OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE

SUICIDE

Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives

2E RAPPORT / FÉVRIER 2016

AVANT-PROPOS

L'Observatoire national du suicide, présidé par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, affiche deux ans et demi d'existence et publie son second rapport. Piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Observatoire regroupe tous les acteurs concernés par le suicide et sa prévention (chercheurs, ministères, professionnels de santé, caisses de sécurité sociale et associations). Sa composition plurielle lui permet de conduire des travaux transdisciplinaires, de confronter des points de vue complémentaires et de construire un dialogue très riche entre ses membres. L'Observatoire, régulièrement sollicité par des institutions et des personnes non membres, a ainsi trouvé sa place dans le paysage de la connaissance du suicide et de sa prévention.

Le premier rapport de l'Observatoire *État des lieux des connaissances sur le suicide et perspectives de recherche*, publié en novembre 2014, s'était attaché à décrire les systèmes d'information disponibles au niveau national permettant d'estimer le nombre de suicides et de tentatives de suicide en France. Il avait également proposé un état des lieux des actions de prévention évaluées comme efficaces pour réduire les comportements suicidaires, en France et à l'étranger et produit un état de la recherche en matière de suicide. Ce premier rapport avait enfin émis un certain nombre de recommandations pour l'amélioration du système de surveillance du suicide et l'approfondissement des connaissances.

Le présent rapport *Suicide, connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives* se situe dans la continuité du rapport précédent. Il propose tout d'abord une synthèse des réflexions et des travaux conduits par l'Observatoire au cours de l'année 2015. En particulier, il établit le bilan de l'appel à recherche, lancé par l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) et financé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Direction générale de la santé (DGS) et la DREES. Cet appel, qui a connu un franc succès avec vingt-huit projets déposés, permet de soutenir cinq recherches portant sur différentes populations et s'appuyant sur diverses disciplines scientifiques.

Le rapport comporte ensuite un dossier consacré aux actions de prévention mises en œuvre par les associations, à travers un aperçu des données recueillies par les dispositifs d'aide à distance et un focus sur certaines actions innovantes. Un second dossier fait le point sur les connaissances récentes et les questions encore en suspens concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide, facteurs de santé, socio-économiques, démographiques et biologiques, dans l'occurrence des conduites suicidaires. La connaissance de l'articulation des multiples facteurs de risque et de protection du suicide est en effet cruciale pour améliorer l'efficacité de la prévention.

Ce rapport propose enfin une déclinaison au niveau départemental et régional des données sur les suicides et les tentatives de suicide ainsi que des fiches statistiques venant mettre à jour et enrichir les connaissances déjà disponibles. Les recommandations énoncées dans le premier rapport sont suivies et complétées et de nouvelles recommandations permettant d'élargir les problématiques couvertes sont proposées.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE 13

1. Rappel et bilan du suivi des recommandations du premier état des lieux des connaissances sur le suicide 15
1.1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide et le nombre de tentatives de suicide en France 16
1.2. Actions de prévention du suicide en France.....19
1.3. État de la recherche en matière de suicide.....21

2. Les associations, des acteurs historiques de la prévention 24
2.1. La transformation du tissu associatif en France 24
2.2. Vers une harmonisation des outils de suivi de l'activité des associations 25

3. Les conduites suicidaires sous l'angle de la recherche : la nécessité d'étudier les interactions entre facteurs de risque 27
3.1. Le poids des facteurs psychiatriques 28
3.2. Mécanismes neurobiologiques et vulnérabilité spécifique 30

4. Du national au local : la nécessité de mieux rendre compte des spécificités infranationales des données sur le suicide et les tentatives de suicide 31

5. Recommandations 36
5.1.Participer à la mise en place d'une nomenclature internationale sur le suicide.....36
5.2. Poursuivre l'amélioration du système de surveillance des suicides et tentatives de suicide 37
5.3. Favoriser les études sur le milieu carcéral.....38
5.4. Développer une approche populationnelle du suicide.....39
5.5. Développer des recherches combinant facteurs de risque (psychiatriques, socio-économiques, environnementaux et biologiques) et facteurs de protection du suicide 39
5.6. Quid de la postvention ?.....40

DOSSIERS

Données et actions des associations de prévention du suicide en France **61**

Partie I • Une diversité du tissu associatif en France au sein de l'UNPS 62
1. L'Implantation géographique des associations.....64
2. Typologie des associations et des actions menées 65
3. Perspectives 67

Partie II • Les dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé (PADS) 68
1. Réorganisation de la PADS : un projet collaboratif commencé en 2010.....70
2. Données recueillies en 2014 par les associations de prévention du suicide et d'aide à distance en santé.....72
3. Faits marquants concernant la thématique du suicide observés par les associations de prévention du suicide et d'aide à distance en santé en 2014.....75
4. Discussion Générale.....97

Partie III • Autres exemples d'actions innovantes développées par les partenaires associatifs 99
1. Réseau de santé Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Touraine, VIES 37.....99
2. Groupe de soutien aux personnes endeuillées par suicide mis en place par le Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, institut régional Jean Bergeret 102
3. Résultats de l'étude « Être homo aujourd'hui en France » et description du projet d'enquête auprès des jeunes s'adressant à l'association Le Refuge 105

Partie IV • Synthèse 107

Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide **115**

Partie I • Revue de littérature sur les facteurs de risque médicaux et socio-économiques des conduites suicidaires (2003-2013) 117
Les facteurs psychiatriques.....119
Les facteurs somatiques.....122
Facteurs sociodémographiques et socio-économiques.....124
Discussion et implications 126

Partie II • Les mécanismes neurobiologiques des conduites suicidaires 127
Vulnérabilité aux conduites suicidaires.....127
Dysfonctionnement du système sérotoninergique et hyperactivation de « l'axe du stress ».....129
Abus dans l'enfance 130
La neuroanatomie des conduites suicidaires 131

BILAN DES PLANS D'ACTIONS 157

1. Le Programme national de prévention du suicide (2011-2014) 159

2. Le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole 163

3. La politique de prévention du suicide des personnes détenues 166

Historique de la politique de prévention du suicide des personnes détenues 166

Le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du garde des Sceaux du 15 juin 2009 168

Focus sur certaines mesures de prévention du suicide des personnes détenues 169

DONNÉES LOCALES 177

Introduction 177

Panorama des travaux régionaux et infrarégionaux sur le suicide et les tentatives de suicide des Observatoires régionaux de santé 178

1. Tableaux de bord, portraits de territoires 178
2. Travaux spécifiques sur le phénomène suicidaire et autres approches innovantes 180

Présentation des sources de données et des indicateurs 183

1. Sources de données 183
2. Mode de calcul des indicateurs 183
3. Avertissement 185

Île-de-France 187
Champagne-Ardenne 197
Picardie 205
Haute-Normandie 214
Centre-Val de Loire 222
Basse-Normandie 231
Bourgogne 240
Nord - Pas-de-Calais 248
Lorraine 257
Alsace 265
Franche-Comté 273
Pays de la Loire 281
Bretagne 291
Poitou-Charentes 301
Aquitaine 309
Midi-Pyrénées 317

Limousin 326
Rhône-Alpes 335
Auvergne 344
Languedoc-Roussillon 352
Provence - Alpes - Côte d'Azur 361
Corse 371
Guadeloupe 379
Martinique 386
Guyane 393
La Réunion 400

FICHES 411

Fiche 1 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide 411
Fiche 2 • Effets période et génération mesurables dans les statistiques de décès par suicide 417
Fiche 3 • Relation entre hospitalisation en MCO pour tentative de suicide et suicide 424
Fiche 4 • Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France 433
Fiche 5 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées dans le Baromètre santé des départements d'outre-mer en 2014 440
Fiche 6 • Prévalences et évolutions des comportements suicidaires en france métropolitaine en 2014 447
Fiche 7 • Surveillance de la mortalité par suicide à l'échelle d'une entreprise ou d'une institution : exemple de l'administration pénitentiaire 452

ANNEXES 461

Annexe 1 • Textes fondateurs de l'Observatoire 461
Annexe 2 • Recueils numériques sur le surendettement et le suicide et sur la thématique du suicide 467
Annexe 3 • Réunions de l'Observatoire national du suicide en 2015 471

Contributeurs 479

SYNTHÈSE

DOSSIERS P.61

BILAN DES PLANS D'ACTIONS P.157

DONNÉES LOCALES P.177

FICHES P.411

ANNEXES P.461

Synthèse

Muriel Moisy (DREES)

En 2012, le suicide a causé la mort de 9 715 personnes en France métropolitaine, soit près de 27 décès par jour, loin devant la mortalité routière qui s'est élevée, cette même année, à 3 426 victimes. Aussi précis soit-il, ce décompte ne doit pas faire oublier qu'il s'agit là d'une estimation puisqu'en raison d'erreurs ou d'absence de codage parmi les 558 408 certificats de décès enregistrés en 2012, le nombre de suicides se rapproche plus vraisemblablement des 10 700 décès. De la préadolescence au grand âge, le suicide concerne l'ensemble de la société même s'il se pose avec plus d'acuité pour les hommes et chez les personnes âgées. 75 % des décès par suicide sont masculins. La surmortalité masculine est présente à tous les âges, bien que davantage marquée entre 25 et 44 ans où la part des décès masculins avoisine 80 %. Le taux standardisé de mortalité par suicide[1] s'établit, tous âges confondus, à 16,7 pour 100 000 en France métropolitaine en 2012. Le taux brut est de 15,3 pour 100 000 habitants pour la France métropolitaine et de 15,1 pour 100 000 habitants pour la France entière, et présente deux pics : le premier entre 45 et 54 ans, où il atteint 25,1 pour 100 000, le second à partir de 75 ans où les taux sont supérieurs à 30 pour 100 000. Au-delà de ces chiffres, il est nécessaire de prendre en compte les personnes particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires, soit parce qu'elles ont déjà réalisé une tentative de suicide, soit parce qu'elles déclarent avoir des pensées suicidaires, soit parce qu'elles ont été confrontées à la problématique du suicide dans leur entourage. En France métropolitaine, le nombre de tentatives de suicide est estimé à environ 200 000 par an, 20 fois plus que le nombre de suicides. Il est surtout le fait des jeunes filles entre 15 et 20 ans et dans une moindre mesure des femmes âgées de 40 à 50 ans, même si pour ces deux classes d'âges, une baisse des taux d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie suite à une tentative de suicide est observée depuis 2010. Il faut aussi tenir compte de ceux qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires : parmi les personnes de 15 à 75 ans interrogées en 2014, 5 % en France métropolitaine, 4,2 % en Guadeloupe, 4,4 % en Martinique, 4,7 % à La Réunion et 5,5 % en Guyane déclarent

1. Il s'agit du taux pour 100 000 habitants standardisé selon la population Eurostat EU & EFTA (les pays de l'EU-27 ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse), en 2012.. Ce taux est obtenu en appliquant à la population française la structure par sexe et âge de cette population de référence. Cette standardisation permet des comparaisons internationales, en neutralisant l'effet des différences de structure par sexe et âge des populations comparées.

avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. L'énumération de ces statistiques permet de mesurer combien la question du comportement suicidaire est un enjeu de santé publique qui concerne un nombre élevé d'hommes et de femmes en France : selon un programme de recherche mené entre 2007 et 2010 sur l'impact des suicides et des tentatives de suicide sur l'entourage, pour chaque décès par suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées, soit environ 300 000 personnes chaque année, auxquelles il faut ajouter 3 750 000 Français touchés par la tentative de suicide d'un proche [1].

Face à ces chiffres préoccupants sur le suicide et les comportements suicidaires, il est important d'en comprendre les mécanismes complexes. Certes, les principaux facteurs de risque et de protection du suicide sont plutôt bien décrits dans la littérature française et internationale. Certes, les actions de prévention sur le terrain sont nombreuses par le biais du tissu associatif ou des réseaux des professionnels de santé. Mais sur une longue période d'observation, le constat d'un nombre de suicides qui diminue, mais pas suffisamment, est bel et bien présent et des enjeux continuent de se poser, notamment en termes de prévention, de postvention mais aussi de communication autour de ce fait social :

- Comment améliorer le recueil quantitatif des suicides et des tentatives de suicide pour proposer une cartographie sociale et territoriale la plus fidèle possible ?
- Quel type de recherche favoriser pour mieux appréhender les interactions entre les différents facteurs de risque ?
- Comment mieux repérer les personnes entrées dans le processus suicidaire et éviter le passage à l'acte ?
- Quelles sont les actions de prévention les plus efficaces pour prévenir les récidives ? Comment évaluer ces programmes d'action, souvent mis en place à un niveau local ? Sont-ils transférables à d'autres territoires ou à d'autres groupes de population à risque ?
- Quelles prises en charge mettre en place pour soutenir les familles endeuillées et éviter une propagation du suicide à l'environnement familial et social ?
- Enfin, comment évoquer le suicide dans les médias ? Comment sensibiliser et former les différents acteurs, journalistes, élus, médiateurs, au thème du suicide ?

C'est autour de ces questions ambitieuses que s'organise, depuis septembre 2013, la réflexion des membres de l'Observatoire national du suicide, parlementaires, représentants d'associations, experts, chercheurs, représentants des ministères, des agences régionales de santé, des opérateurs en santé et des caisses d'assurance maladie.

La première partie de cette synthèse revient sur l'état des lieux des connaissances sur le suicide établi dans le premier rapport de l'Observatoire et fait le suivi des recommandations émises. Dans la mesure où il était impossible, en une année, de traiter en profondeur et dans leur intégralité les thématiques pertinentes telles les

actions de prévention et de postvention, l'analyse des facteurs de risque ou encore l'amélioration de la mesure des suicides, les membres ont fait le choix de poursuivre, au cours de la deuxième année, l'éclairage de ces sujets considérés comme prioritaires en développant, en outre, une perspective territoriale des principaux indicateurs de mortalité par suicide et d'hospitalisation après une tentative de suicide.
Les trois parties suivantes sont le reflet des échanges entre les membres lors des assemblées plénières qui se sont tenues en 2015, ainsi que des travaux présentés en groupes de travail.
La deuxième partie, consacrée au dossier « Données et actions des associations de prévention du suicide en France », propose un panorama de la diversité des actions de prévention menées par les associations et un aperçu des informations recueillies à travers les dispositifs d'aide à distance (téléphonie, forums, tchats).
La troisième partie présente le dossier « Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide » qui, sur la base d'une revue de littérature, observe à partir des travaux récents les effets concomitants des différents facteurs de risque sur les comportements suicidaires, et notamment les liens entre les facteurs médicaux (facteurs psychiatriques, maladies chroniques, consommations à risque…) et les facteurs sociodémographiques et économiques. Une revue de travaux neurobiologiques visant à identifier les biomarqueurs du suicide pour améliorer la prévention des conduites suicidaires complète ce dossier.
La quatrième partie de cette synthèse, consacrée aux « Données locales », met en perspective les disparités territoriales, à l'échelle régionale et départementale, qui caractérisent les principaux indicateurs de la mortalité par suicide, des modes opératoires et des hospitalisations pour tentative de suicide.
Enfin, dans une cinquième et dernière partie sont présentées les recommandations pour les prochains rapports, qui émanent des constats faits par les membres de l'Observatoire quant aux enjeux à moyen et plus long terme.

1. Rappel et bilan du suivi des recommandations du premier état des lieux des connaissances sur le suicide

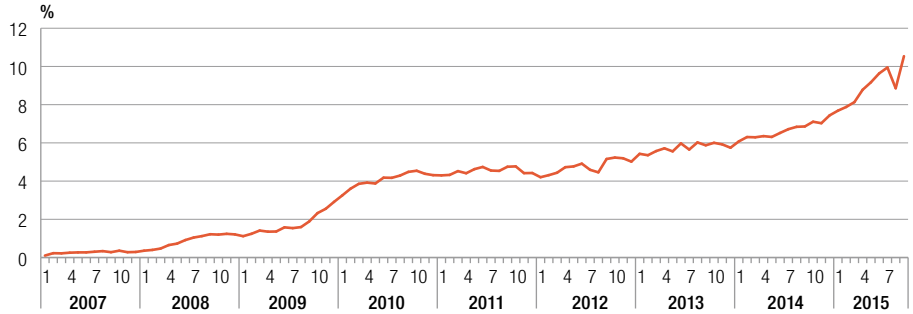
Un premier *État des lieux des connaissances sur le suicide et des perspectives de recherche*, fruit d'une année de réflexion des membres de l'Observatoire national du suicide, a été remis à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en décembre 2014. En élaborant un premier recensement des sources et des données disponibles sur la thématique, en éclairant certaines actions de prévention mises en œuvre dans une politique active en France depuis une vingtaine d'années et en retraçant les différentes pistes de recherche sur les conduites suicidaires, ce premier rapport a commencé à répondre aux missions qui ont été confiées à l'Observatoire.

1.1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide et le nombre de tentatives de suicide en France

Au sujet de la surveillance épidémiologique des suicides, le premier rapport a finement décrit le système d'information complexe permettant d'estimer plus que de mesurer le nombre de suicides en France. Les données de mortalité par suicide sont produites par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui gère la base des causes médicales de décès depuis 1969, en s'appuyant sur les remontées des certificats de décès. Pour la première fois depuis le début des années 1990, le nombre de suicides en France métropolitaine est passé sous la barre des 10 000 décès avec 9 715 décès comptabilisés pour l'année 2012 contre 10 359 décès en 2011. Toutefois, et le premier rapport s'en est fait largement l'écho en émettant des recommandations à ce sujet, la statistique des causes médicales de mortalité est encore perfectible en raison du problème des suicides non repérés, pour lesquels la cause de la mort indiquée est « mort violente indéterminée quant à l'intention » ou « cause inconnue ». Selon une enquête menée par le CépiDc-Inserm à partir des données de mortalité de 2006, la sous-estimation des décès au niveau métropolitain s'établit à 9,4 %, variant selon les régions de 0,3 % en Bretagne à 46 % en Île-de-France, taux de très loin le plus élevé. En prenant en compte cette sous-estimation, on peut évaluer à 10 690 le nombre de décès par suicide en France métropolitaine en 2012.

L'une des recommandations du premier rapport sur les systèmes d'information sur les suicides consistait à rendre effective la refonte du certificat de décès et à accélérer le déploiement du certificat électronique. En juillet 2013, une instruction du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes demandait aux

Graphique 1 • Pourcentage de décès certifiés électroniquement par mois et année de décès de 2007 à 2015



Source • CépiDc-Inserm.

agences régionales de santé (ARS) d'inciter les établissements de santé à utiliser les certificats de décès électroniques, avec un premier objectif de 20 % d'utilisation fin 2015. Si ce pourcentage n'est pas encore atteint, il a augmenté de façon constante mais lente depuis la fin de l'épisode de grippe H1N1 en mars 2010 jusqu'à fin 2013. Une accélération du déploiement s'observe nettement depuis la fin de l'année 2014 (**graphique 1**). La proportion de décès certifiés électroniquement atteint 10 % en septembre 2015.

Les perspectives d'évolution de l'application de certification électronique dans les deux années à venir sont les suivantes :

- une dématérialisation complète du certificat de décès (un volet administratif doit toujours être imprimé aujourd'hui et envoyé à la mairie de décès) et la mise en place d'une application mobile pour déclarer les décès en ambulatoire ;
- une évolution du certificat vers une version intégrant un item donnant la possibilité de déclarer explicitement les circonstances apparentes de suicide et permettant aux instituts médico-légaux de remplir et d'envoyer à l'Inserm un volet médical complémentaire par voie électronique issu du résultat de leurs investigations.

Pour être mises en place, ces deux évolutions doivent faire l'objet d'une adaptation des textes réglementaires encadrant la certification médicale des décès, dont l'instruction est en cours.

La sous-estimation des suicides semble également liée à la participation inégale des services de médecine légale, avec des taux de transmission des informations issues des enquêtes médico-légales qui varient fortement d'un institut médico-légal à l'autre. Renforcer la participation de ces services en tant qu'acteurs de la surveillance épidémiologique des suicides avait fait l'objet d'une recommandation dans le premier rapport. Dans le cadre du suivi de cette recommandation, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a mis en place un projet de collaboration avec les instituts de médecine légale (IML) et le CépiDc de l'Inserm. L'objectif de ce projet est d'étudier la possibilité de développer un dispositif de surveillance des suicides s'appuyant sur les données des services de médecine légale. Ce dispositif devra tenir compte de l'évolution en cours du certificat de décès et, à terme, s'insérer dans le système d'information sur les causes de décès géré par le CépiDc-Inserm. Afin de mettre en œuvre ce projet, un groupe de travail a été constitué, réunissant des médecins légistes, le CépiDc-Inserm et l'InVS. Ce groupe de travail a pour objectif de proposer les modalités de mise en œuvre de ce dispositif de surveillance puis de les tester dans le cadre d'une étude pilote reposant sur des IML volontaires. La première réunion de ce groupe s'est tenue en octobre 2015. Elle a permis de faire un bilan des pratiques des IML et d'initier la réflexion sur le contenu d'un outil de recueil. Une seconde réunion est prévue pour le début de l'année 2016 afin de travailler sur la faisabilité et les modalités d'une étude pilote.

Concernant les tentatives de suicide, le système d'information est multisources, puisqu'il repose à la fois sur des données extraites de bases médico-administratives, pour ce qui relève des hospitalisations en médecine et chirurgie (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIM-P) après une tentative de suicide, et sur les données du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) pour ce qui relève des passages aux urgences suite à une tentative de suicide. Ce réseau est particulièrement important pour la surveillance des tentatives de suicide puisque 80 % des tentatives prises en charge par le système de soins passent par les urgences.

En 2013, 78 980 patients ont été hospitalisés en services de médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) après une tentative de suicide, ce qui représente 90 094 séjours sur l'année, soit un peu moins de la moitié de l'ensemble des tentatives de suicide. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide diminue depuis 2010. Cette diminution s'explique essentiellement par un recul du taux d'hospitalisation chez les femmes. Comme pour la mortalité par suicide, le premier rapport a mis en évidence la difficulté à recenser de façon exhaustive le nombre de tentatives de suicide en France et ce pour trois raisons. D'une part, le codage des tentatives de suicide dans les bases médico-administratives de recours aux soins souffre d'un manque d'exhaustivité (pas de retour possible aux dossiers d'hospitalisation pour vérification), les tentatives de suicide faisant l'objet d'un passage aux urgences n'étant pas toutes enregistrées dans les « Résumés des passages aux urgences » (RPU). D'autre part, les données issues de la base Oscour® ne couvrent pas l'intégralité des passages aux urgences en France, même si la couverture nationale atteint 89 % en octobre 2015 (560 services d'urgence). Enfin, dans les deux dispositifs précédemment décrits ne sont pas prises en compte les tentatives de suicide qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences et qui nécessiteraient la mobilisation d'autres systèmes d'information tels que le recueil du réseau Samu-Centres 15, actuellement en cours de refonte. Si la tentative de suicide était recherchée et renseignée dans le recueil des appels téléphoniques du Samu, cela permettrait de faire émerger une partie des tentatives de suicide non comptabilisées jusqu'alors parce que n'ayant pas fait l'objet d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation [2]. Une partie seulement des tentatives de suicide devrait être concernée car le nouveau codage du Samu-Centres 15 ne permettra pas de tenir compte des appels téléphoniques de patients ou de proches non comptabilisés dans le recueil du Samu parce qu'adressés à d'autres services d'urgences, comme le 18 des sapeurs-pompiers ou des tentatives de suicide prises en charge en médecine de ville. L'amélioration de la qualité des données des bases médico-administratives dépend de l'amélioration de leur codage par les praticiens. Une des recommandations du premier rapport de l'Observatoire concernait le suivi de l'amélioration de la qualité des données. Dans ce cadre, un groupe de travail réunissant l'InVS, ses cellules en région (Cire) et la

Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) a été mis en place afin d'améliorer la qualité des données d'Oscour®. Les chantiers de ce groupe de travail sont à la fois l'instauration d'un nouveau thésaurus dans les RPU, incluant explicitement la tentative de suicide comme motif de recours aux urgences, mais aussi des actions auprès des producteurs locaux de données afin de les inciter à mieux prendre en compte le codage des tentatives de suicide.

1.2. Actions de prévention du suicide en France

Outre ce premier état des lieux des systèmes d'information, le précédent rapport a fait également une large place à la présentation de quelques actions de prévention du suicide menées en France mais aussi à l'étranger. Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, mis en place par la Direction générale de la santé, comporte 49 actions qui embrassent tous les aspects de la thématique du suicide, de l'information du grand public à la formation des professionnels de santé, de la prise en charge des personnes suicidaires à l'accompagnement des familles endeuillées. En coordination avec ce programme national figurent deux programmes spécifiques : l'un mis en place par la Mutualité sociale agricole (MSA), destiné à mieux cerner les enjeux que pose le suicide dans le milieu agricole, l'autre par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) sur le suicide en milieu carcéral. Cet éclairage était complété, dans le premier rapport, par des expériences internationales. Tout l'enjeu pour ces dernières réside dans les possibilités de transférabilité de ces actions vers d'autres territoires ou d'autres populations.

Parmi les interventions décrites dans le premier rapport et évaluées comme efficaces dans la littérature figuraient l'ouverture de lignes d'appel auprès des personnes vulnérables, le maintien du contact auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et la réduction des moyens létaux et de leur accès. Cette synthèse revient brièvement sur ces trois types d'intervention.

Le dispositif des lignes d'appel destinées aux personnes en risque suicidaire est inscrit dans l'axe 1 du Programme national de prévention du suicide. La mise en place d'un tel dispositif repose en partie sur les partenaires associatifs et leur expérience en matière d'écoute. Plusieurs évaluations ont montré un impact positif de ces dispositifs avec notamment une baisse du nombre des suicides et des pensées suicidaires. Elles ont également souligné la nécessité que ces interventions soient adaptées au public visé et qu'une réflexion sur un suivi actif des appelants soit engagée, comme par exemple le rappel de la personne vulnérable le cas échéant. En outre, dans le cadre de la réorganisation de la prévention et des aides à distance en santé est apparu un besoin d'harmonisation des données recueillies par ces lignes d'appel. C'est à l'Institut national de prévention en santé (INPES) qu'a

été confié ce travail de valorisation et d'harmonisation commune des données de plusieurs associations telles que SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, PHARE Enfants-Parents ou Suicide Écoute afin de permettre une comparaison du profil des appelants et de leurs attentes selon les associations. Ce travail, encore en cours, fait l'objet, dans ce rapport, d'un dossier qui en présente des éléments plus détaillés.

Le maintien du contact auprès des personnes à risque de récidive suicidaire est une autre action considérée comme efficace dans le premier rapport. Elle repose sur la conservation du lien avec le suicidant par l'intermédiaire d'appels, de SMS, de cartes postales ou encore de documents qui rappellent les numéros des services d'aide et les associations existantes. Ce dispositif n'est pas nouveau puisqu'on le retrouve aux États-Unis au début des années 2000 ainsi qu'à Bristol, en Australie ou en Nouvelle-Zélande. Partout, l'efficacité à court terme du maintien du contact, c'est-à-dire dans l'année qui suit l'hospitalisation après une tentative de suicide, est prouvée tandis que l'effet diminue avec le temps. En France, plusieurs expériences ont été menées à l'échelle locale (Nord de la France, Brest…). Elles tendent à corroborer le constat précédent de l'efficacité de ces démarches même si l'évaluation de telles mesures est complexe en raison de la taille limitée des échantillons sur lesquels elles ont porté ou du contexte local dans lequel elles ont été mises en œuvre. Toutefois, tout comme pour les lignes d'écoute, l'efficacité de telles mesures semble dépendre de la réciprocité des démarches : si l'initiative ne résulte que du suicidant, l'efficacité est moindre que si le personnel de santé contribue au maintien du lien.

Dans un autre domaine d'actions, la restriction des moyens létaux a aussi fait l'objet d'un éclairage dans le premier rapport, qui rappelait que les mesures pour limiter ces moyens s'inscrivent à plusieurs niveaux : sur un plan individuel, avec un contrôle plus important de la détention d'armes à domicile ; à l'échelle locale, en sécurisant les lieux collectifs ; enfin, au niveau national en modifiant par exemple la réglementation sur le port d'arme ou encore la réduction du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville. Si ces mesures étaient présentées dans le premier rapport comme des mesures reconnues dans la littérature pour être particulièrement efficaces à l'international, le bilan réalisé par la Direction générale de la santé au terme du Programme national de prévention du suicide est plus mitigé dans le cas de la situation française, en raison des difficultés de mise en œuvre de telles mesures, les armes à feu y étant moins répandues que dans d'autres pays.

Un an plus tard, la Direction générale de la santé (DGS), la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) ont rédigé les bilans de leurs programmes respectifs qui sont présentés dans ce deuxième rapport. Il en ressort qu'une majorité des actions annoncées ont pu être mises en place. D'autres sont en cours ou n'ont pu encore être explorées et seront inscrites dans le programme national d'actions annoncé à la fin de l'année 2014. Quel que soit

le domaine dans lequel ces actions prennent place et quelles que soient les populations ciblées, les programmes de prévention du suicide engagent une réflexion autour de deux questions majeures, d'une part celle de la méthodologie à mettre en place pour évaluer les nombreuses actions entreprises, notamment celles isolées ou prenant place dans un contexte particulier, d'autre part celle de la délimitation entre une démarche de soutien et une démarche interventionniste qui pourrait aller à l'encontre du droit de chacun à décider pour soi-même de sa vie.

1.3. État de la recherche en matière de suicide

Depuis de nombreuses années, le suicide se pose comme objet d'étude scientifique. Un terme, la suicidologie, est même apparu à la fin des années 1960 pour définir la recherche scientifique sur le suicide et dont l'objectif est double : comprendre et prévenir. Le premier rapport a été l'occasion de rappeler les différentes approches, les différentes disciplines ainsi que les différentes méthodologies développées dans ces études scientifiques, mais aussi d'insister sur les lacunes dans les connaissances de certaines thématiques.

En effet, bien que les recherches sur le suicide soient nombreuses, comme en témoignent notamment les deux recueils numériques élaborés par la Mission recherche de la DREES (Mire), « La thématique du suicide » et « Surendettement et suicide » (présentés en annexe 2 de ce rapport), ainsi que le deuxième dossier de ce présent rapport consacré à l'étude scientifique des facteurs de risque des conduites suicidaires, tous les champs ne sont pas couverts. Ce constat a conduit à l'élaboration d'une série de recommandations dans le premier rapport.

Pour commencer à répondre à ces recommandations, l'Observatoire national du suicide, avec l'appui de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) a lancé, début 2015, un appel à recherche. Cet appel a été cofinancé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), par la Direction générale de la santé (DGS) et par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le Comité scientifique d'évaluation de l'appel était présidé par Christian Baudelot (professeur émérite de sociologie de l'École normale supérieure de Paris et Centre Maurice-Halbwachs) et composé de : Jean-Louis Terra (centre hospitalier Le Vinatier, Bron), Françoise Facy (UNPS), Isabelle Gernet (Université Paris Descartes), Marie Tournier (Université Victor Segalen, Bordeaux 2), Jean-Pierre Soubrier (CRES) et Christine Chan-Chee (InVS). Le nombre de projets reçus a été jugé très satisfaisant et témoigne de l'intérêt suscité par l'appel : 28 projets ont été soumis mais l'un d'entre eux a été jugé hors champ par le comité scientifique d'évaluation.

Les 27 projets expertisés se sont répartis de manière équilibrée entre les deux principaux axes de l'appel à projet :

Axe 1 : la connaissance des facteurs de risque et de protection du suicide et des mécanismes conduisant au suicide : 14 projets abordent différents facteurs de risque (sanitaires, sociaux, historiques et contextuels), de façon isolée ou en interaction, en particulier chez les jeunes, les personnes âgées et les personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Trois projets portent plus précisément sur la détection du risque suicidaire (chez les jeunes, par les médecins généralistes ou via les réseaux sociaux) et un projet vise à mieux comprendre le processus suicidaire.

Axe 2 : l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention du suicide : 13 projets relèvent de ce deuxième axe, en particulier sur la prévention auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide et ayant été ensuite prises en charge par le système de santé.

Les thématiques sur lesquelles portent les projets sont variées (**tableau 1**). Néanmoins, il est à noter que peu de projets ont été déposés sur certaines thématiques mises en avant dans le texte de l'appel. Notamment, aucun projet portant sur le suicide en milieu carcéral n'a été déposé. Compte tenu des taux importants de suicide dans ce milieu, il serait utile de continuer à encourager des travaux de recherche dans ce domaine, en faisant appel à des équipes confirmées, auxquelles seraient associés des personnels pénitentiaires, médecins, infirmiers, surveillants, etc. Enfin, seulement deux projets associant les neurosciences ont été soumis.

Les populations cibles sur lesquelles portent les projets sont également variées et représentent globalement bien les différentes populations citées dans le texte de l'appel à projet (**tableau 2**), à l'exception des populations carcérales. Il faut noter que trois projets visent les conduites suicidaires dans les départements d'outre-mer et deux la population en milieu rural. La multidisciplinarité des projets est à souligner, la quasi-totalité d'entre eux sollicitant au moins deux disciplines.

Le **tableau 3** montre que l'appel à recherche a touché largement les disciplines concernées par la thématique de recherche, les plus représentées étant la psychiatrie, la psychologie, l'épidémiologie et les statistiques. Les discussions au cours de l'appel à projet ont mis en avant le fait que les projets traitent de sujets très intéressants, mais que leur qualité scientifique n'est pas toujours suffisante par rapport aux enjeux soulevés. Le caractère innovant et les possibilités de publication sont également inégaux selon les projets.

Tableau 1 • Nombre de projets par thématiques

Axes	Thématiques	Nombre de projets
Axe 1	Déterminants/facteurs de risques	11
	dont suicide et travail	*3*
	Détection du risque de suicide	3
	Processus suicidaire	1
Axe 2	Action de prévention	5
	dont suicide et travail	*1*
	Prise en charge/système de santé	8

Tableau 2 • Nombre de projets par populations cibles*

Populations cibles	Nombre de projets
Jeunes	6
Actifs	4
Personnes âgées	2
Minorités sexuelles	1
Personnes ayant fait une TS	8
Population en milieu rural	2
Outre-mer	3
Population générale	**15**

*Un projet peut porter sur plusieurs populations cibles.

Tableau 3 • Nombre de projets par disciplines

Disciplines	Nombre de projets
Psychiatrie	17
Psychologie	12
Épidémiologie	11
Statistiques	8
Informatique	6
Sociologie	6
Médecine (générale, légale, d'urgence)	6
Économie	4
Démographie	2
Méthodologie	2
Sciences de gestion	2
Neurosciences	2
Sciences des médias/communication	2
Droit	2
Anthropologie	2
Histoire	1
Chimie	1

Les projets sélectionnés se sont ainsi démarqués par rapport à l'ensemble des projets déposés : il s'agit de quatre projets de recherche et d'un contrat de définition[2]. Les cinq projets retenus et financés sont très différents, tant par le profil de population (âgée, active, adolescente) sur laquelle ils portent, que par les disciplines qu'ils sollicitent (neurosciences, épidémiologie, psychiatrie, communication). Les durées varient de 12 à 36 mois (annexe II). Leur avancée permettra d'éclairer des thématiques qui n'ont jusqu'à présent pu être abordées en détail au sein de l'Observatoire, comme l'approche populationnelle du suicide.

Ce deuxième rapport apporte un éclairage sur trois thèmes : la connaissance des actions sur le terrain menées par les associations de prévention du suicide, l'insuffisance des données sur les suicides et les tentatives de suicide, disparates d'un territoire à l'autre, et le caractère encore très fragmenté de la vision des facteurs de risque des conduites suicidaires. Ces problématiques sont autant d'enjeux qui ont suscité des questionnements de la part des membres de l'Observatoire et ont animé les débats qui sont restitués ici.

2. Les associations, des acteurs historiques de la prévention

Dès les années 1960, les associations ont pris en charge, sur le terrain, les personnes vulnérables aux conduites suicidaires et les familles endeuillées. Chacune, avec ses moyens financiers, ses missions et son mode de fonctionnement, a apporté le soutien nécessaire, l'écoute et parfois des propositions de psychothérapies aux personnes en détresse psychologique, et leur rôle n'a cessé de s'accroître au fil du temps.

2.1. La transformation du tissu associatif en France

Depuis 1960 et les premières associations d'écoute des personnes en difficultés, le tissu associatif s'est largement transformé en France. Laissé dans l'ombre du tabou, le suicide n'était pas affiché comme la mission première des associations fondatrices dans les années 1960 et 1970, davantage tournées vers la prévention de l'isolement et du mal-être à l'image de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (1963), de La Porte Ouverte (1969) ou encore l'Association nationale Jonathan Pierres Vivantes (1978). En effet, dès les années soixante, le recul de la famille nucléaire, traditionnellement composée d'un couple, le plus souvent uni par les liens du mariage, et de plusieurs enfants [3], qui constituait jusqu'alors un lieu de socialisation de ses membres et un rempart contre l'isolement social, concomitant à la montée de l'insécurité économique et à une perte

2. Un contrat de définition désigne un travail de conception d'une recherche ou d'une étude pilote.

de cohésion des classes sociales construites autour du travail, a pu conduire de plus en plus d'individus aux profils variés à devoir faire face à un sentiment de solitude vis-à-vis d'un réseau social et familial qui ne les protège plus. Face à ces transformations de la société, le tissu associatif s'est diversifié. Auparavant généralistes, les nouvelles associations, locales ou nationales, qui voient le jour dans les années 1980 et plus encore dans les années 1990 se spécialisent progressivement vers les publics les plus exposés au suicide par leur âge, leur situation de rupture familiale, scolaire, professionnelle, sociale, leur orientation sexuelle ou encore leur isolement. Leurs missions se sont diversifiées : aux côtés des actions de veille à vocation sociale (écoutes téléphoniques sans intervention), certaines associations mettent en place des actions d'accompagnement des personnes en risque suicidaire, des actions de prévention et de postvention, des actions de sensibilisation à la prévention ou au repérage du suicide (dans les établissements scolaires, les maisons de retraite, les prisons, auprès des professionnels de santé…) ou encore des actions de formation (des bénévoles, des personnels de santé, des journalistes…). D'autres proposent une prise en charge médicale (proposition de soins psychiatriques ou psychothérapiques) ou pour faire face à des situations d'urgence, mettent en place des services d'hébergement ou d'aide qui s'inscrivent dans les démarches administratives de réinsertion. Une liste non exhaustive des associations de prévention du suicide en France et de leurs missions est présentée dans l'annexe II de cette synthèse.

Huit associations ou groupements d'associations sont représentés dans l'Observatoire national du suicide : Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), PHARE Enfants-Parents, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), Collectif interassociatif sur la santé (CISS), SOS Amitié, Le Refuge et l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA). Ces associations ou groupements d'associations font bénéficier l'Observatoire de leur expertise et participent à la réflexion sur les politiques de prévention du suicide.

2.2. Vers une harmonisation des outils de suivi de l'activité des associations

À travers ce premier aperçu de la prévention du suicide à l'échelle des associations, on mesure combien celle-ci est plurielle. Cette pluralité apparaît jusque dans le recueil des données lors des écoutes téléphoniques. En effet, et bien que ce ne soit pas leur mission première, la plupart des associations recueillent de façon anonyme certaines informations livrées par l'appelant au fur et à mesure des appels ou lors des échanges sur les tchats. Jusqu'ici, le protocole de recueil était propre à chaque association, qu'il s'agisse du support (enregistrement sur fiches papier, sur fichiers Excel ou sur des logiciels développés en interne), de la grille d'analyse (choix

distincts des informations recueillies comme par exemple l'origine géographique des appelants) ou encore des formats retenus (classes d'âges plus ou moins étendues, motifs d'appel et causes de souffrance plus ou moins détaillées). Cette hétérogénéité du matériau collecté empêchait toute comparaison des données entre associations et ne permettait pas de dresser un panorama global du profil des appelants.

Depuis 2010, un projet collaboratif pour réorganiser les dispositifs de prévention et aide à distance en santé (PADS) a été confié à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) afin, entre autres, de moderniser et d'harmoniser le plus possible les systèmes de recueil. La transition vers de nouveaux outils informatiques est complexe et nécessite un temps d'appropriation des nouveaux procédés par les bénévoles. Ce projet a été lancé pour l'heure dans quatre associations : SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute et PHARE Enfants-Parents[3].

Le premier dossier de ce rapport revient à la fois sur cette réorganisation émergente et sur les premiers résultats, riches d'enseignements. Les données 2014 issues du nouveau dispositif ne sont disponibles que pour trois des quatre associations concernées. L'analyse de ces données met en exergue un profil type des appelants : plutôt des femmes, d'âges actifs, déclarant le plus souvent la dépression, les problèmes de couple ou encore la solitude comme cause de leur mal-être. La fréquence de ces causes n'est néanmoins pas identique entre les femmes et les hommes : ces derniers évoquent d'abord leur solitude puis la dépression et la présence d'une maladie physique comme explication de leur souffrance. Ces associations semblent également s'adresser à des publics différents : depuis la mise en place du tchat, les appelants à SOS Amitié sont plutôt plus jeunes alors que les plus âgés (55 ans et plus) se tournent davantage vers SOS Suicide Phénix. Si la thématique du suicide occupe une place équivalente dans les appels reçus par SOS Suicide Phénix et par Suicide Écoute (environ 30 % des appels), la part des hommes parmi les appelants ayant des pensées suicidaires est plus élevée chez SOS Suicide Phénix que chez Suicide Écoute (42 % versus 34 %).

Parallèlement à cette réorganisation du dispositif de prévention et aide à distance en santé (PADS), ce projet collaboratif intègre également la mise en place d'une formation commune des bénévoles et d'un accès plus large aux lignes d'écoute. Le rôle des bénévoles est majeur et la plupart des associations procèdent à un recrutement rigoureux des écoutants avec une formation par les professionnels de l'association. La mise en place de méthodes d'évaluation communes des écoutants permettra de renforcer la garantie de qualité du service. Quant à l'accessibilité des lignes d'écoute, elle est primordiale surtout vis-à-vis des suicidants, c'est-à-dire des individus dont le passage à l'acte suicidaire est imminent. Certaines associations ont

3. Les données postréorganisation recueillies par l'association PHARE Enfants-Parents doivent être analysées avec beaucoup de prudence compte tenu de la sous-estimation par rapport aux années antérieures.

déjà pris en compte ces difficultés d'accès en doublant leur ligne d'écoute nationale de postes d'écoute régionaux. La mise en œuvre d'une plateforme téléphonique mutualisée a également pour objectif d'étendre progressivement ce processus aux associations engagées dans la réforme de la PADS.

À l'issue de ce travail d'expertise des données, on mesure que les données recueillies sont encore trop hétérogènes pour qu'il soit possible d'en faire véritablement une synthèse, ce qui justifie le travail d'harmonisation qui se poursuit. Néanmoins, il convient de souligner ici le travail de l'INPES qui a d'ailleurs mis en œuvre un processus de labellisation permettant d'inscrire ces dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Plus globalement, plusieurs recommandations émergent de la part des associations qui :
- insistent sur certains facteurs de risque récurrents évoqués par les appelants pour expliquer leur mal-être, comme les violences subies pendant l'enfance et dont l'effet à long terme sur le bien-être semble mésestimé ;
- appellent à développer un suivi épidémiologique des personnes qui font appel aux associations pour souffrance psychique (humeur dépressive, idées suicidaires…) ;
- rappellent aussi l'importance de communiquer davantage sur la problématique du suicide et notamment de mieux faire connaître l'ensemble du tissu associatif ;
- soutiennent l'idée de la mise en place d'une plateforme mutualisée pour faire face à un nombre croissant d'appels et de demandes.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de poursuivre le travail de recensement et de description des associations adhérentes à l'UNPS afin de mieux faire connaître auprès du plus grand nombre les types d'interventions proposées et de faciliter la coordination entre les différents acteurs nationaux. Les résultats de ce travail seront disponibles en 2016.

3. Les conduites suicidaires sous l'angle de la recherche : la nécessité d'étudier les interactions entre facteurs de risque

Mieux connaître les déterminants des conduites suicidaires et mieux comprendre le processus suicidaire afin de mieux le prévenir, tels sont les autres enjeux de ce rapport, enjeux qui avaient déjà fait l'objet de premières réflexions dans le précédent rapport qui rappelait les différents types de facteurs de risque et leur classification établie par l'OMS [4]. Cette classification distingue les *facteurs liés aux individus* (antécédents de tentatives de suicide, troubles mentaux, consommation intensive d'alcool, perte d'emploi, douleurs chroniques…), *les facteurs liés aux relations*

(isolement, absence de soutien, relations conflictuelles…), *les facteurs liés aux communautés* (catastrophes naturelles, guerres, conflits, discrimination…), *les facteurs liés aux sociétés* (accès aux moyens létaux, tabou du suicide, absence de communication…) et *les facteurs liés aux systèmes de santé* (obstacle aux soins, désorganisation des soins…). Si ces facteurs ne font pas tous l'objet de la même attention dans les recherches récentes et passées, leurs effets sur les conduites suicidaires sont relativement bien connus et documentés dans la littérature.

La réflexion qui s'est prolongée depuis le premier rapport a essentiellement porté sur les interactions entre ces différents facteurs, reprenant un constat posé dans le rapport de l'OMS selon lequel « souvent, un cumul des facteurs de risque venait accentuer une vulnérabilité individuelle face au suicide ». Elle s'est traduite par l'élaboration d'une revue de littérature portant sur la période 2003-2013, qui a exploré des travaux sur données individuelles et, dans une moindre mesure, car encore peu nombreux, des travaux écologiques alliant données individuelles et agrégées. L es travaux sélectionnés, et *a fortiori* ceux présentés, devaient combiner variables psychiatriques et variables socio-économiques ou sociodémographiques pour expliquer les idées suicidaires, les tentatives de suicide ou les suicides. « Combiner ces variables » ne signifie pas pour autant que l'effet des interactions sur les suicides ou tentatives de suicide ait été systématiquement pris en compte et mesuré dans ces études. Cela est même apparu assez peu fréquent. En revanche, la prise en compte des différents types de facteurs de risque permet au moins d'essayer de hiérarchiser leur importance.

3.1. Le poids des facteurs psychiatriques

De la revue de la littérature émerge un consensus autour du constat suivant : les facteurs psychiatriques apparaissent comme les premiers facteurs de risque pour les décès par suicide et les tentatives de suicide. Ces facteurs regroupent à la fois les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), les troubles schizophréniques, les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus de substances. Les recherches montrent que la hiérarchie de ces différents troubles, quant à leur impact sur les comportements suicidaires, varie selon le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, les revenus, l'emploi ou la catégorie socioprofessionnelle mais aussi et surtout selon le risque observé : décès par suicide, tentatives de suicide ou idées suicidaires.

Concernant les liens entre facteurs psychiatriques et suicide, les troubles de l'humeur apparaissent comme un facteur de risque majeur pour les hommes comme

pour les femmes, tandis que les troubles de la personnalité[4] sont un facteur de risque accru chez les hommes et les troubles anxieux chez les femmes. L'hospitalisation constitue un autre facteur de risque, non pas en elle-même mais parce qu'elle marque la sévérité des pathologies. Ainsi, pour les personnes hospitalisées pour tentative de suicide, les troubles de l'humeur entraînent effectivement un risque accru de suicide, quelle que soit la durée de cette hospitalisation, mais cet effet est maximal la première semaine après la sortie d'hôpital et diminue par la suite. Pour les personnes ayant des troubles schizophréniques, on observe également un risque accru juste après la sortie de l'hôpital, puis qui diminue au cours du temps. Au contraire, ce risque accru se prolonge dans le temps pour les personnes atteintes de troubles liés à l'abus de substances.

À propos du lien entre facteurs psychiatriques et tentatives de suicide, les résultats semblent converger autour d'un risque plus important en cas de troubles de l'humeur, suivis des troubles anxieux, de ceux liés à l'abus de substances et des troubles de la personnalité. Toutefois, il est important de signaler que les résultats dépendent en partie de la méthodologie, notamment de la façon dont sont estimées les tentatives de suicide, soit à partir d'un recueil lors d'une hospitalisation, soit déclarées lors d'une enquête en population générale.

Cette revue de littérature fait ressortir d'autres constats notables : le risque relatif de décès par suicide diminue le long de l'échelle sociale, de niveaux de revenu et d'éducation ; il est aussi plus élevé pour les chômeurs. On observe là encore des différences hommes-femmes : pour les hommes, c'est la catégorie socioprofessionnelle peu élevée qui est la plus discriminante tandis que pour les femmes, c'est le fait d'être au chômage. Pour les tentatives de suicide, les facteurs les plus déterminants sont le fait d'être une femme, d'avoir un faible revenu, d'être au chômage ou inactif et d'être jeune. Pour mieux interpréter ces résultats, il faut rappeler ici que les tentatives de suicide n'incluent pas les suicides aboutis, d'où cette sous-représentation des catégories pour lesquelles la part des suicides est la plus élevée, comme par exemple les personnes âgées. En outre, les études montrent que les facteurs de précarité économique constituent des risques moins immédiats que les facteurs psychiatriques mais que leurs effets sont importants à long terme.

