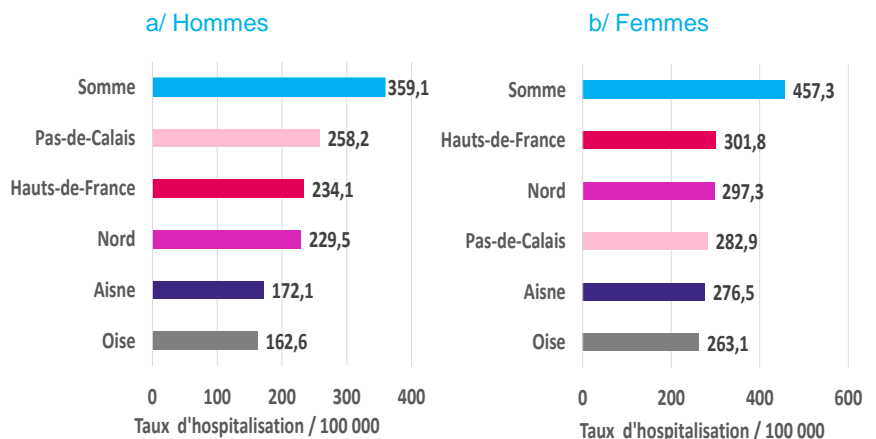


Figure 4 : Taux standardisés d'hospitalisations pour TS départementaux, régionaux et nationaux pour 100 000 habitants, selon le sexe, 2017.



Source : CépiDC, ATIH (PMSI MCO). Analyses Santé publique France. Champ : Population âgée de 10 ans et plus

Un territoire...des territoires

Que ce soit en termes de mortalité suicidaire ou d'hospitalisation pour TS en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), la situation épidémiologique dans les 5 départements de la région des Hauts-de-France est plus défavorable qu'en France métropolitaine.

Dans une perspective de prévention ciblée au plus près des territoires, un projet d'analyse infra régionale est en cours et sera prochainement disponible.

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.

A l'instar des autres 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), les recours aux structures d'urgences pour TS ne sont pas non plus une source d'information exhaustive mais constituent une source complémentaire de données 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®

Dans les Hauts-de-France, le réseau Oscour® repose actuellement sur 47 des 51 structures d'urgences (SU) et couvrait, en 2017, 89 % des 1 986 871 passages aux urgences répertoriés par [la statistique annuelle des établissements de soins](#).

Si la couverture régionale en terme d'établissements participant est proche de l'exhaustivité (92 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'améliore mais demeure hétérogène entre les départements en 2017 (Tab.1). Dans l'Oise et le Pas-de-Calais, elle n'est pour le moment appliquée que pour moins d'un RPU sur deux.

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

Tableau 1 : 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® dans les Hauts-de-France, 2017.

Départements	Couverture SU*	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Nord	19/20 (95%)	90,3%
Pas-de-Calais	11/11 (100%)	43,4%
Aisne	6/7 (86%)	79%
Oise	5/7 (71%)	33%
Somme	6/6 (100%)	75,3%
Hauts-de-France	47/51 (92%)	70,7%

Source : Oscour®, 2017, Santé publique France

Tableau 2 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire », 2017

Catégorie	Codes CIM-10	Libellés des diagnostics
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	Séquelles de lésions auto-infligées

Sources : CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} version), Santé publique France, Oscour® 2017.

Identification des passages aux urgences pour TS

Le regroupement syndromique « Geste suicidaire », correspondant aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 2, a été défini par un groupe de travail composés d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des recours aux urgences pour TS. Ce regroupement est appliqué pour les recours aux urgences de **personnes âgées de 10 ans et plus**, pour lesquelles cette limite d'âge fait consensus, au même titre que pour les autres sources de données présentées dans ce bulletin, sur l'intentionnalité réelle des gestes suicidaires.

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 TS dans la base de données du PMSI.

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

Description des recours aux urgences pour TS dans les Hauts-de-France en 2017

➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

Au total, en 2017, 8 127 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 47 SU des Hauts-de-France participant au réseau Oscour®, soit en moyenne **23 recours quotidiens et près de 5 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes**. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représente 11 % du total des recours aux urgences pour TS enregistrés au niveau national (n=71 174).

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondus met en évidence une augmentation modérée des passages aux urgences pour TS en janvier, mars et au début de l'automne (octobre-novembre) (Fig.1bis).

L'analyse quotidienne pointe **l'augmentation des recours pour TS le dimanche** (Fig.1) et la répartition horaire, la recrudescence des passages pour TS en **soirée et début de nuit** (50 % des recours de 16h à 0h) alors qu'on observe une tendance inverse pour les recours toutes causes. (Fig.1ter).

Figures 1, 1bis et 1ter : Répartitions quotidienne, mensuelle et horaire de la part des recours toutes causes et pour TS dans les structures d'urgences (SU) des Hauts-de-France participant au réseau Oscour®, 2017



Source : Santé publique France, Oscour®, 2017

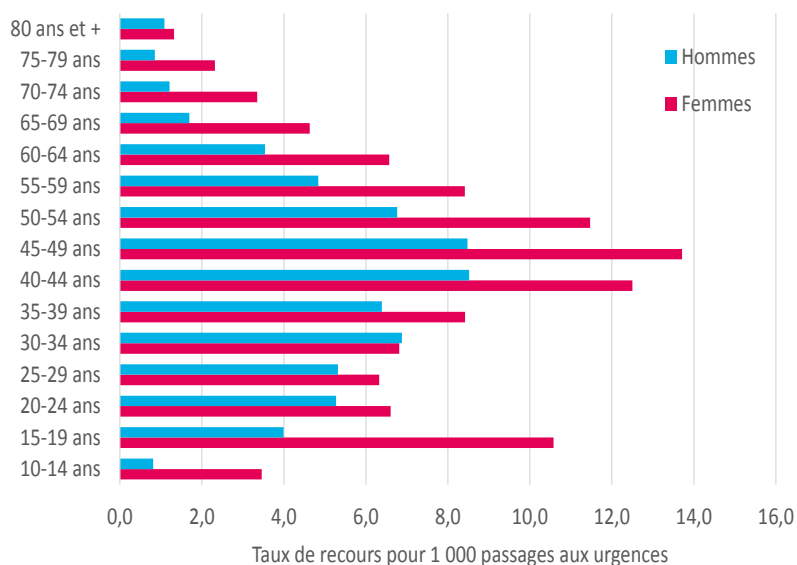
➤ Caractéristiques socio-démographiques des recours aux urgences pour TS

Quatre-vingt-dix pour cent des recours pour TS dans les SU des Hauts-de-France concernaient des personnes habitant dans la région, 10% des résidents d'autres régions de France métropolitaine et 0,2 % étaient des ressortissants de pays étrangers frontalier (majoritairement de régions belges limitrophes des Hauts-de-France).

Les femmes étaient majoritaires dans les recours aux urgences pour TS (60 %, n = 4 840) alors que le sexe ratio H/F est équilibré pour les recours toutes causes confondus.

La répartition par sexe et classes d'âges retrouve une sur-représentation des femmes dans toutes les classes d'âges. Chez les femmes, on observe 2 pics : **chez les adolescentes (15-19 ans) qui représentent 15 % du total des recours pour TS et chez les quadra et quinquagénaires (46 %) des recours** (Fig.2).

Chez les hommes, le maximum des recours pour TS est observé chez les quadragénaires (Fig.2).

Figure 2 : Distribution par classes d'âges et par sexe des taux de recours pour TS pour 1 000 passages toutes causes confondues dans les SU des Hauts-de-France en 2017

Source : Santé publique France, Oscour® 2017

➤ Modes de TS

Plus de 9 recours pour TS sur 10 résultaient d'intoxications médicamenteuses (IMV) (Tab.3). Leur fréquence élevée, quel que soit le sexe, variait de 83% chez les 10-14 ans à 94% chez les quadra et quinquagénaires.

Lorsque la classe médicamenteuse était précisée (55 % des recours pour IMV), les principales classes de médicaments utilisés étaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 70 % (2774/4 065) des recours dont 90 % (2501/2774) pour les benzodiazépines (T424) ;
- les autres psychotropes (T43) : 18 % (739/4065) ;
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants : 17 % (707/4 065) dont 58 % pour le paracétamol (T391) (413/707), dont l'utilisation est en cause dans 10 % des intoxications médicamenteuses volontaires.

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

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

Tableau 3 : Modes de TS selon le sexe, Hauts-de-France, passages aux urgences, 2017

Modes de la TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	4484 (92)	2903 (88)	7387 (91)
Objets tranchants, contondants	124 (3)	85 (3)	209 (3)
Pendaisons	28 (1)	104 (3)	132 (2)
Auto-intoxications non médicamenteuses	43 (1)	42 (1)	85 (1)
Sauts dans le vide	13 (<1)	18 (1)	31 (<1)
Armes à feu	2 (<1)	18 (1)	20 (<1)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	7 (<1)	7 (<1)	14 (<1)
Noyades	8 (<1)	0 (<1)	8 (<1)
Collisions intentionnelles	0 (<1)	3 (<1)	3 (<1)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	144 (3)	116(4)	260 (3)

Source : Oscour® 2017, Santé publique France

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

Lorsque la provenance était renseignée (65% 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 4 recours pour TS sur 5 (78 %).

Lorsque le mode de sortie était renseigné (94 % des recours), **près de 3 suicidants sur 4 (72 %) ont été hospitalisés** dans l'établissement de recours (66 %) ou dans un autre établissement de soins (6 %). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (96 %) réalisées services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et 3,4 % en unités psychiatriques. La majorité des hospitalisations renseignées (80 %) étaient effectuées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 7 % en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

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

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

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

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

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

Au total, 7 988 recours aux urgences pour TS, correspondant à **7 174 patients résidant dans les Hauts-de-France ont été recensés du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017** dans les SU des Hauts-de-France participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 837 (11,7 %), soit une personne suicidante sur 10, a réitéré au moins une fois son geste durant la période d'étude suivant un premier recours pour TS en 2017.

Les taux de récurrence les plus faibles ont été observés dans les départements de l'Aisne (7,2 %) et du Pas-de-Calais (8,8 %), où les taux de mortalité suicidaire sont les plus élevés, et les taux de récurrence les plus élevés dans la Somme (13,4 %) et dans le Nord (12,9 %) (Tab.4).

Tableau 4 : Taux de récurrence de TS parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, selon le département de résidence, Hauts-de-France

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS en 2017	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Nord	3911	506	12,9%
Pas-de-Calais	1134	94	8,3%
Aisne	660	58	8,8%
Oise	420	38	9,0%
Somme	1049	141	13,4%
Hauts-de-France	7174	837	11,7%

Source : Santé publique France, Oscour® 2017-2018

Le taux global de récurrence est légèrement supérieur chez les hommes (12,3 % (352/2865)) que chez les femmes (11,3 % (485/4309)) et il varie selon la classe d'âge.