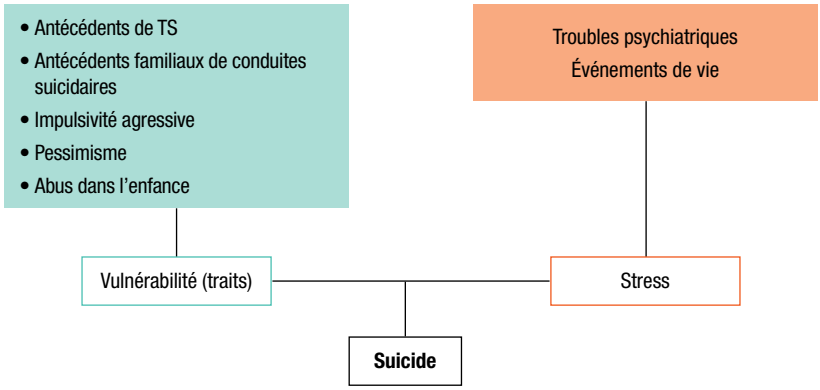
Cette revue de littérature souligne globalement une convergence des résultats mais elle fait aussi et surtout ressortir des limites liées à la méthodologie déployée dans les recherches, aux facteurs de risque pris en compte et aux modes de recueil des données. Ce constat pointe vers une insuffisance des sources pertinentes pour analyser de façon concomitante l'ensemble des facteurs de risque, leur hiérarchisation

4. Les troubles de la personnalité regroupent une catégorie de traits de personnalité mal adaptés, qui entraînent des souffrances ou des dysfonctionnements. Les troubles de la personnalité sont souvent associés à d'autres affections psychiatriques, dont ils aggravent le pronostic.

et leurs interactions. Elle souligne aussi le manque de transdisciplinarité dans les études menées qui, en adoptant des démarches méthodologiques distinctes, empêchent de mener de véritables analyses comparatives. Cette revue de littérature a pris le parti de se centrer sur les données d'enquêtes mais d'autres approches sont possibles pour analyser les mécanismes suicidaires. Les autopsies psychologiques permettent, sur de petits échantillons, de mieux appréhender le cumul des facteurs de risque et leur enchaînement, souvent dans un laps de temps assez court avant le passage à l'acte. Des données de cohorte pourraient aussi venir en complément avec l'avantage de disposer de données rétrospectives et longitudinales sur les événements de vie. Elles ne sont cependant pas toujours adaptées au repérage d'un événement aussi rare que le suicide.

3.2. Mécanismes neurobiologiques et vulnérabilité spécifique

L'étude du lien entre mécanismes neurobiologiques et conduites suicidaires est relativement récente. Ces travaux de recherche en plein développement sont pluridisciplinaires (psychiatrie, neurobiologie, génétique, épigénétique) et s'appuient sur différentes approches (analyses biologiques, imagerie médicale, *in vivo* ou *post mortem*). Ils tendent à montrer, dans un modèle « stress - vulnérabilité » (cf. schéma ci-dessous), qu'à situation de stress égale (troubles psychiatriques ou événements de vie graves vécus récemment ou pendant l'enfance), le risque de conduite suicidaire est très variable d'un individu à l'autre. Ce risque de conduites suicidaires dépend, dans ce modèle, d'antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide, des traits de personnalité comme l'impulsivité et le pessimisme, et des abus subis dans l'enfance. Seules les personnes porteuses de cette vulnérabilité



Source • Mann *et al.*, *Am J Psychiatry*, 1999 ; Oquendo *et al.*, *Am J Psychiatry*, 2004.

spécifique réaliseront un geste suicidaire. Autrement dit, tous les individus ayant vécu un événement grave ne vont pas commettre un geste suicidaire, mais la combinaison de certains facteurs de risque a une plus grande probabilité d'entraîner un geste suicidaire chez les individus particulièrement vulnérables.

Ces travaux sont complétés par des études sur les mécanismes neurobiologiques qui cherchent à identifier les biomarqueurs du risque suicidaire. Deux grands systèmes biologiques seraient impliqués dans la vulnérabilité suicidaire : l'hyperactivité de l'axe du stress et le déficit en sérotonine. Ces anomalies du système inflammatoire pourraient agir comme des biomarqueurs de risque suicidaire. Ainsi, dans le cas d'un stress précoce relevant des facteurs de vulnérabilité décrits précédemment (violences, abus sexuels, séparation parentale...) une activité sérotoninergique abaissée serait observée en comparaison avec des individus n'ayant pas vécu ce type de traumatismes. De même, ce stress précoce pourrait conduire à des altérations du système neurobiologique qui se traduiraient par la survenue de troubles anxieux voire de dépression. Pour l'heure, ces travaux récents soulèvent un certain nombre d'hypothèses qui nécessitent d'être confirmées. Ils impliquent à terme une réflexion sur l'accompagnement des personnes chez lesquelles des biomarqueurs du suicide auront été identifiés. Ils impliquent aussi le développement de nouvelles techniques et l'exploration de nouveaux gènes. L'objectif étant d'affiner les cibles moléculaires et inflammatoires qui pourraient conduire à favoriser la recherche sur les traitements médicamenteux antisuicidaires.

4. Du national au local : la nécessité de mieux rendre compte des spécificités infranationales des données sur le suicide et les tentatives de suicide

Si le suicide a plutôt fait l'objet d'une déclinaison sociodémographique dans le premier rapport avec une approche par âge, sexe et selon l'emploi, le deuxième rapport ajoute une dimension territoriale en présentant, dans une partie « Données locales », un panorama des taux de suicide, des modes opératoires et des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour chacune des régions métropolitaines et chacun des départements d'outre-mer. L'objectif est de fournir à chaque région et département des données sur le suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide, et de contribuer à une meilleure articulation entre le niveau national et le niveau infranational. Cette synthèse en reprend les principaux résultats, qui révèlent d'importants contrastes géographiques. Toutefois, avant de les commenter il convient de rappeler qu'une partie des écarts observés entre les taux régionaux de suicide sont liés à la sous-estimation considérable du nombre de suicides dans certaines régions comme l'Île-de-France ou encore Rhône-Alpes, comme le montre

Tableau 4 • Pourcentage de sous-déclaration estimée du taux de suicide par ordre d'importance dans les régions métropolitaines, en 2006

Régions	Sous-déclaration estimée en 2006	Régions	Sous-déclaration estimée en 2006
Île-de-France	46,0	Haute-Normandie	4,0
Rhône-Alpes	21,8	Franche-Comté	3,9
Midi-Pyrénées	14,7	Languedoc-Roussillon	3,6
Corse	13,5	Basse-Normandie	3,4
Alsace	13,0	Pays de la Loire	2,6
Champagne-Ardenne	6,5	Nord - Pas-de-Calais	2,5
Aquitaine	6,0	Auvergne	2,4
Bourgogne	5,9	Poitou-Charentes	2,2
Picardie	5,8	Centre-Val de Loire	2,0
Lorraine	5,0	Limousin	1,2
Provence - Alpes - Côte d'Azur	4,3	Bretagne	0,3

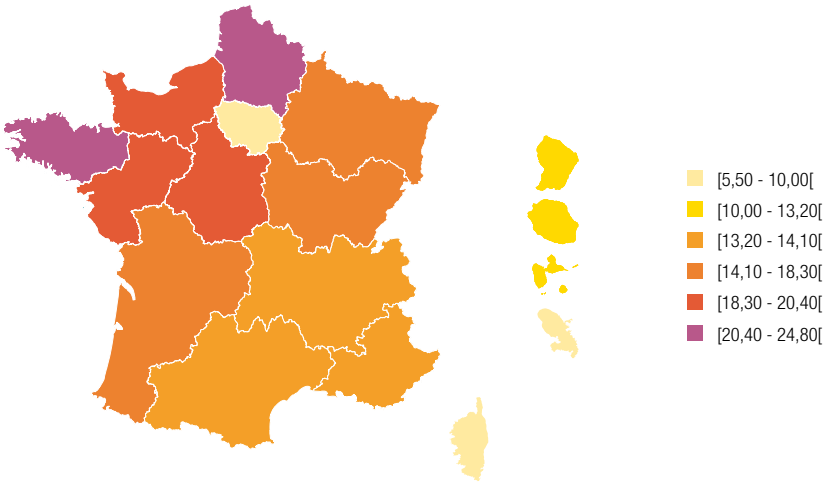
Source • CépiDc-InVS, 2006.

le **tableau** ci-dessus qui classe par ordre d'importance les régions métropolitaines selon le pourcentage de sous-déclaration estimée. Avec près de 50 % de sous-déclaration en région parisienne, il n'apparaît pas pertinent de prendre en compte les taux relevés en Île-de-France dans les comparaisons régionales ni de mener des comparaisons infrarégionales au sein de celle-ci.

Les taux de suicide, standardisés sur la structure par âge de la population française, sont présentés dans un premier temps pour les grandes régions telles qu'elles ont été définies au 1er janvier 2016, complétés des données pour les départements d'outre-mer hors Mayotte (**carte 1**). Le taux de suicide en France métropolitaine pour l'année 2012 atteint 15,3 pour 100 000 mais ce taux varie de 5,5 pour 100 000 en Martinique à 24,8 pour 100 000 en Bretagne. C'est dans les régions de l'Ouest et du Nord que l'on observe traditionnellement les taux de suicide les plus élevés, proches ou dépassant 18 pour 100 000 habitants dans cinq régions : la Bretagne précédemment citée mais aussi la région Nord - Pas-de-Calais - Picardie (20,4), la Normandie (19,3), les Pays de la Loire (18,9) et la région Centre-Val de Loire (18,3). Un gradient intermédiaire de mortalité par suicide est observé pour les régions allant de l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes jusqu'en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine avec des taux proches de ceux de la moyenne nationale. À l'opposé, le Sud et l'Est de la France présentent les taux les plus faibles, inférieurs à 14 pour 100 000 habitants.

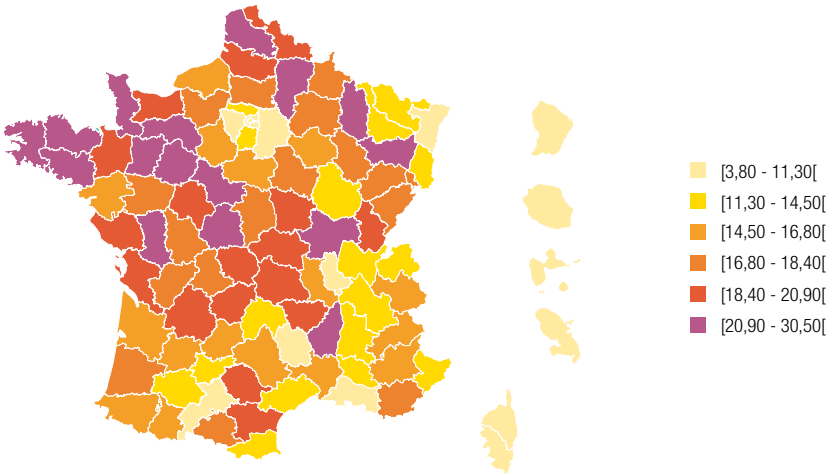
Si l'on affine ce panorama à l'échelle des départements, on mesure l'importance des disparités infrarégionales, avec des spécificités départementales qui ressortent

Carte 1 • Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants, en 2012



Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

Carte 2 • Taux de suicide standardisés dans les départements métropolitains et d'outre-mer pour 100 000 habitants, en 2012



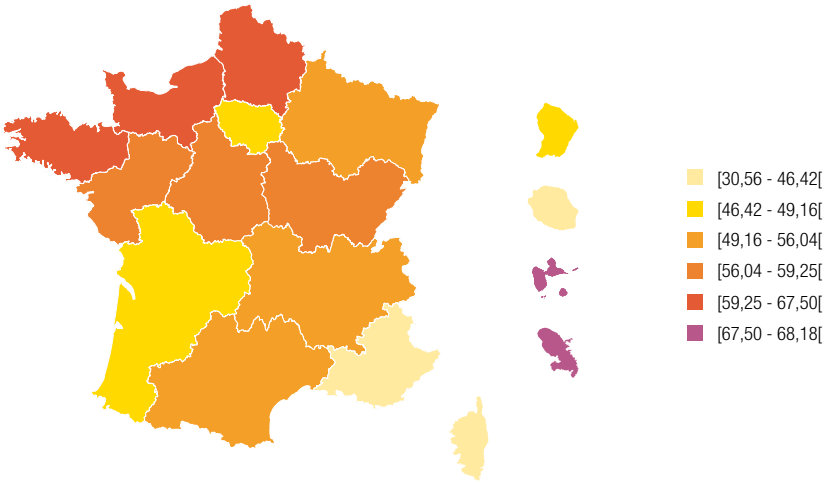
Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

au sein des grandes régions, à l'exception de la Bretagne où l'ensemble des départements dépassent nettement la moyenne nationale (**carte 2**). C'est dans cette région que figure le département le plus touché : les Côtes-d'Armor où le taux s'élève à 30,5 pour 100 000 habitants en 2012. Derrière les Côtes-d'Armor, six départements se démarquent des autres avec des taux compris entre 25 et 28 pour 100 000 habitants. Il s'agit de la Manche (27,7), du Morbihan (26,4), de l'Orne (26,4), de la Sarthe (25,8), du Finistère (25,1) et de l'Indre (25,0). Parmi les départements qui contrastent au sein de leur région figure l'Ardèche, avec un taux supérieur à 21,5 pour 100 000 habitants, dans une région Auvergne-Rhône-Alpes où les taux standardisés n'excèdent pas 13,2 pour 100 000. De même, les départements de la Meuse et des Vosges affichent des taux élevés, respectivement 23,7 et 21,2, comparés aux autres départements de la région que sont la Moselle, la Meurthe-et-Moselle, les Vosges, le Haut-Rhin et plus encore le Bas-Rhin, où le taux de suicide est inférieur à 10 pour 100 00 habitants.

Dans la perspective de développer la dimension territoriale dans ce rapport, une attention particulière a été donnée à la situation en matière de suicide, de tentatives de suicide et de pensées suicidaires dans les départements d'outre-mer, avec des données présentées dans la partie sur les données locales, complétées par une fiche issue du Baromètre santé DOM 2014. Il en ressort globalement que les décès par suicide et les tentatives de suicide sont moins fréquents qu'en France métropolitaine (**carte 1**) : les taux standardisés de suicide sont inférieurs à 11 pour 100 000 habitants dans les quatre départements pour lesquels des données sont disponibles. Cependant, aucune information concernant le niveau de la sous-estimation n'est disponible pour ces départements. Le panorama produit à partir des données de l'enquête Baromètre DOM est plus nuancé. En effet, les habitants de Martinique, Guadeloupe et Guyane sont moins nombreux qu'en métropole à déclarer une tentative de suicide au cours de la vie. Ce n'est pas le cas de La Réunion qui présente une prévalence déclarée équivalente à celle de la métropole. Pour ce qui est des pensées suicidaires déclarées portant sur la période des douze derniers mois, les femmes des départements d'outre-mer ont tendance à en déclarer davantage que les femmes de métropole (à l'exception de la Martinique). En revanche, c'est l'inverse qui est observé pour les hommes, particulièrement en Guadeloupe où seuls 2,2 % des hommes âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires dans l'année qui précède, contre 4,3 % des hommes de métropole.

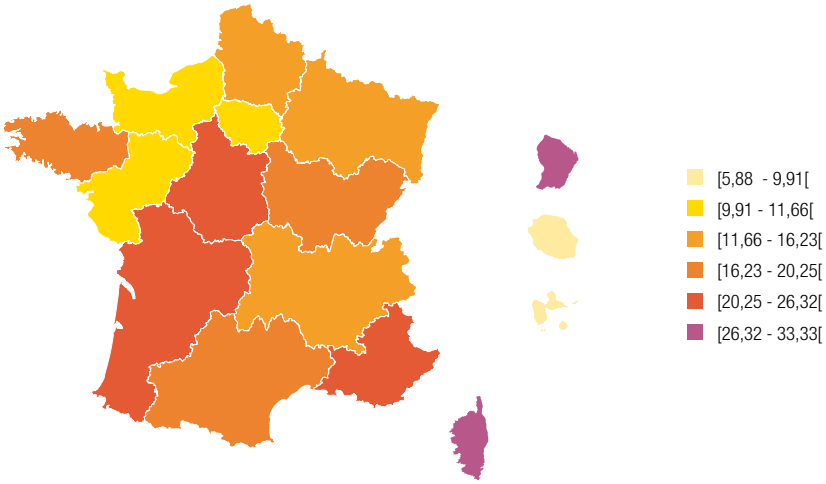
Si la cartographie régionale des taux de suicide masculins et féminins tend à se superposer, d'importantes disparités régionales apparaissent également quant aux deux principaux modes opératoires de suicide en France que sont la pendaison et les armes à feu (**cartes 3 et 4**). La part des suicides par pendaison parmi les décès par suicide en 2012 varie en France métropolitaine de 30,6 % en Corse à 63,9 % en Normandie et de

Carte 3 • Part des suicides par pendaison dans les grandes régions métropolitaines et d'outre-mer, en 2012 (%)



Source • CépiDc, réalisation DREES.

Carte 4 • Part des suicides par arme à feu dans les grandes régions métropolitaines et d'outre-mer, en 2012 (%)



Source • CépiDc, réalisation DREES.

43,5 % à La Réunion jusqu'à 68,2 % en Martinique pour ce qui est des départements d'outre-mer. Les suicides par pendaison touchent principalement les régions du nord-ouest de la France pour lesquelles les pourcentages avoisinent, voire dépassent, 60 %.

La part des décès par arme à feu varie de 9,1 % en Bretagne jusqu'à 33,3 % en Corse. Assez logiquement, s'agissant des deux principaux modes de suicide, la **carte** des suicides par arme à feu apparaît comme le complémentaire de la première avec une part plus élevée dans tout le Sud de la France, y compris la Corse. À ces régions du Sud, il faut aussi ajouter la situation particulière de la région Centre-Val de Loire où la part des suicides par arme à feu dépasse 20 %. À noter certaines spécificités régionales comme la Bretagne, les Pays de la Loire, l'Île-de-France ou encore la Corse, où certains modes opératoires plus inhabituels présentent des pourcentages assez élevés. C'est le cas des suicides par noyade dans les Pays de la Loire (7,7 % contre moins de 3 % pour la moyenne nationale) ou en Bretagne (6,9 %) ou encore des décès par saut dans le vide en Île-de-France et en Corse (14,7 % dans les deux régions contre environ 7 % pour la moyenne nationale).

5. Recommandations

Les recommandations émises lors des assemblées plénières et des réunions des groupes de travail et validées par l'ensemble des membres de l'Observatoire sont présentées au fil du rapport et synthétisées dans cette section. L'ordre dans lequel elles sont présentées ne présage pas de leur importance. Ces recommandations feront l'objet d'un suivi dans les prochains rapports.

5.1. Participer à la mise en place d'une nomenclature internationale sur le suicide

« Suicides », « comportements suicidaires », « conduites suicidaires », « risque suicidaire », « troubles suicidaires », « vulnérabilité suicidaire », « tentatives de suicide », « idées suicidaires », « pensées suicidaires », le champ lexical qui sert de support aux travaux et recherches sur la thématique du suicide est varié mais en l'absence de consensus sur les définitions de ces différents termes, leur utilisation peut différer d'un auteur à l'autre.

Au cours du printemps 2015, l'Observatoire national du suicide a été sollicité par M. Goodfellow, psychiatre au centre hospitalier spécialisé de Nouméa dans le cadre de la mise en place d'une nomenclature internationale sur le suicide. Son projet est d'élaborer un glossaire international et interculturel des comportements suicidaires,

à partir d'un questionnaire auprès des professionnels de terrain de différents pays sur le vocabulaire utilisé pour désigner ces comportements. Dans ce contexte, M. Goodfellow est ainsi à la recherche d'un « référent nomenclature suicide » dans chaque pays. Il est proposé que l'ONS soit le référent pour la France. L'ONS serait ainsi la porte d'entrée pour le questionnaire, le relais vers les spécialistes et le lieu d'examen et de discussion de la réponse française. Jean-Pierre Soubrier et Jean-Luc Roelandt se sont portés volontaires pour participer à un groupe de travail, piloté par l'Institut de veille sanitaire, qui sera en charge de la réponse française. Il est souligné que, s'agissant d'une enquête sur le sens des mots à l'échelle mondiale, des difficultés liées à la variabilité des représentations du suicide selon les cultures et des problèmes de traduction émergeront nécessairement.

5.2. Poursuivre l'amélioration du système de surveillance des suicides et tentatives de suicide

Bien qu'il s'agisse là d'une recommandation déjà présente dans le premier rapport et pour laquelle des efforts considérables ont déjà été fournis, le chantier reste encore vaste pour tendre vers une exhaustivité du recensement des suicides et des tentatives de suicide. La refonte en cours du certificat de décès va permettre d'améliorer le repérage des décès par suicide avec l'ajout d'un volet où figureront les circonstances apparentes du suicide. Cet encart, en plus du volet médical habituel, sera inscrit dans le décret sur le certificat de décès prévu à l'été 2016. Par ailleurs, l'amélioration du système de surveillance des suicides passe par la poursuite du déploiement du certificat électronique qui semble désormais bien engagé, même s'il est en deçà des objectifs fixés. Des actions de promotion ont été réalisées auprès des conférences nationales des présidents de commissions médicales d'établissements, dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires. Des bilans ont été présentés auprès des chargés de mission des systèmes d'information des agences régionales de santé. Le service de santé des armées a lui aussi été impliqué. Les principales difficultés résidaient jusqu'alors dans l'implication moindre de certaines agences régionales de santé et de certains établissements de santé, liée à la multiplicité des projets d'informatisation dans les établissements.

La mise en place du projet de collaboration avec les instituts de médecine légale, le CépiDc-Inserm et l'InVS permettra également d'améliorer la surveillance des suicides. Ce projet a pour objectif d'étudier la possibilité de développer un système de surveillance des suicides basé sur les données des instituts de médecine légale. Ce dispositif a pour vocation de définir les variables pertinentes à recueillir pour, à terme, enrichir le volet complémentaire. Ce système permettra de collecter des informations que l'on ne retrouve pas dans les autres sources de données, et ainsi d'enrichir les connaissances sur le suicide et d'orienter de manière efficace

les actions de prévention selon les régions et selon les professions ou secteurs d'activité. Les avancées de ce projet seront présentées dans les rapports ultérieurs.

Concernant l'amélioration du système de surveillance des tentatives de suicide, un sous-groupe de travail a été mis en place à l'InVS, réunissant les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), dans l'objectif à la fois de définir une même méthodologie pour toutes les régions pour disposer de données comparables, et d'améliorer la qualité de codage des tentatives de suicide grâce à l'action auprès des producteurs locaux de données. Les avancées de ce sous-groupe seront présentées dans les rapports ultérieurs.

Le premier rapport de l'Observatoire recommandait également de permettre l'appariement de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases de données. L'appariement avec les données de l'Assurance maladie (SNIIRAM) est prévu par l'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé, dans le cadre de la mise en place du Système national des données de santé (SNDS). Il permettra une description plus fine des liens entre tentative de suicide et suicide (notamment d'analyser finement la mortalité par suicide) et d'approfondir la question de facteurs de risques médicaux ou médicamenteux. Des travaux sont également en cours pour permettre l'appariement des causes médicales de décès et du SNIIRAM avec l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'EDP constitue une vaste base de données longitudinales représentative des personnes vivant en France, couvrant 4 % de la population. Il comporte des informations, notamment sur le sexe, la date de naissance, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, et pour les salariés, sur le poste occupé et les caractéristiques de l'employeur. Son appariement avec les causes médicales de décès et le SNIIRAM permettra d'analyser les comportements suicidaires selon la catégorie sociale et les trajectoires professionnelles et familiales.

5.3. Favoriser les études sur le milieu carcéral

Comme évoqué dans la première partie de cette synthèse sur l'état de la recherche en matière de suicide et le bilan de l'appel à recherche, aucun projet déposé ne concernait la thématique du suicide en milieu carcéral. Or, et cela était souligné dans le premier rapport (fiche 8, p. 167), le niveau de suicide est plus élevé en prison que dans l'ensemble de la population. Selon les données du ministère de la Justice, le taux de suicide masculin en prison est sept fois plus élevé que celui des hommes en population générale pour la période 2005-2010. Par ailleurs, selon une étude récente publiée par l'Institut national d'études démographiques à partir des données de l'administration pénitentiaire pour la période 2006-2009, près d'un décès

sur deux dans les prisons françaises est un suicide. Ce constat posé, il convient d'apporter un éclairage à cet enjeu de santé publique dans les années à venir.

5.4. Développer une approche populationnelle du suicide

À l'instar du rapport remis par le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et handicapées en 2013, qui permet d'avoir une vue d'ensemble à la fois sur l'épidémiologie du suicide chez les personnes âgées et sur les actions de prévention envers cette population, d'autres groupes de population doivent pouvoir bénéficier du même éclairage dans les prochains mois. Bien que le nombre de décès par suicide chez les jeunes soit relativement faible comparé à d'autres classes d'âges, un zoom sur cette catégorie de population paraît pertinent. Cela permettrait de mettre en valeur l'estimation du coût de la santé mentale et des suicides des jeunes, de recenser l'existant en matière de postvention, notamment auprès de la fratrie et des pairs, d'évaluer le risque de contagion par le biais des nouvelles technologies, de prendre en compte l'hétérogénéité de la catégorie des jeunes qui nécessite la mise en place d'études spécifiques (suicide chez les très jeunes, suicide des étudiants, suicide des jeunes d'orientation sexuelle minoritaire), de mesurer les consommations à risque qui placent les jeunes dans des conditions de forte vulnérabilité. Ce serait également l'occasion d'étudier plus particulièrement la situation des jeunes en prison et centres fermés ou encore d'essayer de comprendre les écarts entre la fréquence des tentatives de suicide déclarées dans les grandes enquêtes en population générale et celles ayant donné lieu à une hospitalisation, notamment chez les jeunes filles.

5.5. Développer des recherches combinant facteurs de risque (psychiatriques, socio-économiques, environnementaux et biologiques) et facteurs de protection du suicide

Comme l'a montré la revue de littérature sur l'étude des facteurs de risque, nombreux sont les travaux qui étudient les différents facteurs de risque sur les conduites suicidaires. Toutefois, peu d'entre eux sont réalisés à partir d'échantillons de taille suffisante et à partir de données combinant des variables de santé et conditions de vie, pour observer d'un point de vue transversal comment interagissent ces différents facteurs sur le risque de suicide et de tentatives de suicide. Il convient également de pouvoir contrebalancer les différents facteurs de risque avec les facteurs protecteurs existants, qui peuvent nuancer certains résultats. Cette première approche à partir de grandes bases de données en coupe transversale, loin d'être suffisante, doit être complétée par des données longitudinales, par exemple de suivi de cohorte, qui permettront de mieux comprendre les liens de causalité entre les différents facteurs de risque, ce que ne permet pas l'approche transversale.

Enfin, à une échelle plus fine, il serait intéressant de développer l'approche par autopsie psychologique, la seule qui puisse décrire le cumul des facteurs de risque et leur enchaînement, notamment à l'approche du passage à l'acte, même si les données qui seront observées ne pourront être généralisées à l'ensemble de la population. Développer à la fois l'analyse quantitative et qualitative de la mesure des facteurs de risque, dans une approche pluridisciplinaire décloisonnée, peut véritablement conduire à éclairer les mécanismes complexes du suicide.

5.6. Quid de la postvention ?

Comme l'avait déjà souligné le premier rapport, nombreuses sont les actions en matière de postvention, dont certaines sont reprises dans cette synthèse, notamment le contact auprès des personnes à risque de récidive suicidaire. Toutefois, au sein du tissu associatif français apparaît comme un manque en matière de groupes de parole. Des groupes de soutien aux personnes endeuillées par le suicide existent mais sont relativement peu nombreux. Les démarches d'associations comme celle suivie par l'Institut régional Jean Bergeret apparaissent assez isolées en France, notamment en comparaison avec ce qui existe à l'étranger et plus précisément en Amérique du Nord. Dans le cadre d'un groupe de parole composé d'endeuillés qui ne se connaissent pas et se retrouvent régulièrement, entourés par un(e) psychiatre ou psychologue, il s'agit à la fois de soulager la souffrance psychique des personnes et de prévenir le suicide dans leur entourage. Cette initiative gagnerait à être développée auprès d'autres populations d'endeuillés, notamment les enfants et les adolescents touchés par le suicide d'un frère ou d'un pair.

Références bibliographiques

[1] **Vaiva G., Genest P., Chastang F., Brousse G., Jardon V., Garré J. *et al.***, 2010, *Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant : premiers résultats de l'étude Imtap*, 42e journée du Groupement d'étude et de prévention du suicide, Versailles.

[2] **Plancke L., Amariei A., Clément G.**, 2014, *Les conduites suicidaires dans le Nord – Pas-de-Calais. Une synthèse des données disponibles*, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, 40 p.

[3] **Dagenais D.**, 2000, *La fin de la famille moderne*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », novembre, 249 p.

[4] **OMS**, 2014, *Prévention du suicide. L'État d'urgence mondial*, rapport de l'Organisation mondiale de la santé, 89 p.

Annexe I - Résumés des 5 projets financés

Projet nº 1 - Sensibilité à l'adversité sociale dans les conduites suicidaires, Philippe Courtet

Contexte

Le suicide représente un problème majeur de santé publique. Il est donc fondamental d'améliorer la recherche afin de mieux appréhender la physiopathologie suicidaire pour développer des biomarqueurs à visée diagnostique ou indiquant de nouvelles cibles thérapeutiques. Dans un modèle stress-vulnérabilité communément admis, les conduites suicidaires (CS) résultent de l'interaction entre l'adversité psychosociale, les troubles psychiatriques et une prédisposition individuelle. La vulnérabilité est liée à des traits stables durant la vie comme l'histoire personnelle ou familiale de CS, l'impulsivité, la dysfonction du système sérotoninergique ou de l'axe hypothalamo-pituito-adrénergique (HPA), et certains déficits dans les processus émotionnels et cognitifs. Des travaux récents sont venus renforcer la conception initiale de Schneidman, en montrant que la perception de la douleur psychologique est plus marquée chez les sujets déprimés avec CS. Enfin, nombre d'arguments récents suggèrent un rôle majeur des médiateurs inflammatoires dans les CS, tant *in vivo* qu'en *post mortem*.

Des événements de vie négatifs récents sont très fréquemment retrouvés dans l'année qui précède les CS. Ces événements conduisent à un sentiment de dévaluation ou d'exclusion sociale, générateur de douleur psychologique et d'idées suicidaires. À l'inverse, la restauration d'une connexion sociale est un facteur majeur dans le succès des programmes de prévention du suicide par recontact. Notre hypothèse est que la sensibilité à l'exclusion sociale représente un élément central de la vulnérabilité suicidaire. Les études de neurosciences sociales montrent que le sentiment de rejet social active des régions cérébrales qui sont altérées dans les processus d'affects négatifs et détresse (insula antérieure, cortex cingulaire dorsal antérieur – CCDA). Cette activation a pour conséquence une dysrégulation de l'axe HPA, de la réponse sympathique adrénergique ainsi que de la réponse inflammatoire. Les stresseurs sociaux sont ainsi des déclencheurs spécifiques d'une réponse inflammatoire, comme retrouvé dans les études animales et humaines. D'autres études ont ainsi pu mettre en évidence que le fait de présenter un exposé devant un panel d'évaluateurs non répondeurs, socialement rejetant, augmente l'activité des cytokine pro-inflammatoires, ce qui est associé à une augmentation de l'activité du CCDA et de l'insula antérieure durant une tâche de rejet. Au final, la solitude et l'exclusion sociale sont associées à l'activation de voies de l'inflammation.

Il est ainsi intrigant d'observer à la fois dans le rejet social et dans les CS : l'augmentation de l'activité du cingulaire dorsal antérieur, l'hyperactivité de l'axe HPA, l'augmentation des cytokines pro-inflammatoires. L'hypothèse serait que les sujets ayant une sensibilité accrue aux expériences d'adversité sociale présentent une augmentation de l'activation du CCDA – ce dernier pouvant être associé avec une activité inflammatoire – ainsi qu'un plus grand risque de développer des comportements suicidaires.

Objectifs

Objectif principal : étudier la réponse psychologique (douleur psychologique) à un test de stress social en fonction de l'antécédent de CS chez des patientes déprimées.

Objectifs secondaires :

- étudier les variations des marqueurs biologiques inflammatoires lors du test de stress social chez les patientes avec et sans antécédent suicidaire ;
- étudier l'influence de l'impulsivité, des antécédents d'abus et maltraitance dans l'enfance, du niveau de dépression, ainsi que de l'isolement social et de la solitude sur les différentes variables cliniques et biologiques étudiées lors du test de stress social.

Méthodes

Il s'agit de recruter 140 patientes déprimées, avec et sans histoires de tentative de suicide (70 dans chaque groupe). Nous étudierons la réponse inflammatoire et la réponse douloureuse à un test d'adversité sociale, le Trier Social Stress Test (TSST), une tâche expérimentale de quelques minutes dans laquelle le sujet sera soumis à la possibilité d'être socialement rejeté ou dévalué. L'évaluation de la réponse douloureuse sera mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique et la réponse inflammatoire par les taux de cytokines plasmatiques (focus sur l'IL2 associé aux CS dans une méta-analyse de notre équipe) et de marqueurs plaquettaires d'inflammation. Nous analyserons le rôle médiateur possible de la maltraitance précoce qui, associée avec les CS, prédit une augmentation de l'inflammation à l'âge adulte et sensibilise les personnes à des situations de rejet social. Par ailleurs, à l'aide d'une application sur smartphone, les patientes devront auto-évaluer durant 1 semaine et à raison de 5 fois par jour, leur réponse psychologique aux événements sociaux qu'elles rencontreront dans leur vie quotidienne. Ce projet met l'accent sur la sensibilité aux stress sociaux des sujets victimes de CS et propose d'identifier des biomarqueurs clinico-biologiques témoins de cette vulnérabilité.

Perspectives

Cette étude devrait contribuer à la compréhension de la physiopathologie des CS, au développement de nouvelles approches diagnostiques et à une prise en charge plus précoce des CS dans le cadre des troubles de l'humeur, et potentiellement à des approches préventives et thérapeutiques.

Projet n° 2 - Étude de validation de la version française du questionnaire « Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ) dans une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgences pédiatriques, Erick Gokalsing

Contexte

Le suicide est un problème de santé publique international. Il touche toutes les tranches d'âges mais représenterait la deuxième cause de décès dans les pays occidentaux chez les jeunes de 10 à 24 ans. L'île de La Réunion n'est pas épargnée par ce phénomène puisque ce département français d'outre-mer est confronté à une surmortalité par suicide chez les jeunes par rapport à la métropole. Le suicide est quasiment à égalité avec les accidents de la voie publique, première cause de mortalité chez les Réunionnais de moins de 25 ans.

Devant ce constat alarmant il paraît judicieux de pouvoir dépister au plus tôt les adolescents présentant un risque de suicide et un des lieux de choix pour le faire pourrait être les services de soins de premier recours comme les urgences pédiatriques, et ce d'autant plus qu'il a été montré que près de 50 % des adolescents décédés par suicide ont été vus aux urgences pédiatriques dans les mois précédant leur geste fatal. Or, ces services ne disposent pas tous d'un (pédo)psychiatre pour identifier les patients suicidaires parmi des patients consultant pour des motifs somatiques. Mettre à disposition du personnel des urgences pédiatriques un outil de dépistage des idées suicidaires pourrait ainsi s'avérer intéressant pour repérer les adolescents les plus susceptibles d'un passage à l'acte suicidaire.

Récemment a été validé en français un outil de dépistage des idées suicidaires chez les adolescents, le SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire), qui comprend 30 questions pour les patients de 15 à 21 ans, avec une version courte de 15 questions s'adressant aux 10-14 ans (SIQ-Jr). Cependant, un outil de dépistage utilisable aux urgences implique qu'il puisse être administré en un temps minimal pour ne pas gêner la prise en charge du problème ayant occasionné le recours aux soins. C'est dans ce souci que L.M. Horowitz a développé l'« Ask Suicide-screening Questions » (ASQ) un

hétéro-questionnaire de 4 questions s'adressant à tout patient de 10 à 21 ans pris en charge au service des urgences pédiatriques. Cet outil a été comparé à l'outil de référence, le SIQ. Sa sensibilité est de 96,9 % et sa spécificité de 87,6 %. Une version à 5 questions est actuellement développée par l'auteur.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de valider la version française à 5 questions de l'outil ASQ pour le dépistage des sujets à risque suicidaire dans une population d'adolescents de langue française consultant dans des services d'urgences pédiatriques.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les parents d'un questionnement de leur enfant sur le suicide ; d'estimer dans un petit échantillon d'adolescents consultant aux urgences pédiatriques le pourcentage de ceux qui présentent un risque de suicide ; d'analyser cet échantillon sur le plan sociodémographique ; de décrire le vécu subjectif des adolescents concernant la passation de questionnaires sur le suicide.

Méthodes

Après obtention du consentement du patient ou de son représentant légal s'il est mineur, nous envisageons d'inclure des garçons et des filles de 10 à 21 ans, parlant couramment le français, consultant en unité d'urgences pédiatriques de deux hôpitaux de l'île de La Réunion, quel que soit le motif de recours, et de leur faire passer les versions françaises de l'ASQ et du SIQ, puis de comparer les résultats obtenus concernant le repérage de sujets à risque suicidaire. Par ailleurs, il leur sera proposé un questionnaire explorant les variables sociodémographiques et leur vécu subjectif concernant le fait d'avoir à répondre à des questions sur le suicide.

Perspectives

Cette étude permettrait la validation en français d'un outil rapide de dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent utilisable par des cliniciens non professionnels de santé mentale (urgentistes, pédiatres, généralistes…) dans le but d'améliorer la pertinence du recours à la consultation spécialisée en pédopsychiatrie.

La disponibilité d'un tel outil en français permettrait d'améliorer la prévention des conduites suicidaires chez l'adolescent en France et dans les pays francophones. Les résultats secondaires attendus sont une meilleure description de la population des adolescents à risque suicidaire de La Réunion sur le plan sociodémographique.

Projet n° 3 - Médiation des technologies de l'information et de la communication dans l'expression du suicide : le cas des associations d'écoute de prévention contre le suicide, Romain Huët

Ce présent projet de recherche est le résultat d'un partenariat entre :
• une équipe interdisciplinaire en sciences humaines et sociales basée en France et au Canada : cette équipe est labélisée par la Maison des sciences humaines et de l'homme de Bretagne (2015-2017) pour ses travaux sur l'écoute et la souffrance sociale ;
• l'association de prévention contre le suicide SOS Amitié. Depuis 2005, l'association SOS Amitié a mis en place un webtchat destiné à accueillir les individus en situation de détresse. Après une première recherche effectuée entre 2011 et 2013 sur la messagerie électronique (contrat INPES), l'association a cédé à l'équipe de recherche l'ensemble de ses correspondances avec les utilisateurs de leur webtchat entre 2005 et 2015 afin de permettre une analyse fine tant des maux énoncés par les « malheureux » que des problèmes et des opportunités posés par l'écoute à distance, particulièrement l'écoute par webtchat.

Objectif

À partir de l'analyse quantitative et qualitative de ce corpus (80 000 pages word), la finalité de ce projet est de saisir la manière dont les pensées suicidaires sont mises en mots et de comprendre tant leurs modalités d'expression que leur prise en charge et leur prévention au moyen des technologies numériques. Cette recherche fait suite à un précédent travail de deux ans financé par l'INPES. Ce dernier portait sur les potentialités ouvertes par les messageries électroniques pour prévenir la détresse sociale et psychologique. Dorénavant, ce nouveau corpus sur le webtchat ouvre une possibilité inédite de définir le profil des « populations vulnérables » et possiblement sujettes au suicide, d'identifier les mots et les causes que ces personnes donnent à leur situation, et d'éclairer l'efficacité de l'écoute dans l'apaisement de la souffrance.

Il s'agit d'une enquête inédite au sens où :
• elle aborde le suicide de manière concrète à partir des correspondances entre les « suicidaires » d'un côté et les bénévoles de l'association SOS Amitié de l'autre ;
• ces correspondances proviennent de femmes et d'hommes ordinaires appartenant à toutes les couches sociales ;
• les matériaux empiriques sont massifs : plusieurs dizaines de milliers de témoignages ont été récoltés sur une période de 10 ans (2005-2015) ;
• surtout, ces matériaux nous permettent de saisir comment les individus pensent leur souffrance avec leurs propres mots et les causes de celles-ci telles qu'elles

apparaissent à leurs yeux. Repérer les mots ordinaires du suicide est une occasion évidente de saisir les façons si particulières de se dire et pourrait ainsi inspirer l'action publique et politique quant aux modes de prévention pertinents qui pourraient être mis en place pour toucher ces populations vulnérables.

En résumé, ce corpus d'échanges entre bénévoles et « suicidaires » comporte autant d'exemples précis sur la façon dont les individus se disent, se définissent et se redéfinissent en tant que sujet vulnérabilisé par toute une série de facteurs que la présente recherche se donnera pour tâche d'identifier et d'expliquer. Conformément aux règles éthiques que s'impose SOS Amitié, la confidentialité des échanges sera totalement respectée.

Contexte de pertinence de la recherche

Face à l'ensemble des suicides qui égrènent continuellement le deuil sur le territoire français, s'est développé un vaste ensemble de dispositifs ayant pour vocation de prévenir ces alarmantes disparitions. Parmi tous les outils de prévention du suicide, les « associations d'écoute » se sont développées massivement. Ces associations offrent un espace afin que les souffrances, généralement inaudibles, puissent enfin trouver un lieu d'expression. Ces lieux ont pour finalité une modération des diverses formes de souffrance par la libération de la parole dans un but thérapeutique. Cette forme spécifique de prise en charge des malaises du corps social est aujourd'hui très largement agencée par des organisations d'écoute (SOS Amitié, SOS Suicide, Fil Santé Jeunes, SOS Suicide Phénix, pour ne citer qu'elles). Elles proposent différents services d'aide : accueil physique, soutien psychologique, groupes de parole d'écoute, etc. À la ligne téléphonique et la messagerie électronique s'ajoute désormais le webtchat (messagerie instantanée accessible directement via un navigateur Internet). Cette technologie numérique de communication en temps réel permet de prendre en charge un nouveau type de public et d'entrer avec lui dans une forme spécifique d'interaction. Ces organisations associatives jouent un rôle décisif dans la prévention du suicide. Chaque année, plusieurs milliers de personnes ont recours à elles pour partager leurs maux et tenter de sortir de leur état de lassitude morale ou de dégoût existentiel. C'est donc dans la pénombre de la vie publique que, chaque année, des milliers de personnes ordinaires viennent faire part de leurs peurs, de leurs tourments, de l'extrême négativité de leurs vies, de leurs sentiments de mener une vie saturée d'humiliations quotidiennes et exposée à la perte et l'abandon.

Trois axes d'étude seront développés :

1. Le premier a pour but d'étudier le contenu même de ces récits pour y déceler les maux désignés par les individus et les explications ordinaires qui y sont apportées.

2. Le deuxième porte sur l'analyse de la relation d'aide à distance et les normes qu'elle mobilise implicitement ou explicitement pour appréhender la question du suicide et préparer les bénévoles à écouter « d'une certaine façon ».
3. La troisième s'attache à mettre en exergue les effets de la médiation technique sur la prévention du suicide.

Méthodes

Ce projet de recherche s'articulera autour de quatre axes méthodologiques :

- analyses statistiques des utilisateurs du dispositif au moyen de la base de données réalisée par SOS Amitié au cours des 10 années de la période 2005-2015 ;
- analyses lexicométriques (statistiques lexicales) du corpus sur la période 2005-2015 au moyen des logiciels *Lexico 3, Hyperbase* et *Cordial*. Le but est ici de repérer les régularités des mots utilisés et des structures linguistiques pour identifier le caractère typique de ces récits ;
- analyse de contenu des messages reçus par SOS Amitié entre 2005-2015 ;
- observation en situation et entretiens avec les protagonistes en charge de la gestion de l'organisation de l'association.

Perspectives

Les retombées scientifiques attendues sont les suivantes :

- constitution de la toute première étude de cette importance consacrée à la prévention numérique du suicide en temps réel ;
- partenariats inédits entre les milieux universitaires et associatifs autour de la prise en charge de la souffrance et de la prévention du suicide ;
- création d'une base de données destinée à devenir un outil essentiel pour la recherche et l'intervention sociale ;
- constitution d'un pôle de référence et de coordination de la recherche internationale sur le sujet ;
- création d'un partenariat scientifique international sur le sujet (échanges d'étudiants, séminaires communs, conférences, etc.) ;
- incitation à la recherche doctorale et post-doctorale sur un sujet impliquant de nombreux champs des sciences humaines et sociales ;
- création d'une dynamique générale de recherche collective appelée à prendre la forme d'un projet soumis à l'Agence nationale de recherche (ANR).

Projet n° 4 - Défaut d'inhibition cognitive et tentative de suicide chez le sujet âgé : caractérisation par *eye tracking* et *impact* des interactions psychosociales, Pierre Vandel

Contexte

En France, plus de 10 000 personnes décèdent chaque année par suicide. On estime à près de 200 000 le nombre de tentatives sur une année. Seules quelques études ont porté sur les personnes âgées, pourtant particulièrement touchées par le suicide (prévalence entre 30 et 120 pour 100 000). Les tentatives de suicide exposent en effet à un risque plus élevé de suicide abouti chez les personnes âgées comparativement aux tranches d'âges plus jeunes. Les raisons de cette surmortalité ne sont pas encore bien comprises. Plusieurs facteurs de risque ont toutefois été identifiés et associés aux conduites suicidaires chez les personnes âgées (Hawton *et al.*, 2009). Comme chez le sujet jeune, mais plus fréquemment retrouvée que chez lui (60 à 90 % des cas) (Conwell *et al.*, 1996 ; Conwell *et al.*, 2011), la dépression majeure est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide abouti (Turvey *et al.*, 2002 ; Waern *et al.*, 2003 ; Blow *et al.*, 2004) et aux tentatives de suicide des personnes âgées (Alexopoulos *et al.*, 1999 ; Bartels *et al.*, 2002 ; Chan *et al.*, 2007). La dépression constitue, d'autant plus si elle est sévère, le plus grand pourvoyeur d'idées suicidaires (Links *et al.*, 2011) et de suicides aboutis (Bostwick *et al.*, 2000). À l'heure actuelle, le nombre important des facteurs épidémiologiques et cliniques de risque suicidaire et la complexité de leurs interactions limitent nos capacités de prédiction chez une personne âgée donnée. Nous proposons ici d'explorer l'inhibition cognitive, une des composantes cognitives associées aux conduites suicidaires chez la personne âgée, afin de mettre en lumière des pistes potentielles de prévention du suicide à cet âge de la vie. En 2012, S. Richard-Devantoy *et al.* ont pointé l'importance de l'inhibition cognitive, la fonction exécutive la plus sensible aux effets du vieillissement et au cœur des processus de contrôle de l'activité cognitive. Ce défaut d'inhibition cognitive est aussi impliqué dans la résistance aux traitements antidépresseurs et pourrait diminuer les capacités d'adaptation au stress, et par conséquent augmenter le risque de comportements suicidaires dans la dépression du sujet âgé. Ce défaut d'inhibition favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision. Par ailleurs, le lien avec les caractéristiques psychosociales n'est pas encore établi mais ces données pourraient jouer un rôle dans ce contexte de prise de décision et de passage à l'acte en lien avec l'inhibition cognitive.

Le but de cette étude est de mieux comprendre certains facteurs de risque de décès par suicide chez les personnes âgées.

Objectifs

Objectif principal : déterminer la corrélation entre le défaut d'inhibition cognitive et le comportement suicidaire chez les sujets âgés dépressifs.

Objectif secondaire : caractériser chez les personnes ayant un trouble de l'inhibition cognitive l'impact des interactions sociales dans les processus de compensation des pertes des capacités d'inhibition.

Méthode : une étude cas-témoin

Deux groupes de patients âgés de 65 ans et plus déprimés sont constitués. Le groupe témoin est composé de personnes âgées déprimées non suicidaires (sans histoire de tentative de suicide ni idéations suicidaires), hommes et femmes, en couple et vivant seul, suivis à Besançon et dans le nord de la Franche-Comté. Le second groupe est composé de sujets aux caractéristiques sociomédicales identiques, souffrant de dépression et présentant un antécédent de tentative de suicide.

Les évaluations seront les suivantes :

- recueil des données sur les caractéristiques individuelles, neuropsychologiques et sociales ;
- évaluation des capacités d'inhibition cognitive par bilan neuropsychologique et par l'étude des mouvements oculaires par *eye tracking* ;
- évaluation des interactions sociales auxquelles elles prennent part par un entretien décrivant les interactions sociales et leur rôle dans les processus de compensation des pertes des capacités d'inhibition. Ces entretiens sont conduits à distance de l'hospitalisation.

Pour chaque patient, une fiche standardisée sera remplie. Le recueil est nominatif dans chaque site, permettant ainsi d'éliminer les doublons et d'identifier les tentatives de suicide successives.

Perspectives

L'analyse des données permettra de préciser certains facteurs de risque de suicide et de récidive chez les personnes âgées de plus de 65 ans et de mieux comprendre leurs interactions. Il apportera ainsi des éléments permettant d'orienter les politiques régionales de santé afin de mieux prévenir les tentatives de suicide et leurs récidives.