Il est maximum, pour les 2 sexes, chez les trentenaires et les quadragénaires (Fig.3). Chez les 30-59 ans, le taux de récurrence est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En revanche, aux âges extrêmes (moins de 30 ans et plus de 70 ans), il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Le délai à la 1^{ère} récurrence est globalement similaire quel que soit le sexe. La moitié des patients récidivistes ont réitéré leur geste suicidaire dans les 4 mois [91 à 120 jours] suivant un premier recours pour TS et 2 sur 3 dans les 6 mois. Le délai médian à la première récurrence était plus court (3 mois) chez les hommes que chez les femmes (4 mois) (Fig.4).

Figure 3 : Répartition par classes d'âges et par sexe des taux de récurrence de TS des patients admis pour TS du 01/01/2017 au 31/12/2017 dans les SU des Hauts-de-France.

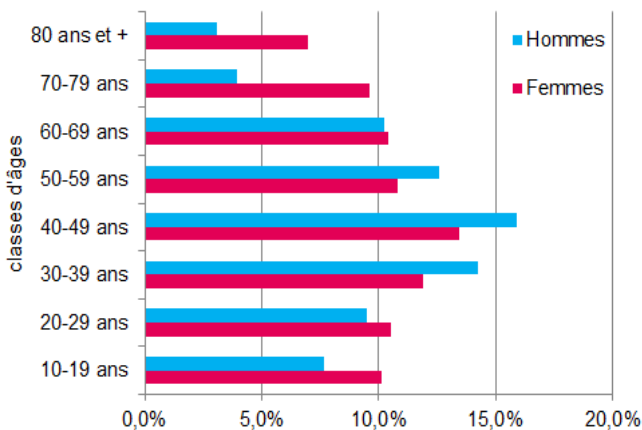
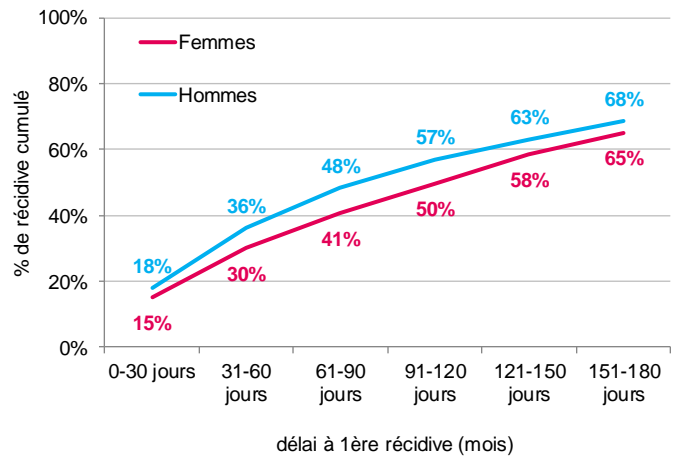


Figure 4 : Distribution du taux cumulé de récurrence selon le délai et le sexe, période d'étude du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Source : Santé publique France, Oscour® 2017-2018

Conclusions

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

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données, les recours aux urgences pour tentatives de suicide ne constituent pas non plus une source exhaustive. Le dispositif Oscour® ne permet pas notamment de recenser les tentatives de suicide directement hospitalisées en MCO ou prises en charge dans la filière psychiatrique. Par ailleurs, le dispositif est encore évolutif en terme de couverture des établissements transmetteurs, d'exhaustivité des passages aux urgences et de complétude de codage des diagnostics.

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 le faire évoluer car il est possible que certaines intoxications médicamenteuses retenues dans le regroupement actuel ne soient pas intentionnelles et vice versa.

Ce travail a permis de tester la faisabilité d'un suivi, avec le dispositif Oscour®, des taux et délais de récurrence chez les patients ayant recours aux urgences pour TS et les résultats obtenus sont cohérents avec ceux de la littérature. Compte-tenu de la fenêtre d'étude limitée à 18 mois, il faut considérer le taux de récurrence présenté dans cette analyse ne constitue qu'une estimation basse du taux réel qui aurait probablement été supérieur si la période de suivi des patients enregistré fin 2017 avait été plus longue que 6 mois. En tout état de cause, l'analyse montre que la récurrence suicidaire est intervenue, chez 2 patient sur 3, dans les 3 à 4 mois suivant un premier recours pour TS. Ces résultats plaident pour la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes suicidaires afin de prévenir les récurrences.

Le dispositif Oscour® permet, malgré ses limites actuelles et ses améliorations potentielles, 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 dont l'utilisation pourrait être détournée. Pour illustrer ce dernier point, nous avons souhaité mesurer le poids non négligeable (10 %) des intoxications médicamenteuses volontaires liées à l'ingestion de paracétamol, molécule en vente libre. Cette fois encore, la fréquence de ces intoxications retrouvées dans l'analyse des recours aux structures d'urgences est cohérent avec les données issues de l'analyse des séjours pour TS enregistrés dans le PMSI régional.

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMÈTRES DE SANTE PUBLIQUE FRANCE)

Données issues des Baromètres de Santé publique France

Mis en place dans les années 1990 et aujourd'hui portés par Santé publique France, les Baromètres santé abordent les différents comportements et attitudes de santé en France, dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées, constituent un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance. 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 comparative, des prévalences de pensées suicidaires et tentatives de suicide de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine et dans les Hauts-de-France, à partir de l'exploitation des données des Baromètres santé 2005, 2010 et 2017.

Description de l'échantillon enquêté en 2017 dans les Hauts-de-France

Dans les Hauts-de-France, 2 146 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 8,5 % de l'échantillon national total, ont participé à l'enquête 2017 du Baromètre Santé : 1 152 femmes (54 %) et 994 hommes (46 %). La répartition par classes d'âge des participants était la suivante : 9,7 % de 18 à 24 ans (N=209), 53,2 % de 25 à 54 ans (N=1 142) et 37,1 % de 55 à 75 ans (N=795).