Projet n° 5 - Travail et risque suicidaire : études épidémiologiques en population générale, Nadia Younès

Contexte

La grande majorité des suicides concerne la population en activité, d'où l'importance des mesures de prévention à destination de cette population. Malgré des recherches menées dans différents contextes et en utilisant des méthodologies diversifiées, les liens entre situation socioprofessionnelle, conditions de travail et comportements suicidaires (idéations, tentatives de suicide, suicide) sont loin d'être clairs. En particulier, certains aspects du travail ont peu été étudiés en lien avec le suicide. Issu d'une revue de la littérature internationale sur les liens entre travail et santé, le récent rapport Gollac relève six dimensions de l'organisation du travail pouvant avoir des effets sur la santé : exigences au travail ; exigences émotionnelles ; autonomie, marges de manœuvre ; rapports sociaux, relations au travail ; conflits de valeur ; insécurité d'emploi. À ce jour, une étude a examiné le lien entre ces dimensions et les idées suicidaires mais le risque de passage à l'acte suicidaire n'a encore jamais été étudié. Le recours aux soins et la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire en lien avec le travail en médecine générale sont par ailleurs mal connus, alors que les soins primaires sont essentiels dans la prévention des comportements suicidaires.

Objectifs

Cette recherche vise à déterminer les liens entre des caractéristiques du travail et les comportements suicidaires à partir de deux études épidémiologiques : Héraclès et GAZEL. Ces travaux permettront de mieux comprendre les aspects des conditions de travail qui sont le plus fortement associées au risque suicidaire. Un second objectif sera d'identifier des facteurs pouvant modifier les liens entre conditions de travail et risque suicidaire (sexe, âge, situation de famille). Ces deux études sont complémentaires en termes d'indicateurs, Héraclès incluant une mesure du risque suicidaire (pensées, scénario, tentative de suicide), alors que GAZEL permet d'étudier le décès par suicide.

Méthodologie

Héraclès est une étude transversale réalisée d'avril à décembre 2014 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes (N=132) de la région Nord - Pas-de-Calais. Les médecins ont inclus des personnes âgées de 18 à 65 ans en activité professionnelle venant consulter pendant la période de l'étude (quel que soit le motif de consultation) selon une grille d'inclusion élaborée *a priori* afin de permettre un

recrutement aléatoire (maximum 24 personnes par médecin). Après chaque consultation, le médecin a renseigné :
- la présence éventuelle des principaux troubles mentaux fréquents dont le risque suicidaire (via l'outil diagnostique standardisé MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview) ;
- les caractéristiques sociodémographiques de la personne ;
- les caractéristiques du travail de la personne : secteur d'activité, catégorie socio-professionnelle, type de contrat et risques psychosociaux au travail (rapport Gollac) ;
- les caractéristiques de son exercice en médecine générale.

Des analyses préliminaires montrent que 270 personnes dans l'étude présentaient un risque de suicide selon le MINI (13,5 %). L'objectif des analyses statistiques à venir sera d'identifier les facteurs liés au travail associés au risque suicidaire, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des personnes.

GAZEL est une étude de cohorte ayant inclu en 1989, 20 000 employés de EDF-GDF suivis annuellement depuis. 81 suicides ont été enregistrés depuis 1989. Ce groupe sera comparé aux personnes décédées par d'autres causes ou non décédées, en termes de caractéristiques du travail renseignées lors du suivi : catégorie socio-professionnelle, mobilité sociale depuis le début de la carrière, contraintes dans l'organisation du travail renseignées par les facteurs de Karasek.

Après avoir mis en lien les conditions de travail et le suicide, les travaux s'attacheront à étudier des facteurs modérateurs possibles comme le sexe, l'âge et la situation de famille.

Perspectives

Cette recherche permettra d'éclairer les liens entre travail et comportements suicidaires (idéations, tentatives de suicide, suicide) en population active, afin d'améliorer les connaissances sur les groupes de personnes les plus vulnérables, ce qui peut contribuer à orienter des mesures de prévention.

Annexe II – Présentation des principales associations de prévention du suicide (par date de création), du public visé, de leurs missions et de la portée de leurs actions (liste non exhaustive)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
SOS Amitié	1960	Tous publics.	Prévenir l'isolement, la solitude et la souffrance psychique.	Écoutes téléphoniques, messagerie, tchat.	X	X (50 antennes)
Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM)	1963	Familles confrontées aux troubles psychiques d'un proche.	Soutenir les familles, contribuer aux politiques de santé dans le domaine de la psychiatrie.	Des bénévoles assurent un service de soutien, d'information et de formation auprès des familles et dans les institutions sanitaires et sociales.	X	X (tous départements)
La Porte Ouverte	1969	Tous publics.	Accueillir toute personne qui souhaite parler de sa solitude, de ses problèmes.	Entretiens en face-à-face, anonyme, gratuit, sans rendez-vous.	X	X
Association nationale Jonathan Pierres Vivantes	1978	Parents d'enfants qui sont décédés, frères et sœurs endeuillés.	Accueillir et écouter les familles endeuillées, créer des groupes d'entraide.	Écoutes téléphoniques, permanences d'accueil, groupes d'entraide.	X	X
SOS Suicide Phénix	1978	Toute personne en détresse qui pense mettre fin à ses jours ou qui soit concerné par la problématique du suicide, dans sa famille ou dans son entourage.	Développer des actions de prévention, contribuer à la formation des bénévoles, sensibiliser le public à la prévention du suicide.	Écoutes téléphoniques, messagerie, permanences d'accueil anonyme		X (7 régions en France métropolitaine)
FEALIPS	1981	Tous publics.	Regrouper des associations de prévention du suicide pour offrir une démarche cohérente pour répondre aux besoins d'une population en difficulté psychologique.	Prise en charge globale des individus en vue d'une resocialisation.	X	X

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Astrée	1987	Tous publics.	Accompagner les personnes en souffrance, former des bénévoles, accompagner des sortants d'hospitalisation.	Écoutes téléphoniques entre personnes en souffrance et bénévoles une fois par semaine, suivi des patients à la sortie de leur hospitalisation.		X (12 grandes villes en métropole)
PHARE Enfants-Parents	1991	Enfants et adolescents en souffrance et leur entourage.	Sensibiliser les pouvoirs publics à l'importance du suicide dans la société, aider les jeunes en mal-être et leurs proches, informer autour de la problématique du mal-être et du suicide.	Écoutes téléphoniques, messagerie, permanences d'accueil, groupes d'entraide.	X	X
France Dépression	1992	Patients souffrant de dépression et autres troubles psychiques et leur entourage	Lutter contre le tabou qui entoure les troubles psychiques, sensibiliser le grand public à la dépression et aux troubles bipolaires, échanger par téléphone ou par courriel avec des personnes concernées et leur entourage.	Écoutes téléphoniques, groupes de parole « *self-help* » entre patients ou ex-patients ou entre parents ou entourage proche.		X (4 associations régionales en Bourgogne, Normandie, Lorraine et Centre)
Suicide Écoute Prévention Intervention auprès des adolescents (SEPIA)	1993	Jeunes de 15 à 24 ans confrontés à des troubles de santé mentale.	Accompagner les jeunes en situation de crise, offrir un soutien social et psychologique, assurer un suivi en postvention.	Permanence d'accueil.		X (Alsace)
Contact	1993	Personnes homosexuelles, bisexuelles et trans et leurs proches.	Aider les familles et amis à comprendre l'orientation sexuelle de la personne, aider les gays, lesbiennes et trans à communiquer avec leur entourage, lutter contre les discriminations et prévenir le suicide.	Écoutes téléphoniques, accueil individualisé auprès de parents d'enfants homosexuels ou bisexuels, auprès d'amis, de jeunes qui rencontrent des difficultés ou qui souhaitent renouer avec leur entourage.		X (20 associations, 5 antennes)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Suicide Écoute	1994	Tous publics.	Sensibiliser les différents acteurs à la problématique du suicide, faire connaître sa ligne d'écoute auprès des différents professionnels de santé.	Écoutes téléphoniques.	X	X
Vivre son deuil	1995	Tous publics.	Coordonner le soutien et l'aide aux personnes en deuil, stimuler la recherche dans le domaine du deuil.	Écoutes téléphoniques, ateliers, café deuil (selon les antennes).	X	X
Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)	1996	Tous publics.	Regroupement d'associations dans le but de créer une médiation associative pour mieux promouvoir la prévention du suicide à travers notamment la mise en place d'une Journée nationale pour la prévention du suicide.	Pas de contact direct avec les particuliers.	X	X
Collectif interassociatif sur la santé (CISS)	1996	Personnes malades et handicapées, personnes âgées et retraitées.	Regroupement d'associations dans le but de défendre le droit des usagers du système de santé.	Pas de contact direct avec les particuliers.	X	X
Ensemble prévenons le suicide	1996	Tous publics.	Regroupements d'associations et d'institutions d'Île-et-Vilaine.	Pas de contact direct avec les particuliers.		X (Île-et-Vilaine)
Ligne Azur	1997	Personnes qui se posent des questions sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.	Informer et soutenir les personnes en difficulté, les orienter vers des structures adaptées à leur situation.	Écoutes téléphoniques, messagerie.		X
Schizo	1998	Personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches.	Développer l'information, favoriser la recherche sur la schizophrénie, former les malades et les proches à la gestion de la maladie.	Écoutes téléphoniques, groupes de parole, soutien juridique, accès à l'information.	X	X (toutes les régions, 79 départements)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
AdagBB	1998	Personnes âgées.	Promouvoir la prévention, la formation et la coordination de l'antenne gérontologique.	Pas de contact direct avec les particuliers.		X (bassin Burgien)
Loire prévention suicide	1999	Tous publics.	Contribuer à la prévention du suicide dans le département de la Loire.	Écoutes téléphoniques, accueil avec ou sans rendez-vous ou bien rencontre à domicile selon profil des individus, proposition d'un soutien psychologique.	X	X (La Loire)
Point Écoute Psychologique	2000	Tous publics	Prévenir les conduites suicidaires, accompagner les personnes en situation de mal-être.	Écoutes téléphoniques, permanence d'accueil, avec ou sans rendez-vous, proposition de soutien psychologique.		X (Saint-Étienne et Roanne)
Croix-Rouge française	2000/ 2001	Personnes détenues et leur famille.	Améliorer les conditions de vie des personnes détenues et sensibiliser les pouvoirs publics sur des actions à mettre en place.	Écoute anonyme et confidentielle, mise en place des « codétenus de soutien » en 2010 sur la base du volontariat.	X	X
Au cœur des flots	2002	Jeunes en mal-être et familles endeuillées par le décès d'un adolescent ou d'un jeune.	Accompagner les adolescents en mal-être, sensibiliser les jeunes pour que le suicide ne soit plus un tabou, distribuer un guide « GPS Ado » de prévention du suicide.	Plateforme nationale d'écoute et d'information qui permet à l'appelant d'être rappelé, d'échanger par courriel ou sur forum.		X (Maine et Loire)
Le Refuge	2003	Jeunes homosexuels, bisexuels et transidentitaires de 18 à 25 ans en situation de difficultés sociales et de rupture familiale.	Accompagner et héberger les jeunes gays, lesbiennes et les personnes transidentitaires.	Écoutes téléphoniques et SMS, accompagnement des jeunes dans leurs démarches administratives, hébergement dans des appartements-relais ou des hôtels partenaires avec visite de bénévoles chaque soir.		X (8 délégations dans 7 grandes villes métropolitaines et à Saint-Denis de La Réunion),

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Réseau Équilibre	2004	Personnes âgées de plus de 60 ans (particulièrement les hommes veufs et les couples en difficultés).	Prévenir le mal-être et la crise suicidaire grâce à des interventions auprès des personnes âgées, informer, mettre en place des formations de bénévoles et de professionnels qui gravitent autour des personnes âgées.	Prise de contact avec l'appelant pour évaluer la demande, rencontre avec la personne âgée à son domicile, aide à la mise en place d'un plan d'actions avec le soutien des professionnels de santé qui entourent la personne âgée.		X (La Loire)
Orion	2006	Jeunes de 12 à 25 ans.	Agir en termes de prévention auprès des établissements scolaires et mettre en réseau professionnels de santé, structures accueillant les jeunes et médecins généralistes.	Pas de contact direct avec le public.		X (Var)
Solitud'Écoute	2007	Personnes de plus de 50 ans souffrant de solitude, de pauvreté, d'exclusion et de maladies graves.	Apporter une écoute et du réconfort aux personnes âgées de plus de 50 ans qui joignent le numéro Vert mis en place par l'association en 2007.	Écoutes téléphoniques	X	X (Bénévoles présents à Paris, Lyon et Grenoble)
Union nationale Maison des adolescents	2008	Enfants, adolescents et jeunes qui ont des difficultés de santé.	Favoriser l'accès aux aides et aux soins pour les adolescents en souffrance psychique.	Infrastructures qui accueille, informe, oriente les jeunes de 11 à 25 ans et leur famille.	X	X
Détresse Agriculteur	2011	Ressortissants agricoles actifs : salariés et non-salariés agricoles et leur famille en situation de détresse psychologique.	Repérer les signes de mal-être qui conduisent à un acte suicidaire, proposer et/ou orienter vers un accompagnement médical, psychologique ou professionnel.	Après signalement de la famille auprès du responsable du service d'action sanitaire et sociale et du médecin du travail de la MSA, rencontre à domicile puis proposition d'un soutien psychologique, prise en charge de 5 séances par la MSA.		X (Loire, Ardèche, Drôme)

Associations	Création	Public visé en priorité	Missions	Modalités d'intervention	Portée	
					nationale	locale
Fédération 3977	2014	Personnes âgées et personnes handicapées.	Lutter contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées, écouter les appelants au numéro unique 3977 et les orienter.	Écoutes téléphoniques nationales assurées par des professionnels, dispositif complété par des écoutes de proximité assurées par des bénévoles.	X	X (tous départements)
Agri'écoute	2014	Agriculteurs en souffrance.	Permettre un dialogue anonyme aux agriculteurs en souffrance grâce à un service de numéro national.	Écoutes téléphoniques.	X	

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS

BILAN DES PLANS D'ACTIONS P.157

DONNÉES LOCALES P.177

FICHES P.411

ANNEXES P.461

SOMMAIRE

Dossier • Données et actions des associations de prévention du suicide en France.....61

Dossier • Facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide.....115

Données et actions des associations de prévention du suicide en France

Claire Gourier-Fréry (InVS), **Nathalie Beltzer** (InVS), **Valérie Ulrich** (DREES)

Depuis les années 1950, de nombreuses associations se sont investies dans la prévention du suicide et dans le soutien aux familles endeuillées. À travers leurs actions de terrain au contact des personnes en souffrance et à leur écoute, ces associations rassemblent des informations qualitatives et quantitatives d'une grande richesse, susceptibles de compléter la surveillance épidémiologique et d'appuyer la recherche et les prises de décision en santé publique. Leur diversité, leur couverture géographique et populationnelle, l'étendue des actions et des interventions menées, la valorisation des données recueillies et les problèmes que ces structures rencontrent pour mener à bien leurs projets méritent d'être mieux connus et partagés. C'est le thème de ce dossier. Il s'appuie sur les présentations réalisées au cours de la journée du 16 avril 2015, commune aux deux groupes de travail de l'Observatoire national du suicide (ONS), « Surveillance épidémiologique » (piloté par l'InVS) et « Axes de recherche » (piloté par la DREES), consacrée aux actions et données recueillies en 2014 par les associations de prévention du suicide.

L'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS, 1996), qui réunit de nombreuses associations, a engagé un recensement de ce tissu associatif, afin d'en souligner la diversité en termes d'actions menées, de modalités d'intervention, de périmètres géographiques et de populations couvertes. Le premier volet de ce dossier est consacré à la présentation de ce travail en cours.

La prévention des actes suicidaires s'appuie tout particulièrement sur les associations proposant des dispositifs de lutte contre l'isolement social au travers de « l'aide à distance ». Celle-ci constitue un moyen d'écoute, de sociabilité et de soutien aux personnes en souffrance et à leurs proches. Le deuxième volet de ce dossier est consacré aux données recueillies en 2014 par ces associations d'écoute

(SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute et PHARE Enfants-Parents) et aux développements en cours pour la valorisation commune des données dans le cadre de la réorganisation de la prévention et de l'aide à distance en santé (PADS), menée sous l'égide de l'INPES, avec l'appui de l'InVS.

De nombreuses actions de prévention menées par les partenaires associatifs ont été décrites dans le premier rapport de l'ONS, en particulier celles inscrites au Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Direction générale de la santé ou dans certains programmes régionaux[1] (p. 78-87). Sans chercher l'exhaustivité, quelques autres exemples d'actions innovantes, développées par les partenaires associatifs représentés à l'Observatoire national du suicide, sont proposés dans un troisième volet :

- présentation du réseau de santé Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Indre-et-Loire, VIES 37, seul réseau de santé entièrement centré sur la prévention du suicide existant actuellement à l'UNPS ;
- résultats de l'enquête menée par l'association Le Refuge : « Être homo aujourd'hui en France » et présentation de la future enquête auprès des jeunes s'adressant au Refuge ;
- fonctionnement d'un groupe de soutien aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche, à travers l'exemple du groupe mis en place par le Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, institut régional Jean Bergeret.

Partie I • Une diversité du tissu associatif en France au sein de l'UNPS

La prévention du suicide par des associations dédiées, dont les origines remontent aux années 1950 au Royaume-Uni avec le révérend Chad Varah (1953), doit essentiellement son existence à l'action de bénévoles. En France, le premier centre d'accueil, de lutte contre l'isolement et de prévention du suicide (« Recherche et Rencontre », fondé en 1958) et la première association d'écoute offrant un soutien téléphonique 24 heures sur 24 à toute personne en détresse (SOS Amitié, fondée en 1961), voient le jour à la même époque. Dans le même temps, des professionnels du soin psychique se mobilisent dans les hôpitaux, particulièrement alertés par le nombre d'intoxications volontaires aux barbituriques. En 1969, les professeurs Pierre Moron de Toulouse, Jean-Pierre Soubrier de Paris et Jacques Védrinne de Lyon, soutenus par le professeur Pierre Pichot, chef de service du centre hospitalier neuropsychiatrique Sainte-Anne de Paris, créent le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS). Il s'agit du premier organe associatif national sur

1. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf

la problématique suicidaire. Depuis, de multiples associations se sont créées en France, développant un rôle essentiel dans l'accompagnement du mal-être, la prévention et la postvention du suicide, en intervenant à des degrés divers auprès des suicidants ou des proches de suicidés. Une partie d'entre elles adhère à ce jour à l'UNPS. Cette union a notamment pour missions :

- de sensibiliser et d'informer l'opinion publique et les institutions sur la question de la prévention du suicide, que ce soit à travers des aidants naturels, l'entourage, les proches ou des associations représentant les usagers de soins : le suicide n'est pas un sujet tabou, une prévention du suicide et des tentatives de suicide est possible ;
- d'accompagner les politiques publiques dans la définition de lignes stratégiques relatives à la prévention du suicide, notamment par la participation aux rapports du Haut Comité de la santé publique, aux conférences nationales de santé, à des commissions *ad hoc* telles que la commission Le Breton de 2008 suivie de l'élaboration du Programme national d'action contre le suicide 2011-2014 et du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ;
- de fédérer une grande diversité de structures de prévention et de prise en charge des conduites suicidaires, en veillant à renforcer la connaissance du maillage territorial (création d'un annuaire des structures et d'un relevé des actions régionales via les agences régionales de santé), et en élaborant pour les structures de proximité des services partagés :
  - thèmes annuels pour les journées nationales de prévention du suicide organisées chaque année autour du 5 février,
  - outils et supports de communication,
  - éléments de formation tenant compte des connaissances scientifiques actuelles et des expériences des associations par rapport aux publics cibles.

Un état des lieux de la diversité du tissu associatif en France, des actions menées, des modalités d'intervention et des périmètres géographiques et populationnels couverts est en cours au sein de l'UNPS. Cette enquête de réseau a pour objectif principal de permettre une meilleure connaissance des structures qui participent à la prévention du mal-être et du suicide en France. Elle permettra en particulier d'offrir à la population une meilleure connaissance des dispositifs de proximité existants. Les informations recueillies à l'aide d'une fiche de présentation standardisée comprennent :

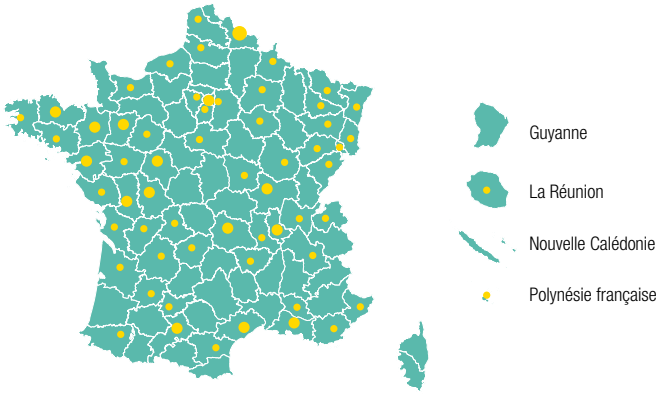
- l'identification générale de la structure et sa nature, la zone d'intervention, le fait qu'elle coordonne ou non d'autres structures et les coordonnées du responsable ;
- ses missions et objectifs, en ciblant spécifiquement les actions dévolues à la prévention du mal-être et du suicide (la typologie des actions soumises au recueil est détaillée dans le **tableau 1**) ;

• la population ciblée par la structure : certaines associations n'ont pas de conditions « particulières », toute personne pouvant faire appel à la structure, alors que d'autres ciblent une population spécifique à préciser (hommes, femmes, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, actifs, sans emploi, retraités, personnes endeuillées par le suicide d'un proche, lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT), détenus, précaires et autres) ;
• les lieux et modalités d'intervention : visites à domicile, dans leurs propres locaux, sur des sites tiers. Si l'intervention s'effectue sans déplacement, la modalité d'aide est précisée : aide à distance en santé, comme la téléphonie sociale, les courriels, les forums, les réseaux sociaux. Concernant les modalités d'intervention, sont recensés notamment les groupes de paroles, l'écoute en face-à-face, les propositions de psychothérapie, de pharmacothérapie, l'accompagnement social ;
• les horaires d'accueil de la structure et le nom d'un contact (à l'usage du réseau UNPS uniquement, pour ce dernier) sont également recueillis.

Ce travail est en cours et les premiers résultats sont présentés ici.

1. L'Implantation géographique des associations

Des associations œuvrant pour la prévention du suicide, membres de l'UNPS, sont présentes dans deux tiers des départements métropolitains, à La Réunion et en Polynésie (**carte**).



Source • www.unps.fr/les-adherents-2.html

Les noms et coordonnées de ces structures sont détaillés en annexe.

2. Typologie des associations et des actions menées

Depuis la création de l'UNPS, une grande diversité d'associations est observée. Elles reflètent les évolutions depuis une vingtaine d'années de notre société, tant dans le domaine des relations sociales que des préoccupations de santé. Les associations fondatrices, comme SOS Amitié, à vocation généraliste en prévention, ont été rejointes par des associations plus thématiques, comme Sida Info Service, ou ADAG BB dans le département de l'Ain, orientée vers les personnes âgées. Au sein même de l'UNPS, les associations fondatrices ont été rejointes progressivement par d'autres associations d'une grande diversité, illustrant les préoccupations de santé publique, au fur et à mesure des connaissances acquises sur les facteurs de risque individuels et sociaux, et reprenant des spécificités locales au niveau populationnel.

La présentation des structures associatives doit être pensée en fonction de leurs missions. Ce but est pour le moment double : en *termes de réseau,* l'objectif est de faciliter l'accès aux soins des personnes qui en ont besoin et en *termes de communication*, l'objectif est d'être en mesure de sensibiliser l'opinion publique sur la question de la prévention du suicide.

Ainsi, plusieurs typologies pourraient être dégagées.

2.1. Selon la nature de l'association

- Associations « militantes » : l'adhésion et la participation des personnes concernées constituent la base de la vie de l'association qui mène des activités d'entraide.
- Associations « techniques » : elles mènent des activités au bénéfice de publics, sans que la participation des publics soit centrale.
- Associations mixtes : « militantes » et « techniques »
- Associations constituant un quasi « service public délégué ».

2.2. Selon le statut, l'orientation de la structure et son inscription géographique

On recense au sein de l'UNPS **31 associations Loi 1901 :**

- **13 de dimension nationale** : fédératives ou pluridépartementales (SOS Amitié, UNAFAM, GEPS, PHARE Enfants-Parents, Suicide Écoute, SOS Suicide Phénix, La Porte Ouverte, Le Refuge, Contact, France-Dépression) ;
- **2 fédérations à vocation européenne** : Vivre son deuil et Fealips, qui regroupent les centres Recherche et Rencontre et développent des liens avec les pays limitrophes (Belgique, Luxembourg et pays méditerranéens) ;
- **16 régionales ou départementales**.

5 associations collectives sans structure juridique mais fédérant des structures associatives (PEGAPSE en Bretagne, un collectif à Besançon, un collectif dans la Manche, un autre en Midi-Pyrénées et un dernier en Mayenne).

1 association fondée sur un réseau d'intervenants (VIES 37) rattaché aux réseaux de santé.

Par ailleurs, des personnalités ayant une action notoire en prévention du suicide adhèrent à titre individuel à l'UNPS : par leur expertise ou leur expérience professionnelle, elles apportent dans le cadre associatif des contributions ou des liens avec des institutions, notamment de recherche comme l'Inserm ou avec des équipes hospitalo-universitaires.

2.3. Selon les actions menées

Tableau 1 • Les actions des associations :

ACCOMPAGNEMENT • Veille à vocation sociale (structures qui écoutent mais qui n'interviennent pas), ex : SOS Amitié. • Veille à vocation d'accompagnement des personnes en risque suicidaire (personnes qui écoutent et qui peuvent accompagner physiquement les personnes qui sont en difficulté), ex : La Porte Ouverte, Jonathan Pierres Vivantes, Le Refuge.	**PRÉVENTION** • Prévention universelle (population générale) ou ciblée (populations vulnérables), ex : EPE Idf, ADAGBB. • Éducation thérapeutique, ex : SIS. **POSTVENTION** Accompagnement des familles et entourages endeuillés, ex : FEVSD, Empreintes, Jonathan Pierres Vivantes, PHARE Enfants-Parents.
SOINS • Soins psychiatriques, ex : centre Popincourt • Soins psychothérapeutiques, ex : Entr'Actes	**FORMATION** et **ORGANISATION** • Enseignement (universitaire et associatif*, ex : GEPS, VIES 37… • Recherche, ex : GEPS… • Conseil aux personnes et aux institutions, ex : VIES 37, EPEIdf • Aide administrative, ex : SIS…

*Participation des usagers des systèmes de soins, des aidants, des entourages à la définition des contenus des formations, sur le modèle d'expériences menées en Amérique du Nord (patients et professionnels de santé – PPS, en particulier).

3. Perspectives

Le premier constat qui ressort de ce travail en cours est le nombre et la diversité des associations proposant une variété d'interventions dans le champ de la prévention et de la postvention du suicide. La France dispose ainsi, à travers cet ensemble de structures associatives qui, pour certaines, mènent leurs actions depuis de nombreuses années, d'une richesse d'expériences, de pratiques et de savoir-faire. Cependant, la couverture du territoire est inégale. Les associations s'estiment souvent confrontées à un manque de relais de leurs actions malgré des échos favorables de la part des élus, des professionnels de la relation d'aide et des citoyens. Les actions développées le sont souvent avec peu de moyens et grâce à une mobilisation essentiellement sous forme de bénévolat. L'engagement de chacun représente une force réelle mais le fait qu'il se fonde quasi exclusivement sur du bénévolat se traduit par un grand nombre de difficultés :

- l'instabilité des structures en fonction des intervenants. Les intervenants sont en effet souvent de passage : on a par exemple fait appel au service civique chez les jeunes ;
- une cohérence souvent insuffisante dans les actions ;
- de fréquentes difficultés dans le suivi des actions ;
- une trop grande diversité des tâches de chacun, comprenant des tâches administratives extrêmement nombreuses, diverses et lourdes ;
- la non-pérennité de financements, notamment locaux, bridant la durée des actions.

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des structures associatives devraient permettre de mieux connaître les types d'interventions proposées en France, par un état des lieux des pratiques actuelles de prévention et de prise en charge des conduites suicidaires, sans chercher à se référer à une école théorique unique. L'analyse de cet état des lieux devra souligner les causes de dysfonctionnement et les difficultés de mise en œuvre des actions, en particulier lorsqu'elles concernent des actions recommandées suite aux études validées d'évaluation, aux expertises collectives de l'Inserm, aux conférences de consensus, ou encore correspondant aux labels qualité en santé de l'INPES.

Cette synthèse devrait ainsi contribuer à dégager de nouveaux repères sur la prévention du suicide, en définissant les conditions de transférabilité de certaines expérimentations ou actions innovantes, comme l'organisation pour la troisième année d'un village associatif à l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide autour du 10 septembre à Paris, et en diffusant les informations recueillies dans le cadre de diverses manifestations dont les journées nationales, départementales et mondiales de prévention du suicide. Cette synthèse devrait permettre une meilleure articulation des différents acteurs nationaux, faciliter les circuits d'information et favoriser les échanges avec les structures de terrain à propos des améliorations qu'elles proposent et des difficultés qu'elles rencontrent.

Enfin, cet état des lieux contribuera à ce que l'UNPS participe activement à l'élaboration de la politique nationale de prévention du suicide, en relayant les demandes et les préconisations du tissu associatif vers les structures décisionnelles et en participant au niveau des territoires à la stratégie de prévention du suicide, avec les ARS.

Partie II • Les dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé (PADS)

La « téléphonie santé », aussi appelée « téléphonie sociale », est née au Royaume-Uni, à Londres, avec les *Samaritans*, groupe fondé par le révérend Edward Chad Varah en 1953, pour tendre la main aux personnes suicidaires ou désespérées. En France, elle a vu le jour dans le monde de la solidarité un peu plus tard, en 1960, avec SOS Amitié. Elle s'est développée à l'initiative d'associations militantes puis des services de l'État, pour qui le téléphone est apparu comme un moyen particulièrement simple et peu onéreux pour établir des relations avec les citoyens et répondre à leurs interrogations dans le domaine de la santé.

Organisée autour de différents sujets de santé publique, la « téléphonie santé » a pour vocation première d'informer, d'écouter et d'orienter le public. Qu'elle soit constituée en pôles thématiques (sida, suicide, tabac, drogues, hépatites, etc.) ou populationnels (jeunes, soignants, etc.), son objectif est d'aider l'appelant à développer son autonomie, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion et d 'accompagner vers un mieux-être. Reposant à l'origine sur le bénévolat des répondants, ces dispositifs se sont progressivement professionnalisés. Tous ont développé une forme d'expertise en matière d'écoute et de conseil et peuvent parfois constituer une passerelle vers les lieux de prise en charge.

La dénomination « téléphonie santé » a été peu à peu remplacée par « prévention et aide à distance en santé » (PADS) pour tenir compte de la diversification de l'offre d'écoute et d'accompagnement mise en place grâce à Internet (ouvertures de tchats, services de questions-réponses, forums…).

Ces services se sont considérablement développés depuis cinquante ans. Chaque année, en France, des centaines de milliers de personnes font appel à un service téléphonique ou un site Internet. Le téléphone et Internet constituent ainsi des outils d'accompagnement des politiques de santé publique, accessibles au plus grand nombre et au plus près de chacun. Ces dispositifs sont souvent intégrés dans les plans gouvernementaux de santé publique dédiés à la santé mentale ou à la prévention du suicide, comme c'est le cas en France.

Les dispositifs d'aide à distance permettent une interaction directe et individualisée avec le public. L'une des richesses de ces dispositifs réside dans l'anonymat et la confidentialité des échanges. Ce cadre permet d'aborder des questions intimes, des sujets tabous, parfois des pratiques illicites, beaucoup plus difficiles à évoquer en présentiel. C'est souvent à l'occasion de cet échange avec un écoutant que se fait la première prise de parole, la première levée de tabou, dans le cas de consommation de drogues ou d'alcool notamment, ou encore de violences subies et d'idéations suicidaires associées à une forte culpabilité. L'anonymat est un principe fondateur de la « téléphonie santé ». Lorsqu'elle se fait, la sortie de l'anonymat ne se fait qu'en cas de danger immédiat : si la personne en ligne est en situation de porter atteinte à sa vie, avec un passage à l'acte imminent ou si le processus suicidaire est déjà engagé.

Le coût pour l'usager est modeste car l'ensemble des dispositifs d'aide à distance en santé disposent soit de numéros Verts (numéros gratuits depuis un poste fixe et inclus dans les forfaits mobiles), soit de numéros Azur (coût d'une communication locale), soit de numéros non surtaxés, permettant ainsi d'assurer une meilleure accessibilité et de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Encadré 1 • Les dispositifs d'aide à distance financés par l'INPES

Addictions
- Tabac Info Service
- Drogues Info Service
- Alcool Info Service
- Écoute cannabis
- Joueurs Info Service

Santé sexuelle
- Sida Info Service
- Hépatites Info Service
- Ligne Azur
- Sida info plus
- VIH info soignants

Santé mentale
- PHARE Enfants-Parents
- SOS Amitié
- SOS Suicide Phénix
- Suicide Écoute

Santé des jeunes
- Fil Santé Jeunes

Maladie chroniques
- Asthme et Allergies

À partir de 2003, la Direction générale de la santé a progressivement confié à l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) le financement et le suivi de ces dispositifs de « téléphonie santé ».

Parmi les dispositifs d'aide à distance nationaux auxquels l'INPES apporte un appui, quatre sont dédiés aux personnes en grande souffrance, personnes suicidaires et leurs proches. Il s'agit par ordre de création de SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, PHARE Enfants-Parents et Suicide Écoute. Deux autres dispositifs d'écoute

soutenus par l'INPES contribuent à la prévention du suicide, bien que ce ne soit pas dans leur cœur de métier :

• Fil Santé Jeune, dispositif dit « populationnel » qui s'adresse spécifiquement aux 12-25 ans. Ce dispositif écoute, informe et oriente les jeunes dans tous les domaines de la santé physique, psychologique et sociale ;

• la ligne Azur, portée par SIS Association, qui apporte écoute, soutien et orientation aux personnes se posant des questions sur leur identité et leur orientation sexuelles. Il s'agit d'un dispositif de prévention et de lutte contre l'homophobie.

1. Réorganisation de la PADS : un projet collaboratif commencé en 2010

En 2010, l'INPES a engagé avec les associations de prévention et d'aide à distance un ensemble de mesures afin d'améliorer, de développer et de promouvoir les dispositifs d'écoute existants : de nombreux groupes de travail et de comités de pilotage ont été organisés, demandant une très forte mobilisation et implication de la part des structures, en particulier les associations de bénévoles. Ce travail a permis une réorganisation de la PADS. Les actions suivantes ont été mises en place :

• **une homogénéisation et la généralisation des modalités d'évaluation des écoutants**. Au cœur de la démarche continue d'amélioration des processus, l'évaluation des écoutants constitue un gage de qualité du service rendu aux appelants. Elle permet aux structures d'identifier les points forts et ceux à améliorer dans la pratique d'écoute, et de proposer de la formation continue. Chaque dispositif disposait auparavant de sa propre méthodologie. Des outils d'évaluation et de « reporting » communs ont été finalisés avec l'aide de l'INPES. Les critères communs d'évaluation portent notamment sur l'accueil de l'appelant, la qualité de l'écoute (respect de la charte d'écoute, attitude empathique, neutralité bienveillante…), la fiabilité des informations délivrées et la pertinence de l'orientation proposée (pour les dispositifs d'aide à distance qui proposent ces services), la conclusion de l'appel, le respect des procédures et la maîtrise de l'outil informatique de recueil de données ;

• **des modules de formation mutualisables ont été élaborés afin de renforcer la formation initiale et continue des écoutants bénévoles.** Trois modules ont été finalisés. Ils portent sur la relation d'aide à distance, la sensibilisation à l'environnement de la prévention et aide à distance en santé, et la sensibilisation à la prévention et l'éducation pour la santé ;

• **la mise en œuvre d'un processus de labellisation des dispositifs d'aide à distance en santé**. La mise en place d'un label « Aide en santé » est l'aboutissement de l'ensemble du travail de modernisation et d'homogénéisation des dispositifs de la PADS. Ce label a pour objectif d'offrir aux usagers un gage de qualité dans la prise en charge de leurs demandes, d'inscrire les dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de service et de communiquer auprès des tutelles sur la qualité de service de ces dispositifs.
Le référentiel de ce label a été construit grâce à un travail collaboratif avec l'ensemble des associations. Chaque mot du référentiel a longuement été discuté, jusqu'à son adoption. Le référentiel comporte sept critères, déclinés chacun en plusieurs niveaux. Ces critères portent sur l'éthique, la transparence, la fiabilité des informations, la qualité des réponses, l'accessibilité, l'amélioration du service et l'organisation du dispositif. Chaque dispositif doit obtenir *a minima* le niveau 1 de chaque critère pour obtenir la labellisation. L'audit est réalisé par un intervenant externe, habilité à apprécier la conformité avec les critères du label « Aide en santé ». Le rapport d'audit est ensuite étudié par les membres du comité d'attribution du label, qui décident de l'attribution ou non du label pour une période de trois ans.
Le référentiel a été testé à la fin du premier semestre 2014 par SOS Amitié et Adalis, qui ont été les premiers dispositifs labellisés. Au deuxième trimestre 2014, le référentiel a évolué et a été validé par le comité technique du label.
À la fin du troisième trimestre 2015, 23 dispositifs d'aide à distance ont été labellisés, dont 14 subventionnés ou financés par l'INPES, parmi lesquels deux dispositifs de prévention du mal-être et du suicide. D'autres PADS ont fait une demande de labellisation. L'enjeu est désormais de favoriser une plus large reconnaissance externe du label « Aide en Santé » ;

• **une plateforme téléphonique mutualisée** a été mise en place afin de renforcer l'accessibilité des lignes d'écoute des dispositifs organisés en fédération. Le principe est de réacheminer les appels reçus par un poste d'écoute régional vers d'autres postes d'écoute de la fédération. Cette évolution, mise en œuvre en septembre 2014, concerne les associations SOS Suicide Phénix et SOS Amitié. SOS Suicide Phénix dispose dorénavant d'un numéro unique pour ses sept postes d'écoute régionaux (01 40 44 46 45). Quant à SOS Amitié, cette nouvelle infrastructure téléphonique inclut une vingtaine de postes pilotes sur les 50 répartis sur le territoire français.
Par ailleurs, un partenariat entre la MSA, l'INPES, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix a été instauré pour la mise en œuvre d'une ligne dédiée aux agriculteurs en difficulté psychologique et à leur entourage. Plutôt que de créer *ex nihilo* un nouveau dispositif, l'INPES a proposé au ministère de la Santé et au ministère de l'Agriculture d'acheminer les appels de cette ligne vers la plateforme existante, afin que les appels soient pris en charge par les écoutants des associations SOS Amitié et SOS Suicide Phénix. Le service Agri'écoute a été lancé en octobre 2014 et fonctionne ainsi 24 heures/24 et 7 jours/7 grâce aux écoutants de ces deux associations.

Cette ligne dispose d'un numéro cristal (09 69 39 29 19), non surtaxé et inclus dans les forfaits de téléphone mobile.
Plus de 700 appels ont été pris en charge durant les dix premiers mois d'activité de la ligne.

• **une modernisation des outils de recueil de données et d'orientation**, avec le déploiement de plusieurs modules :

– **1.** un outil d'historisation consistant à recueillir des données anonymes et structurées lors des entretiens a été couplé à un outil statistique : SOS Amitié avait déjà développé un tel outil d'historisation, mais la plupart des autres associations procédaient par saisie manuelle sur fiches papier. L'outil d'historisation devrait permettre aux structures d'optimiser la qualité des données recueillies lors des entretiens afin de pouvoir, dans un second temps, les analyser à l'aide de l'outil statistique et étudier l'évolution des types d'appels et des caractéristiques des appelants. Ces outils, tout particulièrement utiles au pilotage de l'activité de chaque dispositif, peuvent également permettre de valoriser et faire connaître l'activité d'écoute par l'exploitation des données recueillies, dans le cadre d'études et d'observatoires. Ils constituent de fait une piste de renforcement de la surveillance des comportements et facteurs de risque suicidaire.
  L'outil d'historisation et l'outil statistique ont été déployés dans les trois associations d'écoute et de prévention du suicide : PHARE Enfants-Parents, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute entre fin 2013 et le début de l'année 2014. L'appropriation de ces nouveaux outils par les écoutants est en cours,

– **2.** une base d'orientation a été mise à disposition des écoutants en 2013. Cette base, qui doit être enrichie et mise à jour par les structures, permet l'orientation des appelants vers des établissements d'accueil, de prise en charge ou de soins, lorsque cela est nécessaire.
  Les quatre associations de prévention du suicide ont également procédé, entre octobre 2013 et le deuxième semestre 2015, à une refonte de leur site Internet, afin de renforcer l'offre de service, avec l'ajout de tchats et de forums permettant notamment de favoriser l'accès des plus jeunes. La refonte de ces sites Internet vise en outre à encourager les dons et à favoriser le recrutement des bénévoles.

2. Données recueillies en 2014 par les associations de prévention du suicide et d'aide à distance en santé

Au-delà de l'utilité de l'outil d'historisation pour la réalisation des bilans et le pilotage de l'activité d'écoute propre à chaque structure, la mise en place d'un recueil informatisé en routine et commun aux diverses associations d'écoute est l'occasion

de s'interroger sur l'intérêt et la possibilité de mobiliser ces données collectivement pour :
- enrichir la surveillance épidémiologique des situations et facteurs de risque associés aux intentions suicidaires ;
- alimenter ou ouvrir des pistes de recherche ;
- orienter certaines stratégies d'action publique.

L'InVS a engagé cette réflexion avec SOS Amitié fin 2013 en soutenant l'exploitation des données d'appels de personnes suicidaires. Les premiers résultats, issus du recueil d'information des écoutes menées par SOS Amitié au cours de l'année 2013, ont été présentés dans le premier rapport de l'ONS (p. 56-57). L'informatisation du recueil des données d'écoute ayant été initiée au sein des autres dispositifs de prévention du suicide et d'aide à distance, une synthèse des informations recueillies durant l'année 2014 par chacun des dispositifs qui le souhaitaient a été engagée en lien avec l'InVS. Un travail descriptif exploratoire sur une trame d'indicateurs communs a ainsi été mené avec SOS Amitié, Suicide Écoute et SOS Suicide Phénix, il est présenté ci-après. PHARE Enfants-Parents a par ailleurs exposé le bilan synthétique de sa première année de fonctionnement et les résultats observés avec les nouveaux outils informatiques.

2.1. Les données communes prévues dans l'outil d'historisation

Les associations ont décidé elles-mêmes des items qu'elles jugeaient pertinent d'inscrire dans les différentes listes des champs à renseigner. Les outils d'historisation des trois associations nouvellement équipées (Suicide Écoute, PHARE Enfants-Parents et SOS Suicide Phénix) comportent des items communs afin de permettre une consolidation des statistiques, mais chaque association a la possibilité d'en ajouter de nouveaux dans les listes prédéfinies.

Les écoutants ne font passer aucun questionnaire : les informations recueillies sont déclaratives, spontanément formulées par les appelants au cours de l'entretien. Toutes ces informations demeurent par ailleurs totalement anonymes.

Chaque fiche d'appel comprend 4 onglets :
- **un onglet « Appel »** permet de qualifier l'appel, l'appelant et le cas échéant le tiers concerné.

L'écoutant est invité à indiquer, dès le début de la fiche, si l'appel reçu est un appel « à contenu », c'est-à-dire correspondant bien à une demande d'entretien, d'orientation ou d'information, ou un appel « périphérique » (erreur de numéro, appel muet, blagues, etc.). Les informations reportées permettant de qualifier l'appelant sont : le sexe, la tranche d'âges, la provenance géographique, la fréquence d'appel (s'il agit d'un premier appel, d'une personne ayant déjà appelé ou d'un habitué),

le mode de connaissance de la ligne (élément d'intérêt pour les associations car cela leur permet de savoir comment elles sont connues et de mesurer l'impact de leurs campagnes de communication), le statut de l'appelant (personne directement concernée, entourage familial, amical, professionnel de santé, professionnel de l'éducation nationale, etc.), l'activité ou la catégorie socioprofessionnelle, ainsi que le nombre de tentatives de suicide antérieures. Lorsqu'il s'agit d'appelants souhaitant parler d'une tierce personne, comme c'est essentiellement le cas pour PHARE Enfants-Parents qui s'adresse aux familles atteintes par le suicide d'un enfant ou d'un adolescent, des informations sociodémographiques peuvent être également recueillies sur la personne concernée : sexe, âge, activité ou catégorie socioprofessionnelle (CSP), statut familial, nombre d'enfants ;

• **un onglet « Demande »** est découpé, pour l'ensemble des associations, en thèmes et en sous-thèmes associés, items définis et modifiables par chaque association en fonction de l'historique des appels reçus antérieurement par la ligne d'écoute.
Ces thèmes et sous-thèmes associés correspondent aux situations évoquées et repérées par l'écoutant et permettent de qualifier la raison de l'appel et la nature du problème qui préoccupe la personne qui appelle. L'écoutant est libre de choisir le thème et les sous-thèmes parmi une liste proposée. Il peut également cocher une case « autre » sans précision. Certains dispositifs d'écoute ont le choix de rajouter un sous-thème qui semblerait manquer afin d'affiner la description.
Les associations ont généralement limité à trois le nombre de sous-thèmes enregistrables au cours d'un même appel.
L'existence d'un suivi psychothérapeutique, psychologique ou d'un traitement psychiatrique peut aussi être cochée.
Un champ commentaire permet également d'enregistrer des éléments qualitatifs, afin d'enrichir notamment l'analyse des pratiques ;

• **un onglet « Réponse »**, pour les dispositifs qui informent et orientent, permet d'inscrire les réponses apportées par l'écoutant, par exemple « écoute et orientation », « information » ou « envoi de documentation », le type de documentation adressé, le cas échéant, à l'appelant, et de disposer de précisions sur l'éventuel lieu d'orientation, telles que l'orientation vers un établissement de soin ou de prise en charge. Cette orientation peut-être faite à partir d'une recherche dans la base d'orientation commune, autre outil mis en œuvre dans le cadre de la modernisation des outils ;

• **un onglet « Données techniques »** comprend le canal de communication utilisé par l'usager du dispositif (téléphone, tchat, courriel), l'heure de début de l'appel et la durée d'entretien. Cela permet notamment de repérer les tranches horaires les plus sollicitées par les usagers afin d'adapter, dans la mesure du possible, la planification des écoutants.

2.2. Résultats observés sur l'année 2014

Un bilan descriptif, à visée exploratoire, a été conduit avec SOS Amitié, Suicide Écoute, SOS Suicide Phénix et PHARE Enfants-Parents sur les appels reçus en 2014 dont le thème principal était la question du suicide. L'objectif était double :

- partager les expériences au sein des groupes de travail et faire remonter à l'Observatoire les résultats saillants mis en évidence par chacune des associations ;
- tester le niveau de complétude et la comparabilité des données recueillies par chacune des associations d'écoute, dans une perspective de valorisation commune, pour enrichir le système de surveillance national des comportements suicidaires.

Cette exploration a été menée en se focalisant sur les appels de personnes exprimant des idées de suicide, sur les indicateurs suivants :

- répartition selon l'âge, le sexe, la fréquence d'appel (premier appel ou appelant régulier) ;
- provenance géographique ;
- fréquence de déclarations de tentatives de suicide antérieures ;
- situations et causes principales de mal-être exprimées ;
- existence d'une prise en charge psychothérapeutique ou psychiatrique.

3. Faits marquants concernant la thématique du suicide observés par les associations de prévention du suicide et d'aide à distance en santé en 2014

3.1. SOS Amitié

Créée en 1960 à Boulogne-Billancourt à l'initiative du pasteur Jean Casalis, SOS Amitié est la première association française d'écoute dont l'objectif premier, mais non exclusif, est de prévenir le suicide, sur le modèle des *Samaritans* de Grande-Bretagne. Reconnue d'utilité publique en 1967, SOS Amitié est composée aujourd'hui de 50 associations françaises regroupées en fédération. Ces associations s'appuient sur 1 500 bénévoles issus de tous les secteurs de la société. Ils écoutent ceux qui les sollicitent au téléphone ou via Internet 24 heures/24 (webtchat), chaque jour de l'année. SOS Amitié Paris Île-de-France est la plus importante antenne, avec ses 250 bénévoles répartis sur 7 postes d'écoute. L'écoute proposée par SOS Amitié s'adresse à toutes et tous, dans le respect des origines, des convictions et du comportement de l'appelant. SOS Amitié se veut indépendant de tout mouvement politique, confessionnel, idéologique, social ou caritatif. L'échange est strictement anonyme, confidentiel et non directif, selon une charte à respecter par chaque écoutant et fondée sur trois principes fondamentaux :

- le respect absolu de l'anonymat et de la confidentialité des échanges ;
- un échange centré sur la personne qui appelle, non directif et sans jugement, par une écoute active dont le premier objectif est d'aider l'appelant à desserrer son

angoisse, tout en tentant de lui permettre de clarifier sa situation et de retrouver sa propre initiative ;
• une formation pratique et théorique complète apportée à chaque écoutant au préalable, ainsi qu'un accompagnement et un soutien réguliers, avec des sessions de partages supervisés.