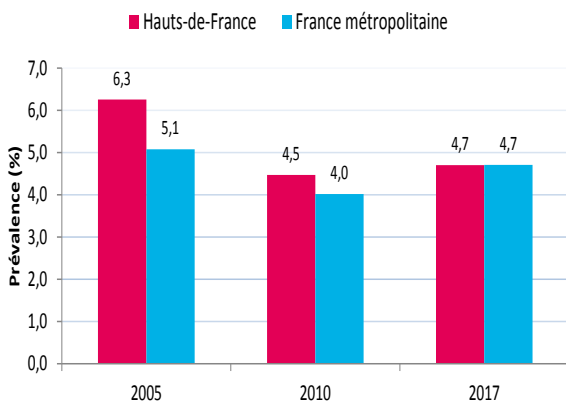
Evolution des prévalences (p) de pensées suicidaires et tentatives de suicide entre 2005 et 2017

Après avoir significativement diminué entre 2005 ($p = 6,3\%$) et 2010 ($p = 4,5\%$), la **prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** est demeurée stable entre 2010 et 2017 ($p = 4,7\%$) dans les Hauts-de-France (Fig.1). En France métropolitaine, elle a augmenté de façon significative entre 2010 et 2017.

La **prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie**, dont l'augmentation n'était pas significative entre 2005 ($p = 5,6\%$) et 2010 ($p = 6,6\%$) dans les Hauts-de-France, a presque doublé dans la région en 2017 ($p = 10,2\%$) par rapport à 2005. Cette augmentation est très significative par rapport aux résultats des 2 Baromètres précédant. La même tendance est observée au niveau national (Fig.2).

Enfin, la **prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois**, qui avait augmenté entre 2005 ($p = 0,53\%$) et 2010 ($p = 0,73\%$), a diminué en 2017 ($p = 0,46\%$) dans la région (Fig.3). L'évolution régionale des prévalences entre les 3 baromètres n'est pas significative. On observe, au niveau national, la même tendance évolutive de l'indicateur que dans la région.

Figure 1 : Evolution de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, Baromètres 2005, 2010 et 2017, Hauts-de-France et France métropolitaine



Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017

TS vie entière, pensées suicidaires et TS au cours des 12 derniers mois : Prévalences non standardisées pour 100 habitants France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Figure 2 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie, Baromètres 2005, 2010 et 2017, Hauts-de-France et France métropolitaine

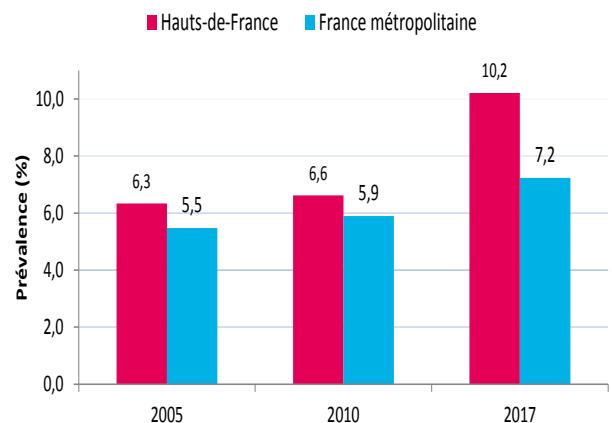
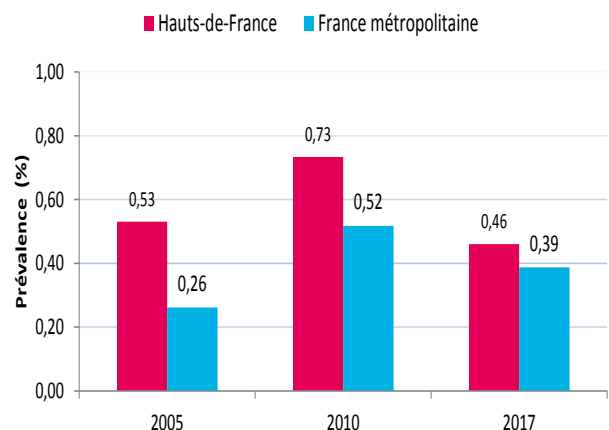


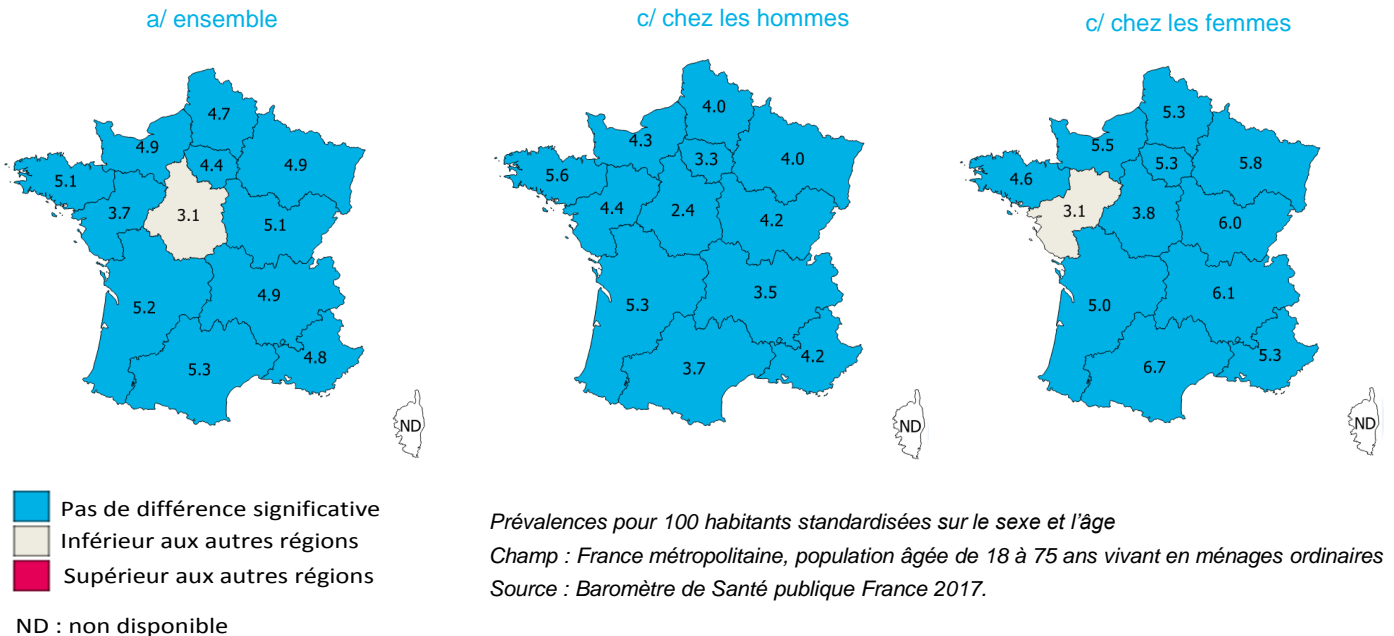
Figure 3 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, Baromètres 2005, 2010 et 2017, Hauts-de-France et France métropolitaine