Depuis cinq ans, SOS Amitié diffuse, sous forme électronique et papier, dans un « Observatoire des souffrances psychiques » ses statistiques annuelles d'écoute. En 2014, SOS Amitié a répondu à plus de 681 600 appels (environ 6 000 appels de plus qu'en 2013), soit un appel toutes les 40 secondes en moyenne. Le nombre d'appels concernant la thématique du suicide, en diminution régulière depuis 2007, a augmenté cette année, représentant 2,2 % de l'ensemble des appels avec du contenu (hausse de 11 % par rapport à 2013).

Près de 11 250 appels motivés par des pensées suicidaires ont ainsi été reçus, provenant pour 67 % de femmes. Dans 8,5 % des cas, il s'agit d'un appel de suicidant, c'est-à-dire d'une personne appelant au cours du geste suicidaire ou dont le passage à l'acte est ressenti comme imminent par l'écoutant.

Sur les 11 250 appels, 58 % ont été caractérisés comme émis par des « nouveaux appelants », 18 % par des personnes ayant déjà appelé mais peu souvent, et près d'un quart (24 %) sont des appels « d'habitués », c'est-à-dire de personnes appelant souvent, voire régulièrement plusieurs fois par semaine. Il est à noter que la proportion d'appels d'habitués n'est pas significativement différente chez les hommes et chez les femmes (respectivement 23,5 % et 24,4 %). En revanche, elle augmente très sensiblement avec l'âge (moins de 9 % des appels ayant trait au suicide sont repérés comme provenant d'habitués chez les moins de 25 ans, un appel sur cinq chez les 25-44 ans, plus d'un appel sur trois après 65 ans).

Les écoutants de SOS Amitié enregistrent l'âge des appelants en cinq grandes classes (moins de 15 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus), avec une bonne complétude des données (moins de 0,6 % de valeurs manquantes sur l'année 2014). La structure d'âge précise des appelants ne peut cependant être connue. De plus, lorsqu'une même personne appelle à plusieurs reprises, rien ne permet de rattacher les différents appels entre eux. C'est un facteur limitant important qui existe pour toutes les associations d'écoute. Pour obtenir une description plus précise des individus, une solution est de tenir compte de la récurrence d'appels par individu en les regroupant en « nouveaux appelants » et « appelants réguliers ». La structure d'âge des « nouveaux appelants » devrait *a priori* être la moins biaisée. Le **graphique 1** illustre la structure d'âge observée selon la fréquence d'appel : tous appels, nouveaux appelants, appelants réguliers. La structure d'âge des nouveaux appelants à SOS Amitié s'avère nettement plus jeune que celle des

appelants réguliers (57 % de moins de 45 ans *versus* 36 %), la classe des 25-44 ans étant la plus représentée.

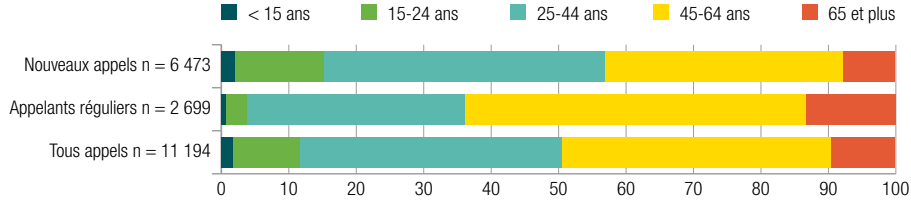
Les appels échangés avec les écoutants de SOS Amitié durent une vingtaine de minutes en moyenne lorsque l'appelant n'évoque pas une situation de crise suicidaire, alors que la durée moyenne est de plus de 30 minutes lorsque le suicide est évoqué. Cette durée d'écoute peut dépasser 2 heures, notamment lorsque l'appelant déclare être en train de se suicider, afin de permettre de traverser ce passage critique.

Les écoutants de SOS Amitié ont la possibilité d'inscrire jusqu'à trois situations ou causes de souffrance évoquées par l'appelant, permettant de qualifier les raisons de l'appel et la nature du problème qui le préoccupe.

Les situations ou causes de souffrance mises en avant au cours des appels de personnes suicidaires varient selon le sexe et l'âge (**graphiques 2 et 3**) :
• les problèmes d'isolement social/de solitude, la dépression puis l'existence de maladie physique sont, par ordre de fréquence, les situations le plus souvent enregistrées pour les hommes ;
• la dépression, les problèmes de couple ou familiaux, la solitude et l'existence de violences sexuelles ou physiques sont les situations les plus fréquemment enregistrées pour les femmes ;
• les addictions, la solitude, les ruptures, les maladies physiques et psychiques ainsi que le chômage sont plus fréquemment mises en avant au cours des appels d'hommes que de femmes. Inversement les problèmes de couple ou familiaux, la dépression, l'angoisse, les violences physiques ou sexuelles, ainsi que le deuil et les difficultés relationnelles sont des causes plus souvent enregistrées chez les femmes que chez les hommes (**graphique 2a**).
La description de ces situations selon l'âge permet de relever deux faits majeurs (**graphique 3a et b**) :
• les causes de souffrance les plus fréquemment exprimées par les jeunes femmes de moins de 15 ans et chez les 15-24 ans suicidaires ou suicidantes sont les violences sexuelles et physiques ;
• plus on augmente en âge, plus la solitude/l'isolement social, les maladies physiques et psychiques sont mises en avant.

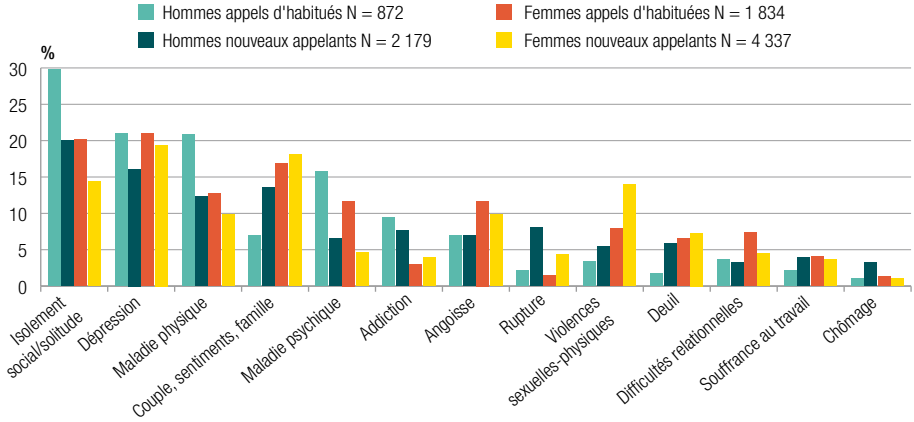
Ces caractéristiques générales, en particulier l'ordre de fréquence des principales causes de souffrance exprimées simultanément au suicide, s'avèrent les mêmes, que l'analyse porte sur l'ensemble des appels ou sur les nouveaux appelants. Cependant, le poids relatif des situations est modifié, rendant compte de différences sur ce point entre les appels des nouveaux appelants et des appelants réguliers (**graphique 2b**). En particulier, les fréquences relatives des maladies intercurrentes, de l'isolement/solitude et de la dépression sont moindres lorsque la description ne

Graphique 1 • Structure d'âge relevée lors des appels de personnes suicidaires à SOS Amitié, en 2014

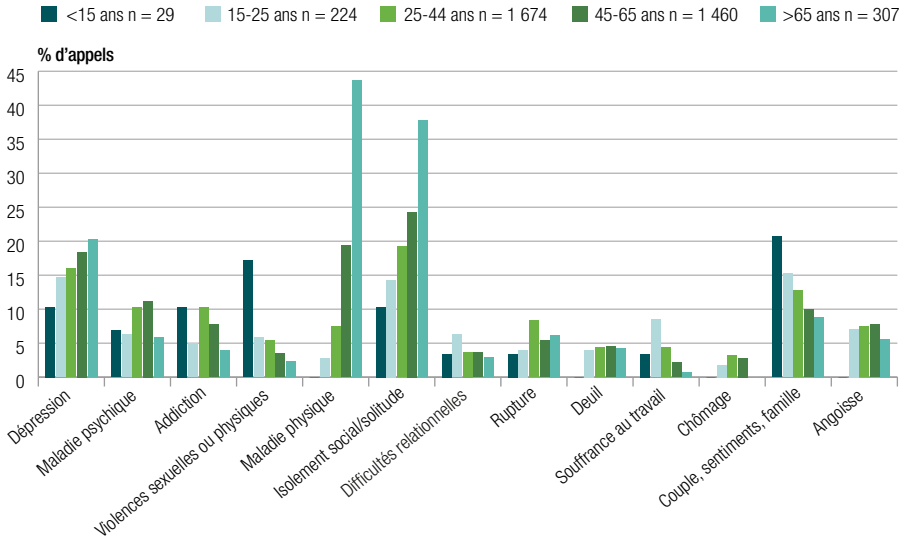


Graphique 2a • Causes de souffrance évoquées concomitamment avec le suicide selon le sexe, tous appels de personnes suicidaires confondus à SOS Amitié, en 2014

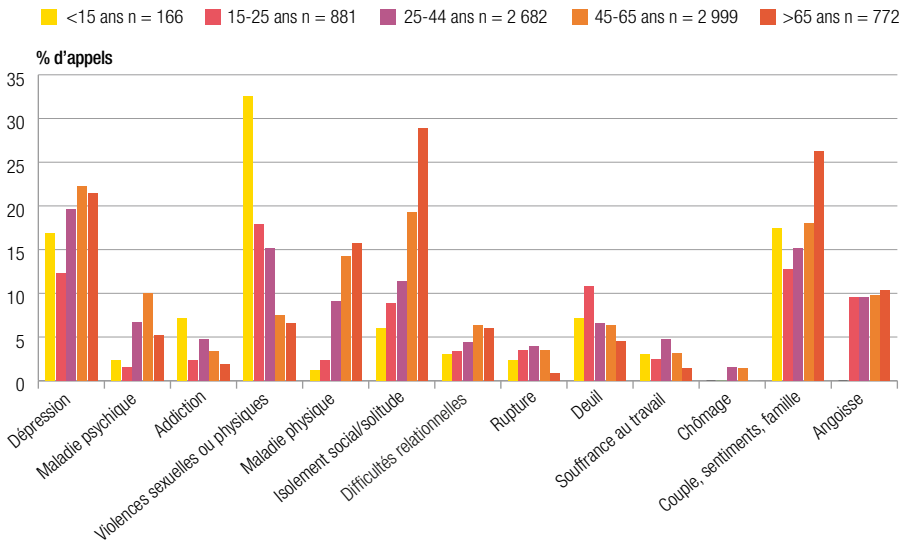
Graphique 2b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié évoquant le suicide selon le sexe et le type d'appelant (nouveaux appelants ou habitués), en 2014



Graphique 3a • Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié abordant le suicide chez les hommes selon l'âge, en 2014



Graphique 3b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié abordant le suicide chez les femmes selon l'âge, en 2014



porte que sur les premiers appels. Ces situations sont plus fréquemment mises en avant lorsque les appels sont attribués à des habitués. Inversement, les situations de violence, de rupture, les problèmes de couple sont plus souvent mis en avant par les nouveaux appelants que lors des appels d'habitués.

Cette analyse détaillée permet de tirer plusieurs enseignements importants de l'expérience de SOS Amitié, tant en ce qui concerne l'outil utilisé que les résultats présentés. Les données recueillies par SOS Amitié comportent en 2014 très peu de valeurs manquantes en termes de sexe et tranches d'âges (< 1 %), ce qui rend plus solides les analyses descriptives. L'expérience de SOS Amitié est intéressante à partager avec les autres associations d'écoute, sensibilisées depuis peu à l'utilisation d'un support informatique d'historisation. En revanche, le choix a été fait jusqu'ici de ne recueillir qu'un nombre d'informations restreint parmi celles proposées dans le cadre du recueil informatique réfléchi dans les groupes de travail et que permet l'outil d'historisation mis en place par l'INPES. Ainsi, l'origine géographique des appelants, la notion de tentatives de suicide antérieures ou encore d'un suivi psychologique ou psychiatrique, ne sont pas des informations saisies.

Il existe un biais induit par la répétition des appels des mêmes personnes lors des analyses descriptives menées sur l'ensemble des appels. Ce biais a un impact sur le poids relatif des situations et des causes de souffrance décrites chez les personnes suicidaires, sans néanmoins remettre en question leur hiérarchisation.

Le pourcentage d'appels à SOS Amitié exprimant des pensées suicidaires est en légère augmentation par rapport aux années précédentes et on note deux fois plus d'évocation du suicide lors des appels des nouveaux appelants par rapport aux appels des habitués. La question de savoir si les nouveaux appelants sont plus concernés par la question du suicide ou si l'augmentation est liée à une meilleure visibilité de l'association SOS Amitié sur la thématique du suicide reste posée.

Pour en savoir plus :
Site : www.sos-amitie.com
Document : www.sos-amitie.com/documents/10181/0/Observatoire+2015.pdf/ff9dc371-b724-49ea-8cda-32948113369d

3.2. SOS Suicide Phénix

SOS Suicide Phénix a été créée en 1978, alors que les *Samaritans* fêtaient leur 25e anniversaire, par un collectif souhaitant associer, comme les *Samaritans*, l'accueil physique à l'appel téléphonique. Elle fédère sept associations d'écoute qui ont pour objectif de prévenir le suicide en restaurant le lien social, selon une charte partagée par chaque écoutant. Celle-ci est fondée sur la confidentialité, l'anonymat

et le respect de l'opinion d'autrui. L'écoute et l'accueil s'adressent à toute personne en détresse qui pense mettre fin à ses jours, qui a déjà fait une tentative de suicide ou qui est concernée par la problématique du suicide dans sa famille, dans son entourage ou dans le cadre de sa profession.

La position de l'association est d'avoir un rôle de passerelle entre les personnes en souffrance et l'offre de soins en santé, en travaillant en complémentarité avec les acteurs du champ médicosocial, notamment avec les médecins généralistes.

SOS Suicide Phénix se compose de sept associations adhérentes : Île-de-France - Paris (1978), Rhône-Alpes - Lyon (1983), Aquitaine - Bordeaux (1984), Auvergne - Clermont-Ferrand (1987), Haute-Normandie - Le Havre (1991), PACA - Nice (1994), Pays de Loire - La Roche-sur-Yon (2013). Celles-ci regroupent une équipe d'une centaine d'écoutants bénévoles formés et expérimentés à l'écoute, au repérage d'une urgence suicidaire et au désamorçage d'une crise suicidaire lorsque cela s'avère nécessaire.

À l'heure actuelle, 75 % des écoutants sont en activité professionnelle dans un champ d'activité autre que la santé mentale, 20 % des écoutants poursuivent des études à l'université et 5 % sont retraités.

SOS Suicide Phénix propose 3 types d'écoute :
- des permanences téléphoniques de midi à minuit ;
- une messagerie Internet où déposer à toute heure son mal-être ;
- des accueils de groupe et en face-à-face, permettant de remettre la personne isolée au cœur d'un lien social.

Les données recueillies en 2014 : une année de transition pour SOS Suicide Phénix
Les associations SOS Suicide Phénix ont intégré la plateforme de prévention et aide à distance en santé gérée par l'INPES, avec un déploiement des associations vers un numéro de téléphone unique au cours du dernier trimestre 2014. L'intégration des nouveaux outils informatiques (outils d'historisation, de statistiques et base d'orientation commune) s'est faite progressivement en 2014 et s'est poursuivie en 2015, venant bouleverser les pratiques antérieures de recueil de données sous fichier Excel ou le plus souvent sous format papier. En 2014, première année d'utilisation des nouveaux outils et donc d'apprentissage, des appels téléphoniques n'ont pas été historisés, et un grand nombre des appels historisés l'ont été de manière incomplète.

Les données recueillies sont, comme pour SOS Amitié et Suicide Écoute, basées sur la déclaration spontanée et non directive des personnes, à l'exception toutefois de l'évaluation de l'urgence suicidaire et de la crise suicidaire qui font l'objet à SOS Suicide Phénix de questions directes de la part de l'écoutant.

En 2014, 2 081 appels téléphoniques ont été traités, dont 632 (soit 30 % de ces appels) ont directement concerné la problématique du suicide et 1 449 une grande souffrance, sans idée suicidaire. Tous appels confondus, l'association a enregistré 1,2 fois plus d'appels de femmes que d'hommes, la proportion d'appels de femmes étant légèrement plus élevée sur la problématique du suicide (1,4 fois plus de femmes que d'hommes). Pour 13 personnes, le sexe n'a pas été renseigné. Avec 42 % d'hommes, la population qui s'adresse à SOS Suicide Phénix avec des pensées suicidaires s'avère semble-t-il plus masculine que celle appelant Suicide Écoute ou SOS Amitié (respectivement 34 % et 33 % d'appels d'hommes). Les écoutants de SOS Suicide Phénix enregistrent l'âge des appelants en six classes (moins de 15 ans, 15-24 ans, 25-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus). Pour les deux sexes, les appelants ayant entre 35 et 54 ans sont les plus nombreux (44 % des appels pour lesquels l'âge est connu), loin devant les 55-74 ans (24 %, **graphique 4**). Toutefois, pour 16 % des appels, la tranche d'âges n'est pas connue. Ces tranches d'âges sont différentes de celles utilisées par SOS Amitié et ne permettent donc pas une comparaison entre ces deux structures. En revanche, cette comparaison par âge est possible avec les données recueillies par Suicide Écoute et on observe en particulier une même proportion d'appels provenant des 35-54 ans.

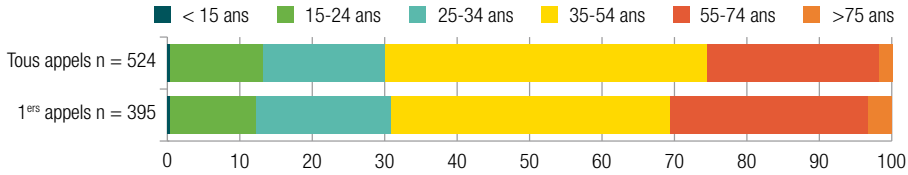
Sur les 632 appels de personnes exprimant des idées suicidaires, plus des deux tiers (68 %) ont été caractérisés comme provenant de personnes appelant pour la première fois et moins d'un sur cinq (17 %) comme des appels d'habitués. Les autres appels n'ont pas pu être caractérisés (15 %).

Un grand nombre d'items ont été renseignés de façon incomplète en 2014, ce qui indique la nécessité de poursuivre la phase d'adaptation et d'appropriation des nouveaux outils informatiques par les écoutants, au rythme de chacun. Par exemple, chaque écoute donne lieu à une évaluation de l'urgence et de la crise suicidaire. L'information sur l'existence de tentatives de suicide antérieures peut s'avérer une question d'intérêt. Mais, en 2014, 80 % des appels sont restés non renseignés sur cette question des tentatives de suicide antérieures, qui est un item facultatif du recueil. L'information recueillie porte ainsi sur un nombre trop faible d'appelants pour pouvoir être exploitée.

De même, sur cette première année de maniement du nouvel outil informatique, seuls 35 % des appels permettent de décrire les situations et principaux thèmes de souffrance exprimés par les appelants qui évoquent le suicide. Sur ces 35 % de réponses, les situations indiquées sont par ordre de fréquence (**graphiques 5a et 5b**) :

- chez les hommes : les maladies psychiques, la dépression, les addictions, les situations de rupture, de difficultés relationnelles et d'isolement social, de chômage ;

Graphique 4 • Structure d'âge relevée lors des appels de personnes suicidaires* à SOS Suicide Phénix, en 2014



*Données disponibles sur 84 % des appels.

Graphique 5a • Causes* de souffrance évoquées lors des appels abordant le suicide selon le sexe, tous appels confondus à SOS Suicide Phénix, en 2014

Graphique 5b • Causes* de souffrance évoquées lors des appels abordant le suicide selon le sexe chez les nouveaux appelants à SOS Suicide Phénix, en 2014

*Données disponibles sur 34 % des appels.

• chez les femmes : la dépression, les autres maladies psychiques, les situations de violences sexuelles ou physiques, le suicide d'un proche et, dans des proportions très proches, la souffrance au travail, une maladie physique ou une rupture.

Par ailleurs, le recueil indique que 48 % d'appels mentionnent un suivi psychologique ou psychiatrique, avec une différence majeure entre hommes et femmes : l'existence d'un suivi psychologique ou psychiatrique est relevée pour 69 % des appels d'hommes et 27 % des appels de femmes. Cette différence entre les hommes et les femmes mérite d'être explorée davantage afin de comprendre si elle découle d'une réalité épidémiologique, d'un défaut d'évocation du recours aux soins psychiques très différentiel entre hommes et femmes lors des échanges avec les écoutants, ou tout simplement d'un défaut de saisie dans la base d'information.

Recommandations portées par l'association SOS Suicide Phénix

À partir de ces premiers éléments, SOS Suicide Phénix souhaite émettre deux recommandations :

• la première concerne les situations de violences sexuelles vécues dans l'enfance ou à l'adolescence. En effet, l'écoute téléphonique, renforcée par les observations de la souffrance psychique exprimée via la messagerie Internet, permet aux écoutants de témoigner du fait que les situations de violences sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence peuvent conduire à des actes violents envers soi-même (scarifications, tentatives de suicide). Ces personnes violentées souffrent aussi de dépression. Agir sur les situations de violences sexuelles vécues dans l'enfance ou dans l'adolescence constitue pour SOS Suicide Phénix un levier essentiel dans la prévention du suicide ;

• la seconde souligne la nécessité de communiquer davantage sur la problématique du suicide. SOS Suicide Phénix propose deux voies en articulation l'une avec l'autre :

– créer et diffuser des spots télévisés (au même titre par exemple que les campagnes de communication en prévention routière),
– rendre encore plus accessible l'offre d'écoute des associations, trop de personnes méconnaissant encore l'offre existante en France.

Il est à noter que lorsque l'INPES met en place des campagnes de communication destinées au grand public (radio, télévision, Internet), il cherche systématiquement à renforcer l'articulation avec la prévention et l'aide à distance en santé. Cette articulation est instaurée en associant, chaque fois que la thématique le permet, un numéro de ligne d'aide à distance et un site Internet à la campagne de prévention. Cela permet, au-delà du message générique dispensé par la campagne, de proposer une aide individuelle et personnalisée au public, un soutien, une écoute et une orientation. L'INPES n'a jusqu'à maintenant pas réalisé de campagne dédiée à la prévention du suicide. D'autres outils et appuis aux actions de terrain ont été privilégiés.

Pour en savoir plus :
Site : www.sos-suicide-phenix.org
Ligne d'écoute nationale : 01 40 44 46 45

3.3. Suicide Écoute

L'association Suicide Écoute a été fondée en 1994 par un groupe de bénévoles déjà impliqués dans la prévention du suicide. Suicide Écoute, dont le poste d'écoute est situé à Paris, est une ligne nationale dotée d'un numéro unique (01 45 39 40 00), qui propose une écoute 24 heures/24, 7 jours/7 depuis plus de 20 ans. L'éthique de l'association est basée sur plusieurs principes : l'écoute est anonyme, sans jugement, apolitique, aconfessionnelle, sans suivi et sans orientation.

L'association compte actuellement une cinquantaine d'écoutants, tous bénévoles, formés en interne. Cette formation est assez longue, rigoureuse, comprenant une phase pratique (temps d'accompagnement en double écoute avec des écoutants confirmés) et une phase théorique de formation en petits groupes avec un psychiatre.

La ligne reçoit 18 000 à 20 000 appels par an et le site Internet est consulté environ 70 000 fois par an. La majorité des appels donnent lieu à une écoute (appels « à contenu »), qui le plus souvent permet d'atténuer au moins momentanément la souffrance.

Suicide Écoute a adopté l'outil d'historisation en 2014. Auparavant, seul un échantillon de fiches papier remplies manuellement était saisi informatiquement *a posteriori*. Du fait de la volonté d'avoir une écoute totalement non intrusive, seuls l'horaire, la durée de l'écoute et le sexe de l'appelant sont renseignés systématiquement. Les autres données le sont quand l'appelant les communique spontanément, elles ne font en aucun cas l'objet de questions formulées par l'écoutant à l'appelant.

Il est à noter que les données comme « suicidaire/non suicidaire » ou les causes de souffrance exprimées relèvent en partie de la subjectivité de l'écoutant. Face à une même écoute, un écoutant pourra enregistrer que la personne est suicidaire, un autre écoutant non, ce qui est discuté lors des réunions internes. L'association considère néanmoins que les données saisies constituent au final un témoignage important du contenu des appels et reflètent une certaine réalité.

Bilan des données de l'année 2014

En 2014, les 50 écoutants de Suicide Écoute ont répondu à 18 700 appels, dont 15 600 à contenu. Un peu moins de 5 % de ces appels, dits « pour tiers », émanent

de personnes inquiètes pour quelqu'un de leur entourage. Près de 25 % des appels proviennent de personnes qualifiées de « suicidaires » par les écoutants. Les autres appels (près de 70 %), n'indiquent pas de pensées suicidaires, même si tous témoignent d'une grande souffrance.

La durée d'appel moyenne pour l'ensemble des appels à contenu s'avère, comme pour SOS Amitié, de 20 minutes. Elle est de 26 minutes pour les seuls appels de suicidaires. Les appels nécessitant une durée d'écoute très longue restent extrêmement rares.

Plus de 3 500 appels de personnes exprimant des idées suicidaires ont ainsi été traités dans l'année par Suicide Écoute, dont 65 % émanent de femmes. Parmi ces appels, plus d'un sur cinq provient de personnes qualifiées d' « appelants réguliers » et 43 % ont été enregistrés comme provenant de « nouveaux appelants ». Les autres appels concernent des appelants épisodiques (18 %) ou sont restés non caractérisés (18 %). On constate, de façon très cohérente avec les observations de SOS Amitié, que la part des appels à contenu suicidaire émanant d'appelants réguliers est équivalente pour les deux sexes (21 % d'appels d'habitués parmi les appels d'hommes exprimant des idées suicidaires et 22 % parmi les appels de femmes) et que cette part relative augmente avec la tranche d'âges (les appels d'habitués représentent 2 % des appels émis par les moins de 25 ans qui expriment des idées suicidaires, un appel sur cinq entre 25 et 44 ans, plus d'un appel sur trois à partir de 65 ans).

Un certain nombre d'items non obligatoires ont été renseignés de façon incomplète en 2014 par les écoutants de Suicide Écoute. Par exemple, l'information sur l'existence de tentatives de suicide antérieures n'est pas toujours évoquée spontanément par les appelants et les écoutants ne cherchent pas à questionner même s'il leur arrive de se poser intérieurement cette question. En 2014, des antécédents de tentative de suicide ont été ainsi rapportés spontanément pour 21 % des nouveaux appelants et plus globalement pour 22 % de tous les appels de personnes suicidaires (18 % des appels chez les hommes et 23 % chez les femmes). Ces chiffres déjà importants doivent être considérés comme des valeurs seuil, inférieures aux chiffres réels.

De même, le fait d'être ou pas en cours de traitement « psy » (suivi psychologique ou psychiatrique) a été abordé au cours d'environ 70 % des appels, un peu plus souvent chez les hommes que chez les femmes (respectivement 73 % et 70 %). Il faut souligner que cette question d'un suivi « psy » a été plus fréquemment abordée lors des appels d'habitués que lors des premiers appels (80 % des appels d'habitués et 70 % des premiers appels). Lorsque la question a été abordée, près de huit fois sur dix c'était pour indiquer un suivi « psy » en cours, deux fois sur dix l'absence de

suivi « psy ». Ainsi, sous l'hypothèse forte que le taux de suivi chez les personnes qui n'ont pas abordé la question ne diffère pas de celui pour lesquelles l'information est disponible, le taux de suivi « psy » des appelants serait de 78 % chez les hommes (IC : [75 %-80 %]) et de 76 % chez les femmes (IC [74 %-78 %]), avec un taux de suivi « psy » de 64 % (IC : [61 %-67 %]) indiqué au cours des premiers appels et de 90 % (IC : [88 %-93 %]) chez ceux qui appellent régulièrement.

Les écoutants de Suicide Écoute, comme ceux de SOS Amitié et de SOS Suicide Phénix, ont la possibilité d'inscrire jusqu'à trois situations ou causes de souffrance permettant de qualifier le contexte de l'appel ou la nature du problème qui préoccupe l'appelant. Sur cette première année de recueil informatisé, moins de 10 % d'appels de personnes suicidaires sont restés non renseignés.

Les caractéristiques mises en avant au cours de ces appels

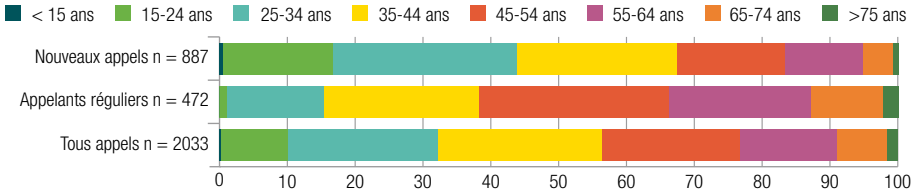
Tous appels confondus (**graphique 7a**), la dépression ou l'angoisse et la maladie psychique sont les causes de mal-être le plus souvent mises en avant chez les hommes comme chez les femmes. Les situations de rupture, puis l'isolement social ou la solitude ainsi que des problèmes d'addiction sont ensuite les situations les plus fréquemment relevées chez les hommes, alors que chez les femmes, sont davantage pointés la solitude ou l'isolement social, les difficultés relationnelles, ainsi que les violences physiques ou sexuelles.

Les différences les plus importantes entre hommes et femmes se situent d'une part sur l'expression de conduites addictives (alcool, drogues…) et les vécus de rupture relativement plus évoqués par les hommes que par les femmes ; d'autre part sur les violences subies et la présence de maladies physiques relativement plus évoquées par les femmes que par les hommes.

La description de ces situations selon l'âge et le sexe (**graphiques 8a et 8b**) permet de relever l'importance relative de la solitude qui augmente avec la tranche d'âges pour les deux sexes. La solitude représente chez les femmes la première cause exprimée de souffrance à partir de 65 ans. Chez les hommes les plus âgés, ce sont les situations de rupture qui sont principalement mises en avant. L'anxiété ou la dépression occupent une place majeure dans les motifs d'appels liés au suicide à tous les âges de la vie. Les maladies psychiques (autres que la dépression) fortement mises en avant lors des appels de personnes de moins de 65 ans semblent occuper une place moindre dans le discours des appelants plus âgés. L'addiction est essentiellement mise en avant lors des appels d'hommes de moins de 45 ans.

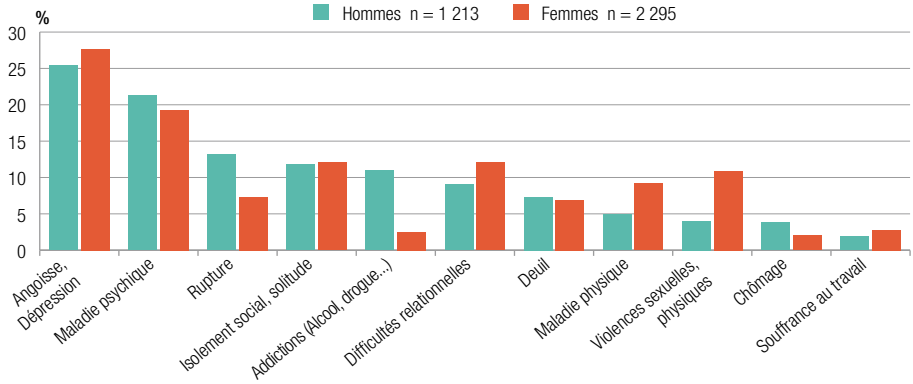
La hiérarchisation des situations selon l'âge doit être considérée avec prudence. En effet, sur cette année 2014, les écoutants de Suicide Écoute n'ont été en mesure de renseigner la tranche d'âges de l'appelant que pour 58 % des appels de

Graphique 6 • Structure d'âges relevée lors des appels* de personnes suicidaires à Suicide Écoute, en 2014

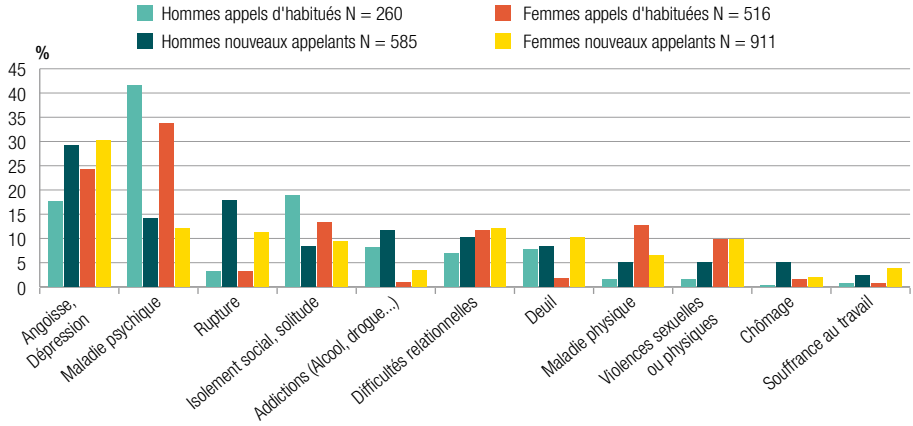


*Données disponibles pour 58 % des appels.

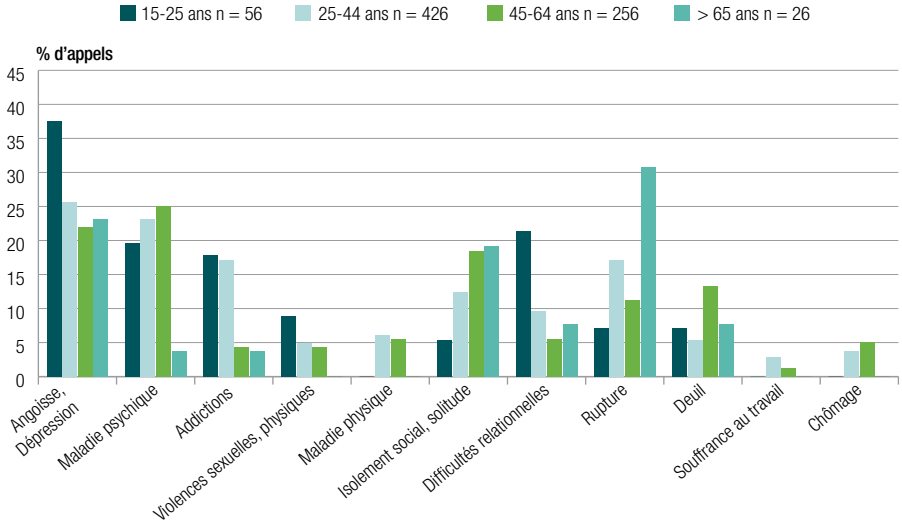
Graphique 7a • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide selon le sexe, tous appels de personnes suicidaires confondus, en 2014



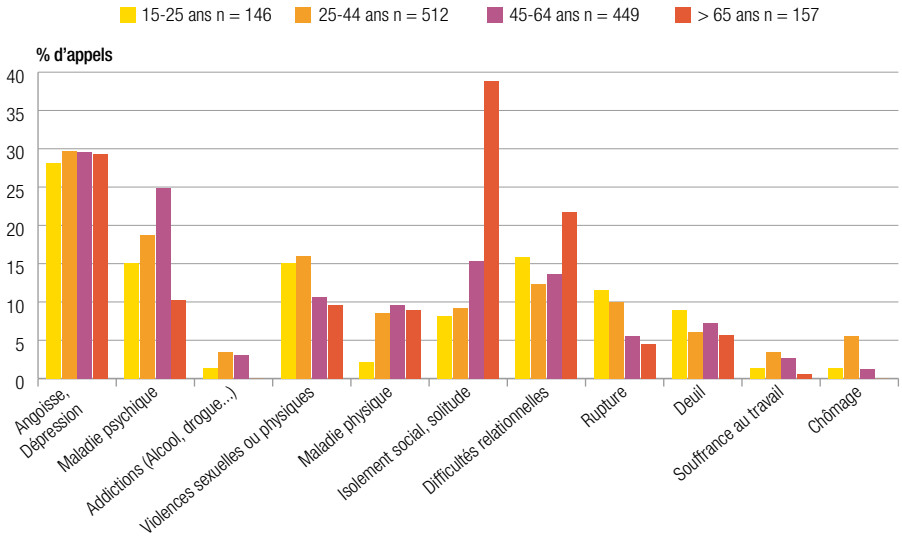
Graphique 7b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide selon le sexe et la fréquence d'appel (nouveaux appelants et appelants réguliers), en 2014



Graphique 8a • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide chez les hommes selon l'âge, en 2014



Graphique 8b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide chez les femmes selon l'âge, en 2014



personnes suicidaires, aussi la hiérarchisation réelle des situations ou causes de souffrance selon l'âge des appelants pourrait s'en trouver modifiée.

Les situations ou causes de souffrance qui ressortent de l'analyse des premiers appels sont par ailleurs différentes de celles pointées chez les appelants réguliers (**graphique 7b**). On note effectivement que les maladies psychiques et, dans une moindre mesure, la solitude sont bien plus fréquemment pointées lors des appels d'habitués que lors des écoutes de nouveaux appelants, en cohérence avec une structure d'âge plus âgée chez les habitués (**graphique 6**). Inversement, les situations de rupture sont particulièrement mises en avant lors des premiers appels : chez les hommes, les situations de rupture deviennent, après l'anxiété et la dépression, la deuxième cause la plus fréquemment exprimée. Ces différences ont donc un impact sur la hiérarchisation des motifs d'appel dégagée à partir de l'ensemble des appels, analyse qui s'avère biaisée par la répétition des appels d'habitués.

Observations complémentaires à partir de la remontée des écoutes

En plus des données statistiques issues des items « fermés » prévus dans l'outil d'historisation, Suicide Écoute a analysé les informations « ouvertes » inscrites textuellement par les écoutants au cours des appels. Les éléments qualitatifs synthétisés, sans aucune prétention statistique, sont un témoignage d'expressions les plus marquantes ou fréquemment relevées dans le discours des appelants, contribuant à leur état de mal-être et à leur recours aux dispositifs d'écoute. Deux catégories en ont été dégagées : les remarques ayant trait aux difficultés ressenties vis-à-vis du système de soins et celles précisant les situations et contextes psychosociaux fréquemment en jeu dans la souffrance exprimée.

Les difficultés ressenties vis-à-vis du système de soins les plus fréquemment signalées sont :

- la peur de l'hospitalisation amenant la personne à taire son état de souffrance et ses pensées suicidaires à son médecin, restreignant de fait les possibilités de se faire aider (exemple : « Je n'en parle pas à mon médecin parce que j'ai peur qu'il m'hospitalise. Alors je lui dis que ça va. ») ;
- la plainte importante relative aux effets secondaires des traitements médicamenteux psychotropes (perte de libido, prise de poids…) ;
- les difficultés d'accès aux services de soins publics tels que les Centres médico-psychologiques (CMP) : il est très souvent souligné la difficulté d'avoir un rendez-vous, les délais d'attente très longs, incompatibles avec le niveau de souffrance, le besoin d'appui et de soulagement immédiat ressentis ;
- l'inactivité et l'infantilisation rencontrées dans certaines structures d'accueil (hôpital, hôpital de jour…). Parfois certains appellent de l'hôpital ;

• l'inadéquation des attentes par rapport à ce qui est proposé par leurs thérapeutes : en se plaignant notamment d'un temps d'écoute et d'une disponibilité insuffisants, de l'incompréhension des méthodes employées par certains thérapeutes de ville aux pratiques hétéroclites et surtout de difficultés liées aux périodes de congés du thérapeute, sans solutions de relais mises en place ;
• le manque de suivi après une tentative de suicide ou le manque de lieux d'accueil et d'écoute. Différentes questions se posent : Quels lieux d'accueil en dehors de la psychiatrie, lorsqu'on n'a pas de trouble psychiatrique sous-jacent ? Quelle aide pour les familles et les proches des personnes suicidaires ? L'entourage est souvent dépassé. Quel accompagnement pour les endeuillés du suicide ?

Concernant les situations et contextes psychosociaux fréquemment en jeu dans la souffrance exprimée, les remontées des écoutants soulignent tout particulièrement la solitude extrême des appelants : celle des femmes suite à une séparation, un divorce, un deuil, une maladie ou le cumul de plusieurs facteurs ; celle des hommes suite à une séparation, un divorce et très souvent la perte du lien avec leurs enfants qui est un thème majeur de souffrance exprimée. Ils témoignent également de la solitude des hommes comme des femmes atteints de troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles bipolaires…) vivant seuls à leur domicile et qui n'ont aucun autre contact que leurs soignants. Ce sont souvent des appels d'habitués, qui téléphonent très régulièrement et qui ont beaucoup de propositions et de commentaires à faire sur ce qu'ils vivent en tant qu'utilisateurs du système de soins. Il pourrait y avoir des possibilités pour eux de rejoindre des groupes.

De plus, selon les écoutants, l'évocation des idées suicidaires émergerait souvent dans les contextes suivants :
• la sensation d'être dans l'impossibilité de trouver sa place dans une société où la performance, la réussite et la jeunesse priment, associée au sentiment de ne rien valoir ;
• une situation de maltraitance physique ou psychologique subie dans l'enfance que l'on avait réussi à surmonter durant une période de sa vie. À l'occasion d'une nouvelle épreuve (séparation, divorce, échec professionnel, agression…) le sentiment que l'on ne s'en sortira pas ressurgit ;
• lors d'inceste, viol, rupture amoureuse ou de trahison doublés de problèmes financiers, professionnels, de santé ;
• lors de maladies graves et chroniques invalidantes, de handicap, d'addictions, de chômage, de problèmes d'alcool.

Pour en savoir plus :
Site : www.suicide-ecoute.fr
Téléphone : 01 45 39 40 00

3.4. PHARE Enfants-Parents

Créée en 1991 par Thérèse Hannier, l'association PHARE Enfants-Parents réunit notamment des parents d'enfants suicidés ou d'enfants en mal-être, provenant de toute la France, avec pour mission de les aider et de rassembler les acteurs pour une meilleure efficacité dans la prise en charge des jeunes en désespérance. En décembre 2014, l'association s'est choisi un slogan : « La voie de la vie ». PHARE Enfants-Parents emploie aux côtés d'une équipe d'écoutants bénévoles, deux salariées : une psychologue-thérapeute familiale, qui propose au sein du service d'accueil et d'écoute à Paris des entretiens individuels destinés aux jeunes, des entretiens familiaux, du soutien à la parentalité, et une personne dédiée au soutien administratif. L'association travaille également avec d'autres professionnels rémunérés à la vacation et bénéficie des conseils de professionnels regroupés au sein d'un comité de parrainage.

Les actions de PHARE Enfants-Parents sont dévolues en grande partie à l'écoute et à l'aide à distance, mais une spécificité de l'association réside dans la multiplicité de ses actions qui s'imbriquent les unes dans les autres dans le champ de la prévention, de la postvention, de l'accompagnement et de l'écoute. Ainsi, au-delà du service d'accueil et d'écoute, des groupes de parole destinés aux parents d'enfants suicidés sont mis en place. Ces groupes de parole permettent d'agir tout autant en postvention qu'en prévention pour réduire le risque de suicide à ne pas négliger dans l'entourage de l'enfant suicidé, en particulier dans sa fratrie. L'association a développé également de nombreux outils et intervient, sur demande, en prévention en milieu scolaire dans le cadre de journées Santé ou encore lorsqu'il y a eu un suicide ou une tentative de suicide dans l'établissement. À titre d'exemple, en région parisienne, Phare est intervenu récemment dans une école auprès de deux cents parents puis devant trois classes d'élèves et leurs professeurs suite au suicide d'un enfant de 11 ans. Cependant, le savoir-faire des intervenants de PHARE Enfants-Parents est moins sollicité depuis la mise en place des cellules psychologiques dans les académies.

Le service d'accueil et d'écoute : bilan en 2014

Le service d'accueil et d'écoute est proposé aux parents endeuillés par le suicide d'un enfant ou qui se trouvent en difficulté avec un jeune en souffrance. Une équipe formée à l'écoute et à la crise suicidaire assure une permanence du lundi au vendredi de 10 heures à 18 heures. Une psychologue salariée assure le bon fonctionnement de ce service qui permet aux parents endeuillés en difficulté d'échanger, d'être soutenus et orientés. PHARE Enfants-Parents s'inscrit dans une écoute active où des questions sont posées, afin d'aller au cœur du problème. Le rôle va plus loin que l'écoute et l'orientation, en proposant également des conseils aux familles qui en font la demande. Il s'agit notamment de parents se sentant en difficulté à la sortie d'hôpital d'un enfant ayant fait une tentative de suicide, ou qui indiquent ne pas avoir de contacts avec le psychiatre ou le psychologue de leur enfant et être

démunis sur la conduite à tenir vis-à-vis de lui, ou encore sur l'attitude à avoir vis-à-vis d'autres enfants de la fratrie. L'accompagnement s'appuie sur le guide élaboré par l'association : *Difficile adolescence. Signes et symptômes du mal-être. Guide pour les parents, enseignants et éducateurs*.

Dans le cadre de la mutualisation des outils et pratiques des associations de PADS financées par l'INPES, PHARE Enfants-Parents s'est équipé en janvier 2014 du nouveau logiciel pour le traitement des appels et l'analyse statistique des données. À travers la banque de données incorporée, ce logiciel a permis par ailleurs d'enrichir le réseau de professionnels, ressources dont disposait déjà PHARE Enfants-Parents pour l'orientation des appelants.

L'écoute téléphonique représente environ 70 % de l'activité de l'association, avec 800 appels enregistrés en 2014. En plus de ces appels téléphoniques, un service d'accueil est proposé à Paris : en 2014, 293 entretiens en face-à-face ont été effectués et 350 courriels et 282 SMS ont été échangés avec la psychologue. L'association souligne que ces chiffres sont un peu sous-estimés, du fait de problèmes techniques lors du changement de matériel téléphonique en début d'année et du passage au nouveau logiciel pour enregistrer les données statistiques. La transition a été vécue comme perturbante par les écoutants qui ont rencontré certaines difficultés d'utilisation initiale. De façon globale, l'enregistrement des données en 2014 ne correspond pas à ce qu'il était habituel d'obtenir dans les années précédentes. Les données présentées ci-dessous doivent être considérées avec prudence.

Synthèse des données d'écoute téléphonique

Ce sont majoritairement les adultes qui appellent, les jeunes utilisent plutôt les SMS et les courriels. Sur les 800 appels enregistrés en 2014, 60 % proviennent de la province et 40 % de l'Île-de-France.

Les adultes appellent pour eux-mêmes dans 40 % des cas. La plupart du temps, ils ne sont pas en situation d'urgence, mais exposent une situation préoccupante et expriment une grande difficulté et une souffrance. Les 60 % restants appellent pour un enfant, un adolescent ou un jeune adulte. Les appelants sont essentiellement des femmes, même si l'association constate une augmentation des appels de pères. Les appels sont le plus souvent uniques et font l'objet d'une demande précise (conseil sur un positionnement à avoir ou une orientation à privilégier).

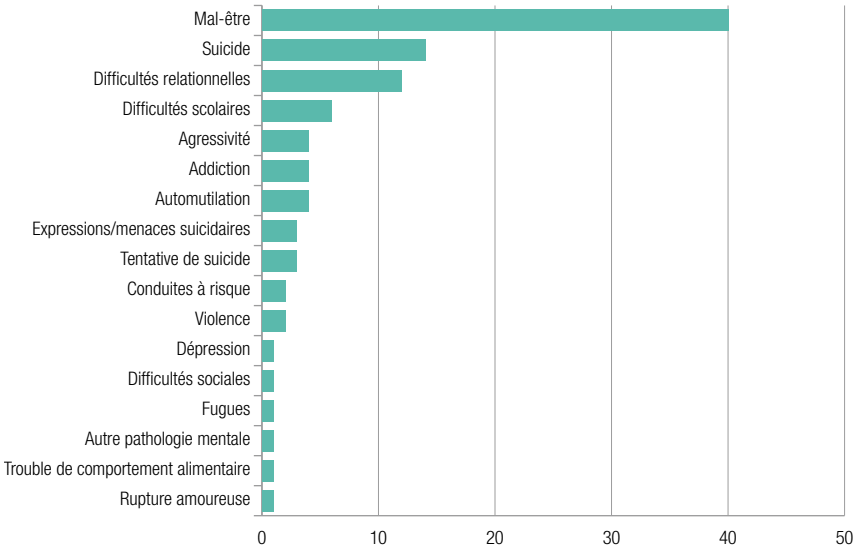
Concernant les appels des jeunes, la grande majorité exprime une grande souffrance personnelle et près de la moitié d'entre eux appellent la ligne d'écoute de manière régulière. Il s'agit essentiellement de jeunes filles isolées familialement et socialement, en demande d'écoute et de soutien. Dans la majorité des situations, une orientation vers un accompagnement psychologique est préconisée lorsque ces

jeunes filles ne sont pas suivies. Beaucoup d'entre elles sont néanmoins prises en charge par des structures médicopsychologiques.