Pensées suicidaires au cours des 12 dernier mois des 18-75 ans, 2017 : prévalence et facteurs associés

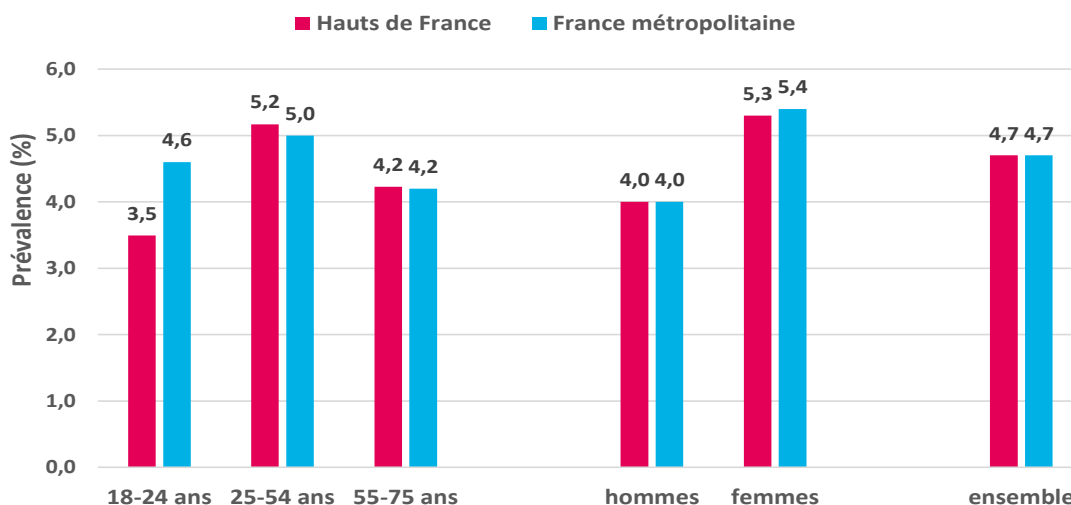
En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, les prévalences régionales de **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois**, tous sexes confondus (Fig.4a), chez les hommes (Fig.4b) et les femmes (Fig.4c), étaient respectivement estimées à 4,7 %, 4,0 % et 5,3 %. Elles étaient du même ordre que les prévalences nationales (4,7 %, 4,0 % et 5,4 %) et ne différaient pas non plus de celles observées dans la plupart des autres régions métropolitaines.

Figure 4 : Prévalences régionales des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18 - 75 ans, Baromètre 2017, France métropolitaine.



En 2017, la prévalence régionale des **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois la plus élevée a été observée chez les 25-54 ans (5,2 %) et la plus basse chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans (3,5 %)**. Les prévalences régionales selon l'âge ou le sexe sont du même ordre que celles observées au niveau national (Fig.5).

Figure 5 : Prévalences des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge et par sexe, Baromètre 2017, Hauts-de-France et France métropolitaine.



Prévalences standardisées pour 100 habitants sur le sexe et l'âge - Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017

Au niveau national, l'analyse statistique retrouve une association significative entre le fait de déclarer avoir eu des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** et les facteurs suivants (Tab.1) :

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

En revanche, le fait d'avoir un niveau de diplôme équivalent au Bac et des revenus supérieurs au 1^{er} tercile sont associés à un moindre risque de pensées suicidaires.

L'âge, le sexe, et le lieu d'habitation (rural/urbain) n'ont pas été trouvés associés à une augmentation du risque de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

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

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11 588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13 707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
Age	*		
18-24 ans (réf.) (n=2 274)	4,6	- 1 -	
25-54 ans (n=13 112)	5,0	1,3	[1,0-1,8]
55-75 ans (n=9 909)	4,2	1,3	[0,9-1,8]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9 597)	5,1	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5 416)	4,1	0,8*	[0,6-1,0]
Supérieur au Bac (n=10 223)	4,4	1,1	[0,9-1,3]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19 513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5 782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14 387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1 816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs (n=9 092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
Revenus par unité de consommation en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7 237)	6,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8 266)	3,8	0,7***	[0,6-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8 611)	3,1	0,7***	[0,5-0,8]
NSP/Refus (n=1 181)	3,8	0,8	[0,5-1,2]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6 665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18 544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22 360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2 923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24 744)	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=23 575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1 718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25 156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22 817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2 415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
Consommation quotidienne d'alcool	***		
Non (réf.) (n=22 581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19 301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5 959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%