Situations motivant l'appel (graphique 9)

Le mal-être est le principal signe déclenchant l'appel enregistré par les écoutants (40 % en 2014). Les problématiques liées au suicide viennent ensuite, représentant 20 % des appels (expressions ou menaces suicidaires et tentatives de suicide dans 3 % des cas et suicide dans 14 % des appels), suivis des difficultés relationnelles (12 %). Les difficultés relationnelles sont perçues comme une problématique de plus en plus évoquée lors des échanges, abordée aussi bien au cours des appels, comme au niveau des accueils à PHARE.

Graphique 9 • Motifs des appels téléphoniques à PHARE Enfants-Parents, en 2014

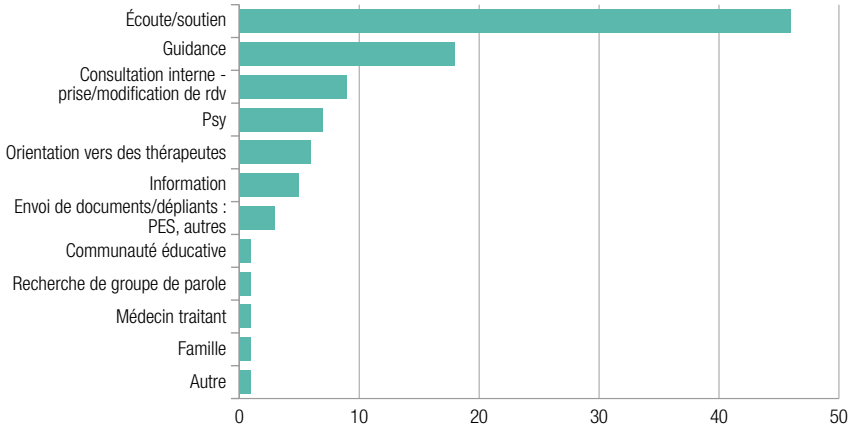


Types de demande et orientation proposée (graphique 10)

Selon les informations rapportées par les écoutants, pour près de la moitié des appels (46 %) l'appelant est en demande d'écoute et de soutien. Au-delà du soutien, près d'un appelant sur cinq souhaite être guidé et rassuré sur l'attitude à adopter envers un enfant/adolescent en souffrance (« guidance »). Ils expriment également des difficultés quant au repérage des structures et professionnels adaptés à la problématique de leur enfant. Les demandes de rendez-vous en interne représentent 9 % des appels (orientation vers l'association pour un accompagnement

par la psychologue ou pour la participation au groupe de parole). Selon les chiffres enregistrés dans la base, le renvoi vers un médecin traitant aurait été réalisé dans 1 % des cas. Ce dernier chiffre semble particulièrement sous-estimé selon Thérèse Hannier qui indique que les jeunes s'adressant à PHARE refusent en fait souvent de voir un « psy ». Diriger dans un premier temps vers le médecin de famille permet de contourner cette difficulté. Viennent ensuite des demandes d'information et d'envoi de documents (**graphique 10**).

Graphique 10 • Types de demandes à PHARE Enfants-Parents, en 2014



Les données recueillies au cours de l'accueil au sein de PHARE

L'accueil dans les locaux s'effectue sous forme d'entretiens individuels ou familiaux. En 2014, 293 consultations ont été assurées par la psychologue de la structure et une psychologue en formation. Les personnes adultes reçues sont majoritairement des mères (80 % de mères et 20 % de pères), 25 % sont mariées, 4 % vivent en couple, 57 % sont divorcées et 14 % séparées. L'âge moyen des jeunes reçus est de 15 ans et 10 % d'entre eux ont moins de 10 ans. L'association observe une précocité du passage à l'acte et une grande détresse chez certains enfants. Il arrive que des parents appellent également pour dire que leur enfant de 8 ans veut mourir.

Concernant les motifs d'accueil, la majorité évoque le mal-être (51 %), puis les difficultés relationnelles familiales (une personne sur cinq), liées à des situations souvent très lourdes, engendrant une grande souffrance à la fois chez les parents et les enfants. Le motif de l'accueil en consultation est un suicide dans la famille dans 15 % des cas. Les autres motifs d'entretien (difficultés scolaires pour 3 %, agressivité, addiction pour 2 %, automutilation pour 1 %, trouble du comportement alimentaire pour 2 %, pathologie mentale pour 1 %, menace suicidaire pour 1 %) sont

rarement abordés directement mais sont souvent sous-jacents dans le discours de la personne. Il faut préciser que les pathologies mentales ne sont pas toujours relevées dans le cadre de l'entretien.

L'aide à distance au-delà de l'écoute téléphonique : courriels et SMS
En 2014, 350 courriels ont été traités, 72 % émanant de jeunes en mal-être et 25 % de parents qui utilisent ce média pour exprimer généralement des demandes précises, à toute heure et notamment la nuit. Cette activité, qui demande beaucoup d'attention et de temps, est prise en charge exclusivement par la psychologue et des personnes spécialement affectées à ce rôle. PHARE propose aussi un forum et une page Facebook sur laquelle les parents s'entraident et échangent.

Par ailleurs, plus de 280 SMS ont été échangés avec la psychologue, dont 90 % avec des jeunes connus de l'association (par la ligne d'écoute ou par le service d'accueil). Un numéro spécifique est affecté pour ces SMS. Les SMS sont plus difficiles à gérer par l'association mais sont utilisés en priorité par les jeunes, qui ont souvent des difficultés à exprimer leur mal-être suicidaire et pour lesquels la démarche d'envoyer un SMS est bien plus facile que d'appeler la ligne d'écoute.

Partenariat avec la CPAM de Paris : un dispositif expérimental de paiement d'honoraires de psychologues pour la prise en charge psychologique de jeunes mineurs en risque suicidaire
En septembre 2013, PHARE Enfants-Parents a signé un partenariat avec la CPAM de Paris pour participer à une politique de prévention du suicide des jeunes à Paris : à titre expérimental, la CPAM assure le paiement des honoraires de psychologues sélectionnés par l'association pour assurer la prise en charge psychologique de jeunes mineurs à risque suicidaire (les honoraires des psychologues n'étant pas habituellement remboursés par la Sécurité sociale). Phare a établi une liste de 16 psychologues vers lesquels sont orientés les jeunes. Cette action inédite en France est réservée dans un premier temps aux familles parisiennes relevant du régime général et rentrant dans les critères de ressources fixés par la CPAM de Paris. La psychologue de PHARE assure l'interface entre les familles, la Sécurité sociale et les psychologues. La montée en charge a été longue et difficile car ce dispositif a fait l'objet de peu de communication (un communiqué de presse a été réalisé en septembre 2014, avec de faibles retombées). C'est grâce au rectorat de Paris que la communication a été entreprise, notamment auprès des médecins scolaires, des infirmières et des assistantes sociales.

Pour en savoir plus :
Site : www.phare.org
Courriel : vivre@phare.org
Téléphone : 01 43 46 00 62

4. Discussion Générale

Les données relevées par les écoutants de SOS Amitié, de SOS Suicide Phénix, de Suicide Écoute et de PHARE Enfants-Parents évoquent une forte similarité de public et de situations, mais rendent compte aussi d'une certaine diversité de résultats qu'il conviendra de confirmer en affinant les possibilités de comparaison, de mise en perspective et en avançant encore dans l'harmonisation des modalités de recueil et d'exploitation (choix de mêmes classes d'âges, discussion des situations à regrouper sous la même appellation, etc.).

Pour une première année d'appropriation et d'utilisation des outils informatiques, le recueil de données s'avère d'ores et déjà riche, bien qu'encore hétérogène. Le travail d'exploitation mené en commun a mis en évidence les difficultés d'analyse d'une information basée sur un recueil non systématique. Nous l'avons souligné à travers l'exemple des antécédents de tentatives de suicide ou encore celui du suivi psychologique ou psychiatrique. L'absence de données sur l'âge d'une part importante des appelants restreint les analyses possibles. Il a été instructif de constater à ce propos qu'aucune des associations n'enregistrait l'âge selon les mêmes classes et que plus le choix de tranches d'âges était fin, plus la proportion d'appels non renseignés était importante. SOS amitié, avec les tranches d'âges les plus larges, n'observe que très peu de valeurs manquantes. Vouloir dégager des écoutes une information fine et précise peut donc s'avérer plutôt contre-productif. Cette expérience est utile à prendre en considération.

Nous n'avons pas reporté dans la synthèse élaborée pour chaque association les résultats concernant l'origine géographique des appelants. Les écoutants de SOS Amitié ne recueillent pas cette information. Pour SOS Suicide Phénix, comme pour Suicide Écoute, cette information n'est pas connue pour 40 à 55 % des appels. Et lorsque l'origine géographique des appels est renseignée, deux tiers proviennent de province, un tiers d'Île-de-France, une faible part appelant des DOM-TOM. Le volume d'information disponible ne permet donc pas aujourd'hui de rendre compte de la couverture et des disparités territoriales de recours aux associations d'écoute.

L'existence, en routine, d'un recueil des situations de souffrance exprimée par chaque appelant constitue une vraie richesse, apportant une information en continu, et tout à fait complémentaire des informations pouvant être tirées des systèmes de surveillance issus des bases médico-administratives ou d'enquêtes épidémiologiques intégrant la question du comportement suicidaire. Cette richesse réside tout particulièrement dans la spontanéité d'évocation des situations, la non-directivité, la liberté instaurée par le cadre de l'anonymat bilatéral avec l'écoutant laissant toute la place à l'expression de ce que l'appelant va juger essentiel à exprimer. Cerner les préoccupations, les causes de souffrance mises en avant librement par les

personnes tentées par le suicide, rendre compte de la subjectivité de chacun semble effectivement tout à fait crucial pour approcher les facteurs en jeu et avancer dans la compréhension des phénomènes suicidaires. Néanmoins, des problèmes d'exploitation et d'interprétation posés par le recueil de données dans sa forme actuelle existent. Nous en avons dégagé trois :

- la contrainte d'enregistrer au maximum trois causes par appel. L'application informatique de recueil prévoit un enregistrement maximum de trois sous-thèmes pour décrire les raisons de l'appel. Cela signifie que seules les situations ou causes de souffrance retenues comme principales par l'écoutant seront décrites. La subjectivité de l'écoutant est en jeu d'une part dans la compréhension de la situation vécue et exprimée par l'appelant, d'autre part dans le choix du report de situations dans l'application. Cela complexifie l'interprétation des résultats. On ne peut en effet considérer qu'une situation qui n'émerge pas était absente du discours des appelants. Un biais de recueil est donc à prendre en compte ;
- la répétition des appels de mêmes personnes, sans que l'on puisse dans l'analyse les lier les uns aux autres, qui introduit un deuxième biais. L'exploration qui a été menée en fonction de la fréquence d'appel (nouveaux appelants, appelants réguliers) a mis en évidence qu'il existait un impact de la récurrence des appels sur le poids relatif des situations et causes de souffrance décrites. Si cela ne semble pas avoir eu d'influence sur la hiérarchisation des principales situations de souffrance mises en évidence lors des écoutes réalisées à SOS Amitié, l'ordre de fréquence des principales causes de souffrance évoquées lors de l'appel était modifié dans les données remontées par Suicide Écoute. Les exploitations futures devront donc en tenir compte ;
- l'harmonisation des situations à inclure sous la même dénomination. Cela a pu concerner par exemple la question du suicide d'un proche à inclure ou non dans la thématique du deuil ; les problèmes de couple ou de sentiments à rattacher ou non aux difficultés relationnelles, l'angoisse rattachée à la dépression pour certains, etc. Ce travail d'harmonisation devra être poursuivi.

Malgré toutes ces difficultés, ce travail de mise en commun mené avec les associations a permis d'ores et déjà de souligner un certain nombre de convergences dans les remontées d'informations portées par les associations d'écoute. On peut ainsi évoquer parmi les principales causes de souffrance relevées lors des écoutes de personnes suicidaires, les situations de rupture chez les hommes, les situations de violences sexuelles et physiques subies chez les femmes et l'importance de l'isolement avec la montée en âge.

La remontée d'informations qualitatives qui ont émergé des écoutes, et dont a fait part de façon précise Suicide Écoute pour enrichir les premières exploitations statistiques, met par ailleurs en avant les difficultés et le niveau de souffrance liés aux soins pour troubles psychiques. Les données statistiques recueillies parallèlement

indiquent des taux de suivis psychothérapeutiques ou psychiatriques pour 55 à 85 % des appelants, mais au moins 25 % des nouveaux appelants qui évoquent des idées de suicide indiquent ne pas bénéficier de suivi psychologique. Aux côtés des éléments factuels de problème d'accès aux centres de soins, les délais d'attente ou les difficultés posées par les effets secondaires des traitements, des éléments subjectifs sont à prendre en considération. Le décalage ressenti entre les attentes et la proposition de soins, par exemple la perception d'un temps trop court de consultation accordé par leurs médecins, qui est souvent déploré, peut notamment en faire partie. Si dans certains cas les professionnels manquent probablement de temps, une perception contractée du temps est cependant associée à certains états de souffrance psychique, en particulier la dépression. Ces témoignages de difficultés renforcent le constat que le contrat de soin avec le psychiatre ou le thérapeute n'est pas toujours facile à instaurer. Il subit également des périodes de remise en question, de résistance, périodes où un tiers extérieur s'avère nécessaire pour aider à reprendre confiance et à rétablir le contact. Les associations ont un rôle tout à fait important, notamment dans ces périodes.

Trop de personnes méconnaissent encore l'offre associative existante en France. Accentuer la communication sur la problématique du suicide et rendre plus accessible l'offre d'écoute des associations sont, comme le souligne SOS Suicide Phénix, des préconisations importantes.

Partie III • Autres exemples d'actions innovantes développées par les partenaires associatifs

1. Réseau de santé Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Touraine, VIES 37

Le réseau Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Indre-et-Loire, VIES 37, est un dispositif entièrement centré sur la prévention du suicide, seul réseau de santé existant actuellement à l'UNPS. Ce réseau, créé à l'occasion de la deuxième Journée nationale de prévention du suicide en 1997, a démarré avec SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, l'université et le CHU de Tours. Il s'agissait de coordonner et de rendre plus visibles les capacités de prise en charge du département, les actions et organisations susceptibles de prévenir le passage à l'acte ou d'empêcher sa répétition après une tentative de suicide. Outre la sensibilisation et l'information du grand public, il a été proposé aux acteurs du réseau des actions d'information, de formation sur le suicide et sa prévention, et de réflexion avec des personnes qui se sentaient en difficulté pour faire de la prévention du suicide sur leur lieu d'intervention.

Il s'agissait aussi de se connecter avec les autres acteurs de proximité, notamment en Poitou-Charentes.

Au fil du temps, le réseau a fédéré trois types de structures : des établissements de soins (centres hospitaliers, cliniques, lieux de soins associatifs dont une structure nationale, le Courbat, qui accueille des policiers en grande difficulté), de nombreuses associations du département et des institutions (variables au cours du temps, de la disponibilité des gens et en fonction des thèmes abordés dans le réseau).

Organisation du réseau

Le réseau fonctionne essentiellement grâce à un groupe d'une dizaine de personnes qui se réunissent tous les mois en comité de coordination. Les décisions du réseau sont liées à ce comité. La gestion administrative est réalisée par le CHU de Tours, qui recrute les personnels, gère le budget du réseau, mais ne donne pas d'orientation sur les actions. Le comité de coordination décide des actions à mettre en œuvre, les met en œuvre et réunit régulièrement les différentes structures du département (institutions, associations, personnes individuelles) en assemblée plénière, pour entendre leur opinion sur le réseau, la pertinence de son action, ce qu'il convient de changer, d'engager ou d'arrêter.

Les actions du réseau

VIES 37 a plusieurs missions :

- publication d'un annuaire qui recense les acteurs potentiels, médicaux, sociaux ou associatifs pouvant participer à la prise en charge d'une personne en difficulté. Ce projet a été difficile à tenir du fait du problème important de mise à jour des données. La fiche d'information utilisée au niveau départemental est celle qui remonte nationalement au niveau de l'UNPS ;
- administration d'un site Internet dédié (vies37.psrc.fr). Actuellement départemental, ce site a été conçu pour être le support d'une organisation régionale. Il a deux vocations : l'information au grand public concernant les lieux de ressources (cette action demande encore à être plus opérationnelle, l'information restant encore très générale) et l'appui au fonctionnement des sites départementaux (gestion des calendriers, documents divers), partie qui est non accessible au public ;
- création de commissions spécialisées chargées de contribuer par une réflexion de fond et par des propositions pratiques à l'amélioration de la connaissance du problème et des réponses possibles. Trois commissions spécialisées ont été constituées : sur les personnes âgées, sur les adultes et le travail, sur les jeunes. Toutes les trois intègrent la question de la précarité et de l'exclusion. Il y a eu par le passé une commission sur les urgences, qui a permis de restructurer la prise en charge des suicidants à l'hôpital de Tours.

Toutes ces commissions mettent en place des outils : plaquettes, protocoles, formations, dispositifs d'intervention.

Il est à noter qu'un tel travail s'est inscrit dans la durée. À titre d'exemple, définir une position commune sur des questions telles que le secret professionnel a nécessité un an et demi de travail. Mais ces commissions ont eu un impact essentiel pour fédérer les acteurs et permettre à tous de travailler ensemble. De plus, l'action autour de la prévention du suicide a facilité, de façon collatérale, le fonctionnement de différentes institutions dans des domaines autres que la prévention du suicide, notamment pour les publics jeunes, en éducation pour la santé et prévention des conduites à risque (alcool, drogues, accidents, etc.) :

- déclinaisons locales des Journées nationales de prévention du suicide (JDPS) autour du 5 février, en lien avec l'UNPS ;
- mise en place d'une Équipe mobile de prévention du suicide (EMPS) pour les jeunes : composée d'un binôme infirmier/assistante sociale, l'EMPS va, hors urgences et sous supervision d'un psychiatre, à la rencontre des jeunes à risque suicidaire et de leur entourage, qui se trouvent dans des endroits isolés du département, mal couverts par les dispositifs de prise en charge publics et privés, et mal desservis par les transports publics. L'intervention a lieu dans les sept jours qui suivent la demande (en général dans les 48 heures). L'équipe se rend sur le terrain (centre d'hébergement, école, MECS, internat, famille d'accueil ou au domicile avec l'accord de la famille et du jeune) afin de discuter avec le jeune et l'entourage qui a manifesté de l'inquiétude pour lui, si besoin au cours de deux ou trois rencontres, et d'analyser la situation et le potentiel suicidaire. En fonction des signes cliniques et du contexte, une orientation du jeune est proposée, avec accompagnement possible vers un lieu de prise en charge. Les personnes qui ont fait la demande pour le jeune bénéficient également d'un soutien et d'une aide technique, des actions de formation leur sont alors destinées.

Le financement de cette équipe mobile provient à 80 % de la Fondation de France et de financements annexes de l'ARS et du centre hospitalier qui héberge le psychiatre coordinateur. L'association Montjoie met à disposition le véhicule et les locaux.

Toutefois, l'association témoigne également des écueils rencontrés. Ses acteurs soulignent la difficulté à obtenir la disponibilité de fonds publics sur la problématique du suicide, malgré son inscription comme thème prioritaire dans les plans d'action. Le budget est non pérenne, avec un engagement annuel, et une difficulté supplémentaire réside dans le fait que les temps de travail sont trop partiels pour permettre d'embaucher (de 0,05 à 0,20 équivalent temps plein). Par ailleurs, une montée en charge lente, bien qu'habituelle en pareil cas, de l'activité a été observée. Il a fallu environ un an pour faire comprendre aux gens et intégrer dans les mentalités qu'une structure d'intervention mobile de ce type existe, est activable

rapidement, ce qui s'avère un véritable changement par rapport aux modèles de prise en charge des consultations classiques, aux délais souvent très longs.

Enfin, VIES 37 propose des actions de formation continue. Depuis 2001, le réseau propose une formation intitulée « Repérage et orientation de la crise suicidaire » (ROCS) et, depuis 2012, une formation sur la mise en place d'un dispositif de pré-postvention au sein d'un établissement exposé. Ces formations regroupent, autour de situations pratiques, des intervenants venant d'horizons très divers, confrontés à des crises suicidaires ou voulant les prévenir. Ainsi, 800 personnes environ ont été formées dans le département. La demande étant beaucoup plus forte que les possibilités de formation, une association de formation a été créée (Spirée formations) pour répondre à la demande, au prix coûtant.

2. Groupe de soutien aux personnes endeuillées par suicide mis en place par le Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, institut régional Jean Bergeret

Pourquoi l'existence d'un tel groupe ?

Les personnes endeuillées après un suicide ne savent souvent pas à qui s'adresser pour s'exprimer sur la souffrance particulière provoquée par le suicide d'un proche.

Les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross et de Michel Hanus enseignent que la mort par suicide, comme toutes les autres morts, entraîne un deuil pour l'entourage. Mais le décès par suicide a des caractéristiques particulières : il provoque chez les endeuillés un sentiment de honte, il peut engendrer l'isolement, la difficulté à en parler, la culpabilité et l'agressivité vis-à-vis du sujet qui s'est suicidé. Par ailleurs, le risque de suicide est accru chez les personnes endeuillées après le suicide d'un proche. C'est pourquoi l'accompagnement du deuil après un suicide est aussi une forme de prévention importante.

Le premier contact possible des endeuillés avec le corps médical est le médecin légiste, qui cependant refuse souvent le contact avec la famille. Les contacts suivants sont le médecin généraliste, le psychiatre et les associations qui prennent en charge la famille dans son ensemble. D'autres formes de prise en charge existent, comme le soutien par un groupe de parole composé d'endeuillés qui ne se connaissent pas au départ et qui se retrouvent de manière régulière. Ce type de soutien que propose l'institut régional Jean Bergeret, fréquent en Amérique du Nord, n'est pas très répandu en France.

À l'institut régional Jean Bergeret, Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, ce groupe existe depuis douze ans et est réservé aux

personnes confrontées au suicide d'un proche (d'un descendant, d'un ascendant, d'un conjoint, d'un frère, d'une sœur, etc.). L'accompagnement des personnes fragilisées par un décès par suicide, en complémentarité avec une prise en charge individuelle, y est favorisé.

Le groupe est animé par un(e) psychiatre et un(e) psychologue : ces professionnels sont les garants d'un cadre sécurisant où la parole peut circuler librement et sans jugement.

Impulsé par Jacques Védrinne, ce groupe est inspiré de la rencontre d'organisations parisiennes : PHARE Enfants-Parents (Thérèse Hannier) et Vivre son deuil (Michel Hanus), puis de la rencontre avec des partenaires lyonnais : les services mortuaires, les pompes funèbres et l'institut médico-légal, et enfin une étroite collaboration avec l'association nationale Jonathan Pierres Vivantes.

Aujourd'hui, le groupe arrive à une certaine maturité de fonctionnement.

Quelles en sont les modalités ?

Les réunions s'effectuent une fois par mois, le vendredi après-midi, pendant une heure trente dans la même salle. La participation au groupe est gratuite, seule l'adhésion à l'association est requise. L'intégration au groupe se fait après un entretien préalable soit téléphonique, soit en face-à-face. Le groupe fonctionne en année civile : le cycle commence en janvier et se termine en décembre. Les trois premières séances restent ouvertes ; de nouvelles personnes peuvent intégrer le groupe. Ensuite, le groupe est définitivement composé et devient fermé à d'autres demandes de participants. Il est demandé à chacun de s'engager et de participer à l'ensemble des séances jusqu'à la fin du cycle.

Les endeuillés ont la possibilité de participer à un ou deux cycles supplémentaires. En fin d'année, des entretiens individuels sont organisés avec chaque participant afin de faire le bilan de l'année écoulée. La majorité des participants restent au moins trois ans, période qui s'avère appropriée pour permettre ce travail de deuil particulier représentant un long cheminement. Le cycle sur une année entière permet de traverser les différentes périodes particulièrement délicates, en étant soutenu par le groupe : date anniversaire de la mort du suicidé, premières fêtes (Toussaint ou celles de fin d'année), périodes plus spécifiques à l'histoire de l'individu et la période du baccalauréat par exemple pour le décès d'un jeune.

Les participants ont la garantie que la parole déposée reste confidentielle et appartient au groupe. Ce dernier contribue à diminuer la culpabilité et le sentiment de honte souvent pesants chez les endeuillés. Les participants constatent que cet espace permet de dire aux autres endeuillés des choses qu'il n'est pas possible de

formuler ailleurs, dans l'environnement familial, amical ou professionnel. Les participants trouvent dans le groupe un espace pour confier leur détresse, leur sentiment de culpabilité, d'agressivité, de colère, leur découragement et même parfois leur propre envie d'en finir.

Au départ, les membres du groupe ne se connaissent pas et un lien se tisse, qui se prolonge souvent à l'extérieur de façon informelle. L'espace groupal devient pour certains une « deuxième famille », une « famille reconstituée ». Le groupe, à travers son attention portée aux absents, permet de contenir les inquiétudes suscitées par l'un de ses membres qui a pu se montrer plus particulièrement fragile : si un participant est absent alors qu'il n'a pas prévenu, tout le monde est plongé dans l'angoisse. Un professionnel du centre le contactera et les nouvelles obtenues seront retransmises au groupe. C'est ainsi que se créent de nouvelles possibilités d'envisager de nouvelles séparations qui ne soient ni des ruptures ni des disparitions.

Les réactions des endeuillés sont uniques et personnelles, en rapport avec le type de lien qui les unit aux personnes décédées. Les liens familiaux avant et après le suicide sont interrogés. Chacun exprime son histoire personnelle, qui est recueillie sans jugement par les autres participants au groupe. L'échange entre les participants est essentiel car les repères générationnels volent en éclats après un suicide. Il est fréquent que les parents participant au groupe après le suicide de leur enfant viennent questionner leur capacité à rester parents auprès de leurs autres enfants. Ils se sentent profondément ébranlés dans leur parentalité et témoignent de l'insignifiance (au sens de « qui n'a pas de sens ») d'actes quotidiens et de la capacité à soutenir, à entendre et à mettre des limites aux autres enfants. Le groupe leur permet, au travers de remarques « soutenantes » et de partage de leurs propres expériences, de s'autoriser à faire confiance à leur capacité à entendre, soutenir, mais aussi poser des limites à leurs autres enfants. Ceux-ci sont souvent des adolescents sur qui le groupe a un effet indirect pour améliorer la prévention du suicide.

Aucun thème d'échange n'est imposé au groupe. Au début, les endeuillés sont essentiellement à la recherche du « pourquoi ». Puis différents thèmes sont abordés : la résignation, l'acceptation, la maladie mentale, le cadavre, les rapports d'autopsie, la parentalité, les secrets transgénérationnels, etc.

Le groupe permet une remise en mouvement de la fonction psychique chez des personnes ayant vécu des expériences de sidération et de désespoir. Il a aussi une réelle action de prévention auprès d'un entourage large qui en tire bénéfice, indirectement. Les participants redisent souvent combien cet espace de rencontre est précieux tant le sujet du suicide reste tabou malgré le développement de campagnes

de prévention. Pour conclure en reprenant l'expression d'une participante, ce système encore très peu développé en France agit comme « un maillage mystérieux réparateur ».

L'association ne produit néanmoins que peu de statistiques sur ces groupes en raison de la confidentialité. Ils sont constitués de quinze personnes maximum, uniquement des adultes endeuillés par le suicide d'un proche, sans critère particulier de composition en termes d'âges ou de situations personnelles. Les participants sont principalement originaires de la région Rhône-Alpes, pour ce lieu d'accueil situé à Lyon. Ils ont entre 20 et 60 ans et trois quarts des participants sont des femmes. La profession n'est pas connue. Il n'y a pas de groupes d'enfants ni d'adolescents à l'heure actuelle dans la région.

3. Résultats de l'étude « Être homo aujourd'hui en France » et description du projet d'enquête auprès des jeunes s'adressant à l'association Le Refuge

L'association Le Refuge est née en 2003 à Montpellier. Elle comprend sept délégations (Montpellier, Paris, Marseille, Toulouse, Lyon, Bordeaux, Lille, La Réunion) et six antennes (Corse, Nîmes, Perpignan, Avignon, Strasbourg, Besançon, Rennes). Elle propose depuis plus de 10 ans un accompagnement social, un soutien psychologique, un hébergement temporaire à de jeunes majeurs homosexuels victimes d'isolement et d'exclusion familiale du simple fait de leur orientation sexuelle. L'association compte 3 626 adhérents. Treize salariés et 270 bénévoles assurent les actions nécessaires aux missions de l'association, ce qui a représenté environ 8 000 heures d'interventions en 2014.

En 2014, 20 000 nuitées (15 347 en appartements relais et 6 185 à l'hôtel) ont été proposées. 5 270 jeunes ont contacté l'association, 3 363 ont été accompagnés à distance et réorientés, 1 176 ont été accompagnés en accueil de jour.

Résultats de l'étude « Être homo aujourd'hui en France »

Une recherche a été menée en 2009 par Le Refuge auprès de 500 jeunes gays et lesbiennes en s'appuyant sur un questionnaire mis en ligne sur Internet. Cette recherche a été publiée en 2012 dans un ouvrage de Michel Dorais, *Être homo aujourd'hui en France*.

Sur les 500 questionnaires renseignés, 72 % l'ont été par des hommes et 28 % par des femmes. L'âge médian des répondants est de 28,5 ans : 38 % sont âgés de 15 à 24 ans, 26 % de 25 à 34 ans et 36 % ont 35 ans et plus. Le public est en majorité urbain (76 %) et 28 % se sont déclarés croyants.

L'analyse des données de cette enquête souligne une découverte plus précoce de sa sexualité qu'il y a 30 ans : à 15 ans contre 17 ans en 1984, selon le « Rapport Gai » de Jean Cavailhes, Pierre Dutey et Gérard Ignasse. La révélation aux parents s'avère en revanche plus tardive (vers 20-22 ans, contre 18-19 ans en 1984). Le *coming out*, qui représente un risque calculé, est sélectif et successif (parents, famille, amis, collègues…) et constitue un moment très anxiogène.

L'enquête pointe également la peur du regard de l'autre, la honte et la peur de s'affirmer du fait d'une homophobie perçue : 30 % des répondants ont fait une tentative de suicide, soit une fréquence 12 fois plus forte que celle observée dans l'ensemble de la population.

Si le milieu gay ou lesbien et leurs associations sont un soutien pour assumer positivement son homosexualité, à peine plus de 30 % des répondants ont fait ou font partie d'une association homosexuelle.

L'enquête révèle l'importance d'un soutien psychosocial adapté : 47 % des répondants indiquent en effet avoir consulté un psychologue ou un psychothérapeute. Le thérapeute ne doit pas forcément être homosexuel mais doit avoir, pour 71 % des répondants, une connaissance des réalités lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT) et y être sensible.

Projet de recherche actuel

Une nouvelle recherche est engagée par Le Refuge afin de comprendre quelles sont les stratégies mises en place par les jeunes qui arrivent au Refuge et les ressources qu'ils ont mobilisées pour rester en vie. Cette recherche vise à aider Le Refuge à ajuster l'accompagnement psychologique proposé.

Cette recherche s'appuiera sur un double questionnaire : un premier questionnaire constitué de questions fermées proposé aux jeunes lors de leur arrivée à l'association (au cours de la première semaine au Refuge). Il s'agit de mieux cerner le profil des jeunes tout en assurant l'anonymisation des données (tranche d'âges, année d'arrivée dans l'association…), leur itinéraire avant l'entrée au Refuge (situation familiale, niveau d'études, statut d'activité…) et la façon dont ils ont eu connaissance de l'association. Dans une deuxième partie, le questionnaire les interrogera sur les thématiques plus spécifiquement étudiées : leur bien-être actuel, leur ressenti en matière de santé mentale au cours des quatre dernières semaines, l'occurrence d'épisodes dépressifs, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, la possibilité pour les jeunes de se confier à quelqu'un, leur recours à un médecin généraliste ou spécialiste au cours des douze derniers mois et les événements graves vécus au cours de la vie. Un deuxième questionnaire

ouvert sera rempli par le jeune sur le site dans un premier temps, puis retravaillé au cours d'un deuxième entretien en présence d'un psychologue. Ce deuxième questionnaire permettra d'approfondir certains aspects et de laisser le jeune s'exprimer plus largement, ce qui se veut une spécificité de ce questionnaire par rapport aux enquêtes menées par ailleurs.

L'aspect important de cette enquête est bien de faire ressortir les potentialités des jeunes du Refuge à être restés vivants et mettre en avant les stratégies qu'ils ont trouvées pour surmonter leurs difficultés.

Partie IV • Synthèse

Ce dossier a été l'occasion de restituer les présentations faites au cours d'une journée commune aux deux groupes de travail de l'Observatoire national du suicide coordonnés par l'InVS et la DREES. Il s'agit essentiellement d'une synthèse d'un ensemble de travaux en cours et d'exemples d'actions réalisées au sein des associations œuvrant pour la prévention du suicide et le soutien aux familles endeuillées.

Le travail en cours réalisé par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), ainsi que les premières exploitations des données recueillies en 2014 par les associations d'écoute soulignent la richesse des informations collectées et permettent de dégager les premières caractéristiques des appelants. Les données produites par ces associations sont néanmoins encore trop hétérogènes (classes d'âges différentes…) pour que des comparaisons entre associations soient totalement pertinentes en 2014. Depuis cette journée commune, un travail d'homogénéisation des données collectées par les associations a été entrepris et permettra à terme de produire des données comparables.

Le recensement engagé par l'UNPS met en évidence la diversité du tissu associatif en France. Qu'il s'agisse de prévention, de postvention, d'accompagnement, de formation des intervenants ou d'orientation vers les soins, les actions de ces associations sont très diverses. Le réseau associatif semble néanmoins couvrir de façon inégale l'ensemble du territoire : les associations œuvrant pour la prévention du suicide étant présentes dans deux tiers des départements. S'appuyant très largement sur le travail de bénévoles, les associations souffrent aujourd'hui d'un manque de suivi de leurs actions, lié notamment à la non-pérennité des financements et des intervenants.

Parmi l'ensemble de ces structures, les dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé (PADS) se sont fortement développés ces dernières années grâce à la téléphonie et aux nouvelles technologies de communication. Ces dispositifs (téléphonie, Internet, messagerie : tchat, courriels, SMS…) permettent d'informer, d'écouter et d'orienter le public vers des structures adéquates selon les besoins identifiés ou exprimés. Dans le cadre de la prévention du mal-être et du passage à l'acte suicidaire, l'objectif des PADS est avant tout de proposer une écoute sans jugement dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des échanges. Ces services sont depuis 2003 progressivement financés par l'INPES qui a engagé un ensemble de mesures pour développer et promouvoir ces dispositifs. Notamment, des outils sont mis en œuvre pour harmoniser les modalités de recueil des données lors des entretiens et pour les exploiter.

Cette homogénéisation du recueil des données s'inscrit dans une réorganisation plus générale des dispositifs de PADS engagée par l'INPES en 2010, avec notamment la mise en œuvre d'un processus de labellisation, d'une mutualisation des plateformes téléphoniques et de modules de formation initiale et continue destinés aux écoutants bénévoles.

Après une première année de mise en place, les résultats présentés ici soulignent les futures potentialités de ce recueil harmonisé : caractériser les personnes appelantes, le contexte de l'appel, les causes du mal-être, les antécédents de tentatives de suicide, les prises en charge médicales ou psychiatriques.

Ainsi, les données recueillies en 2014 et exploitées selon les mêmes modalités avec l'appui de l'InVS, font apparaître une similitude des appelants. Ce sont plutôt des femmes et des adultes, entre 25 et 45 ans. Certains appellent de façon régulière. Les principales causes de souffrance évoquées lors des appels motivés par des idées suicidaires sont la présence de maladies (dépression, maladies psychiques ou physiques) et l'isolement, qu'il soit social, familial ou faisant suite à une rupture relationnelle. Cet isolement comme cause de souffrance est d'autant plus souvent évoqué que les appelants sont âgés. Enfin, les femmes citent également, et ce plus souvent que les hommes, les violences sexuelles et physiques vécues. Les violences sexuelles et physiques émergent ainsi, à travers les données des associations d'écoute, comme premier facteur de souffrance exprimé par les adolescentes et jeunes adultes tentées par le suicide.

Ces premières observations seront à conforter en affinant les possibilités de comparaison, de mise en perspective et en avançant encore dans l'harmonisation des modalités de recueil, de saisie et d'exploitation au sein de chaque dispositif d'écoute et de façon collective.

Avec la refonte des sites Internet des associations et l'harmonisation de leurs outils de recueil, les données mobilisées lors des entretiens vont permettre à terme de produire des informations utiles pour la surveillance épidémiologique des facteurs de risque associés aux tentatives de suicide, pour développer de nouvelles pistes de recherche et pour orienter les actions de prévention.

Annexe I • Focus sur le Centre de ressources en suicidologie CRES (www.cresuicidologie.fr)

Le centre de ressources en suicidologie, créé en 2012 à l'initiative de Philippe Carette et de Jean-Pierre Soubrier, installé au Centre Popincourt en association avec Infosuicide.org, a pour objectif de prévenir le suicide en encourageant l'accès à de la documentation, le soutien à des projets de recherche scientifique et l'accueil de stagiaires (doctorants).

Le fonds documentaire comporte notamment :
- 390 monographies en langue française et 12 en langues étrangères uniquement en suicidologie ;
- des ouvrages historiques attestant de l'évolution de la suicidologie et de la prévention du suicide ;
- des ouvrages de psychiatrie, psychiatrie légale, psychologie, addictologie…
- des revues scientifiques spécifiques (la collection complète de *Suicide and Life-Threatening Behavior* et de *Crisis, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*) ;
- des rapports et comptes rendus des congrès et réunions des grandes organisations et associations de suicidologie dans le monde ;
- les rapports et les publications du programme de prévention du suicide de l'Organisation mondiale de la santé actualisés.

L'ONS a pris la mesure de l'importance de l'aspect documentaire dès sa création ; c'est ainsi qu'a été constitué le Recueil numérique sur la thématique du suicide qui est mis à jour régulièrement : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide_nouvelle_mise_a_jour_au_10_avril_2015.pdf sur le site de l'Observatoire national du suicide (http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons).

Annexe II • Noms et coordonnées des 37 structures de l'UNPS

1. Les associations nationales

• **Contact** (dialogue entre les parents, les lesbiennes, gays, bi et trans, leurs proches)
0 805 69 64 64

• **FAVEC** (Fédération de conjoints survivants et parents d'orphelins)
0 800 005 025

• **FEALIPS** (Fédération européenne des associations luttant contre l'isolement et pour la prévention du suicide)

• **France Dépression** (contre la dépression et les troubles bipolaires)
01 40 61 05 66

• **GEPS** (Groupement d'études et de prévention du suicide)

• **Jonathan Pierres Vivantes** (permanences, rencontres pour les personnes en deuil d'un proche)

• **Le Refuge** (pour les personnes en situation d'isolement, victimes d'homophobie)
06 31 59 69 50

• **PHARE Enfants-Parents** (association de parents d'enfant suicidé)
01 43 46 00 62

• **La Porte Ouverte** (Lieux de parole et d'écoute, en face-à-face, anonymes et confidentiels)

• **Schizo ?... Oui !** (Oser parler de schizophrénie)
01 45 89 49 44

• **SIS Association** Elle gère les 2 dispositifs suivants :
– **Sida Info Service**
  0 800 840 800
– **Ligne Azur** (orientation sexuelle, identité de genre, discriminations)
  0 810 20 30 40

• **Suicide Écoute**
01 45 39 40 00

• **SOS Amitié**
01 42 96 26 26

• **SOS Suicide Phénix**
federation@sos-suicide-phenix.org
01 40 44 46 45

• **UNAFAM**

• **Fédération européenne Vivre son Deuil**

• **Fédération 3977 contre la maltraitance** (Villejuif)

2. Les associations loco-régionales

Aquitaine
• **Porte Ouverte** (Bordeaux)

Auvergne
• **AD PEP 43 « allô écoute ado »**

Basse-Normandie
• **Collectif départemental de prévention suicide**
Manche d.lenoury@fbs-picauville.com

Bourgogne
• **Synergie 71** (Chalons-sur-Saône)

Bretagne
• **PEGAPSE** (promotion et gestion d'actions de prévention du suicide d'Île-et-Vilaine, Rennes)
pegapse@laposte.net

Centre
• **VIES 37** (réseau, Tours)

Franche-Comté
• **La Porte Ouverte** (Besançon)

Haute-Normandie
• **La Porte Ouverte** (Rouen)

Île-de-France
- **Association AJC Violence** (Maurepas)
- **Astree** (Paris)
- **École des parents et des éducateurs IdF**
- **Entr'Actes**

entractes4@wanadoo.fr (Colombes)
- **La Porte Ouverte** (Paris)
- **Centre Popincourt** (Paris)

01 42 78 19 87
- **Relais jeunes et familles 78** (Saint-Germain-en-Laye)
- **Empreintes / Vivre son deuil IdF**

01 42 38 08 08

Languedoc-Roussillon
- **IREPS Institut de ressources en psychologie du sport** (Montpellier)

Limousin
- **Recherche et Rencontres** (Brive-la-Gaillarde)

05 55 23 49 95

Lorraine
- **URAVEC** (Épinal)

Midi-Pyrénées
- **La Porte Ouverte** (Toulouse)
- **Prévention du suicide en Midi-Pyrénées**

preventionsuicide.mp@laposte.net

Pays de la Loire
- **Collectif de prévention suicide en Mayenne**

cops53@emailasso.net
- **Au cœur des flots**

aucoeurdesflots@orange.fr
- **Recherche et Rencontres** (Nantes)

02 40 08 08 10

Polynésie française
- **SOS suicide** (Tahiti)

Provence - Alpes - Côte d'Azur
- **Association Orion** (Hyères)

orion@orange.fr

- **Christophe / La vie avant tout** (Marseille)

Réunion
- **SOS Solitude** (Saint-Denis)
facebook

Rhône-Alpes
- **ADAG BB**
adagbb@wanadoo.fr
- **Loire Prevention Suicide** (Saint-Étienne)
- **La Porte Ouverte** (Lyon)
- **Recherche et Rencontres** (Grenoble)
04 76 87 90 45

Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide

Christine Le Clainche (DREES), **Philippe Courtet** (CHU Montpellier)

Au cours de sa deuxième année de travaux, l'Observatoire national du suicide s'est fixé pour objectif de mieux comprendre les facteurs de risque des conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides aboutis). En épidémiologie du suicide, un facteur de risque est une variable, identifiée sur la base de données statistiques ou épidémiologiques, qui augmente la probabilité d'un geste suicidaire. Cette notion de facteur de risque n'implique pas de lien de causalité au niveau individuel mais au niveau populationnel entre ledit facteur et l'occurrence du risque. De plus, la conduite suicidaire est généralement associée à différents facteurs qui se cumulent et interagissent. Les travaux de recherche mettent en effet en évidence une étiologie complexe et multifactorielle (OMS, 2014). L'identification des facteurs de risque et de leur interconnexion constitue donc un préalable à toute intervention de prévention du suicide.

Ce dossier fait le point sur les connaissances récentes et les questions encore en suspens concernant le rôle joué par les facteurs de santé (troubles de santé mentale, maladies somatiques), socio-économiques (chômage, faibles revenus, etc.), sociodémographiques (sexe, âge, etc.) et biologiques (un déficit en sérotonine, etc.) dans l'occurrence des conduites suicidaires. Il rassemble les contributions de Christine Le Clainche[1] (première partie), et Philippe Courtet[2] (deuxième partie).

La première partie de ce dossier propose une revue de littérature d'articles publiés entre 2003 et 2013 en épidémiologie et statistique, qui s'intéressent à l'impact des facteurs de santé psychiatriques et somatiques, et des facteurs socio-économiques et sociodémographiques.

1. Mission recherche de la DREES et université de Lille 2.
2. Département d'Urgence et post-urgence psychiatrique du CHU de Montpellier et Fondation FondaMental.

Elle fait apparaître que les troubles psychiatriques sont des facteurs de risque importants des conduites suicidaires. Un faible niveau d'éducation, de revenus ou le fait d'être au chômage se révèlent des facteurs de poids comparable à celui des troubles psychiatriques, en particulier pour les hommes. Par ailleurs, certaines des études suggèrent que la précarité économique constituerait un risque de comportements suicidaires certes moins immédiat que les facteurs psychiatriques mais prégnant à plus long terme.

Bien que les travaux synthétisés procèdent généralement à des analyses multivariées, contrôlant pour différentes variables et permettant ainsi de mesurer l'effet de chaque facteur « toutes choses égales par ailleurs », ils n'analysent quasiment jamais les possibles interactions entre les facteurs de risque psychiatriques et socio-économiques. Mais une situation de chômage peut venir aggraver l'impact sur les conduites suicidaires de troubles psychiatriques existants. Ils n'analysent pas non plus la dynamique des différents facteurs. Or, les troubles de santé mentale, qui apparaissent souvent aux âges jeunes, peuvent conduire à une situation de chômage, et inversement, cette dernière peut fragiliser les personnes et générer des troubles psychiatriques sur le court ou moyen terme. Cette lacune des travaux épidémiologiques et statistiques tient généralement à la taille insuffisante des échantillons étudiés qui ne permettent pas le croisement des différentes variables. De plus, ces travaux s'appuient généralement sur des enquêtes statistiques interrogeant les personnes à un instant donné de leur vie quand les facteurs socio-économiques ont déjà produit leur influence sur les facteurs psychiatriques et réciproquement. Les cohortes qui permettraient un suivi longitudinal des personnes ou les enquêtes comprenant un volet rétrospectif qui permettrait de disposer d'éléments biographiques sont très peu fréquentes[3] et permettent difficilement de cerner un événement aussi rare que le suicide. Des enquêtes statistiques qui récolteraient, auprès d'un grand nombre d'individus, l'ensemble des déterminants de la santé mentale et des conduites suicidaires (abus dans l'enfance, exclusion sociale, conditions de travail éprouvantes, mauvaise santé physique, conditions de vie difficiles, violence, divorce, perte d'un proche, etc.) sont par ailleurs coûteuses et difficiles à réaliser. Des réflexions sont actuellement en cours à la DREES pour la réalisation d'une telle enquête.

Les autopsies psychologiques, encore peu développées en France, constituent le seul outil permettant de récolter un maximum d'informations fines sur la personne décédée par suicide et sur les circonstances de son décès. Elles mettent au jour

3. L'enquête Santé et itinéraire professionnel de la DREES et la DARES rend possible l'étude des liens de causalité entre travail et santé grâce à un volet rétrospectif et une ré-interrogation 4 ans plus tard des personnes ayant répondu à la première vague de l'enquête. Elle a ainsi permis d'étudier le rôle du parcours professionnel des personnes sur les idées suicidaires (De Riccardis, 2014). Cette étude met en évidence que les personnes déclarant des idées suicidaires passent plus de temps hors de l'emploi au cours de leur vie. Elles sont aussi moins satisfaites de leur parcours professionnel. Cependant, dans cette enquête, la question des idées suicidaires n'est posée qu'aux personnes présentant des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives), ce qui constitue une limite à cette étude.

les raisons du suicide et aident ainsi à une analyse précise des facteurs de risque. Cependant, elles ne sont pas dans le champ de la revue de littérature proposée ici. Elles pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs de l'Observatoire.

Partant du constat qu'en présence des mêmes facteurs de risque, le passage à l'acte suicidaire est très variable d'un individu à l'autre, la seconde partie de ce dossier est consacrée à la vulnérabilité individuelle comme déterminant à part entière des conduites suicidaires. Des travaux récents combinant psychiatrie, neurobiologie, génétique et épigénétique cherchent plus précisément à comprendre les mécanismes qui sous-tendent cette vulnérabilité individuelle. En particulier, des premiers travaux montrent que des anomalies du système inflammatoire pourraient agir comme de véritables biomarqueurs de risque suicidaire. Ces travaux nécessitent toutefois d'être répliqués et confortés. De plus, le groupe de travail sur les axes de recherche de l'Observatoire national du suicide a souligné la nécessité de poser la question de l'accompagnement des personnes pour lesquelles des biomarqueurs du suicide auront été diagnostiqués.

À l'issue de cette revue des travaux épidémiologiques et statistiques d'une part, et des travaux neurobiologiques d'autre part, les membres de l'Observatoire national du suicide soulignent l'importance de développer la transdisciplinarité dans la recherche sur les facteurs de risque de suicide.

Partie I • Revue de littérature sur les facteurs de risque médicaux et socio-économiques des conduites suicidaires (2003-2013)

De nombreux travaux ont été menés sur les facteurs de risque liés au suicide et les principaux facteurs sont désormais connus. Les troubles psychiatriques, tels que les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires) et les troubles schizophréniques, constituent des facteurs de risque de suicide, de même que les antécédents de tentatives de suicide (OMS, 2014). Les facteurs socio-économiques et individuels souvent associés au suicide sont le chômage, l'isolement, la situation de veuvage ou de divorce. Enfin, l'âge est un facteur important : le taux de suicide augmente en effet régulièrement avec l'âge. Mais les nombreux facteurs de risque identifiés ne suffisent pas à prédire avec certitude le risque de suicide, car les facteurs de protection doivent également être pris en compte. Le soutien social – familial, amical et en général – est ainsi un important facteur de protection qui peut venir contrecarrer certains facteurs de risque, rôle protecteur qu'ont aussi la spiritualité et les stratégies d'adaptation positive au stress (OMS, 2014).