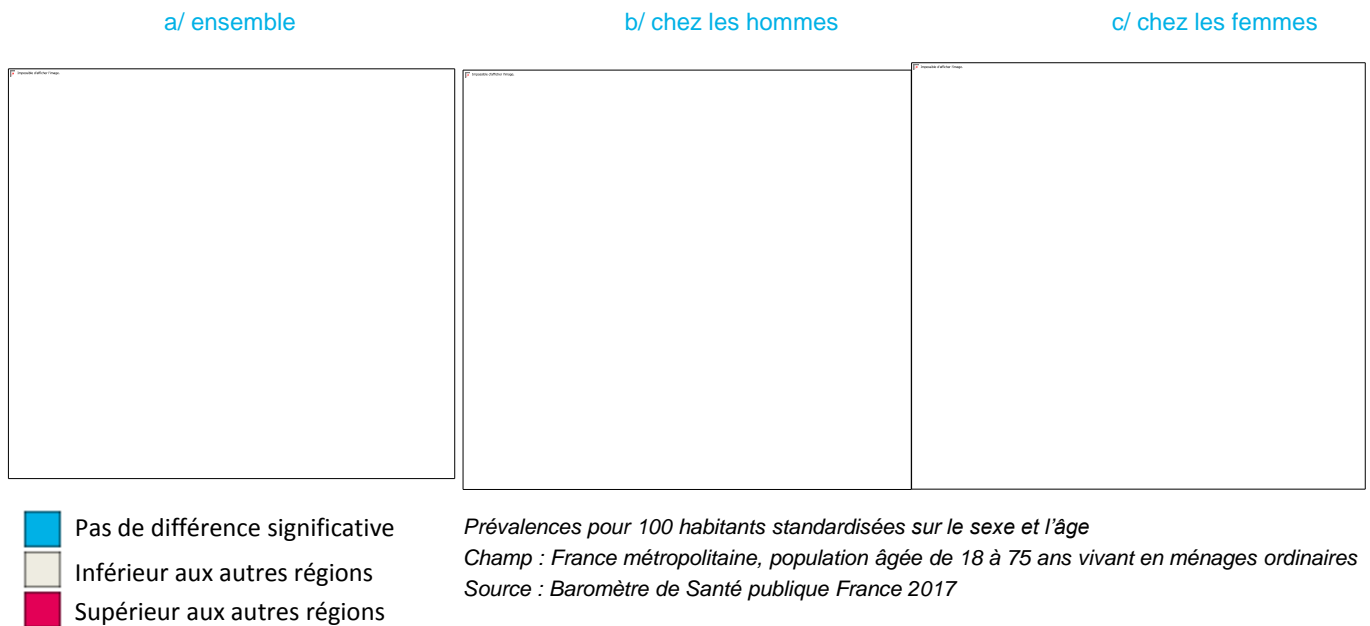
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; NS : non significatif

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

Tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-75 ans, 2017 : prévalence et facteurs associés

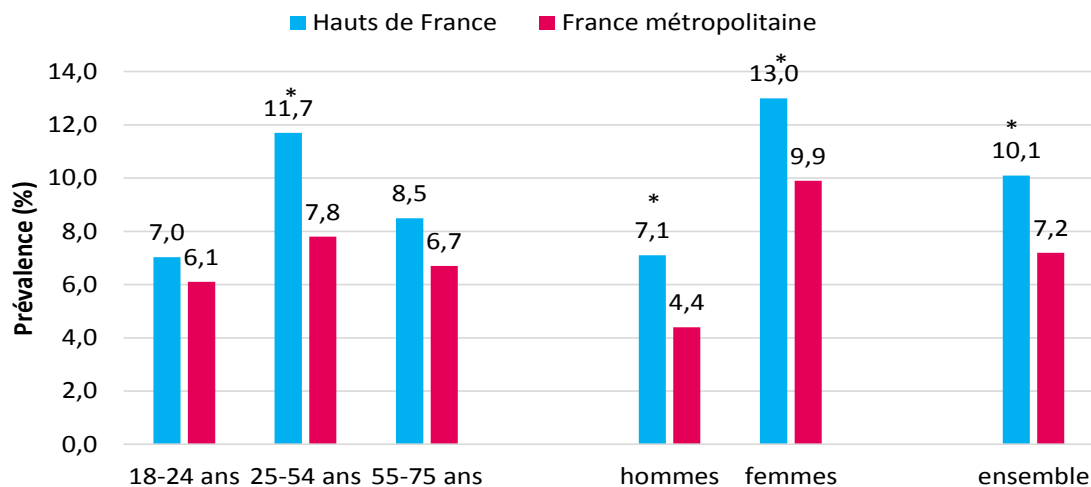
En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence régionale des **tentatives de suicide au cours de la vie**, tous sexes confondus (Fig.6a), chez les hommes (Fig.6b) et les femmes (Fig.6c), était respectivement estimée à 10,1 %, 7,1 % et 13,0 %. **Ces prévalences régionales sont significativement supérieures aux prévalences nationales** (7,2 %, 4,4 % et 9,2 %) et à celles observées dans toutes les autres régions de France métropolitaine.

Figure 6 : Prévalences régionales selon le sexe des tentatives de suicide au cours de la vie chez les personnes âgées de 18 à 75 ans, Baromètre 2017.



En 2017, la prévalence régionale de **tentatives au cours de la vie la plus élevée est observée chez les 25-54 ans (11,7 %) et la plus basse chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans (7,0 %)**. **Les prévalences régionales observées pour les 2 sexes et chez les 25-54 ans sont significativement supérieures à celles observées au niveau national** (Fig.7).