Encadré • La méthodologie de la revue de littérature

Pour mener à bien cette revue de littérature, les bases de données SocIndex et Pubmed ont été interrogées sur la période 2003-2013. Au total, cette revue porte sur quinze articles publiés dans des revues académiques et sur un document de travail susceptible d'être téléchargé à partir du moteur de recherche « Google Scholar ». Cinq de ces quinze articles sont des revues de littérature, recensant des articles s'appuyant sur des analyses multivariées. Les articles sur données originales recensés procèdent également à des régressions multivariées.

Les articles publiés dans des revues académiques le sont principalement dans des revues de psychiatrie, de santé publique ou d'épidémiologie, plus rarement dans des revues de sciences humaines. La revue de littérature de J. Mac Lean *et al*. (2008) permet par ailleurs d'identifier des résultats plus généralement obtenus sur une période antérieure à 2003.

La méthodologie de sélection des articles et l'extraction des données issues de ceux-ci sont décrites en annexe I de ce dossier. Pour faciliter l'interprétation des résultats, les concepts de facteurs de risque et les mesures associées utilisées dans le cadre de l'épidémiologie sont exposés en annexe II.

Dans cette revue de littérature (**encadré**), ont été recherchées des études récentes sur données individuelles qui évaluent les interactions entre les facteurs médicaux, d'une part, et les facteurs sociodémographiques ou socio-économiques, d'autre part, sur les conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide ou décès par suicide). Mais peu d'articles étudient la possibilité d'une telle interaction. Ils se concentrent plutôt sur la mesure du poids relatif des différents facteurs pris séparément. Il s'agit principalement d'analyses quantitatives réalisées sur des échantillons de population de grande taille qui relèvent soit de la population générale, avec des études transversales ou des cohortes suivies dans le temps, soit encore d'échantillons de population plus réduits (par exemple des sous-populations ciblées dans des zones particulières) souvent comparés à des sous-populations dites « témoins ». De façon plus marginale – car les travaux sont en nombre restreint –, des études écologiques combinant des données agrégées et des données individuelles sont incluses dans la revue. De telles analyses cherchent à mettre en évidence l'influence de facteurs géographiques, sociodémographiques ou socio-économiques, mesurés au niveau d'un territoire, qui constituent un risque par leur caractère cumulatif avec des facteurs individuels, particulièrement de santé mentale, ou par leur influence sur ces facteurs.

Les résultats principaux obtenus à l'issue de cette revue sont les suivants :

- les études mettent très clairement en évidence le rôle des facteurs psychiatriques, notamment des troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), des troubles

schizophréniques, des troubles anxieux, des troubles liés à l'abus de substances (drogue, alcool) et de certains troubles de la personnalité (impulsivité, paranoïa, etc.) sur les conduites suicidaires ;
• il existe quelques différences femme-homme concernant les troubles associés aux conduites suicidaires, les troubles anxieux ayant une influence plus importante dans les conduites suicidaires féminines, les troubles de la personnalité dans les conduites suicidaires masculines ;
• toutes les études confirment le rôle des facteurs sociodémographiques (genre, âge, statut marital) ou socio-économiques (niveau d'éducation, revenus, emploi et catégorie socioprofessionnelle), en sus des troubles psychiatriques, comme facteurs de risque de conduite suicidaire. S'agissant des décès par suicide, certaines études soulignent le rôle des mêmes facteurs avec le plus souvent une prédominance des facteurs psychiatriques ;
• les études qui ont approfondi le rôle des facteurs sociodémographiques ou socio-économiques montrent qu'un faible niveau d'éducation, de revenus ou le fait d'être au chômage peuvent être des facteurs d'importance comparable à celle des troubles psychiatriques les plus impliqués, en particulier pour les hommes.

Dans ce qui suit, sont distingués facteurs de santé mentale et facteurs socio-économiques ou démographiques, étant entendu que toutes les études revues ici intègrent ces deux types de facteurs. Ce parti pris de présentation tient à l'absence d'études qui analysent l'interaction entre les deux types de facteurs. Il permettra d'identifier plus précisément dans la littérature récente le rôle joué par chaque facteur. Par ailleurs, sont analysés séparément les liens entre les facteurs de risque et le décès par suicide d'une part, et les idées et tentatives suicidaires d'autre part, dans la mesure où la hiérarchie des facteurs associés aux premiers diffère de celle associée aux seconds.

Les facteurs psychiatriques

La maladie mentale apparaît comme le premier facteur de risque pour les décès par suicide et pour les tentatives de suicide (Mac Lean *et al.*, 2008).

Lien entre facteurs psychiatriques et suicide

Les types et le nombre de facteurs psychiatriques identifiés dans le risque de suicide dépendent de la liste des symptômes inclus dans les analyses et de leur classification. Les facteurs identifiés sont également liés au mode de recueil des données : recueil « diagnostique », le plus fréquent, par codification de symptômes

établis en lien avec la CIM-10 ou le DSM IV[4], ou recueil de symptômes ou de troubles selon une procédure moins normée. Le recueil déclaratif des troubles de santé mentale pour des personnes décédées par suicide est inexistant. Les enquêtes en population générale incluant des questions sur la santé mentale sont en effet rarement appariées *ex post* à des sources administratives sur les décès par suicide. Il existe en revanche des cohortes dans lesquelles les personnes décédées par suicide avaient un diagnostic psychiatrique établi lors d'hospitalisations précédant le décès.

Les cinq revues de littérature retenues identifient un sous-ensemble commun de facteurs de risque psychiatriques. Leur hiérarchie est quelque peu différente d'une revue à l'autre, mais les troubles de l'humeur arrivent en tête, en termes de *risque relatif* (risque de survenue d'un événement dans un groupe donné relativement à un autre non exposé à ces facteurs de risque) ou de *niveau de fraction attribuable* (part du risque d'un événement qui peut être attribuée aux effets supposés causals d'un facteur de risque, annexe II). Dans les études sur données originales, le rôle de la dépression (auto-reportée) et de l'abus de substance (Taylor *et al.*, 2005 a, b), ainsi que celui des tentatives de suicide antérieures (Kapur *et al.*, 2006 et Qin *et al.*, 2003, 2005), sont mis en avant pour expliquer le risque accru de suicide. Selon le genre, l'importance des facteurs peut différer. Ainsi, si les troubles de l'humeur sont un facteur de risque majeur pour les hommes comme pour les femmes, les troubles de la personnalité sont un facteur de risque particulièrement important pour les hommes et les troubles anxieux pour les femmes (Li *et al.*, 2011).

De même, les résultats peuvent être différents selon qu'il s'agit de données en population générale ou clinique (population ayant connu une hospitalisation). La nécessité d'une hospitalisation, qui traduit la sévérité des pathologies, constitue un facteur de risque accru (Qin *et al.*, 2003, 2005). Les analyses révèlent un pic de suicide dans la première semaine après l'admission ou dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation, le risque diminuant graduellement au fur et à mesure que le temps d'hospitalisation s'accroît ou au fur et à mesure du temps qui passe après la sortie d'hospitalisation. Le risque de suicide est par ailleurs accru avec le nombre d'hospitalisations, en particulier pour les femmes après contrôle du statut marital, du revenu et du lieu de résidence. Les troubles de l'humeur entraînent en outre un risque accru de suicide quelle que soit la durée de l'hospitalisation, son effet étant maximal

4. DSM IV : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un ouvrage de classification publié par l'Association américaine de psychiatrie qui catégorise les critères diagnostiques et les recherches de troubles spécifiques. La quatrième révision (DSM IV) a été publiée en 1994, la cinquième révision date de 2013 (DSM V). Le DSM IV présente des troubles distingués en 5 axes : 1/ Pathologies psychiatriques et troubles majeurs cliniques ; 2/ Troubles de la personnalité et de son développement ; 3/ Troubles somatiques associés, affections médicales générales ; 4/ Troubles psychosociaux et environnementaux ; 5/ Évaluation globale du fonctionnement.
CIM-10 : La Classification internationale des maladies est une classification médicale codifiée des maladies et d'une variété de signes ou symptômes de maladies. Elle est publiée par l'OMS et utilisée dans les différents pays pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité. La CIM-10 est la version révisée et publiée en 1994.

la première semaine suivant la sortie d'hospitalisation. Les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur sont globalement associés à un plus fort risque de suicide immédiatement après l'admission ou la sortie, le risque diminuant ensuite. L'abus de substances, facteur de risque le plus important pour les femmes avec les antécédents d'hospitalisation, est moins fortement associé au risque de suicide après l'admission ou la sortie mais son effet persiste davantage à plus long terme.

Liens entre facteurs psychiatriques et tentatives de suicide

La grande majorité des articles revus se focalise sur les déterminants des tentatives de suicide. Doivent être distinguées les tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation de celles déclarées dans les enquêtes en population générale. S'agissant de ces dernières, leur fréquence dans les enquêtes est souvent très faible et peut poser des problèmes de puissance statistique (Husky *et al.*, 2013 ; Borges *et al.*, 2006, 2010). Dans les articles reposant sur ce type d'enquêtes, pour les hommes comme pour les femmes, le risque relatif le plus important est d'abord constaté pour les troubles de l'humeur, puis pour les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus de substances et enfin, les troubles de personnalité. La notion d'idées suicidaires préalables est également mentionnée dans plusieurs études. D'autres facteurs figurent en fonction des questions introduites dans les enquêtes, tels l'état de désespoir (Cheung *et al.*, 2006) ou de détresse psychologique (Husky *et al.*, 2013), les troubles liés à l'impulsivité (Nock *et al.*, 2008 ; Mac Lean *et al.*, 2008 ; Bolton et Robinson, 2010) ou les troubles associés au stress post-traumatique (Bolton et Robinson, 2010). Les articles qui s'intéressent plutôt à la fraction attribuable à tel ou tel risque, retrouvent une hiérarchie similaire.

Pour les populations hospitalisées suite à une tentative de suicide, la part relative des risques associés aux facteurs psychiatriques est plus importante. L'existence de plans suicidaires préalables aux tentatives de suicide est en outre un facteur de risque spécifique (Borges *et al.*, 2006, 2010). Les analyses combinant données écologiques et données individuelles (Taylor *et al.*, 2005 a, b) établissent également un lien entre troubles psychiatriques et tentatives de suicide.

Liens entre facteurs psychiatriques et idées suicidaires

Les liens entre facteurs psychiatriques et idées suicidaires sont surtout étudiés dans les enquêtes en population générale où les troubles psychiatriques sont déclarés par les personnes interrogées. Ainsi, les études de Y.B. Cheung *et al.* (2006), M. M. Husky *et al.* (2013) et de G. Borges *et al.* (2006, 2010) se concentrent sur les déterminants des idées suicidaires. Des scores moyens ou élevés sur l'échelle de dépression retenue apparaissent fortement associés aux idées suicidaires, tout comme un état déclaré de désespoir selon l'échelle de Beck (questionnaire à choix

multiples de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique). Dans le Baromètre santé 2010 (Husky *et al.*, 2013), c'est la détresse psychologique qui est la plus fortement associée aux idées suicidaires. Enfin, sur la base d'enquêtes de l'OMS réalisées dans 21 pays, les études de G. Borges *et al.* (2006, 2010) soulignent que les niveaux d'association entre troubles psychiatriques et idées suicidaires sont les plus élevés pour les troubles de l'humeur et les troubles associés aux comportements d'opposition, après contrôle par les variables sociodémographiques (âge, sexe notamment), les antécédents de comportements suicidaires et la psychopathologie parentale.

Les facteurs somatiques

Le rôle des maladies chroniques

Le rôle sur le suicide d'autres facteurs médicaux, comme les maladies chroniques, en complément des troubles psychiatriques, est peu étudié. J. Mac Lean *et al.* (2008) mentionnent notamment l'épilepsie. Il s'agit en effet d'un facteur de risque de suicide dont l'importance varie en fonction du degré de sévérité de la maladie.

D'autres maladies chroniques comme le cancer (Robson *et al.*, 2010) et la sclérose en plaques (Pompili *et al.*, 2012) peuvent être significativement associées à un risque accru de comportement suicidaire ou de décès par suicide. Concernant le cancer, A. Robson *et al.* identifient 39 articles pertinents. Cependant, les ratios standardisés de mortalité par suicide de patients cancéreux varient[5] fortement d'une étude à l'autre. Le pourcentage d'idées suicidaires reportées pour des patients cancéreux n'ayant pas de troubles psychiatriques varie plus largement encore en comparaison de la prévalence des idées suicidaires en population générale. Ainsi, l'étude de la prévalence de décès par suicide et d'idéations suicidaires pour les patients cancéreux mériterait d'être approfondie. Les facteurs de risque sont, outre les caractéristiques du cancer (selon le site, le pronostic et les séquelles fonctionnelles), l'existence de troubles de santé mentale et les caractéristiques sociodémographiques.

L'abus de substance (drogue, alcool)

L'abus de substance est souvent analysé comme un trouble psychiatrique mais fait également l'objet d'un examen spécifique dans les études. Il est un facteur considéré comme secondaire par rapport aux troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), la schizophrénie et les troubles anxieux, lorsque ceux-ci sont pris en compte.

5. Le ratio de mortalité standardisé (SMR) est le rapport entre le nombre de décès observés dans une population d'étude et celui qu'elle aurait connu si les taux de mortalité d'une population de référence avaient été appliqués.

La prise d'alcool a fait l'objet d'évaluations multiples. J. Brady (2006) montre la complexité des liens entre abus d'alcool et comportement suicidaire. Ainsi, il apparaît que les effets de l'abus d'alcool à long terme sont probablement relayés par les effets associés à l'humeur et aux relations sociales. Un abus d'alcool chez des individus non alcoolodépendants pourrait ainsi constituer un risque accru de suicide du fait des effets directs à court terme de l'alcool sur l'humeur, les processus cognitifs et l'impulsivité. Cet effet apparaît particulièrement fort chez les jeunes, notamment dans le contexte de l'alcoolisation massive sur une période très courte (*binge drinking*). Selon K. R. Conner et P. R. Duberstein (2004) qui ont proposé une conceptualisation du suicide parmi les alcooliques, l'agressivité, l'impulsivité, la sévérité de l'alcoolisation, le désespoir et les affects négatifs seraient des facteurs prédisposants (c'est-à-dire qui augmentent la vulnérabilité au geste suicidaire), tandis que les événements interpersonnels au cours de la vie et la dépression seraient des facteurs précipitants (c'est-à-dire qui, dans un contexte particulier, provoquent le geste suicidaire, annexe II).

J. Mac Lean *et al.* (2008) montrent que les travaux recensant les liens entre abus d'alcool et comportement suicidaire sont très disparates en termes de méthodologie. C. J. Cherpitel *et al.* (2004) le constatent également dans les 53 études issues de différents pays et incluant plus de 10 000 individus, qui étudient les liens entre comportement suicidaire et abus d'alcool. Les résultats diffèrent grandement selon le design des études, la méthode de mesure des niveaux d'alcool dans le sang et la cible précise de l'étude. Dans l'ensemble des études recensées, le pourcentage des décès par suicide avec test positif à l'alcool varie de 10 à 69 % et, pour les tentatives de suicide, de 10 à 73 %. Les limites de ces études sont toutefois nombreuses : manque de groupe de contrôle, biais de sélection et tailles d'échantillon souvent faibles. Par ailleurs, dans de nombreuses études, les tests d'alcoolémie n'ont pas été réalisés. Dans une étude pilote, il ressort que les risques de suicide sont accrus pendant ou juste après la prise d'alcool en comparaison avec les périodes sans prise d'alcool. C. J. Cherpitel *et al.* (2004) montrent également que le risque de suicide associé à l'abus l'alcool est plus important pour les femmes que pour les hommes[6].

Dans une revue de littérature sur l'abus de substances en général, L. R. Wilcox *et al.* (2004) corroborent les résultats d'une méta-analyse[7] produite par E. C. Harris et B. Barraclough (1997) qui rapportent un ratio standardisé de mortalité démontrant 10 fois plus de risque de mourir par suicide pour des individus ayant des troubles liés à la consommation d'alcool par rapport à la population générale. Ce risque est 13 fois plus important pour des consommateurs d'opioïdes, 14 fois plus important

6. Les auteurs signalent que la notion d'abus doit être également caractérisée en fonction du degré de tolérance ou de dépendance, variable selon les individus.
7. Les méta-analyses utilisent des méthodes statistiques permettant de combiner les données quantitatives extraites de recherches multiples afin de produire une revue de la littérature.

pour les usagers des drogues par voie intraveineuse, enfin 17 fois plus important pour des individus ayant un usage de drogues mixtes.

Facteurs sociodémographiques et socio-économiques

La revue de littérature de M. K. Nock *et al.* (2008) permet d'établir des constats généraux quant au lien entre facteurs sociodémographiques ou socio-économiques et conduites suicidaires. Dans les études américaines, le risque de suicide est plus souvent associé au fait d'être un homme, un adolescent ou une personne âgée. Les hispaniques et les blancs apparaissent plus protégés. Pour tous les pays, les facteurs sociodémographiques et socio-économiques de risque pour les comportements suicidaires autres que le suicide abouti sont le fait d'être une femme, d'être jeune, célibataire, d'avoir un faible niveau d'éducation et d'être au chômage. Le fait que les tentatives de suicide soient plus fréquentes chez les femmes mais que les suicides effectifs le soient plus chez les hommes est souvent imputé aux méthodes létales employées, à une plus grande agressivité et une plus forte intention de mourir chez les hommes. Cette spécificité n'est pas vérifiée en Chine et en Inde. Les autres facteurs mentionnés (jeune âge, niveau faible d'éducation et chômage) sont significativement associés à un risque accru de comportements suicidaires, bien que les mécanismes à travers lesquels ces facteurs agissent ne soient pas encore bien établis.

Un certain nombre d'études signalent par ailleurs que l'âge et le genre peuvent être des facteurs de confusion, c'est-à-dire être associés à la fois aux facteurs psychiatriques et aux comportements suicidaires (annexe II), et modifier ainsi l'association entre les deux (Carter *et al.*, 2007). Pour y remédier, la plupart d'entre elles proposent des stratifications selon le genre, mais plus rarement selon des groupes d'âges (sauf Taylor, 2005b).

Liens entre facteurs socio-économiques et démographiques et suicide

En général, les facteurs sociodémographiques ou socio-économiques sont moins déterminants que les troubles psychiatriques. Le risque relatif de décès par suicide est cependant plus élevé pour les personnes de catégorie socioprofessionnelle peu élevée, disposant d'un faible revenu ou d'un faible niveau d'éducation et pour les chômeurs. Le rôle spécifique de la pauvreté est parfois mentionné (Mac Lean *et al.*, 2008). Pour les hommes, une catégorie socioprofessionnelle peu élevée est plus particulièrement associée à un risque relatif élevé de suicide, tandis que pour les femmes, le risque relatif le plus élevé est d'abord observé chez les chômeuses. Les valeurs de fraction attribuable calculées pour les facteurs sociodémographiques ou socio-économiques varient d'une étude à l'autre selon les facteurs inclus dans

l'étude et le type d'échantillons retenus. Dans certaines études, la fraction attribuable pour ces facteurs est d'un niveau comparable aux troubles psychiatriques, même si le risque relatif de suicide est plus faible, du fait de « l'exposition » plus importante de ces facteurs sociodémographiques ou socio-économiques dans la population générale (Li *et al.*, 2011)[8].

Il est toutefois difficile de bien considérer la médiation opérée par un facteur sociodémographique dans l'effet d'un trouble psychiatrique ou d'un comportement d'abus de substances sur le comportement suicidaire. Les rares études combinant analyses sur données individuelles et données écologiques cherchent à mieux cerner les mécanismes sous-jacents d'une telle médiation. Certaines variables sociodémographiques ou socio-économiques sont ainsi évaluées à un niveau combinant données individuelles et écologiques, les facteurs psychiatriques étant aussi évalués à un niveau individuel. R. Taylor *et al.* (2005a, b) évaluent sur les données australiennes le statut socio-économique à un niveau mixte (individuel et écologique) tandis que les facteurs psychiatriques sont évalués sur données individuelles. Ils suggèrent que pour les hommes en Australie, les facteurs socio-économiques sont plus fortement associés au suicide que les troubles mentaux. Lorsque les variables de santé mentale sont introduites dans les modèles de régression, l'effet du statut socio-économique est diminué mais le risque de suicide dans les groupes de plus faible statut socio-économique demeure néanmoins significativement plus élevé quelle que soit la classe d'âges (Taylor *et al.*, 2005a).

Dans une autre étude australienne à partir des mêmes données, le surcroît de risque de suicide observé pour les hommes résidant en zone rurale comparativement à ceux résidant en zone urbaine est réduit dès lors que sont prises en compte la prévalence des troubles de santé mentale et l'utilisation des services de santé (Taylor *et al.*, 2005b). Ainsi, l'ajout, dans les régressions, des informations relatives à l'utilisation de ces services permet de constater qu'elle est associée à la réduction des risques de suicide lorsque les individus souffrent de troubles mentaux quelle que soit leur zone d'habitation.

Liens entre facteurs socio-économiques et démographiques et tentatives de suicide

De façon analogue au suicide, pour les tentatives de suicide, le fait d'être une femme, d'avoir un faible revenu, d'être au chômage, inactif ou jeune sont les facteurs de risque le plus souvent mentionnés (Borges *et al.*, 2006 ; Borges *et al.*, 2010 ; Kapur *et al.*, 2006 ;

8. Par exemple, en prenant une mesure synthétique du statut socio-démographique, Li *et al.* (2011), reportent un niveau de fraction attribuable variant de 20.5 % à 42.2 % selon les études et une valeur particulièrement élevée pour un faible niveau d'éducation lorsque cette variable est considérée isolément. L'analyse en termes de fraction attribuable ne permet toutefois pas de prendre en compte les interactions entre facteurs.

Husky *et al.*, 2013 ; Krysinska et Martin, 2009 ; Nock *et al.*, 2008). En outre, le non-emploi (c'est-à-dire le chômage ou l'inactivité) peut présenter des niveaux de fraction attribuable comparables à ceux observés dans certains troubles psychiatriques (Kapur *et al.*, 2006 ; Krysinska et Martin, 2009).

Discussion et implications

In fine, peu d'études éclairent la complexité des processus par lesquels les facteurs sociodémographiques ou socio-économiques et les troubles psychiatriques expliquent conjointement les conduites suicidaires. En particulier, le caractère endogène de ces variables est rarement pris en compte. Or, les troubles psychiatriques sont fortement associés à de faibles revenus et au chômage. On peut penser que ceux-ci peuvent être le résultat des troubles psychiatriques mais, réciproquement, la précarité économique peut contribuer à détériorer la santé mentale des individus. De plus, les revenus et la situation d'emploi dépendent en général du niveau d'études, lui-même dépendant des antécédents psychiatriques. Enfin, les gens souffrant de pathologies somatiques ou psychiatriques sont souvent écartés du monde professionnel.

Ainsi, le rôle du niveau d'éducation, du chômage, de l'inactivité ou de la catégorie socioprofessionnelle sur les conduites suicidaires, en interaction avec les troubles psychiatriques, demeure encore à approfondir. Z. Li *et al.* (2011) mentionnent le fait que les politiques de prévention devraient cibler les facteurs socio-économiques pour faire évoluer le taux de suicide à long terme.

Le développement de cohortes appariées aux bases de données médico-administratives devrait permettre à l'avenir de développer des travaux recherchant spécifiquement des interactions entre facteurs de risque psychiatriques, socio-économiques et démographiques sur des échantillons de grande taille et avec des méthodes statistiques adéquates. Néanmoins, la rareté de l'événement suicidaire peut constituer une limite. Le développement de travaux d'autopsies psychologiques qui sont sans doute le seul outil permettant une analyse fine des facteurs de risque devrait également être promu en France. Enfin, les membres de l'Observatoire national du suicide soulignent l'importance de développer la transdisciplinarité dans la recherche sur les facteurs de risque de suicide. En particulier, des recherches visant à améliorer la connaissance du rôle des facteurs biologiques, en interaction avec les facteurs individuels, sociaux et environnementaux, doivent être développées. La seconde partie de ce dossier propose un point sur l'avancée des recherches dans le domaine de la neurobiologie.

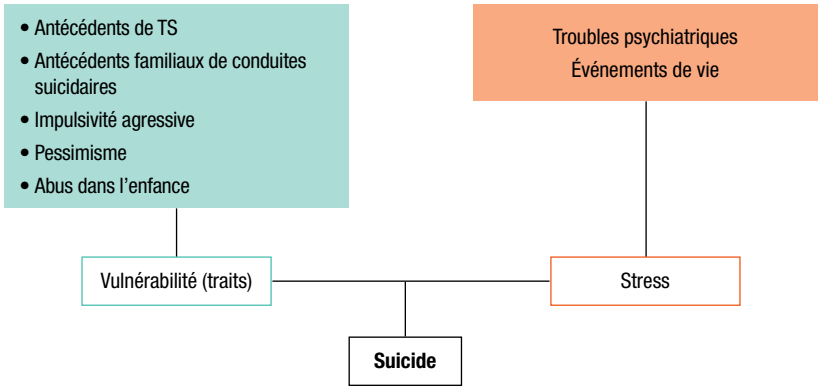
Partie II • Les mécanismes neurobiologiques des conduites suicidaires

Les travaux sur les facteurs de risque sont riches d'enseignement, mais ne permettent pas d'expliquer que, pour un même contexte et pour des facteurs de risque similaires (situation personnelle difficile, violences, perte d'un proche, chômage…), les réactions, dont les conduites suicidaires, ne sont pas identiques d'une personne à l'autre. Ainsi, d'autres travaux, en plein développement, tentent d'identifier, à contexte ou facteurs de risque donnés, les caractéristiques neurobiologiques individuelles associées aux conduites suicidaires. Cela suppose que seuls les individus porteurs d'une vulnérabilité spécifique réaliseront un geste suicidaire lorsqu'ils sont soumis à un contexte de vie difficile ou stressant. Ce corpus de travaux teste ainsi de nouvelles hypothèses relatives à l'explication des conduites suicidaires et, partant, la mise au point de nouvelles méthodes de prévention ou de thérapies. Cette partie en présente un état des lieux.

Vulnérabilité aux conduites suicidaires

Le développement de ces connaissances découle du modèle médical classique de « stress vulnérabilité » des conduites suicidaires (Lopez-Castroman *et al.*, 2014). Ce modèle postule que tous les sujets qui réalisent des gestes suicidaires sont en proie à des difficultés existentielles et la quasi-totalité de ces individus souffrent de troubles psychiatriques[9]. Il postule donc que ces deux conditions sont nécessaires mais ne sont pas suffisantes à la survenue d'un suicide. Dans ce modèle, seuls les sujets porteurs d'une vulnérabilité spécifique réaliseront un geste suicidaire lorsqu'ils sont exposés à cette conjonction : stress, troubles psychiatriques et événements de vie négatifs. La vulnérabilité est particulièrement sous-tendue, dans l'ordre, par : 1) les antécédents personnels de tentatives de suicide ; 2) les antécédents familiaux de conduite suicidaire ; 3) des dimensions de personnalité liées à l'impulsivité agressive qui faciliterait le passage à l'acte en lien avec un pessimisme conduisant au sentiment de désespoir ; et enfin, 4) l'existence d'abus dans l'enfance.

9. Selon les données cliniques et épidémiologiques, plus de 90 % des individus qui réalisent des gestes suicidaires souffrent de troubles psychiatriques et ont connu des événements traumatisants.



Source • Mann *et al.*, *Am J Psychiatry*, 1999 ; Oquendo *et al.*, *Am J Psychiatry*, 2004.

Ce modèle est bien évidemment une simplification mais il a un mérite didactique : celui, d'une part, de permettre au clinicien une évaluation du risque suicidaire chez des sujets en augmentant la spécificité dans la détection des sujets à risque de risque suicidaire et, d'autre part, de mettre l'accent sur l'existence d'une vulnérabilité spécifique aux conduites suicidaires, premier pas dans la démonstration que les conduites suicidaires sont une entité autonome au sein de la nosologie psychiatrique et non seulement la résultante de maladies psychiatriques données. Ainsi, le DSM V, la classification américaine des maladies psychiatriques, propose un trouble « conduites suicidaires ». Certes, celui-ci apparaît dans les catégories du DSM V encore à l'étude, mais il faut souligner que pour la première fois les « conduites suicidaires » existent en tant que telles dans la nosologie psychiatrique et non seulement comme la manifestation d'une pathologie psychiatrique (dépression, schizophrénie etc.). Cela repose sur plusieurs décennies de travaux de recherche épidémiologiques, cliniques et biologiques qui ont démontré que les conduites suicidaires possédaient la même validité syndromique que les autres entités cliniques reconnues dans les classifications psychiatriques. Ainsi, en reprenant les critères de E. Robins et S. B. Guze (1970) : 1) on peut décrire les conduites suicidaires sur le plan clinique ; 2) il existe des marqueurs *post mortem* et *in vivo* ; 3) on peut établir un diagnostic différentiel ; 4) les antécédents de conduites suicidaires sont le meilleur critère prédictif de survenue d'un geste suicidaire ; 5) il existe une histoire familiale de conduites suicidaires (Courtet *et al.*, 2011).

Si les conduites suicidaires sont enfin identifiées comme un phénomène à part entière au sein des troubles psychiatriques, cela signifie que l'on peut identifier une physiopathologie spécifique des conduites suicidaires et un certain nombre de facteurs de vulnérabilité suicidaire qui permettent d'identifier des sujets à haut

risque (Courtet *et al.*, 2011). Toutefois la seule utilisation de ces éléments cliniques ne permet pas de prédire avec précision la survenue d'un geste suicidaire chez un individu donné à un moment donné. Cela explique l'intérêt des recherches actuelles, notamment neuroscientifiques, qui permettront d'améliorer la compréhension de la physiopathologie et identifier des biomarqueurs potentiels.

Dysfonctionnement du système sérotoninergique et hyperactivation de « l'axe du stress »

Les recherches associant psychiatrie et mesures biologiques ont conduit au cours des dernières décennies à identifier deux grands systèmes biologiques associés à la vulnérabilité suicidaire et pour lesquels des marqueurs prédictifs spécifiques des conduites suicidaires ont été identifiés (Oquendo *et al.*, 2014).

Il s'agit d'un côté du système sérotoninergique (glossaire). Il a été démontré pour la première fois, dans une étude auprès de 68 patients hospitalisés pour dépression, qu'un taux bas de 5-HIAA, produit de la dégradation de la sérotonine dans le liquide céphalo-rachidien (qui entoure le cerveau et la moelle épinière), était associé à un risque accru de décès par suicide (Asberg *et al.*, 1976). Ce résultat a ensuite été répliqué dans différentes populations de patients psychiatriques.

De l'autre côté, l'hyperactivité de « l'axe du stress » ou axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (glossaire) a également été impliquée dans la vulnérabilité suicidaire. Une étude de suivi sur 15 années de 78 patients hospitalisés pour syndrome dépressif majeur montre que les patients n'ayant pas une diminution significative du taux de cortisol sanguin après administration d'un corticoïde de synthèse (test de freination à la dexaméthasone, glossaire) ont un risque accru de décès par suicide (Coryell et Schlesser, 2001). Le fait que la production de cortisol ne soit pas freinée est compris comme la conséquence d'une production excessive par le cerveau de l'hormone qui régule cette production.

Ainsi, à l'heure actuelle, un faisceau de preuves issues de nombreuses études permet d'impliquer ces deux systèmes biologiques dans la vulnérabilité suicidaire. Toutefois, la réalisation de ces tests biologiques n'est pas envisageable dans la pratique clinique quotidienne, et ces marqueurs biologiques ont une valeur prédictive insuffisante au niveau individuel.

Aussi les efforts se sont poursuivis, notamment à la fin des années 1990, avec la réalisation d'études génétiques. Un grand nombre de gènes ont pu être identifiés dans la vulnérabilité suicidaire, des gènes notamment impliqués dans les systèmes de la sérotonine ou de l'axe du stress (Courtet *et al.*, 2004).

Abus dans l'enfance

Les effets d'abus dans l'enfance font l'objet de très nombreuses recherches contemporaines. En effet, l'existence d'une maltraitance infantile telle que les abus ou négligences d'ordre psychologique, physique ou sexuel, serait un facteur de risque de la survenue de conduites suicidaires à l'âge adulte. Dans une série de travaux, a été démontrée l'interaction entre l'histoire familiale de conduites suicidaires et la maltraitance infantile pour expliquer des traits de vulnérabilité (agressivité impulsive, anomalie de prises de décisions) qui augmentent le risque suicidaire (Lopez-Castroman *et al.*, 2014). La maltraitance infantile augmente également l'apparition précoce des conduites suicidaires et leur sévérité : récidives, gestes suicidaires violents ou médicalement sévères, ce qui conduit à l'augmentation de risque de suicide abouti (Lopez-Castroman *et al.*, 2014). S'il est évident que les facteurs génétiques qui ont pu être identifiés dans les conduites suicidaires interagissent avec des facteurs environnementaux, et notamment avec l'adversité environnementale précoce, cela ouvre la voie aux recherches épigénétiques portant sur la régulation de l'expression des gènes, qui constituent une authentique révolution sur le plan scientifique en psychiatrie.

Ainsi, il a pu être démontré, tant dans des modèles animaux que chez l'homme, dans des études *in vivo* à partir de prélèvements sanguins et *post mortem*, que la régulation épigénétique d'un certain nombre de gènes est associée à l'existence d'abus dans l'enfance (Turecki, 2014). Pour des personnes s'étant suicidées, il a été montré l'association entre maltraitance dans l'enfance et un défaut de production des protéines réceptrices des corticoïdes dans le cerveau, protéines qui sont impliquées dans la possibilité de mise en œuvre de processus anti-inflammatoires. Les travaux de recherche n'en sont qu'à leur début du déchiffrage des anomalies de la régulation épigénétique dans cette séquence développementale qui débute avec la maltraitance infantile et qui peut déboucher sur le suicide. Si la génétique et l'épigénétique ont pu déjà donner lieu à de nombreux travaux dans le domaine des conduites suicidaires, il n'a pas été envisagé, jusqu'à très récemment, de disposer de biomarqueurs génomiques permettant la prédiction du risque suicidaire sur les données de ces études.

Mais deux études très récentes ont en revanche suggéré l'existence de biomarqueurs de risque suicidaire. Il s'agit de deux études qui suggèrent que pour les gènes SKA2 et SAT1, des polymorphismes (certaines formes de ces gènes) ou des modifications épigénétiques pourraient prédire la survenue d'idées de suicide, de tentative de suicide ou le suicide abouti (Guintivano *et al.*, 2014 ; Le-Niculescu *et al.*, 2013). Ces travaux doivent être répliqués pour être confirmés.

La neuroanatomie des conduites suicidaires

À côté des systèmes de la sérotonine et de l'axe du stress dont l'implication est imputée dans la vulnérabilité suicidaire, il existe également des arguments suggérant des anomalies de la plasticité neuronale (glossaire) dans les conduites suicidaires (Kim *et al.*, 2007 ; Oquendo *et al.*, 2014).

Par ailleurs, les travaux récents soulignent l'implication de l'inflammation dans les conduites suicidaires (Courtet *et al.*, 2015). Dans une méta-analyse, il a été montré que les sujets qui réalisent des tentatives de suicide présentent une diminution des taux plasmatiques d'interleukine 2 (glossaire) par rapport à des sujets qui n'ont pas fait de tentatives de suicide (Ducasse *et al.*, 2015). L'exploration de l'immuno-inflammation dans les conduites suicidaires en est à ses débuts, mais quelques hypothèses peuvent déjà être formulées. En effet, des facteurs de stress conduisent à des modifications des taux de cytokines proinflammatoires ou anti-inflammatoires qui conduisent à des anomalies de l'axe du stress, du système sérotoninergique et du système glutamatergique, trois systèmes qui concourent à la neurobiologie suicidaire. En particulier, ces premiers travaux indiquent que les anomalies du système inflammatoire qui pourraient être observées au niveau périphérique pourraient agir comme des biomarqueurs de risque suicidaire.

Le développement des recherches en neuroanatomie et sur les neurocognitions dans les conduites suicidaires permet également d'élaborer certaines hypothèses qui stimulent des travaux de recherche actuelle. La description d'anomalies du système de la sérotonine au niveau du cortex préfrontal de sujets qui se sont suicidés a conduit à questionner le rôle de cette région cérébrale qu'Antonio Damasio *et al.* (1994) avaient associée à la prise de décision. L'hypothèse d'une anomalie de la prise de décision fonctionnelle dans les conduites suicidaires a été formulée. Des anomalies de la prise de décision ont été rapportées chez des patients qui avaient un ou des antécédents de tentative de suicide sans dépression, par rapport à des témoins n'ayant pas de tels antécédents, avec ou non un passé de dépression (Jollant *et al.*, 2005). Dans la mesure où les patients inclus dans cette étude ne souffraient pas d'une dépression, ces résultats suggèrent l'existence d'un trait cognitif de vulnérabilité suicidaire indépendant de la dépression. Des travaux ultérieurs ont montré la réplication de ces données par d'autres groupes, comme le résume une méta-analyse récente (Richard-Devantoy *et al.*, 2014). Il a été démontré qu'un certain nombre de gènes de vulnérabilité suicidaire sérotoninergique ou de l'axe du stress régulent cette fonction de prise de décision. En clair, les génotypes associés au risque suicidaire sont également associés aux anomalies de prise de décision, suggérant le fait que ce trait cognitif peut être un phénotype intermédiaire entre la vulnérabilité génétique et la survenue de conduites suicidaires. Afin de confirmer l'hypothèse selon laquelle les anomalies de prises de décision indiqueraient un dysfonctionnement

du cortex orbitofrontal (glossaire), une étude d'imagerie fonctionnelle IRM a été réalisée dans laquelle deux groupes d'hommes avec un passé de dépression, mais sans état dépressif au moment de l'étude, ont été comparés : avec ou sans histoire de tentative de suicide, et un troisième groupe de sujets sains (Jollant *et al.*, 2010). Les anomalies de prise de décision rapportées chez les sujets avec des histoires de tentatives de suicide sont corrélées à une diminution de l'activation du cortex orbitofrontal en situation de choix risqué. Ces résultats cognitifs et neuro-anatomiques indiquent l'existence de traits de vulnérabilité spécifique, ainsi que le rôle du cortex orbitofrontal dans la vulnérabilité suicidaire. Ils pourraient également guider de nouvelles stratégies thérapeutiques de prévention du suicide, la stimulation électrique transcranienne et la remédiation émotionnelle, par exemple.

Dans une autre étude de neuroanatomie, trois groupes de sujets ont été soumis à des visages exprimant des émotions faciales, et il a été observé que les sujets suicidants présentaient une hyperactivation du contexte orbitofrontal en présence de visages de colère et une hyperactivation du cortex cingulaire antérieur (glossaire) en réponse à des visages exprimant la joie de façon ambiguë (Jollant *et al.*, 2008). Cela souligne à nouveau l'implication du cortex orbitofrontal dans la vulnérabilité suicidaire, et surtout l'existence de spécificités cérébrales chez des sujets qui ont réalisé une tentative de suicide en comparaison à des sujets sains, mais également des sujets déprimés qui n'ont pas commis de tentative de suicide. Les résultats ont permis de soulever l'hypothèse suivante : l'hyperactivation du cortex orbitofrontal en réponse à des visages de colère indiquerait une hypersensibilité au rejet social et l'hyperactivation du cortex cingulaire en réponse à des visages exprimant la joie de façon ambiguë pourrait indiquer la plus grande difficulté qu'ont les sujets suicidants à identifier un signal de soutien, un signal positif dans leur environnement social. Cela conduit donc à l'étude du rôle de l'exclusion sociale dans la vulnérabilité suicidaire. Les raisons évoquées par les sujets qui réalisent des gestes suicidaires sont dans la majorité des cas en rapport avec des séparations, des conflits conjugaux ou d'autres problèmes relationnels (Foster, 2011). Toutes ces conditions conduiraient à un sentiment de rejet social ou d'exclusion sociale. Il a été démontré que l'effet de l'exclusion sociale est intermédié par des régions cérébrales démontrées comme impliquées dans la vulnérabilité suicidaire : cingulaire antérieur et cortex ventral préfrontal (glossaire) (Eisenberger *et al.*, 2003). Aussi on peut faire l'hypothèse que les sujets porteurs d'une vulnérabilité suicidaire sont des sujets particulièrement sensibles aux signaux d'exclusion et de rejet social et, au contraire, particulièrement insensibles à des signaux de soutien social du fait de ces caractéristiques neuroanatomiques. Dans ces conditions, les individus pourraient alors développer un sentiment de douleur psychologique et une neuro-inflammation qui sont également consécutives de l'activation de ces régions cérébrales particulières. L'étude de l'exclusion sociale ou de l'affiliation sociale et des relations interpersonnelles ouvre

encore d'autres pistes de recherche très intéressantes (voir le projet de P. Courtet retenu dans le cadre de l'appel à recherche de l'IRESP).

Ces travaux neuroscientifiques mettent donc l'accent sur une sensibilité particulière chez les sujets vulnérables aux conduites suicidaires au rejet social, à l'exclusion sociale, au soutien social, ceci permettant alors d'identifier des cibles thérapeutiques pertinentes de traitement et de prévention. Dans une première étude pilote, il a d'ailleurs pu être démontré qu'une psychothérapie, la thérapie d'acceptation et d'engagement, pouvait avoir un effet chez des sujets en crise suicidaire. Cet effet qui se solde par une diminution significative des idées de suicide pourrait être lié à l'impact du processus psychothérapique sur la douleur psychologique (Ducasse *et al.*, 2014). Il peut également être mis en lien avec les travaux conduits par Guillaume Vaiva au CHU de Lille, qui montrent que le maintien du contact avec les patients suicidants à la sortie d'un service d'urgence permet de diminuer le risque de récidive suicidaire (Vaiva *et al.*, 2006). On pourrait envisager que le maintien du contact, cette reconnexion sociale, soit donc un facteur de restauration des déficits en cours chez les sujets vulnérables aux conduites suicidaires.

Les hypothèses concernant les traitements médicamenteux antisuicidaires qui pourraient voir le jour sont également sous-tendues par les résultats de la recherche neuroscientifique. Ainsi, la kétamine, un anesthésique qui interagit avec le glutamate (neurotransmetteur impliqué dans la dépression), pour laquelle il existe un grand nombre de données cliniques suggérant un effet de réduction des idées de suicide chez les patients déprimés, pourrait agir sur le risque suicidaire non seulement à travers ses propriétés antidépressives mais également via son effet sur le système glutamatergique et sur les anomalies de l'inflammation (Courtet *et al.*, 2015 ; DiazGranados *et al.*, 2010). Le lithium, pour lequel il existe également un effet antisuicide bien démontré à travers de très nombreuses études (par exemple Cipriani *et al.*, 2013), pourrait avoir un effet sur les anomalies anatomiques au niveau du cortex orbitofrontal, sur les anomalies de prise de décision, traits cognitifs de vulnérabilité suicidaire, et sur un certain nombre de cibles moléculaires et inflammatoires qui ont été démontrées comme impliquées dans la vulnérabilité suicidaire (Adida *et al.*, 2015 ; Machado-Vieira *et al.*, 2009)[10].

La connaissance des mécanismes d'action de ces différents médicaments qui pourraient restaurer des anomalies moléculaires associées à la vulnérabilité suicidaire

10. Ces résultats qui éclairent la façon dont ces traitements peuvent agir sur le risque suicidaire doivent cependant être resitués dans un contexte plus large, prenant en compte l'intégralité de leurs effets, y compris certains effets secondaires, qui nuancent l'intérêt de leur utilisation. L'impact des traitements médicamenteux sur les conduites suicidaires est une question complexe qui a été abordée lors de la réunion du groupe de travail « Axes de recherche » du 5 octobre 2015 et fera l'objet d'un dossier dans un prochain rapport de l'Observatoire.

nous indiquerait alors de nouvelles cibles thérapeutiques, permettant de générer des médicaments antisuicide.

Pour conclure, ont été évoqués ici quelques résultats de la recherche indiquant les pistes et les hypothèses en cours d'examen, à travers des travaux de recherche utilisant notamment les moyens permis par les neurosciences. Signalons qu'il s'agit des objectifs principaux de la recherche sur le suicide, selon l'Institut de santé mentale aux États-Unis et selon la Fondation américaine de prévention du suicide : identifier les biomarqueurs génétiques, épigénétiques, immunitaires, neuropsychiatriques de risque suicidaire, tester la valeur de combinaisons de facteurs cliniques et neurobiologiques dans la prédiction des conduites suicidaires, identifier les dysfonctionnements cognitifs et dans la « circuiterie » neuronale associés aux risques suicidaires et qui soient modifiables par des interventions, identifier les modèles de risques fondés sur l'intégration des différentes sources de données (génétique, épigénétique, exposition aux événements de vie, santé, circuiterie cérébrale, profil neuropsychologique) pour le développement de futures interventions prometteuses.

Il s'agit plus particulièrement d'approfondir les travaux visant l'identification de biomarqueurs du risque suicidaire afin de développer des stratégies diagnostiques et préventives. Le groupe de travail sur les axes de recherche de l'Observatoire national du suicide a souligné que des stratégies d'accompagnement des personnes pour lesquelles des biomarqueurs du suicide auront été diagnostiqués devront également être réfléchies.

Glossaire des termes utilisés (partie II)

Axe du stress ou axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien : Axe constitué des trois principales structures de l'organisme (hypothalamus, hypophyse et glandes surrénales) activées par un stress et qui régulent la réponse de l'organisme à ce stress en communiquant entre elles.

Cortex cingulaire antérieur : Il s'agit d'une zone du cortex qui joue un rôle dans la régulation de la pression artérielle et du rythme cardiaque et également dans celle de certaines fonctions cognitives, comme l'anticipation de la récompense, la prise de décision, l'empathie et l'émotion.

Cortex orbitofrontal : Il s'agit d'une partie du cortex frontal qui entre en jeu dans le processus de décision, dans le contrôle de l'humeur et le comportement social.

Cortex ventral préfrontal : Il s'agit d'une partie du cortex jouant un rôle dans les comportements de prise de risque et de peur, dans l'inhibition des réponses émotionnelles et dans la prise de décision.

Cytokines : Les cytokines sont des substances synthétisées (ex : protéines) par les cellules du système immunitaire. La mesure des taux de certaines cytokines permet d'évaluer les processus inflammatoires et la réponse du système immunitaire en présence d'un « danger » (infection, tumeur etc.).

Dexaméthasone : Il s'agit d'une hormone de synthèse avec un très fort effet anti-inflammatoire et immunosuppresseur. Le test de freinage à la dexaméthasone permet d'évaluer la baisse du taux de cortisol dans le sang après prise de cette hormone ; le cortisol étant impliqué dans la régulation du stress. En psychiatrie biologique, l'usage de ce test permet de mesurer l'activité de l'axe du stress.

Interleukine 2 : L'interleukine 2 est une hormone du système immunitaire permettant de répondre à une atteinte immunitaire. En psychiatrie, il a été constaté que cette hormone était impliquée dans les états d'anhédonie ou de déficit de motivations.

Plasticité neuronale : La plasticité neuronale est un terme générique qui décrit les mécanismes par lesquels le cerveau est capable de se modifier lors des processus de neurogenèse dès la phase embryonnaire ou lors d'apprentissage.

Régulation épigénétique : La régulation épigénétique caractérise une forme de régulation moléculaire ou biologique selon laquelle certains facteurs non héritables génétiquement sont néanmoins impliqués dans la régulation des gènes.

Système sérotoninergique : Le système sérotoninergique désigne l'ensemble des mécanismes permettant la production de la sérotonine, sa transmission et ses effets biologiques. La sérotonine est une hormone produite par le système nerveux central permettant l'adaptation au stress.

Système glutamatergique : Le système glutamatergique désigne l'ensemble des mécanismes permettant la production de glutamate, sa transmission et ses effets biologiques. Le glutamate est un acide aminé, le principal neurotransmetteur excitateur du système nerveux central.