Figure 7 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, Baromètre 2017, dans les Hauts-de-France et en France métropolitaine



* Différence significative entre Hauts-de-France et France métropolitaine

Prévalences pour 100 habitants standardisées l'âge sur le sexe - Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017

Au niveau national, l'analyse statistique retrouve une association significative entre le fait de déclarer avoir fait **une ou des tentatives de suicide au cours de la vie** et les facteurs suivants (Tab.2) :

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

En revanche, le fait d'avoir un niveau de diplôme équivalent au Bac ou des revenus supérieurs au 1^{er} tercile sont associés à un moindre risque de tentative de suicide au cours de la vie.

Le lieu d'habitation (rural/urbain) ou la consommation quotidienne d'alcool n'ont pas été retrouvés associés à une augmentation du risque de tentatives de suicide au cours de la vie.

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

Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les 18 – 75 ans, 2017 : prévalence et facteurs associés

En préambule, les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois étant des événements plus rares que vie entière, seule la prévalence tous sexes confondus a été estimée au niveau régional.

Parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées en 2017 dans les Hauts-de-France, la prévalence de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois a été estimée à 0,46 % (Fig.8), proche de la prévalence nationale 0,39 % et non significativement différente de celles observées dans les autres régions de France métropolitaine.

Au niveau national, l'analyse statistique retrouve une association statistique significative entre les tentatives de suicide au cours de la vie et les facteurs suivants (Tab.3) :

- un état dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,
- une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile est associé à un moindre risque de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

Le sexe, l'âge, le lieu d'habitation (rural/urbain), le niveau de diplôme ou la situation professionnelle n'ont pas été retrouvés associés à une augmentation du risque de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois.

Figure 8 : Prévalences régionales des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans, Baromètre 2017, France métropolitaine

- Pas de différence significative
- Inférieur aux autres régions
- Supérieur aux autres régions

ND : non disponible

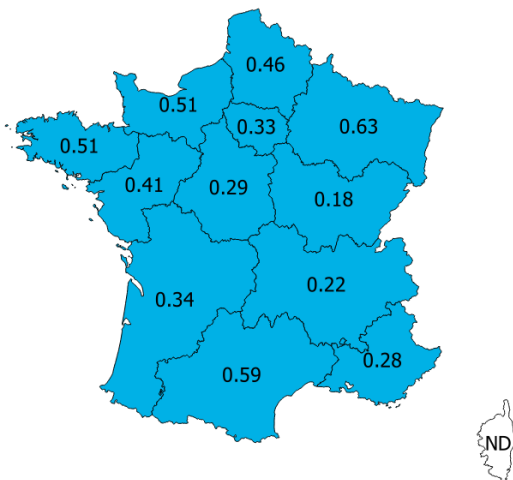


Tableau 3 : Facteurs associés aux tentatives de suicide cours des 12 derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 997)

Variabiles 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 (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 menace, humiliation, intimidation 12 derniers 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]

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * p<0,05 ; NS : non significatif

Prévalences pour 100 habitants standardisées sur le sexe et l'âge

Source : Baromètre de Santé publique France 2017

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

Discussion

Principales tendances

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**. Dans les Hauts-de-France, la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie a significativement augmenté entre 2010 et 2017 et elle est aussi significativement plus élevée que dans les autres régions de France métropolitaine. En revanche, **la prévalence des tentatives de suicide récentes (dans les 12 mois précédents) a diminué dans la région par rapport à l'estimation du Baromètre 2010 et la prévalence des pensées suicidaires récentes est demeurée stable**.

Ces résultats pourraient refléter un phénomène de déstigmatisation du passage à l'acte suicidaire lié au déploiement régional important ces dernières années des actions et programmes de prévention du suicide (programmes Vigilans (prévention récidive) et Papageno (prévention contagion suicidaire entourage et médiatique)). Ainsi, quelqu'un qui aurait fait une TS dans sa vie ne l'aurait pas déclarée en 2010 mais le ferait plus facilement en 2017.

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** sont deux fois plus déclarées par les femmes que par les hommes. Ces résultats régionaux sont cohérents avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et positions sociales selon le sexe. Les femmes pourraient être notamment plus exposées au stress. Une autre explication possible serait que les hommes admettraient moins facilement leur mal-être et leurs pensées suicidaires. Cette enquête étant déclarative, on peut s'interroger sur l'équivalence des prédispositions des hommes et des femmes à identifier et verbaliser une situation de mal-être.

Facteurs associés aux conduites suicidaires

Selon l'indicateur analysé, plusieurs facteurs associés émergent, révélant la dimension multifactorielle 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 sans activité. Ces résultats sont aussi retrouvés dans l'étude des facteurs associés à la prévalence de l'état dépressif caractérisé [1].

De nombreux événements de vie négatifs sont associés aux **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 de la même période. 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**.

A noter également que certaines conduites addictives telles que la consommation quotidienne d'alcool et de tabac sont aussi retrouvées associées à un risque plus élevé de **conduites suicidaires**. En revanche, un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Bac et des revenus supérieurs au 1^{er} tercile sont associés à un moindre risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Limites

Il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats en raison de potentiels biais liés au caractère déclaratif des Baromètres. Les personnes enquêtées doivent faire un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou gênant, pouvant être à l'origine de biais de mémorisation ou de prévarication avec possiblement un phénomène de réinterprétation de situations par désirabilité sociale.

Les problèmes de santé pouvant être associés à un état de santé mental altéré tels que être atteint d'une maladie chronique n'ont pas été étudiés.