Références

Références de la partie I

- **Beghi M., Rosenbaum J., Cerri C. Cornaggia C.**, 2013, « Risk Factors for Fatal and non Fatal Repetition of Suicide Attempts : A literature Review », *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, p. 1725-1736.
- **Benichou J.**, 2001, « A Review of Adjusted Estimators of Attributable Risk », *Statistical Methods in Medical Research*, 10, p. 195-216.
- **Bolton J. M., Robinson J.**, 2010, « Population-Attributable Fractions of Axis I and Axis II Mental Disorders for Suicide Attempts : Findings from a Representative Sample of the Adult, Non instintutionalized US Population », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 12, p. 2473-2480.
- **Borges G. *et al.***, 2006, « Risk Factors for Twelve-month Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Psychological Medicine*, vol. 36 (12), p. 1747-1757.
- **Borges G. *et al.***, 2010, « Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys », *Journal of Clinical Psychiatry,* vol. 71 (12), p. 1617-1628.
- **Brady, J.**, 2006, « The Association Between Alcohol Misuse and Suicidal Behavior », *Alcohol and Alcoholism*, 41 (5), p. 473-478.
- **Brent D. A., Melhem M.**, 2008, « Familial Transmission of Suicidal Behavior », *Psychiatric Clinics of North America,* 31 (2), p. 157-177.
- **Brezo J., Paris J., Turecki G.**, 2006, « Personality Traits as Correlates of Suicide Ideation, Suicide Attempts and Suicide Completions : A Systematic Review », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (3), p. 180-206.
- **Carter G. L., Page A., Taylor R.**, 2007, « Modifiable Risk Factors for Attempted Suicide in Australian Clinical and Community Samples », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 37, p. 671-680.
- **Cherpitel C. J., Borges G. L. G., Wilcox,** 2004, « Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior : A Review of Literature », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 28 (5), 18S-28S.
- **Cheung Y.B., Law C. K., Chan B., Liu K. Y., Yip, PSF,** 2006, « Suicide Ideation and Suicidal Attempts in a Population Based Study of Chinese People : Risk Attributable to Hopelessness Depression and Social Factors », *Journal of Affective Disorder*s, 90, p. 193-199.
- **Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R.**, 2013, « Lithium in the Prevention of Suicide in Mood Disorders, Updated Systematic Review and Meta-analysis », *British Medical Journal*, Jun 27, 346:f3646.
- **Conner K. R., Duberstein P. R.**, 2004, « Predisposing and Precipitating Factors for Suicide Among Alcoholics : Empirical Review and Conceptual Integration », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28, 6S-17S.

- **Courtet P., Jollant F., Castelnau D., Buresi C., Malafosse A.,** 2005, « Suicidal Behavior : Relationship between Phenotype and Serotonergic Genotype », *American Journal of Medical Genetics, Part C : Seminars in Medical Genetics, Special Issue : Genetics of Suicidal Behavior,* 133C (1), 15 February, p. 25–33.
- **Damasio H., Grabowski T., Frank R., Galaburda A.M., Damasio A.R.,** 1994, « The Return of Phineas Gage : Clues about the Brain from the Skull of a Famous Patient », *Science*, May 20, 264(5162):1102-5.
- **De Riccardis Nicolas,** avec les conseils de Muriel Moisy et Marie-Claude Mouquet, 2014, « Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires », *Études et Résultats*, DREES, n° 886, juillet.
- **Durkheim E.,** 1993 [1897], *Le Suicide : Étude de sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige » (n° 19), 463 p.
- **Forster T.,** 2011, « Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide : a Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies », *The Archives of Suicide Research*, 15(1), 1-15.
- **Glass G.,** 1976, « Primary, Secondary, and Meta-analysis of Research », *Educational Researcher*, 5, p. 3-8.
- **Harris E. C., Barraclough B.,** 1997, « Suicide as an Outcome for Mental Disorders, A Meta-analysis, *The British Journal of Psychiatry*, 170, p. 205-228.
- **Husky M. M., Guignard R., Beck F., Michel G.,** 2013, « Risk Behaviors, Suicide Ideation and Suicide Attempts in a Nationally Representative French Sample », *Journal of Affective Disorders*, December, Volume 151, Issue 3, p. 1059–1065.
- **Kapur N., Cooper J., King Hele Webb R., Lawlor M., Rodway C. *et al.*,** 2006, « The Repetition of Suicidal Behavior : A Multicenter Cohort Study », *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, p. 1599-1609.
- **Loves V.,** 1996, *Épidémiologie et santé mentale*, Paris, Lavoisier, 162 p.
- **Krysinska K., Martin G.,** 2009, « The Struggle to Prevent and Evaluate : Application of Population Attributable Risk and Preventive Fraction to Suicide Prevention Research », *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 39 (5), October.
- **Last J. M.,** 1988, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, 320 p.
- **Levin M. L.,** 1953, « The Occurrence of Lung Cancer in Man », *Acta Unio Internationalis Contra Cancrum*, 9, p. 531-541.
- **Li Z., Page A., Martin G., Taylor R.,** 2011, « Attributable Risk of Psychiatric and Socio-economic Factors for Suicide from Individual Level, Population Based Studies : A Systematic Review », *Social Science and Medecine*, 72, p. 608-616.
- **Littell J. H., Corcoran J., Pillai V.,** 2008, *Systematic Reviews and Meta Analysis, Pocket Guides to Social Work Research Methods*, Oxford, Oxford University Press, 216 p.
- **Mc Lean J., Maxwell M., Platt S., Harris F., Jepson R.,** 2008, *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour : A Literature Review*, Scottish Government Research DPT.

- **Nock M. K., Borges G., Bromet E J., Cha C. B., Kessler R C, Lee S.,** 2008, « Suicide and Suicidal Behavior », *Epidemiologic Reviews*, 30(1), p. 133–154.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS),** 2014, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.*
- **Pompili M., Forte A., Palermo M., Stefani H., Lamis D.A. *et al.*,** 2012, « Suicide Risk in Multiple Sclerosis : A Systematic Review of Current Literature », *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), p. 411-417.
- **Pompili M., Girardi P., Ruberto A. *et al.*,** 2005, « Suicide in the Epilepsies : A Meta-analytic Investigation of 29 Cohorts », *Epilepsy & Behavior,* 7, p. 305-310.
- **Qin P. Nordentoft M.,** 2005, « Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization : Evidence Based on Longitudinal Registers », *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), p. 427-432.
- **Qin P., Agerbo E., Morgenstern P.B.,** 2003, « Suicide Risk in Relation to Socio Economic Democratic, Psychiatric and Familial Factors : A National Register-Based Study of all Suicides in Denmark (1981-1997) », *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), p. 765-772.
- **Rehkopf D. H., Buka S. L.,** 2006, « The Association Between Suicide and the Socio-Economic Characteristics of Geographical Areas : A Systematic Review », *Psychological Medicine*, 32 (2), p. 145-157.
- **Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F.,** 2014, « A Meta-analysis of Neuropsychological Markers of Vulnerability to Suicidal Behavior in Mood Disorders », *Psychological Medicine*, June, 44(8), p. 1663-1673.
- **Robins E., Guze S.B.,** 1970, « Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness : its Application to Schizophrenia », *Journal of the American Psychiatric*, January, 126(7), 983-987.
- **Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F.,** 2010, « The Risk of Suicide in Cancer Patients », *Psychooncology*, 19(12), 1250-1258.
- **Rockhill B., Newman B., Weinberg C.,** 1998, « Use and Misuse of Population Attributable Fractions », *American Journal of Public Health*, 88, p. 15-19.
- **Selvin H. C.,** 1958, « Durkheim's Suicide and Problems of Empirical Research », *American Journal of Sociology*, 63, p. 601-619.
- **St Amand A., St Jacques M. C.,** 2013, *Comment faire une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse des connaissances*, Université de Laval, Québec, Mimeo, 25 p.
- **Taylor R., Page A., Morell S., Harrison J., Carter G.,** 2005a, « Mental Health and Socio-Economic Variations in Australian Suicide », *Social Science and Medicine*, 61(7), p. 1551-1559.
- **Taylor R., Page A., Morell S., Harrison J., Carter G.,** 2005b, « Social and Psychiatric Influences on Urban Rural Differentials in Australian Suicide », *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35 (3), p. 277-290.

- **Verrotti A., Cicconetti A., Scorrano B. *et al.*,** 2008, « Epilepsy and Suicide : Pathogenesis, Risk Factors, and Prevention », *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4, p. 365–370.
- **Walter M.,** 2000, *Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. Quels sont les facteurs relatifs à l'environnement (famille, travail, contexte social) ? Quelle est l'influence des événements de vie ?*, Mimeo.
- **Walter S. D.,** 1976, « The Estimation and Interpretation of Attributable Risk in Health Research », *Biometrics*, 32, p. 829-849.
- **Wilcox L. R., Conner K. R., Caine E. D.,** 2004, « Association of Alcohol and Drug Use Disorders and Completed Suicide : An Empirical Review of Cohort Studies », *Drug and Alcohol Dependence*, 76 (suppl), S11-S19.

Références de la partie II

- **Adida M., Jollant F., Clark L., Guillaume S., Goodwin G.M., Azorin J.M., Courtet P.,** 2015, « Lithium Might be Associated with Better Decision-making Performance in Euthymic Bipolar Patients », *European Neuropsychopharmacology*, 25, p. 788-797.
- **Aleman A., Denys D.,** 2014, « Mental Health : A Road Map for Suicide Research and Prevention », *Nature*, 509, p. 421-423.
- **Asberg M., Traskman L., Thoren P.,** 1976, « 5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid, A Biochemical Suicide Predictor? », *Archives of General Psychiatry*, 33, p. 1193–1197.
- **Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R.,** 2013, « Lithium in the Prevention of Suicide in Mood Disorders : Updated Systematic Review and Meta-analysis », *British Medical Journal*, Jun 27, 346:f3646.
- **Courtet P., Giner L., Seneque M., Guillaume S., Olie E., Ducasse D.,** 2015, « Neuroinflammation in Suicide : Toward a Comprehensive Model », *The World Journal of Biological Psychiatry,* 30, p. 1-23.
- **Courtet P., Gottesman I.I., Jollant F., Gould T.D.,** 2011, « The Neuroscience of Suicidal Behaviors : What can we Expect from Endophenotype Strategies? », *Translational Psychiatry*, 1, 10 may.
- **Courtet P., Picot M.C., Bellivier F., Torres S., Jollant F., Michelon C., Castelnau D., Astruc B., Buresi C., Malafosse A.,** 2004, « Serotonin Transporter Gene may be Involved in Short-Term Risk of Subsequent Suicide Attempts », *Biological Psychiatry,* 55, p. 46-51.
- **Coryell W., Schlesser M.,** 2001, « The Dexamethasone Suppression Test and Suicide Prediction », *The American Journal of Psychiatry*, 158, p. 748-753.
- **DiazGranados N., Ibrahim L.A., Brutsche N.E., Ameli R., Henter I.D., Luckenbaugh D.A., Machado-Vieira R., Zarate C.A. Jr.,** 2010, « Rapid Resolution of Suicidal Ideation after a Single Infusion of an N-methyl-D-aspartate Antagonist in Patients with Treatment-Resistant Major Depressive Disorder », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, p. 1605-1611.

- **Ducasse D., Olie E., Guillaume S., Artero S., Courtet P.,** 2015, « A Meta-analysis of Cytokines in Suicidal Behavior », *Brain, Behavior, and Immunity*, 46, p. 203-211.
- **Ducasse D., Rene E., Beziat S., Guillaume S., Courtet P., Olie E.,** 2014, « Acceptance and Commitment Therapy for Management of Suicidal Patients : a Pilot Study », *Psychother Psychosom*, 83, p. 374-376.
- **Eisenberger N.I., Lieberman M.D., Williams K.D.,** 2003, « Does Rejection Hurt ? An FMRI Study of Social Exclusion », *Science*, 302, p. 290-292.
- **Forster T.,** 2011, « Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide : a Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies », *Archives of Suicide Research,* 15(1), p. 1-15.
- **Guintivano J., Brown T., Newcomer A., Jones M., Cox O., Maher B.S., Eaton W.W., Payne J.L., Wilcox H.C., Kaminsky Z.A.,** 2014, « Identification and Replication of a Combined Epigenetic and Genetic Biomarker Predicting Suicide and Suicidal Behaviors », *American Journal of Psychiatry*, 171, p. 1287-1296.
- **Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., Astruc B., Torres S., Verdier R., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P.,** 2005, « Impaired Decision Making in Suicide Attempters », *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 304-310.
- **Jollant F., Lawrence N.S., Giampietro V., Brammer M.J., Fullana M.A., Drapier D., Courtet P., Phillips M.L.,** 2008, « Orbitofrontal Cortex Response to Angry Faces in Men with Histories of Suicide Attempts », *American Journal of Psychiatry*, 165, p. 740-748.
- **Jollant F., Lawrence N.S., Olie E., O'Daly O., Malafosse A., Courtet P., Phillips M.L.,** 2010, « Decreased Activation of Lateral Orbitofrontal Cortex During Risky Choices under Uncertainty is Associated with Disadvantageous Decision-making and Suicidal Behavior », *Neuroimage*, 51, p. 1275-1281.
- **Kim Y.K., Lee H.P., Won S.D., Park E.Y., Lee H.Y., Lee B.H., Lee S.W., Yoon D., Han C., Kim D.J., Choi S.H.,** 2007, « Low Plasma BDNF is Associated with Suicidal Behavior in Major Depression », *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31, p. 78-85.
- **Le-Niculescu H., Levey D.F., Ayalew M., Palmer L., Gavrin L.M., Jain N., Winiger E., Bhosrekar S., Shankar G., Radel M., Bellanger E., Duckworth H., Olesek K., Vergo J., Schweitzer R., Yard M., Ballew A., Shekhar A., Sandusky G.E., Schork N.J., Kurian S.M., Salomon D.R., Niculescu A.B.,** 3 rd, 2013, « Discovery and Validation of Blood Biomarkers for Suicidality », *Molecular Psychiatry*, 18, p. 1249-1264.
- **Lopez-Castroman J., Jaussent I., Beziat S., Guillaume S., Baca-Garcia E., Genty C., Olie E., Courtet P.,** 2014, « Increased Severity of Suicidal Behavior in Impulsive Aggressive Patients Exposed to Familial Adversities », *Psychological Medicine*, 44, p. 3059-3068.
- **Lopez-Castroman J., Olie E., Courtet P.**, 2014, « Stress and Vulnerability : a Developing Model for Suicidal Risk », *In* Hudzik, E.K.E.C.T.J. (Ed.), *Suicide : Phenomenology and Neurobiology*, Springer International Publishing, p. 87-100.

- **Machado-Vieira R., Manji H.K., Zarate C.A. Jr.,** 2009, « The Role of Lithium in the Treatment of Bipolar Disorder : Convergent Evidence for Neurotrophic Effects as a Unifying Hypothesis », *Bipolar Disorders*, 11, Suppl 2, p. 92-109.
- **Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M.,** 1999, « Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients », *American Journal of Psychiatry*, 156, p. 181-189.
- **Oquendo M.A., Galfalvy H., Russo S., Ellis S.P., Grunebaum M.F., Burke A. *et al.*,** 2004, « Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts after a Major Depressive Epidode in Patients with Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 161, p. 1433-1441.
- **Oquendo M.A., Sullivan G.M., Sudol K., Baca-Garcia E., Stanley B.H., Sublette M.E., Mann J.J.,** 2014, « Toward a Biosignature for Suicide », *American Journal of Psychiatry*, 171, p. 1259-1277.
- **Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F.,** 2014, « A Meta-analysis of Neuropsychological Markers of Vulnerability to Suicidal Behavior in Mood Disorders », *Psychological Medicine*, 44 (8), p. 1663-1673.
- **Robins E., Guze S. B.,** 1970, « Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness : its Application to Schizophrenia », *American Journal of Psychiatry*, 126, p. 983-987.
- **Turecki G.,** 2014, « The Molecular Bases of the Suicidal Brain », *Nature Reviews Neuroscience*, 15, p. 802-816.
- **Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D. A., Libersa C., Goudemand M.,** 2006, « Effect of Telephone Contact on Further Suicide Attempts in Patients Discharged from an Emergency Department : Randomised Controlled Study », *British Medical Journal*, 332, p. 1241-1245.

Annexe I • Méthodologie de sélection des articles et extraction des données

Pour mener à bien la recherche bibliographique sur les facteurs de risque liés au suicide sur la période récente, les bases de données Socindex et Pubmed ont été interrogées. La première interrogation a été réalisée à partir de Socindex afin de cibler des articles pouvant révéler des facteurs socio-démographiques ou socio-économiques en sus des facteurs plus médicaux. Cette première interrogation a ciblé les termes généraux suivants « *suicidal behavior* » et « *suicide* » et « *risk factors* » et « *period*=2003-2013 ». Pour la recherche à partir de la base de données Pubmed, les termes « *suicide* » et « *risk factors* » et « *review* » et « *period*=2003-2013 » ont été utilisés. L'ajout du terme « *review* » a permis de repérer les revues de littérature qui constituent également de bons moyens de contrôler les articles à cibler. Le moteur de recherche de Google Scholar a permis d'isoler un document de travail consistant en une revue de littérature publiée par le gouvernement écossais.

Les critères d'inclusion pour les articles impliquaient que l'une des trois variables cibles finales suivantes de l'étude soit présente : idées suicidaires, tentatives de suicide ou suicides aboutis (c'est-à-dire décès par suicide). De même, les critères d'inclusion impliquaient la sélection de travaux réalisés sur la base d'échantillons de taille suffisante.

Notre interrogation sur Socindex a conduit à présélectionner 256 articles. L'interrogation de Pubmed en a identifié 1152 puis 163 après examen des résumés. L'examen plus spécifique des résumés au regard des critères d'inclusion, de même qu'une identification des études ciblées sur des tailles d'échantillon suffisantes relevant soit d'étude en population générale, d'études de cohortes ou d'études cas témoins et enfin un contrôle des bibliographies des revues de littérature a conduit à sélectionner 15 articles et un document de travail au total sur la période 2003-2013 dont cinq revues de littératures. Le **tableau** ci-dessous les présente. L'exploitation systématique de ces articles a également été complétée par la lecture d'autres articles (voir les références).

Auteurs, titre, revue et année de publication	Pays	Type de publication : revue de littérature ou étude spécifique	Variables dépendantes retenues dans les études	Taille et type d'échantillon et/ou nombre d'articles inclus dans les revues de littérature
1. Beghi M., Rosenbaum J., Cerri C. Cornaggia C., 2013, « Risk Factors for Fatal and non Fatal Repetition of Suicide Attempts : A Literature Review », *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725-1736.	Multipays	Revue de littérature	Décès par suicide Tentatives de suicide	Inclusion de 76 études dans l'analyse : 13 études de cohortes, 45 études de cas, 18 études en coupe
2. Krysinska K., Martin G., 2009, « The Struggle to Prevent and Evaluate : Application of Population Attributable Risk and Preventive Fraction to Suicide Prevention Research », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (5), October.	Multipays	Revue de littérature	Décès par suicide Tentatives de suicide Idées suicidaires	Pas de mention des tailles d'échantillon
3. Li Z., Page A., Martin G., Taylor R., 2011, « Attributable Risk of Psychiatric and Socio-economic Factors for Suicide from Individual Level, Population Based Studies : A Systematic Review », *Social Science and Medecine*, 72, p. 608-616.	Multipays	Revue de littérature	Décès par suicide	Inclusion de 14 études (cohortes ou cas témoins)
4. Mc Lean J., Maxwell M., Platt S., Harris F., Jepson R., 2008, *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour : A Literature Review,* Scottish Government Research Dpt.	Multipays	Revue de littérature	Décès par suicide Tentatives de suicide Idées suicidaires	23 articles recensés sur les facteurs de risque
5. Nock M. K., Borges G., Bromet E J., Cha C. B., Kessler R C, et Lee S., 2008, « Suicide and Suicidal Behavior », *Epidemiologic Reviews*, 30(1), p. 133–154.	Multipays	Revue de littérature	Décès par suicide Tentatives de suicide Idées suicidaires	Pas de recensement précis
6. Bolton J. M., Robinson J., 2010, « Population-Attributable Fractions of Axis I and Axis II Mental Disorders for Suicide Attempts : Findings from a Representative Sample of the Adult, Non instintutionalized US Population », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 12, p. 2473-2480.	États-Unis	Étude originale sur enquête avec échantillon représentatif de la population américaine	Tentatives de suicide	Enquête Nesarc V1 : 2001-2002 ; V2 : 2004-2005 (utilisation principale de la vague 2 n=34653 ; utilisation marginale de la vague 1 n= 43 093)
7. Borges G. et al., 2010, « Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 71 (12), p. 1617-1628.	Multipays (données OMS)	Étude originale comparative sur des enquêtes OMS dans différents pays	Tentatives de suicide Idées suicidaires	Enquêtes de l'OMS réalisées sur 21 pays (n=108705)

Auteurs, titre, revue et année de publication	Pays	Type de publication : revue de littérature ou étude spécifique	Variables dépendantes retenues dans les études	Taille et type d'échantillon et/ou nombre d'articles inclus dans les revues de littérature
8. Borges G. et al., 2006, « Risk Factors for Twelve-month Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Psychological Medicine,* vol. 36 (12), p. 1747-1757.	États-Unis	Étude originale sur enquête avec échantillon représentatif de la population américaine	Tentatives de suicide Idées suicidaires	NCS-R 2001-2003 ; n=9282
9. Carter G. L., Page A., Taylor R., 2007, « Modifiable Risk Factors for Attempted Suicide in Australian Clinical and Community Samples », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 37, p. 671-680.	Australie	Étude originale sur sources de données d'enquêtes multiples australiennes	Tentatives de suicide	Deux échantillons cas témoins cliniques (n1=265 ; nt= 10 641) et communautaires (n2=316 ; nt= 772)
10. Cheung Y.B., Law C. K., Chan B., Liu K. Y., Yip, PSF, 2006, « Suicide Ideation and Suicidal Attempts in a Population Based Study of Chinese People : Risk Attributable to Hopelessness Depression and Social Factors », *Journal of Affective Disorders*, 90, p. 193-199.	Hong-kong	Étude originale sur données d'enquête sur échantillon représentatif de la population de Hong-Kong	Tentatives de suicide Idées suicidaires	Enquête réalisée en 2003-2004 (n= 2219)
11. Husky M. M., Guignard R., Beck F., Michel G., 2013, « Risk Behaviors, Suicide Ideation and Suicide Attempts in a Nationally Representative French Sample », *Journal of Affective Disorders*, December, Volume 151, Issue 3, p. 1059–1065. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.035	France	Étude originale sur données d'enquête sur échantillon représentatif de la population française	Tentatives de suicide Idées suicidaires	Baromètre INPES (enquête octobre 2009-2010) ; n=27653
12. Kapur N., Cooper J., King Hele Webb R., Lawlor M., Rodway C. et al., 2006, « The Repetition of Suicidal Behavior : A Multicenter Cohort Study », *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, p. 1599-1 609.	Angleterre	Étude originale sur données de cohorte en Angleterre	Décès par suicide Tentatives de suicide	Cohorte suivie entre 1997 et 2001 dans quatre hôpitaux du Nord-Ouest de l'Angleterre (n=9213)
13/Qin P., Agerbo E., Morgenstern P.B., 2003, Suicide Risk in Relation to Socio Economic Democratic, Psychiatric and Familial Factors : A National Register-Based Study of all Suicides in Denmark (1981-1997) *American Journal of Psychiatry* 160 (4), 765-772.	Danemark	Étude originale sur sources multiples de données au Danemark	Décès par suicide Tentatives de suicide	Étude cas-témoins. Population décédée par suicide entre 1981 et 1997 (n=21169) comparée aux témoins (n=423128)
14. Qin P. Nordentoft M., 2005, « Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization : Evidence Based on Longitudinal Registers », *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), p. 427-432.	Danemark	Étude originale sur sources multiples de données au Danemark, ciblée sur les populations hospitalisées	Décès par suicide Tentatives de suicide	Étude cas-témoins. Population décédée par suicide entre 1981 et 1997 (n=21169) comparée aux témoins (n=423128)

Auteurs, titre, revue et année de publication	Pays	Type de publication : revue de littérature ou étude spécifique	Variables dépendantes retenues dans les études	Taille et type d'échantillon et/ou nombre d'articles inclus dans les revues de littérature
15. Taylor R., Page A., Morell S., Harrison J., Carter G., 2005a, « Mental Health and Socio-Economic Variations in Australian Suicide », *Social Science and Medicine*, 61(7), p. 1551-1559.	Australie	Étude originale sur sources multiples de données en Australie	Décès par suicide Tentatives de suicide Idées suicidaires	3 sources de données utilisées : • enquête nationale sur le bien-être (n=10631) ; • enquêtes sur des populations selon la zone de résidence rurale ou urbaine (n=10251) • registres de mortalité sur 1996-1998
16. Taylor R., Page A., Morell S., Harrison J., Carter G., 2005b, « Social and Psychiatric Influences on Urban Rural Differentials in Australian Suicide », *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35 (3), p. 277-290.	Australie	Étude originale sur sources multiples de données en Australie	Décès par suicide Tentatives de suicide Idées suicidaires	3 sources de données utilisées : • enquête nationale sur le bien-être (n=10631) ; • enquêtes sur des populations selon la zone de résidence rurale ou urbaine (n=10251) • registres de mortalité sur 1996-1998

Annexe II • Aspects méthodologiques dans l'établissement de liens entre facteurs de risque et conduites suicidaires

Les concepts de facteurs de risque et les mesures associées utilisés dans le cadre de l'épidémiologie sont multiples. Il convient de les distinguer pour interpréter les résultats des études. En dehors des études expérimentales, pouvant mettre en exergue un lien de causalité entre un facteur de risque et un résultat de santé, mais souvent difficiles à réaliser pour des questions éthiques, les études épidémiologiques mettent en évidence des liens ou associations entre des variables explicatives ou facteurs de risque et une ou des variables d'intérêt, associés au résultat de santé ciblé.

Dans le contexte des comportements suicidaires, la connaissance des liens ou associations est complexe du fait de l'enchevêtrement de facteurs individuels (biologiques, génétiques, subjectifs), épigénétiques, environnementaux, sociologiques, économiques et géographiques.

Le facteur de risque n'indique pas un lien de causalité. Les études épidémiologiques, classiquement, peuvent suggérer l'existence de liens de causalité dès lors qu'un certain nombre de constats sont réalisés ou de critères satisfaits dans la survenue d'un événement de santé après exposition à un facteur de risque. Parmi ces constats ou critères on trouve la constance ou la reproductibilité des résultats dans de multiples études, la spécificité de l'effet, l'antériorité de l'exposition au risque par rapport à l'événement de santé, l'existence d'une relation dose-effet, la cohérence de résultats issus d'expérimentations *in vitro* et *in vivo* quand celles-ci sont possibles, etc. Ces constats ou critères ne peuvent cependant être considérés comme nécessaires ou suffisants. En outre, plus encore que pour d'autres résultats de santé, le suicide ne peut prétendre à être analysé aisément sous l'angle de la causalité.

L'objet de cette annexe consiste en la précision des différents concepts et méthodes utilisés dans le cadre de la littérature épidémiologique et associée.

Les différentes méthodes d'identification des facteurs de risque au niveau d'une population

Dans la plupart des méthodes d'identification des facteurs de risque de suicide, il s'agit d'identifier une association entre un facteur et le suicide fatal ou le comportement suicidaire. La mise en œuvre des méthodes de révélation de cette association dépend de la population d'étude et du type d'enquêtes réalisées (enquêtes descriptives, de prévalence ou d'incidence ; enquêtes étiologiques, enquêtes populations exposées *versus* non exposées). Les résultats issus de l'application de ces

méthodes dépendent par ailleurs en partie de la sélection de l'échantillon d'étude (taille, représentativité ou spécificité notamment). Concernant la sélection des échantillons, des biais peuvent intervenir qui nécessitent également des précautions dans l'interprétation des résultats.

Sélection des échantillons et biais divers

Les biais d'échantillonnage peuvent altérer la représentativité de résultats même lorsque la méthode d'échantillonnage utilisée est censée assurer la représentativité de la population d'étude.

Parmi les biais les plus courants pour la mise en évidence des facteurs de risque d'une pathologie, d'un trouble psychiatrique ou d'un comportement suicidaire figurent les biais de sélection. Les biais de sélection sont tels que la population d'étude a des caractéristiques spécifiques vis-à-vis des conduites suicidaires avec, par exemple, un risque augmenté. Cela peut être le cas si la population d'étude est une population d'individus ayant été hospitalisés pour troubles psychiatriques, par exemple. D'autres biais existent, notamment les biais d'information ou biais de classement, lorsque la pathologie ou les facteurs de risque font l'objet de mesures entachées d'erreurs.

L'évaluation critique d'une étude épidémiologique implique ainsi de la passer au prisme d'un certain nombre de questionnements (grille critique Strobe[11]) : quelle est la question posée ? Est-elle pertinente ? Quelle a été la méthode de sélection de la population d'étude ? De quelle manière, si c'est le cas, a-t-elle été suivie ? Les cas – dans les études cas-témoins par exemple – et les facteurs de risque ont-ils été définis de façon valide ? Quelles sont la validité et la pertinence de la méthode d'analyse mise en œuvre ? Les biais sont-ils bien mis en évidence et discutés ? Comment les résultats sont-ils interprétés au regard du contexte de l'étude et de la littérature se rapportant au sujet ?

Évaluation d'un risque relatif

Le risque relatif (noté RR) est une mesure très utilisée en épidémiologie indiquant le risque de survenue d'un résultat ou d'un événement dans un groupe donné relativement à un autre non exposé à des facteurs de risque. Ici, le résultat ou l'événement peut donc être le fait d'avoir eu des idées suicidaires durant une période donnée, d'avoir réalisé une tentative de suicide ou d'être mort par suicide. À cette évaluation

11. Strobe : *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, soit renforcement du report des données épidémiologiques dans les études épidémiologiques d'observation.

du risque relatif dans un groupe exposé aux facteurs de risque par rapport à un groupe non exposé est associé un intervalle de confiance en général à 95 %.

Le calcul du risque relatif est simple à mettre en œuvre et donne une interprétation intuitive de l'effet d'un facteur dans une population donnée. Toutefois, il comporte certaines limites. Ainsi, il ne peut pas être considéré comme étant une caractéristique constitutive de l'effet d'un facteur étant donné que sa valeur est contrainte en partie par le risque de base de la population dans laquelle est étudié l'effet. L'autre limite de cet indice provient de son caractère asymétrique. Le risque relatif n'est pas symétrique dans l'opposition présence/absence de l'événement. Si l'on constate qu'un facteur de protection du suicide (ex : le fait d'être en couple ou d'avoir des enfants en bas âge) entraîne, par exemple, une réduction relative du risque de 20 % sur la mortalité par suicide, il n'entraîne, pour un risque de base supposé de 10 %, qu'une augmentation de 2 % de la « survie ». La survie est pourtant symétrique à la mortalité : une réduction de mortalité entraîne une augmentation de la survie, mais les tailles des effets ne sont pas conservées. Si la fréquence de présence du facteur est R1 dans le groupe d'étude ou groupe exposé et R0 dans le groupe de référence, non exposé ou de contrôle, la fréquence de l'absence de ce facteur est respectivement dans ces deux groupes 1-R1 et 1-R0. Le risque relatif attaché à l'absence du facteur n'est pas l'inverse de celui attaché à la présence du facteur.

Rapport de chances ou odds ratios

Dans certaines études, c'est plutôt le rapport de chances qui est calculé et sur lequel les interprétations vont être focalisées. Celui-ci a deux avantages : il est calculable lorsque la prévalence d'une maladie ne peut être évaluée de manière à représenter la prévalence en population, ce qui signifie qu'il peut tout aussi bien être calculé dans le cadre des études de type « cas-témoins », où le nombre d'individus ayant des idées suicidaires ou bien ayant réalisé une tentative de suicide ou encore étant décédés par suicide est déterminé par avance par rapport au groupe de référence. Les intervalles de confiance sont par ailleurs directement issus de la mise en œuvre de régressions logistiques.

Le rapport de chances peut être obtenu à partir de la relation suivante :
OR= R1/(1-R1)/R0(1-R0) = RR*(1-R0)/(1-R1)
où R1 est le risque de développer des idées suicidaires, de réaliser des tentatives de suicide ou de décéder par suicide dans le groupe exposé au facteur de risque, R0 est le risque dans le groupe de référence (les individus non exposés) et RR est le risque relatif (c'est-à-dire le ratio entre le risque de développer des idées suicidaires, de faire une tentative de suicide ou de mourir par suicide, dans la sous-population d'individus exposés et dans la sous-population des individus non exposés).

Fraction attribuable

Le concept de fraction attribuable ou de risque attribuable à la population (*Population attributable risk,* PAR)[12] a été introduit par M. L. Levin (1953) il y a plus de cinquante ans pour quantifier l'impact du tabagisme sur l'occurrence du cancer du poumon et, au fur et à mesure du temps, cette mesure est devenue très utilisée pour évaluer les conséquences de l'association entre un facteur de risque et une maladie au niveau d'une population (Benichou, 2001). La fraction attribuable est la part du risque d'une maladie, d'un événement ou d'un résultat dans une population qui peut être attribuée aux effets supposés causals d'un facteur de risque ou d'un ensemble de facteurs. Elle peut être déduite en soustrayant le taux de « résultat » (en général, l'incidence ou la prévalence sur une période donnée d'une maladie, une tentative de suicide par exemple ou la mortalité par suicide) parmi les individus non exposés à partir du taux des individus exposés (Last, 1988).

La fraction attribuable (FA) peut être formulée de la façon suivante :
FA= (Pr (D)-Pr(D/E)/Pr(D))
où Pr(D) est la probabilité de maladie ou d'événement dans la population où certains individus sont exposés au risque et d'autres ne le sont pas et Pr (D/E) est la probabilité hypothétique de maladie ou d'événements dans la même population mais avec tous les facteurs de risque éliminés (Benichou, 2001, p. 195). On suppose que le facteur de risque considéré est indépendant des autres facteurs qui influencent le risque d'événement, de sorte qu'il est possible de changer les distributions dans la population du facteur de risque considéré (Rockhill *et al.* 1998). L'usage de la FA est fondé sur une hypothèse selon laquelle il y aurait une relation causale entre le facteur de risque et la maladie ou l'événement, et sur le fait que l'élimination de ce facteur de risque sera suivie par une baisse immédiate du risque d'événement (pour ceux préalablement exposés) au niveau de risque de ceux non exposés au facteur de risque (Krysinska, Martin, 2009).

Une autre manière de présenter le calcul de fraction attribuable est également proposée. Ainsi, si Pe représente la prévalence d'exposition du risque dans une population donnée sur une période donnée, c'est-à-dire la proportion de la population exposée à ce risque et RR est le risque relatif prenant en compte les facteurs de confusion potentiels (c'est-à-dire les facteurs susceptibles de modifier l'association entre le facteur de risque et le résultat à étudier, par exemple le comportement suicidaire) ou encore risque relatif ajusté, alors FA= Pe(RR-1)/(1+ Pe(RR-1).

12. Plusieurs autres termes que celui de PAR ont été utilisés comme celui de PAF (la fraction attribuable à la population, *population attribuable fraction*), la part de risque attribuable à la population (*population attribuable risk proportion*), le pourcentage de risque attribuable (*attribuable risk percentage*), de fraction étiologique (*etiologic fraction*) (Benichou *et al.*, 2001 ; Rockhill *et al.*, 1998). Certains des termes reposent sur des hypothèses spécifiques (comme la fraction étiologique qui repose sur des hypothèses biologiques). Les concepts de PAR et de PAF sont souvent utilisés de manière interchangeable.

Dans ce cas, la valeur de la fraction attribuable ou de risque attribuable à la population dépend à la fois de la force de l'association entre l'exposition au facteur de risque et l'événement, et de la prévalence de l'exposition dans la population sur une période donnée. En conséquence, si un événement ou un résultat est statistiquement rare en termes de prévalence dans la population, un haut niveau de FA pour un facteur de risque donné pourrait signifier que seulement quelques cas pourraient faire l'objet d'une prévention, même si la force de l'association entre ce facteur et l'événement est importante. Inversement, si un événement ou un résultat sont communs à une part importante de la population, la prévention auprès de cette population pourrait être efficace même si la force de l'association est relativement faible.

Les estimations de FA dépendent aussi de la distribution de l'exposition (et des facteurs de confusion, voir ci-après) qui varie dans différents sous-groupes de populations et dans le temps (Walter, 1976 ; Krysinska, Martin, 2009).

Une des limites de l'application de la méthode des fractions attribuables réside dans l'interprétation causale quasi systématique qui en est faite. En toute rigueur, une telle interprétation ne peut être réalisée ; elle peut être seulement suggérée étant donné les connaissances accumulées. En outre, l'interaction entre différents facteurs ne peut être analysée par recours à cette méthode.

Interprétation des études et concepts liés aux facteurs de risque

Au cours des études épidémiologiques où est évaluée l'importance des facteurs de risque, une attention doit être portée au rôle que chaque facteur peut avoir dans le processus suicidaire et conduire *in fine* à la mort par suicide ou à des comportements à risque de suicide. Ces rôles peuvent être identifiés techniquement (facteurs de confusion, facteurs d'interaction) ou par l'analyse plus clinique et interprétative des mécanismes qui mènent au suicide ou qui soutiennent les comportements suicidaires (facteurs favorisants ou précipitants).

Facteur de confusion

On parle de facteur de confusion pour tout facteur lié à la fois à la pathologie ou au résultat étudié (dans notre cas le suicide, la tentative de suicide ou les idées suicidaires) et au facteur de risque ciblé. Un facteur de confusion sera lié à un facteur de risque indépendamment du résultat étudié (suicide, tentative de suicide ou idées suicidaires) et ce même facteur de confusion sera lié au résultat (suicide, tentative de suicide ou idées suicidaires) indépendamment du facteur de risque ciblé. Cette situation tend à « déformer » le lien existant réellement entre le résultat et le facteur de risque étudié. Par exemple, on sait qu'il y a une association entre un

épisode dépressif caractérisé et la tentative de suicide. L'association entre l'épisode dépressif caractérisé et la tentative de suicide peut ainsi être influencée par des événements traumatisants qui se sont produits dans l'enfance (lesquels apparaissent alors comme un facteur de confusion).

Ces facteurs de confusion doivent être maîtrisés dans les analyses. En général, plus les causes d'une maladie ou d'un résultat ciblé en épidémiologie sont connues, plus les chercheurs identifieront un nombre potentiellement important de facteurs de confusion.

Facteur d'interaction

On parle d'interaction entre deux facteurs A et B quand l'effet du facteur A sur la variable à expliquer va dépendre de la valeur du facteur B.

Lorsqu'un modèle multivarié final est obtenu, on vérifie l'absence d'interaction entre les variables du modèle. On introduit alors des termes croisés (par exemple un produit de deux variables) dans le modèle et on vérifie leur non-significativité. Lorsque ces termes apparaissent significatifs, il convient de les interpréter dans l'analyse.

Dans le cas du suicide, l'effet d'un médicament psychotrope contre la dépression sur le risque de suicide peut être modifié par l'existence de comportements à risque (telle la prise d'alcool par exemple). Il y a effet d'interaction entre le traitement et la prise d'alcool.

Facteurs favorisants ou précipitants

Les facteurs favorisants sont des facteurs que nombre d'analyses menées identifient comme facteurs de vulnérabilité[13]. Certains auteurs utilisent également de manière proche le terme de facteurs distaux pour identifier des facteurs qui ont pu prédisposer l'individu à une certaine vulnérabilité aux comportements suicidaires[14].

Les facteurs précipitants ou déclenchants sont des facteurs pouvant précipiter le geste suicidaire sur un terrain de vulnérabilité.

13. Ainsi, les événements traumatisants dans l'enfance qui peuvent être un facteur de confusion dans des analyses de risque relatif, constituent également un facteur favorisant des comportements suicidaires, du fait d'une certaine vulnérabilité qu'ils ont introduite chez l'individu durant l'enfance.
14. La vulnérabilité aux comportements suicidaires est au cœur de l'analyse développée par Philippe Courtet figurant dans ce dossier.

D'autres facteurs sont plus difficiles à identifier comme les facteurs dits de médiation – terme qui n'est pas véritablement consacré dans la littérature épidémiologique – qui sont des facteurs tels qu'aucune association ne peut être trouvée directement entre ce facteur et le comportement suicidaire mais qui peuvent être l'intermédiaire sans l'intervention duquel un autre facteur n'aurait que peu d'action. Ces facteurs s'apparentent aux facteurs d'interaction mais ne relèvent pas nécessairement de caractéristiques individuelles. Ils sont souvent impliqués dans les analyses écologiques mêlant données agrégées et données individuelles sur le suicide. On peut citer par exemple la faible densité des services médicaux qui peut catalyser l'effet des troubles psychiatriques dont seraient porteurs certains individus.

Les analyses écologiques

D'autres méthodes peuvent être utilisées notamment dans les études dites écologiques, c'est-à-dire des études qui évaluent les facteurs de risque sur des données plus agrégées (comme l'analyse de facteurs liés aux zones de résidence). Certaines études sont parfois combinées avec des données individuelles. Une étude écologique est une étude épidémiologique visant à identifier les variations de l'occurrence d'une maladie dans l'espace (et le temps éventuellement) et à les relier à un environnement, socio-économique le plus souvent. Dans ces analyses, les critères étudiés concernent une population située dans un contexte donné plutôt que des individus. La plupart du temps, la variable d'agrégation est une variable géographique. Dans de nombreux travaux écologiques, les études empiriques se traduisent par la mise en œuvre de modèles multiniveaux[15].

Par exemple, une étude écologique peut étudier l'association entre l'habitat urbain ou rural et les décès par suicide dans des zones géographiques en prenant les statistiques agrégées de chaque zone et non pas en étudiant tous les individus. Une étude écologique est souvent considérée comme comportant un certain nombre de biais par rapport à d'autres types d'études épidémiologiques, comme les études de cohorte ou les études cas-témoins, à cause des biais dits d'erreurs écologiques. Le biais écologique est en fait un biais habituel inhérent aux études réalisées sur données agrégées. Il peut entraîner une erreur d'estimation concernant le degré d'association entre l'exposition à une maladie et l'effet.

15. Une modélisation multiniveaux peut être mise en œuvre dans le cadre d'une analyse écologique où il s'agit de voir comment des données agrégées (ex : le taux de suicide) peuvent être influencées par des variables prenant en compte l'effet du contexte (ex : la prévalence des comportements alcooliques ou d'autres facteurs de risque par zone). Les modèles multiniveaux sont une extension de la régression multiple tels qu'ils autorisent, dans l'équation du modèle de régression – où la variable dépendante représenterait par exemple le taux de suicide dans une population donnée –, l'addition d'un résidu spécifique au niveau hiérarchique représentant le contexte noté u_j (en supplément donc du résidu associé au résultat de l'individu dans ce contexte particulier noté e_{ij}).

Ce biais peut en fait résulter :

• du biais d'agrégation : les individus qui ont présenté un effet ne sont pas forcément ceux qui ont été exposés à la maladie (il existe une erreur de classification aléatoire par rapport à l'exposition qui entraîne une surestimation ou une sous-estimation de l'association entre l'exposition à la maladie et l'effet) ;

• du biais de spécification, ou biais de confusion écologique[16]. Par exemple, une fréquence plus élevée de suicides dans une zone donnée peut être liée au fait qu'il y a davantage de sujets alcooliques dans cette zone que dans une autre zone avec un taux de suicide moindre. Ainsi, ce ne serait pas les caractéristiques de la zone en elle-même qui expliqueraient le niveau élevé du taux de suicide dans la région mais le fait que beaucoup d'individus y résidant sont alcooliques ; l'alcoolisme étant un facteur de risque de suicide[17].

16. Un exemple classique d'un tel biais peut être trouvé au détour des analyses de Durkheim (1897) sur le suicide où le sociologue fait le constat d'un taux de suicide plus élevé dans les États germaniques catholiques au XIXe siècle. Ceci n'est pas lié au fait que les catholiques se suicideraient davantage mais au fait que les protestants se suicident davantage dans les États à prédominance catholique (Selvin, 1958).

17. Si on adopte une modélisation multiniveaux, cela pourrait signifier que la zone géographique n'est pas le seul niveau à cibler. Une autre variable de contexte, déterminée à un niveau hiérarchique plus petit, tels les quartiers, pourrait peut-être permettre de mieux comprendre l'existence de tels comportements dans la zone spécifiée.

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS P.61

BILAN DES PLANS D'ACTIONS

DONNÉES LOCALES P.177

FICHES P.411

ANNEXES P.461

Bilan des plans d'actions

DGS, MSA, DAP

Depuis près de 20 ans, la prévention du suicide est inscrite au cœur des politiques publiques. Après un premier plan en 1998, une stratégie nationale d'actions face au suicide est lancée en 2000 avec quatre axes prioritaires autour d'un meilleur dépistage des risques suicidaires, d'une diminution de l'accès aux moyens létaux, d'une amélioration de la prise en charge des personnes en crise suicidaire et de l'accompagnement des familles, et d'une meilleure connaissance de la situation épidémiologique du suicide en France. Cette politique active s'est poursuivie par le Programme national de prévention du suicide (2011-2014) dont les grandes lignes et le bilan réalisé par la Direction générale de la santé, sont détaillés ici. Fruit d'une collaboration interministérielle, ce programme national s'est articulé avec d'autres plans dont le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole et le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral de 2009, présentés ci-après.

Le Programme national de la prévention du suicide (2011-2014), piloté par la Direction générale de la santé (DGS), s'appuie sur un partenariat multiple qui lui permet de couvrir un champ très large tant en termes de domaines d'intervention que de publics visés. Une synthèse du « bilan du Programme national d'actions contre le suicide » est parue en juin 2015[1]. Elle résume pour chacun des six axes du programme, « Développement de la prévention et de la postvention » (axe 1), « Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire » (axe 2), « Information et communication autour de la prévention du suicide » (axe 3), « Formation des professionnels » (axe 4), « Études et recherche » (axe 5), « Animation du programme au niveau local » (axe 6), les principales actions mises en œuvre de 2011 à 2014 et en précise les pilotes et autres intervenants.

L'axe 1, « Développement de la prévention et de la postvention », concentre près de la moitié des 49 actions entreprises dans le cadre du plan, la plupart étant pilotées

1. Le bilan réalisé par la Direction générale de la santé est disponible *in extenso* à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). C'est dans ce cadre qu'a été mis en place un processus de professionnalisation des dispositifs d'intervention à distance, via la création du label de qualité de l'INPES, « Aide en Santé ». Les actions de prévention ont plus particulièrement visé les populations à risque, en luttant contre l'isolement social et en s'appuyant sur les relais que peuvent constituer certains professionnels en contact avec des publics spécifiques (personnels des établissements pénitentiaires ou des établissements pour personnes âgées, responsables de sites Internet…). Les actions de prévention passant par la limitation de l'accès aux moyens létaux sont, en raison de leur complexité, moins avancées.
Comme l'axe 1, l'axe 2 « Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire » concerne en priorité les personnes les plus exposées (personnes en situation de précarité, jeunes…). De même, les actions de « formation des professionnels » (axe 4) s'adressent à la fois au personnel soignant et au personnel des milieux professionnels en contact avec les populations cibles des axes 1 et 2 (enseignement, milieu carcéral…).
L'axe 3, « Information et communication autour de la prévention du suicide », et l'axe 5, « Études et recherche », s'intéressent à la fois à la population générale et à des populations spécifiques.
Enfin, l'axe 6 met l'accent sur la nécessité de décliner à un niveau local les différentes actions entreprises au plan national dans le cadre des 5 premiers axes. Cette animation du programme au niveau local s'appuie essentiellement sur le réseau des agences régionales de santé.

Le bilan du Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole passe en revue les actions entreprises dans le cadre des trois axes de son plan national d'actions contre le suicide.
L'axe 1, « Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole », qui apparaît comme une déclinaison de l'axe 5 du programme national de la DGS, a débouché sur une étude, menée en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), sur la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants.
L'axe 2, « Mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse », s'inscrit dans les objectifs de l'axe 1 du programme national « Développement de la prévention et de la postvention ». Il a abouti à la mise en place, en octobre 2014, d'un numéro national d'appel pour les ressortissants agricoles dont le déploiement s'est poursuivi au cours de l'année 2015.
L'axe 3, qui consiste en la création de cellules de prévention dans chaque MSA est une autre déclinaison du même objectif de développement de la prévention du suicide, sous une forme particulièrement innovante, avec en particulier la mise en place d'un réseau de « sentinelles », composé de bénévoles d'origines diverses.

L'administration pénitentiaire resitue son Plan 2009 d'actions de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral dans le cadre global de la politique de prévention du suicide qu'elle mène depuis 1967.
Le Plan 2009 s'articule autour de cinq axes qui précisent des domaines d'intervention – formation du personnel pénitentiaire (axe 1), application des mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire (axe 2) et lutte contre le sentiment d'isolement du quartier disciplinaire (axe 4) – ou des modalités de mise en œuvre des actions de prévention : développement de la pluridisciplinarité (axe 3) et mobilisation de l'ensemble de la communauté carcérale (axe 5).
Certaines actions sont détaillées comme les dispositifs de limitation des moyens létaux, consistant en une dotation de vêtements déchirables et jetables pour les détenus et un aménagement de cellules spécifiques (mis en place dans le cadre de l'axe 2), l'instauration de codétenus de soutien, qui fait écho au réseau de « sentinelles » de la MSA et qui répond à l'objectif de mobilisation de la communauté carcérale porté par l'axe 5 du plan, tout comme l'adoption de protocoles d'échange d'informations entre services du ministère de la Justice : services pénitentiaires, de la protection judiciaire de la jeunesse et autorités judiciaires...

La ministre chargée de la Santé a annoncé, en décembre 2014, la poursuite de la politique de prévention avec un nouveau programme national d'actions. La MSA annonce également un nouveau plan de prévention du suicide pour 2016-2020 et l'administration pénitentiaire la mise en œuvre, courant 2016, des recommandations issues de l'audit interne du plan d'actions, réalisé par le ministère de la Justice au cours du 1er semestre 2015.

1. Le Programme national de prévention du suicide (2011-2014)

Fort de son périmètre interministériel, le Programme national de prévention du suicide (2011-2014), riche et diversifié, a couvert un champ continu, de la prévention à la prise en charge, incluant la recherche. Piloté par la Direction générale de la santé, il s'est appuyé sur un comité national de pilotage et sur un partenariat multiple.