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

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

PREVENTION

Contexte en France

La France se situe à la 10^{ème} place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés¹. 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 justifient la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

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

Les stratégies de prévention du suicide

Interventions efficaces

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

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (il prend la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;
- 3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;
- 4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se 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.

Recommandations 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.

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

² M.-A. Vinet, A. le Jeanic, T. Lefèvre, *et al.* Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France, Revue Epidémiologie et de Santé Publique 62, 2014, s62-s63.

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

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

La prévention du suicide a fait l'objet de **recommandations** 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 recommandations, le projet territorial de santé mentale (2017), le plan priorité prévention 2018 et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 en fixent le cadre opérationnel.

Les documents en bref

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

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

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

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

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

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

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

Les interventions mentionnées par document

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

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

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

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

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

⁴ Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère des solidarités et de la santé, juin 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

FOCUS SUR LE DISPOSITIF **VigilanS** DANS LA RÉGION DES HAUTS-DE-FRANCE



Le dispositif **VigilanS** est un projet innovant de prévention de la récurrence suicidaire lancé à titre « pilote » sur le Nord et le Pas-de-Calais depuis 2015 sous l'impulsion de l'Agence Régionale de la Santé et du CHRU de Lille en étroite collaboration avec le SAMU-Centre 15.

Basé sur le principe de la veille et du maintien du contact, il s'adresse à l'ensemble de la population : tout suicidant sortant du système hospitalier se voit remettre une lettre d'information et une carte ressource, comportant un numéro d'appel gratuit. En retour, le centre partenaire prévient le secrétariat **VigilanS** qui se charge alors d'envoyer un courrier aux partenaires de soin préalablement identifiés, partenaires qui disposent d'une ligne et d'une adresse mail dédiées pour interpeler le dispositif.

Les sujets non primosuicidants sont appelés au téléphone entre le 10^{ème} jour et le 21^{ème} jour après leur sortie par l'équipe de recontact. Selon les cas, la régulation médicale est interpellée ou une intervention de crise est réalisée. Si le sujet va bien et/ou adhère à son compromis de sortie, il n'y a pas d'intervention complémentaire avant la clôture de la veille à 6 mois. A contrario, si le sujet ou son entourage sont injoignables, 4 cartes postales sont envoyées dans les 5 mois.

Pour tous les suicidants bénéficiant du dispositif, un recontact téléphonique à la fin du 6^{ème} mois est programmé dans l'optique d'un bilan clinique avec proposition de clôture de la veille. Dans tous les cas, un courrier de liaison est adressé à ses correspondants sanitaires.

L'équipe de recontact est constituée à parts égales de psychologues et d'infirmier(e)s accueillis sur la plate-forme du Samu-Centre 15. Pensé, conçu et organisé initialement comme un « simple » dispositif de veille, de maintien du contact, **VigilanS** s'est rapidement enrichi d'une dimension de gestion et de suivi étroit de la crise suicidaire s'efforçant de solliciter au minimum les structures d'urgence.

A ce jour, plus de 12.000 sujets ont bénéficié du dispositif et les évaluations réalisées en 2017 par le Centre d'Investigation Clinique et la Fédération de Recherche en Santé Mentale et ont retrouvées une diminution globale des conduites suicidaires d'environ 12% sur l'ensemble du territoire ainsi qu'une diminution des récurrences et une excellente acceptabilité de l'ensemble des partenaires et des bénéficiaires.

Dr Debien Christophe

Responsable régional du dispositif Vigilans

Dans les Hauts-de-France, le dispositif **VigilanS** est financé pour l'essentiel par l'Agence Régionale de Santé.

La généralisation du dispositif de recontact des suicidants est inscrite dans la stratégie nationale de santé. Le Programme Régional de Santé de l'ARS Hauts-de-France prévoit ainsi d'étendre **VigilanS** dans les départements de la région, non encore couverts (l'Aisne, la Somme et l'Oise) en démarrant par le Centre Hospitalier de St Quentin dans l'Aisne.

Dr Isabelle Loens

ARS Hauts-de-France

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 X65 : auto-intoxication par l'alcool) auxquels ont été ajoutés des codes correspondant aux intoxications sans intentionnalité clairement stipulée.

Précisions méthodologiques

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont prises en compte dans les analyses CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®;
- Seules les personnes résidant dans la région sont considérées dans les analyses CépiDc et PMSI-MCO. Pour Oscour®, ce sont les personnes se présentant dans les établissements hospitaliers de la région ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour ;
- L'analyse d'Oscour® présentée ici est réalisée en terme de nombre de passages pour tentative de suicide aux urgences implantés dans la région et des patients réadmis pour TS dans une structure d'urgences durant la période d'étude. Les suicidants récidivistes sont été définis comme des « Patients ayant effectué un premier passage pour TS aux urgences en 2017 avec un nouveau recours aux urgences pour TS enregistré durant la période d'étude (01/01/2017 au 30/06/2018) »
- 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 importante dans certaines régions;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO sont analysées au niveau de la région et du département ; les données Oscour® et du Baromètre de Santé publique France 2017 au niveau de la région ;
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France, 2015, permettant de comparer le niveau de mortalité et d'hospitalisation de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;

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

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

- **Indicateurs :** Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.
- **Analyses statistiques :** Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi² de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariée. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (OR_a) avec un intervalle de confiance à 95 %, et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %.

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

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

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

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

Récidive suicidaire

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amarieï 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
- 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>

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'urgences 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
- Coordonnateur régional VigiLanS : Dr Christophe Debien
- L'Agence Régionale de Santé : Elisabeth Lehu et Dr Isabelle Loens

CONTACT

Santé publique France, Cire Hauts-de-France : HautsdeFrance@santepubliquefrance.fr / 03 62 72 88 88