Il s'est articulé à d'autres plans tels que le Plan de 2009 d'actions de prévention du suicide des personnes détenues du ministère de la Justice, le Plan stratégique de prise en charge des détenus (2010-2014), le Plan national d'actions contre le suicide de la Mutualité sociale agricole (MSA) 2011-2014, le plan Santé au travail (2010-2014), et à certaines actions du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.
L'axe 1, orienté sur **le développement de la prévention et de la postvention**, comportait le plus grand nombre d'actions. Il s'est fortement appuyé sur l'Institut national

de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui a piloté la déclinaison de près d'un tiers des actions de cet axe.
Les dispositifs d'intervention à distance ou lignes d'appel, reconnus par la littérature internationale comme interventions probantes, se sont professionnalisés avec la mise en place d'un processus de labellisation (SOS Amitié a été le premier attributaire, en novembre 2014, du nouveau label de qualité de l'INPES « Aide en santé »).
D'autres outils tels que des brochures d'information, un numéro cristal, des cartes com'thématiques, des publications scientifiques et de vulgarisation sur les interventions efficaces, ou des actions de promotion de la santé mentale et prévention du suicide, ont été mis en place.

Par ailleurs, des actions de prévention de l'isolement social et de la détresse psychique de certains publics fragiles ont été menées : soutien et renforcement des groupements d'entraide mutuelle, actions à destination des personnes sourdes et malentendantes, outils pour prévenir les comportements homophobes et leurs conséquences sur les jeunes…
De même, ont été réalisées des actions de prévention du suicide en milieu institutionnel : milieu carcéral, établissements ou services intervenant auprès des personnes âgées. Elles visaient à renforcer la collaboration entre les professionnels et à améliorer les pratiques professionnelles, notamment autour de la dépression chez le sujet âgé.

S'agissant des moyens de communication (Internet en particulier, très utilisé par les jeunes), des travaux ont été menés avec les responsables de sites Internet tels que Doctissimo ou encore Skyrock ; leurs modérateurs et administrateurs de forums ont été sensibilisés à la question du suicide dans le cadre d'un partenariat avec une association, ce qui à permis de multiplier par deux les signalements.

Enfin, la limitation de l'accès aux moyens létaux a sans doute été la mesure la plus complexe à mettre en œuvre. Des campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques encourus par la détention d'armes à feu ont été menées, notamment auprès des chasseurs (diffusion de plaquettes et introduction d'éléments de sensibilisation dans les ouvrages spécialisés comme le *Petit livre vert*, ou le *Guide des armes de chasse* en complément). En revanche, le projet de réaliser une cartographie des lieux à risque (notamment les voies ferrées) pour sécuriser des lieux de passage à l'acte suicidaire n'a pas pu être mené à bien en raison de sa complexité. Il en est de même concernant la proposition de dispensation à l'unité de certains médicaments psychotropes. Des marges de progrès restent sans doute à explorer pour ce type d'interventions reconnues, elles aussi, comme prometteuses par la littérature internationale.

L'axe 2 relatif à l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire a permis de mettre en place des interventions auprès de publics spécifiques : les adolescents et les personnes en situation de précarité. Pour ces dernières, des dispositifs dédiés à la coordination psychiatrique et somatique ont été renforcés, avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en milieu psychiatrique et les équipes mobiles en psychiatrie précarité (EPP). Enfin, en lien avec le plan Santé au travail, au niveau des entreprises, le repérage et la prise en charge de la souffrance au travail ont été pris en compte dans le cadre plus global de la qualité de vie au travail.

L'axe 3 portait sur l'information et la communication autour de la prévention du suicide. L'INPES a été très impliqué dans la mise en œuvre de cet axe. Une campagne d'information du grand public sur les facteurs de risque de suicide a été déployée, ainsi que la diffusion d'un guide, *La dépression, en savoir plus pour en sortir*, réactualisé en partenariat avec le Psycom (organisme public d'information). D'autres outils pour prévenir des addictions à destination des adolescents et des parents ont vu le jour (Guide d'aide à l'arrêt du cannabis, synthèse de la littérature portant sur les interventions de prévention des addictions et consommations chez les jeunes...). La mise en œuvre de cet axe a été particulièrement soutenue par la Direction générale de la santé qui contribue au financement d'actions d'information et de communication, menées par des associations nationales comme le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS), SOS Amitié ou la Fédération européenne vivre son deuil (FEVSD).

Une action innovante (« Papageno ») a également été engagée avec succès auprès des étudiants en journalisme, initiée par la Fédération de recherche en santé mentale du Nord - Pas-de-Calais (F2RSM), en partenariat avec l'École supérieure de journalisme de Lille (ESJ) et le GEPS. Sous la supervision d'experts, cette action qui sera, à terme, menée auprès de 19 écoles de journalisme, consiste à proposer un regard différent, moins stigmatisant, sur la maladie psychiatrique et à communiquer de façon moins « sensationnelle » sur les actes suicidaires.

L'axe 4, sur la formation des professionnels, a été très largement déployé et a revêtu de nombreuses modalités : formations de formateurs, formations de certaines catégories de professionnels ou formations pluridisciplinaires... Ainsi, pour les professionnels de l'Éducation nationale, les enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire ont été complétés par l'édition de guides (*Guide de repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*, *Une école bienveillante face au mal-être des élèves*) diffusés auprès des équipes éducatives des collèges et lycées. En milieu pénitentiaire, des sessions de formations pluridisciplinaires sont proposées aux personnels des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Pour les personnels soignants, l'Agence nationale pour

la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) organise, dans le cadre de la formation continue, des sessions de formation à la crise suicidaire. Enfin, dans le milieu de l'entreprise, la formation proposée porte plus globalement sur la santé au travail et l'exposition aux facteurs des risques psychosociaux liés à l'entreprise.

Le programme de formation structurant s'appuie sur un référentiel (Seguin/Terra) qui permet de former des personnes-ressources (psychiatres/psychologues) à l'intervention de la crise suicidaire. Ce programme est toujours actif et principalement déployé en région.

L'axe 5, spécifique aux études et la recherche, visait à améliorer la qualité des données et du suivi des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide, en population générale et selon des lieux de vie spécifiques. Il a été piloté par l'InVS et la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Une dynamique de travail a également été engagée entre l'administration pénitentiaire et l'InVS afin de mieux appréhender les données de décès par suicide en détention, à partir des certificats de décès, dont le rapport est à paraître. Par ailleurs, les différentes actions de surveillance et de suivi des indicateurs du suicide et des tentatives de suicide inscrites dans le programme national se poursuivent et s'enrichissent dans le cadre du groupe de travail « Surveillance » de l'Observatoire national du suicide piloté par l'InVS.

La recherche, quant à elle, se développe. La prévention du suicide devient une priorité nationale des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). La création de l'Observatoire national du suicide devrait donner davantage de visibilité aux travaux de recherche, puisqu'il a notamment pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide.

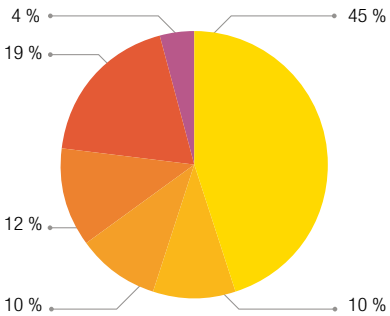
Enfin, l'axe 6 portait sur l'animation du programme au niveau local. Les agences régionales de santé, très actives depuis de nombreuses années dans la mise en œuvre de la politique de prévention du suicide ont assuré la coordination des acteurs pour la mise en œuvre d'actions adaptées aux spécificités régionales. Elles ont également intégré la thématique du suicide dans le volet santé mentale de leurs projets régionaux de santé. Leurs actions se sont principalement structurées autour d'une dynamique de formation et de travail en milieu scolaire. Des actions innovantes, soit en population générale (initiatives de recontact de personnes ayant effectué une tentative de suicide, partenariats avec des délégations régionales de la Mutualité française, mobilisation des contrats locaux de santé…), soit auprès de populations spécifiques (personnes âgées, femmes victimes de violence, jeunes homosexuels) ont été également mises en œuvre.

Pour en savoir plus :
Se reporter à la synthèse des initiatives régionales contre le suicide :
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

Il importe de signaler que la période de mise en œuvre du Programme national d'actions contre le suicide a coïncidé avec la création des agences régionales de santé, leur montée en charge sur leurs différentes missions, ainsi que la mise en place de leur pilotage, confié au Secrétariat général des ministères sociaux, facteurs qui ont pu impacter les diverses politiques régionales de santé publique.

Le Programme national d'actions contre le suicide a impliqué la mobilisation d'un nombre important de partenaires institutionnels (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs, tant au niveau local que national. Le présent bilan est réalisé à partir des contributions de chacun des pilotes d'actions.

Les 49 actions étaient regroupées autour des six axes suivants[2] :



- **Axe 1 :** le développement de la prévention et de la postvention
- **Axe 2 :** l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage
- **Axe 3 :** l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide
- **Axe 4 :** la formation des professionnels
- **Axe 5 :** le développement des études et de la recherche
- **Axe 6 :** le pilotage et l'animation du programme

2. Le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole

Le Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole (MSA) est le volet du Programme national d'actions contre le suicide de la Direction générale de la santé (DGS) relatif au monde agricole. Il comporte trois axes :

2. Extrait du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 – juin 2015 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

• **Axe 1 :** Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole ;
• **Axe 2 :** Mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse ;
• **Axe 3 :** Créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

Dans le cadre de l'axe 1, l'action principale, menée en partenariat avec l'InVS, est d'analyser la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants (chefs d'exploitations agricoles et les collaborateurs d'exploitation). L'objectif est de décrire périodiquement la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants, selon des variables démographiques et professionnelles, et d'en suivre l'évolution. La première analyse a été réalisée sur 3 ans (2007-2008-2009). Les premiers résultats ont été publiés en octobre 2013. L'InVS publiera très prochainement les données relatives aux années 2010-2011. Une récente convention financière signée avec l'InVS complétera l'étude menée sur les non-salariés agricoles, par une étude sur les salariés agricoles.

Dans le cadre de l'axe 2, les travaux entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les associations d'aide en ligne (SOS Amitié, SOS Suicide Phénix), la DGS, le ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire (MAAPRAT) et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ont abouti au lancement, le 13 octobre 2014, d'un numéro national d'appel pour les ressortissants agricoles : Agri'écoute.
Accessible au 09 69 39 29 19, il permet à ses ressortissants de contacter, à tout moment, 24 heures/24 et 7 jours/7, des écoutants formés aux situations de souffrance ou de détresse. La MSA fait appel aux associations partenaires, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix, ainsi qu'à l'INPES, pour assurer la mise en œuvre et la gestion de la plateforme technique. Vingt postes d'écoute sont reliés à ce jour au numéro d'appel. Le service devrait être prochainement étendu à une cinquantaine de postes.

29 MSA sur 35 ont relayé la campagne de communication nationale élaborée par la CCMSA, avec 22 000 dépliants et 320 affiches distribués. Depuis l'ouverture de la ligne en octobre 2014, Agri'écoute a enregistré 1 118 appels, avec des durées moyennes d'appels de 9 à 10 minutes. De janvier 2015 au 2 août 2015, les appels ont eu lieu tous les jours de la semaine. Ils sont beaucoup plus nombreux les lundis et les mercredis (160 et 101) que les autres jours (45 à 60). La durée des appels est plus longue le week-end, 17 minutes en moyenne, contre une durée moyenne de 8 minutes en semaine. Le créneau horaire de 12 heures à 16 heures est privilégié.

Dans le cadre de l'axe 3, la création des cellules de prévention constitue une action innovante. Les cellules pluridisciplinaires de prévention ont trois missions : détecter, accompagner et orienter.

Elles sont composées de différents services : action sociale, santé sécurité au travail, contrôle médical/médecine préventive, services techniques.

Dans le cadre de la mise en place de ces cellules, il a été nécessaire :
- de former les personnels : les membres de la cellule pluridisciplinaire de prévention mais aussi le personnel MSA en contact avec les assurés ;
- de définir une gestion de l'urgence : que fait-on face à une personne en crise suicidaire ?
- de rédiger une charte de confidentialité secret professionnel/secret partagé.

Le nombre de cellules actives en 2014 était de 31. Le « guichet unique » de la MSA permet un travail en pluridisciplinarité : assistants sociaux, médecins du travail, médecins-conseil, services administratifs, pour analyser et poser un diagnostic sur les difficultés des personnes. Certaines cellules collaborent avec des psychologues en interne. La moitié des cellules travaillent également avec un réseau de professionnels extérieurs à la MSA, psychologues et psychiatres.

Les évaluations de l'activité des cellules, réalisées depuis 2012, mettent en avant une montée en charge importante du dispositif, avec 1 009 situations détectées en 2014, contre 838 en 2013 et 408 en 2012. Dans 83 % des cas, il s'agit de l'accompagnement de nouvelles situations ; dans 30 % des cas, ce sont des situations urgentes avec des risques suicidaires. Les principaux déterminants cités sont les difficultés économiques, l'isolement, la crise dans le secteur d'activité, les conditions de travail et les crises familiales. Les exploitants agricoles sont les plus concernés par ces situations à risque, avec 74 % des cas (68 % en 2013 et 73 % en 2012) contre 22,1 % (25,6 % en 2013 et 22 % en 2012) pour les salariés agricoles.
Les cellules touchent autant les hommes que les femmes puisque l'on retrouve 73 % d'hommes parmi les personnes concernées par une situation à risque, ce qui correspond à la part qu'ils occupent dans le secteur de l'agriculture.
Il est important de souligner que cela représente un total de 1 489 situations accompagnées cumulées depuis 2012.

Ces cellules sont à l'origine de la construction d'un réseau de sentinelles composé de bénévoles d'origines très diverses : élus MSA sur les territoires, entourage, famille, soignants paramédicaux locaux, médecins généralistes, etc. Des sessions de sensibilisation à la crise suicidaire ont été organisées dans les caisses avec des intervenants extérieurs pour tous les bénévoles « sentinelles », le plus souvent avec les psychologues ou les psychiatres locaux. Cette mise en œuvre des cellules et des sentinelles a permis de créer de véritables réseaux partenariaux.
C'est ce réseau de sentinelles qui constitue la richesse des cellules et qui contribue à leur efficacité. Sans cette détection multisources, les cellules ne pourraient pas identifier les personnes en difficulté.

Les membres des cellules ont été formés au fil du temps et les élus MSA ont été sensibilisés. Il convient de souligner ici le rôle primordial de ces derniers dans la détection des situations à risque et le maillage du territoire à cette fin. Des partenariats ont été mis en place avec des psychologues, des associations, des institutions (agences régionales de santé)...

Conclusion

Ce plan permet une forte mobilisation des Mutualités sociales agricoles en faveur de la prévention du suicide. Il a prouvé la nécessité et l'utilité d'une démarche pluridisciplinaire et transversale. Il a fédéré les équipes, mis en valeur le travail des cellules et l'efficacité d'un travail en réseau, avec des personnels et des élus MSA motivés, formés et des partenaires impliqués. Les MSA mobilisent des personnes non spécialisées (les sentinelles) dans la gestion de la crise suicidaire. Ce qui semble permettre de repérer des hommes en risque suicidaire, ce qui est rare, car les dispositifs sont généralement plus efficaces pour repérer en population générale des femmes en risque suicidaire. Il a également mis en valeur la prise en charge globale de la personne et de son environnement et l'adaptation de la prévention aux contextes locaux.

Le projet de plan de prévention du suicide de la MSA 2016-2020 est en cours de préparation.

3. La politique de prévention du suicide des personnes détenues

Historique de la politique de prévention du suicide des personnes détenues

Depuis 1967, date de la première circulaire en la matière, l'administration pénitentiaire mène une politique volontariste de prévention du suicide des personnes détenues. D'autres notes ou circulaires ont suivi, notamment la note du 12 novembre 1991. Intervenue dans un contexte de hausse des suicides, elle démontrait une volonté ancienne d'associer l'ensemble des intervenants et des personnalités extérieures dans la définition d'une politique de prévention efficace.

Cette volonté d'association a été reprise en 1995 avec la mise en place d'un groupe de travail composé notamment de représentants du ministère de la Santé, dont le rapport de mai 1996 a constitué le point de départ d'une série d'expérimentations

permettant la définition d'un plan d'actions formalisé par la circulaire du 29 mai 1998. Cette circulaire marque une étape importante dans la mobilisation de l'institution et de ses personnels face aux suicides. Confrontée à un nombre élevé de suicides deux années de suite (avec le triste record de l'année 1996 : taux de 24,4 pour 10 000 détenus), l'administration pénitentiaire rappelle que s'il n'y a pas « de solution unique et radicale » face au problème du suicide, une politique de prévention « n'est légitime et efficace que si elle cherche, non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie ». Elle revient sur l'idée que le suicide est le dernier acte de liberté d'une personne détenue et qu'on ne doit « pas contraindre le détenu à ne pas mourir ». Plus classiquement, la circulaire reprend les conclusions du groupe de travail de 1996 sur la phase d'accueil et les nombreuses nouvelles mesures à prendre pour prévenir le choc carcéral, le caractère exceptionnel de la mise en prévention au quartier disciplinaire et la prise en charge individualisée des personnes détenues ayant commis un acte auto-agressif quelle qu'en soit la gravité. Enfin, la circulaire trace les grandes lignes d'une politique de postvention efficace (en direction de la famille, des personnels mais aussi des codétenus).

L'administration pénitentiaire a considérablement renforcé son action depuis 2002, avec la signature de la circulaire interministérielle de prévention du suicide en établissements pénitentiaires du 26 avril 2002, et en 2004 à la suite du rapport du professeur Jean-Louis Terra, expert international sur la question de la prévention du suicide. Ce rapport relatif à la prévention du suicide des personnes détenues, demandé par les ministres de la Santé et de la Justice en 2003, avait pour vocation d'évaluer les actions mises en place et de développer un programme complet de prévention. En application des préconisations développées dans ce rapport, des orientations novatrices ont été mises en œuvre au début de l'année 2004 par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé.

Trois grands axes d'actions ont alors été retenus :
- la formation initiale et continue des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire, dont la mise en œuvre a entraîné de nouvelles pratiques professionnelles, notamment lors de l'accueil des personnes détenues dans les établissements ou encore au moment de leur placement au quartier disciplinaire ;
- l'élaboration, au plan local, de procédures de détection de la crise suicidaire et le déploiement de plans de prévention ;
- la réduction dans la conception des nouveaux établissements des moyens d'accès au suicide (par exemple, « les potences » soutenant les postes TV).

Enfin, une attention particulière a été portée à la prise en charge des familles de personnes détenues suicidées et des personnels témoins de ces suicides.

Malgré les efforts réalisés et une baisse du taux de suicide jusqu'en 2008, la recrudescence du nombre de suicides[3] a conduit la garde des Sceaux à demander à une commission d'experts la réalisation d'un bilan des actions entreprises afin de renforcer les dispositifs mis en place et d'intensifier la lutte contre les suicides en milieu carcéral.

À la suite des recommandations de cette commission, un plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral a été élaboré.

Le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du garde des Sceaux du 15 juin 2009

Le Plan d'actions national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du 15 juin 2009 est toujours appliqué dans l'ensemble des établissements pénitentiaires et services pénitentiaires d'insertion et de probation.

Les 20 mesures du plan d'actions se définissent autour de cinq axes : le renforcement de la formation du personnel pénitentiaire à l'évaluation du potentiel suicidaire, l'application de mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire (cellules de protection d'urgence, dotations de protection d'urgence composées de couvertures indéchirables et de vêtements déchirables et jetables, interphones...), le développement de la pluridisciplinarité, la lutte contre le sentiment d'isolement au quartier disciplinaire (procédure d'accueil, accès au téléphone et mise à disposition de postes radio) et la mobilisation de l'ensemble de la « communauté carcérale ».

Les dispositifs mis en place, généralisant d'anciennes mesures et en expérimentant de nouvelles, sont issus du constat de la nécessité d'une prise en charge de la personne détenue à risque suicidaire par l'ensemble des acteurs de la vie carcérale : personnels pénitentiaires, médicaux, partenaires du ministère de la Justice, intervenants, ainsi que les familles et proches et les codétenus.
La plupart des mesures expérimentales ont été généralisées. La mission de prévention et de lutte contre le suicide (MPLS), créée en 2010 au sein de l'administration pénitentiaire, est chargée de piloter le dispositif de prévention du suicide en milieu carcéral et d'accompagner sa mise en œuvre dans les services déconcentrés.

Le plan d'actions fait l'objet d'un suivi régulier par un groupe de pilotage national coprésidé par le directeur de l'administration pénitentiaire et le professeur Jean-Louis Terra.

3. Au 31 décembre 2008, 115 suicides de personnes écrouées, soit par rapport à 2007, une augmentation de 20 % en chiffres bruts et de 13,6 % du taux de suicide dans la population écrouée.

Focus sur certaines mesures de prévention du suicide des personnes détenues

Les mesures de protection (axe 2)

Une des mesures de protection est la dotation de protection d'urgence (DPU). Ce matériel adapté, composé de couvertures spécifiques indéchirables et de vêtements déchirables et jetables, équipe depuis la fin du premier trimestre 2010 la totalité des établissements pénitentiaires. L'utilisation de la DPU doit être justifiée et limitée dans le temps puisqu'elle répond à un état de situation extrême : risque imminent de passage à l'acte suicidaire et/ou de crise suicidaire aiguë. Ce dispositif ne présente pas de garantie absolue contre un passage à l'acte suicidaire : il ne constitue donc pas un « kit antisuicide », mais a pour objectif de retarder l'issue de la crise suicidaire en raison de la nature des éléments qui le composent.

100 établissements pénitentiaires sont actuellement dotés d'au moins une cellule de protection d'urgence opérationnelle (144 CProU). Une cellule de protection d'urgence est une cellule « lisse », dans laquelle aucun point d'accroche n'existe. La cellule est destinée à accueillir les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible, en raison d'un risque suicidaire imminent ou lors d'une crise suicidaire aiguë, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire, pour une durée limitée (24 heures), dans l'attente d'une prise en charge sanitaire adaptée.

L'arrêté du 23 décembre 2014 portant création de traitements de données à caractère personnel relatif à la vidéoprotection dans les cellules de protection d'urgence est paru au Journal officiel du 28 décembre 2014.

Un nouvel outil a été expérimenté en 2014 au sein de deux établissements pénitentiaires : les cutters de sécurité/protection. Dans des moments nécessitant une action rapide et efficace où un geste adapté peut sauver une vie, le cutter de sécurité/protection est un outil efficace et pratique. Il permet aux personnels de surveillance de couper en toute sécurité des matières pouvant concourir à une tentative de suicide par pendaison, tout en étant compatible avec la sécurité en détention. Une étude d'impact de sa généralisation est en cours.

Le dispositif des codétenus de soutien (axe 5)

Le dispositif des codétenus de soutien (CDS) est l'une des mesures les plus novatrices du plan d'actions du 15 juin 2009. Elle est issue du constat de la nécessaire prise en charge de la personne détenue à risque suicidaire par l'ensemble de la « communauté carcérale ».
L'idée existe depuis de nombreuses années et le projet s'est inspiré des exemples de pays européens qui ont connu une baisse sensible de leur nombre de suicides en

détention après avoir mis en place des politiques actives de prévention comprenant le dispositif de codétenus de soutien (« anges gardiens » en Espagne, *Listeners* – écoutants en Grande-Bretagne).
La mission des personnes détenues appelées « codétenus de soutien » consiste à repérer et écouter les détenus en situation de difficultés ou de souffrance, voire de crise suicidaire, et à les accompagner, s'ils le souhaitent, jusqu'à la sortie de ce passage difficile. Ils agissent dans une posture « contenante » par leur écoute et leur proposition éventuelle de mise en relation avec les différents personnels et services.

L'expérimentation des codétenus de soutien, mise en œuvre depuis 2010 sur trois établissements, a été étendue par décision du garde des Sceaux suite à une évaluation positive menée par une équipe indépendante et pluridisciplinaire de chercheurs universitaires. Ainsi, huit établissements pénitentiaires ont mis en place ce dispositif innovant. Il est désormais étendu aux établissements pénitentiaires qui manifesteront le souhait de l'intégrer comme mesure complémentaire à leur dispositif de prévention du suicide.

La détection du risque suicidaire chez les personnes détenues, notamment dans les périodes les plus sensibles (axes 4 et 5)

Des initiatives visent en outre à améliorer encore la détection du risque suicidaire chez les personnes détenues, notamment dans les périodes les plus sensibles, en particulier à l'arrivée en prison ou lors d'un placement en cellule disciplinaire. Plusieurs moments sont en effet identifiés comme particulièrement fragilisants et présentant un risque de passage à l'acte suicidaire : l'incarcération, les confrontations, le procès, la mise à exécution des peines, les aménagements de peine… À ce titre, une continuité et une traçabilité dans l'échange d'informations entre les différents services relevant du ministère de la Justice sont de nature à améliorer la détection du risque de suicide.

Dans ce contexte, et conformément à la circulaire DAP/DACG/DPJJ du 2 août 2011, des protocoles locaux entre les chefs de juridictions, la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et les chefs d'établissements pénitentiaires ont été signés. Ils ont pour objet la communication de données permettant d'améliorer la détection du risque suicidaire et de prendre en compte plus efficacement l'état réel de la personne détenue à son arrivée dans l'établissement[4].

4. Les différents services qui prennent en charge les personnes détenues ou qui ont pris en charge les personnes en amont de leur détention, depuis la garde à vue, disposent d'une partie de l'information relative à ces personnes.

Un modèle national de protocole local d'échange d'informations entre les différents services relevant du ministère de la Justice a été diffusé début juin 2015 afin d'accompagner et de favoriser la signature des protocoles locaux.

Ces améliorations au dispositif de prévention des suicides prévues dans le plan d'actions de 2009 ont été rapidement mises en place, car les mesures étaient majoritairement d'application immédiate : en matière de formation, de détection du risque suicidaire, de protection des personnes détenues en souffrance, enfin de postvention[5] à l'égard des personnels pénitentiaires, des familles et des codétenus.

Le plan d'actions a permis d'installer durablement une attention particulière autour de cette problématique par l'ensemble des professionnels.
Conjugué aux bénéfices de la certification des procédures d'accueil des arrivants et de l'ouverture des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)[6], le plan d'actions a concouru à contenir le nombre de suicides en détention.

L'évolution en données brutes des suicides en détention est marquée en 2014 par une baisse du nombre de décès par suicide par rapport aux années 2012 et 2013. Le nombre de suicides en 2014 est de 94 en détention et de 16 hors détention (8 sous placement sous surveillance électronique – bracelet électronique –, 4 à l'unité hospitalière spécialement aménagée UHSA, 3 à l'hôpital et 1 en permission de sortie). Le taux global de mortalité par suicide a sensiblement baissé, passant de 18,3 pour 10 000 en 2009 à 13,9 pour 10 000 en 2014

L'administration maintient ses efforts et réinterroge régulièrement ses pratiques pour que la prévention du suicide reste une priorité. Ainsi, six ans après l'adoption du plan d'actions, son évaluation scientifique externe est en cours avec l'appui du Haut Conseil de santé publique. En outre, le plan d'actions a fait l'objet d'un audit interne ministériel au cours du premier semestre 2015. Le rapport définitif a été remis en septembre 2015 et les recommandations seront mises en œuvre courant 2016 avec l'ensemble des partenaires du ministère de la Justice.

Références

- **Observatoire national du suicide (ONS)**, 2014, *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche, 1er rapport*, fiche 8 : « Le suicide des personnes détenues en France », novembre, p. 167-172.

5. Actions mises en œuvre pour réduire l'impact psychologique d'un suicide pour tous ceux touchés ou concernés par cet événement.
6. Ouverture entre 2012 et 2013 de 7 UHSA.

- **Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J.-L.**, 2009, « Suicides en prison : la France comparée à ses voisins européens », *Population et Sociétés*, 462.
- **Duthé G., Hazard A., Kensey A.,** 2014, « Suicides des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Revue Populations,* INED, 69 (4).

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS P.XXX

BILAN DES PLANS D'ACTIONS P.157

DONNÉES LOCALES

FICHES P.411

ANNEXES P.461

SOMMAIRE

Introduction 177

Île-de-France 187
Champagne-Ardenne 197
Picardie 205
Haute-Normandie 214
Centre-Val de Loire 222
Basse-Normandie 231
Bourgogne 240
Nord - Pas-de-Calais 248
Lorraine 257
Alsace 265
Franche-Comté 273
Pays de la Loire 281
Bretagne 291
Poitou-Charentes 301
Aquitaine 309
Midi-Pyrénées 317
Limousin 326
Rhône-Alpes 335
Auvergne 344
Languedoc-Roussillon 352
Provence - Alpes - Côte d'Azur 361
Corse 371
Guadeloupe 379
Martinique 386
Guyane 393
La Réunion 400

Introduction

Christine Chan-Chee (InVS), **Hélène Martineau** (FNORS)

Ce tableau de bord, fruit d'une collaboration entre l'InVS, la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et le CépiDc-Inserm, propose une présentation infranationale des données sur le suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie.

En introduction, les différentes approches mises en œuvre en région pour le suivi épidémiologique des conduites suicidaires sont succinctement décrites à partir d'un panorama des travaux menés principalement par les Observatoires régionaux de santé (ORS) et/ou des équipes de recherche.

Les différentes sources de données utilisées ainsi que la méthodologie pour la construction des indicateurs sont aussi présentées. Toutes les analyses des indicateurs ont été faites par l'InVS.

Le tableau de bord est constitué de fiches régionales[1] présentant les indicateurs de mortalité par suicide en 2012 et d'hospitalisations pour tentative de suicide (TS) en 2013 pour chaque région et département français. Chaque fiche régionale présente :

- le nombre de décès par suicide ;
- les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide ;
- les modes de suicide ;
- le nombre d'hospitalisations pour TS selon l'âge et le sexe ;
- les taux bruts et standardisés d'hospitalisation pour TS ;
- les modes de tentative de suicide.

Certaines fiches régionales sont complétées par une présentation d'études spécifiques, ainsi qu'une bibliographie régionale reprenant les travaux récents.

1. Les résultats sont présentés ici selon l'ancienne carte régionale. Les indicateurs correspondant aux nouvelles régions peuvent être trouvés dans la synthèse.

Panorama des travaux régionaux et infrarégionaux sur le suicide et les tentatives de suicide des Observatoires régionaux de santé

Depuis plus de 40 ans, les Observatoires régionaux de santé (ORS), constitués en association dans leur grande majorité, contribuent par leur mission principale d'aide à la décision à l'observation de la santé en région et à l'accompagnement des politiques régionales de santé, dans leurs dimensions sanitaire, médico-sociale et sociale. Ils sont représentés au niveau national par la Fédération nationale des observatoires régionaux (FNORS) qui, grâce à la base SCORE-Santé[2], vient en appui des travaux des ORS. Le phénomène suicidaire est une problématique traitée par l'ensemble des ORS, dans le cadre de leurs travaux d'observation et de suivi épidémiologique ou à travers des approches plus innovantes, souvent spécifiques à la thématique.

1. Tableaux de bord, portraits de territoires

De façon courante, les ORS produisent des « tableaux de bord » qui présentent des données de santé essentiellement quantitatives, à visée descriptive et comparative dans le temps et entre les territoires. Le phénomène suicidaire peut y être traité de manière spécifique ou intégré dans une approche plus large ayant trait à la santé mentale ou à la santé en général.

Ces travaux sont pour la plupart réalisés à la demande de l'Agence régionale de santé (ARS) ou du conseil régional. Ils s'inscrivent dans les Projets régionaux de santé (PRS), les orientations de la politique régionale définie par le conseil régional ou les déclinaisons régionales du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, qui recommande de disposer d'un état des lieux régional sur le phénomène suicidaire. Ils accompagnent parfois les diagnostics locaux de santé ou des événements spécifiques, en particulier la Journée nationale de prévention du suicide et ses manifestations régionales. À destination des pouvoirs publics, ces travaux visent aussi les professionnels et intervenants régionaux dans le domaine de la prévention. Parfois ponctuels, ils sont souvent reconduits de façon régulière.

Au-delà d'une observation à l'échelon régional voire départemental, les travaux des ORS se déclinent fréquemment à un niveau territorial plus fin : territoire de santé, territoire de proximité, bassin de santé, pays, canton, regroupement de communes ou communes.

2. www.score-sante.org

Dans ces tableaux de bord, les suicides et tentatives de suicide sont décrits à partir de données issues des bases médico-administratives nationales, complétées par des ressources produites au niveau régional voire infrarégional :

- les données de mortalité par suicide produites par le CépiDc-Inserm y sont souvent déclinées à des échelons géographiques les plus fins et présentées par âge, sexe, statut matrimonial, mode de suicide, parfois également selon la saisonnalité, le type d'espace (urbain/rural)...
- les données d'hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) sont également déclinables à un niveau infradépartemental. Elles portent sur les patients ou les séjours et peuvent se décliner par âge, sexe, mode opératoire, diagnostics associés, durée de la prise en charge, mode de sortie, taux de récidive dans l'année. La présentation des données d'hospitalisations en psychiatrie (RIM-P) concernant les patients ayant fait une tentative de suicide enregistrée dans la base est également possible.

De plus, les données issues d'enquêtes réalisées auprès de la population générale, comme celles du Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) contribuent à la production d'indicateurs sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées. Ces prévalences sont disponibles à l'échelle régionale. En 2010, en complément de l'échantillon national, un suréchantillon a été conduit dans neuf régions, souvent en lien avec les ORS, permettant alors des exploitations plus fines de certaines thématiques dont celles des pensées suicidaires et des tentatives de suicide (voir ci-après). La première extension du Baromètre santé dans les départements d'outre-mer, sur un échantillon représentatif de 2000 individus par département, précise l'approche du phénomène suicidaire chez les Français des départements d'outre-mer[3].

Il est intéressant de signaler que certains ORS ont commencé à travailler sur les données régionales issues de l'enquête Escapad de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), portant sur les jeunes de 17 ans interrogés durant la Journée défense et citoyenneté, dont le questionnaire a été enrichi en 2008 et 2011 de questions sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. De la même façon, un ORS exploite sur ce thème les données de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) sur la santé des collégiens en France, coordonnée en France par le service médical du rectorat de Toulouse.

Les autres données présentées dans les tableaux de bord régionaux émanent de recueils d'informations régionales, parfois départementales. Parmi les plus fréquentes figurent :

3. Dans ce rapport, deux fiches présentent les données sur les pensées suicidaires et TS déclarées dans les baromètres santé conduits en 2014 respectivement en métropole et dans les DOM.

• les données issues de l'Observatoire régional des urgences (ORU) qui, lorsqu'il existe, collecte les informations provenant des résumés de passage aux urgences (RPU) : nombre de passages aux urgences et devenir des patients, motifs de recours… Les limites relatives au codage des tentatives de suicide restent valables ici. À défaut d'exploitation des RPU, des expériences restreintes à certains établissements hospitaliers ont été menées (voir ci-après) ;
• l'exploitation d'enquêtes régionales en population générale, souvent en milieu scolaire, et qui abordent les questions relatives aux pensées suicidaires et tentatives de suicide (voir ci-après) ;
• plus rares, les données relatives aux suicides et tentatives de suicide en milieu carcéral peuvent être mises à disposition de l'ORS par la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP). Les données portent alors sur le nombre de suicides (rapportés au nombre de personnes placées sous main de justice) ainsi que sur les facteurs de risque et « précipitants ».

2. Travaux spécifiques sur le phénomène suicidaire et autres approches innovantes

Le recensement des travaux spécifiques menés dans les ORS sur le phénomène suicidaire révèle des approches innovantes : recherche et développement méthodologique, enquête *ad hoc* auprès de populations particulières, auprès des professionnels de santé ou encore évaluation d'actions de prévention.

2.1. Recueil de données *ad hoc* et exploration méthodologique

Comme évoqué précédemment, la mesure des tentatives de suicide auprès des services des urgences est encore en phase de développement. À ce titre, trois expériences d'ORS peuvent être présentées en Bretagne[4], Franche-Comté[5] et Provence - Alpes - Côte d'Azur[6]. Ces travaux sont décrits dans les fiches régionales correspondantes.

2.2. Enquêtes sur des populations spécifiques

Certaines enquêtes portant sur des populations particulières abordent la question des conduites suicidaires et donnent un éclairage intéressant sur le phénomène. À titre d'exemple :

4. ORS Bretagne, 2014, *Étude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol, Recueil 2011-2012*, 47 p.
5. ORSP Franche-Comté, 2012, *Étude de faisabilité d'un Observatoire permanent des Tentatives de Suicide en Franche-Comté*, 45 p. (non diffusé).
6. ORS Paca, 2013, *Étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des tentatives de suicide en lien potentiel avec les risques psychosociaux au travail* (non publié).

• l'enquête sur les conditions de vie des personnes âgées à domicile en Limousin[7] et en Poitou-Charentes abordant le mal-être, la solitude et les idées suicidaires ;
• l'enquête sur la souffrance des soignants, réalisée par l'ORS Limousin en 2015 à l'initiative du Conseil de l'Ordre des médecins et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), interrogeant différents professionnels de santé sur la souffrance au travail, les idées suicidaires et tentatives de suicide, en lien éventuel avec des problèmes professionnels[8] ;
• le projet de recherche retenu dans le cadre de l'appel à projet 2015 de l'IReSP, que conduira sur trois ans l'ORS Bourgogne/Franche-Comté, en partenariat avec l'université de Besançon et celle de Montréal, portant sur les facteurs de risque de décès par suicide chez les personnes âgées : lien entre comportement suicidaire chez les sujets âgés dépressifs et défaut d'inhibition cognitive et impact des interactions sociales[9].

Les enquêtes régionales (ainsi que le suréchantillonnage d'enquêtes nationales comme le Baromètre santé) autorisent un focus que ne permettent pas forcément les enquêtes nationales, faute d'effectifs suffisants en région ou d'un nombre contraint de questions. Deux exemples sont présentés dans les fiches régionales en Basse-Normandie[10] et en Pays de la Loire[11].

Les ORS mènent aussi régulièrement des enquêtes auprès des jeunes (collégiens, lycéens en Bretagne ; étudiants en classes préparatoires aux grandes écoles en Rhône-Alpes ; apprentis en Centre de formation en Poitou-Charentes ; jeunes de 16-25 ans – en insertion, apprentis ou étudiants – en Languedoc-Roussillon) pour lesquels des estimations régionales de prévalence des pensées et conduites suicidaires (et des facteurs associés) sont alors déterminées. Les références de ces travaux sont listées dans chacune des régions respectives où ils ont été menés.

2.3. Enquêtes sur la prise en charge et les pratiques des professionnels

Des études ont été menées dans différentes régions sur les pratiques professionnelles face au risque suicidaire :
• dans trois régions (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côte d'Azur), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en partenariat avec les Unions régionales des professions de santé, médecins

7. ORS Limousin, 2015, *Enquête sur les conditions de vie des personnes âgées à domicile*, 8 p.
8. Les résultats du premier volet, portant sur les médecins et les sages-femmes, seront publiés prochainement.
9. Projet OBSUIVAL : Défaut d'inhibition cognitive et tentative de suicide chez le sujet âgé : caractérisation par *eye tracking* et *impact* des interactions psychosociales
10. ORS Basse-Normandie, 2014, « Enquête santé des Bas-Normands : la santé mentale », *Info santé Basse-Normandie*, 8 p.
11. ORS Pays de la Loire, 2013, *Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, 20 p.

libéraux (URPS-ML) et les ORS a mené une étude auprès des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression[12] ;
• en Bretagne, une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes, psychiatres et médecins urgentistes sur leur approche de la gestion de la crise suicidaire[13].

Ces exemples sont présentés dans les fiches régionales respectives ci-après.

2.4. Évaluation d'actions de prévention et de formation

Au début des années 2000, la FNORS a contribué, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), à l'évaluation d'actions de prévention du suicide dans les régions[14] puis à l'établissement de recommandations pour l'élaboration d'un « guide-répertoire » sur la prévention du suicide dans les régions, comme prévu dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005[15].

Récemment, quelques ORS ont été impliqués sur le champ de l'évaluation d'actions de prévention en matière de suicide :
• l'ORS Rhône-Alpes a été en charge en 2007 d'une évaluation d'actions de formation au repérage de la crise suicidaire et à la conduite à tenir face à elle[16]. Ce projet était un axe du Programme national de prévention du suicide – qui a défini un module de formation à cet effet – repris dans le Plan régional de santé publique 2006-2010 de Rhône-Alpes. L'évaluation a été menée conjointement avec le Centre régional de prévention des conduites suicidaires (CRPCS) Rhône-Alpes sur huit sessions de formation réalisées en 2007 auprès de 127 professionnels de l'Éducation nationale (infirmières, médecins, assistantes sociales), de personnels pénitentiaires ou d'autres professionnels en contact avec les jeunes ou les personnes âgées. Au terme de cette évaluation, des ajustements au module de formation ont été proposés, notamment en termes d'évaluation de la crise suicidaire ;
• en région Centre-Val de Loire, un projet en cours concerne l'évaluation des formations sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire, projet financé par l'ARS dans le cadre de son Schéma régional de prévention 2012-2016. L'ORS a mis en place une enquête quantitative et qualitative auprès de professionnels soignants ou non soignants (psychiatres, infirmier(e)s, psychologues, aides soignant(e)s, professions médico-sociales, travailleurs sociaux…) formés entre 2009 et 2013 au repérage et à

12. DREES, ORS, URPS-ML, 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », Études et Résultats, n° 810, 8p.
13. ORS Bretagne, 2011, *Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et Trégor Goëlo : étude qualitative*, 95 p.
14. FNORS, 2000, *Évaluation de 8 actions de prévention du suicide*, 55 p.
15. FNORS, 2002, *Recommandations pour la réalisation d'un guide-répertoire sur la prévention du suicide*, 22 p.
16. ORS Rhône-Alpes, 2008, *Évaluation des formations 2007 à l'intervention de crise suicidaire en Rhône-Alpes*, 24 p.

la gestion de la crise suicidaire[17]. L'impact de la formation sur les pratiques professionnelles individuelles et la place de cette formation dans le fonctionnement de sa structure d'appartenance sont évalués.

Enfin, dans le cadre de la mise en place d'une plateforme régionale « santé mentale, prévention du suicide et addictions[18] », l'ORS Poitou-Charentes a actualisé en 2014 une synthèse documentaire portant sur le thème « Santé mentale et suicide ». L'objectif de ce travail, réalisé désormais tous les ans, est d'apporter une connaissance fiable et actualisée aux membres de la plateforme sur les thématiques de santé mentale et du suicide. Il comprend la définition des termes et l'état de la connaissance épidémiologique (prévalence nationale et régionale, facteurs de risque et facteurs de protection). Il pose les principaux enjeux économiques et présente les orientations stratégiques nationales et régionales en matière de prévention et de prise en charge.

Présentation des sources de données et des indicateurs

1. Sources de données

Les données de mortalité sont issues des causes médicales de décès, établies à partir des certificats de décès. Cette base de données est gérée par le CépiDc-Inserm[19].

Les données d'hospitalisation pour tentative de suicide sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). La mise à disposition des données du PMSI est faite par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)[20].

2. Mode de calcul des indicateurs

Mortalité par suicide : toutes les personnes résidant en France et enregistrées comme décédées par suicide entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2012 ont été incluses dans l'analyse.

17. ORS Centre-Val de Loire, *Évaluation des formations sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire en région Centre-Val de Loire*, (à paraître).
18. ORS Poitou-Charentes, 2015, *Synthèse documentaire. Santé mentale et suicide. Actualisation 2014*, 64 p.
19. Pour plus de détails, se reporter pages 39-40 du 1er rapport de l'ONS publié en novembre 2014.
20. Pour plus de détails, se reporter pages 44-45 du 1er rapport de l'ONS publié en novembre 2014.

Hospitalisations pour tentative de suicide : tous les séjours des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour tentative de suicide entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013 dans tous les établissements MCO publics et privés de France ont été sélectionnés et inclus dans l'analyse.

Les suicides et les tentatives de suicide sont repérés dans les bases de données correspondantes grâce aux codes X60 à X84 du chapitre XX de la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10e révision) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comprenant les causes externes de mortalité et de morbidité.

Les codes suivants ont été utilisés :
- **X60 à X64 :** auto-intoxication médicamenteuse ;
- **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 ;
- **X75 à X77 :** lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- **X78 et X79 :** lésion auto-infligée par objet tranchant ;
- **X80 :** lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- **X81 à X82 :** lésion auto-infligée par collision intentionnelle ;
- **X83 à X84 :** lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

Les taux bruts de mortalité par classe d'âges et par sexe pour 100 000 habitants ont été calculés en rapportant le nombre de personnes décédées par suicide résidant dans la région (ou dans le département) à la population moyenne de 2012 par classe d'âges et par sexe de la région (ou du département).

Les taux bruts d'hospitalisation par classe d'âges et par sexe pour 10 000 habitants ont été calculés en rapportant le nombre d'hospitalisations pour les patients habitant la région (ou le département) à la population moyenne de 2013 par classe d'âges et par sexe de la région (ou du département).

Des taux standardisés sur l'âge ont été calculés par la méthode de standardisation directe, afin de permettre la comparaison entre le taux national et ceux des régions et des départements, ainsi que la comparaison des taux entre régions et départements. Le taux standardisé (de mortalité ou d'hospitalisation pour tentative de suicide) est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population type). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la population étudiée par la structure d'âges de la population de référence[21].

21. www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pages/Principaux_Indicateurs_fr.htm#IV1

Pour les données de mortalité, la structure de la population française de l'année 2012 est la référence. Pour les données d'hospitalisation, la structure de la population française âgée de 10 ans et plus de l'année 2013 est la référence. Ces taux standardisés ont été calculés pour l'ensemble de la France, par département de résidence et région de résidence.

Dans l'ensemble de ce dossier, la présentation des taux bruts a été privilégiée, sauf lorsqu'il s'agissait de comparer des taux au sein d'une région ou de comparer les taux régionaux ou départementaux au taux national. Dans le cas de comparaison de taux, ce sont les taux standardisés qui ont été utilisés.

3. Avertissement

Il convient de rappeler les limites d'utilisation de l'indicateur de taux de mortalité par suicide. Les données de mortalité sont produites annuellement et couvrent l'ensemble du territoire français, permettant la production de données au niveau régional et départemental. Cependant, les données relatives au nombre de décès par suicide présentent un défaut d'exhaustivité global estimé à 10 % en France métropolitaine par le CépiDc-Inserm. Cette sous-estimation varie selon les régions et atteint 46 % en Île-de-France (**tableau**).

Toutes les comparaisons infrarégionales devant tenir compte de cette limite importante, le taux de sous-estimation régionale estimé est rappelé dans chaque fiche.

Tableau • Pourcentage de sous-déclaration estimée du taux de suicide par ordre d'importance dans les régions métropolitaines, en 2006

Régions	Sous-déclaration estimée en 2006 (%)	Régions	Sous-déclaration estimée en 2006 (%)
Île-de-France	46,0	Haute-Normandie	4,0
Rhône-Alpes	21,8	Franche-Comté	3,9
Midi-Pyrénées	14,7	Languedoc-Roussillon	3,6
Corse	13,5	Basse-Normandie	3,4
Alsace	13,0	Pays de la Loire	2,6
Champagne-Ardenne	6,5	Nord - Pas-de-Calais	2,5
Aquitaine	6,0	Auvergne	2,4
Bourgogne	5,9	Poitou-Charentes	2,2
Picardie	5,8	Centre-Val de Loire	2,0
Lorraine	5,0	Limousin	1,2
Provence - Alpes - Côte d'Azur	4,3	Bretagne	0,3

Source • CépiDc-InVS, 2006.

Île-de-France

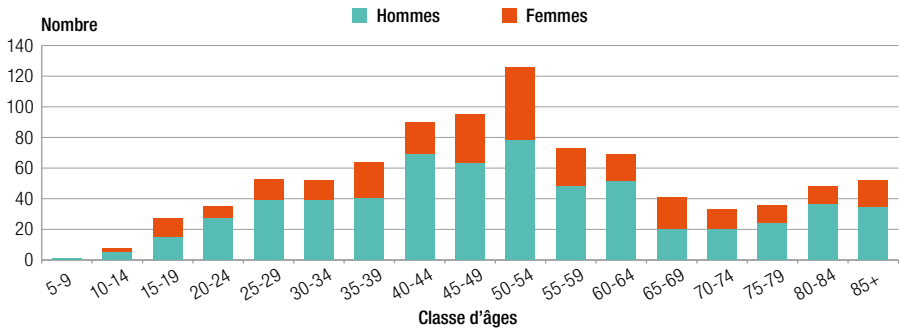
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 903 décès par suicide de personnes résidant en Île-de-France ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 609 hommes et 294 femmes, soit 2 hommes pour une femme. Ce sex-ratio est inférieur au sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Île-de-France selon le sexe et l'âge. C'est dans la classe d'âges des 50-54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 126).

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Île-de-France est de 7,6 pour 100 000 habitants (10,6 pour 100 000 hommes et 4,8 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Île-de-France selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 27 décès par suicide de personnes âgées de 15 et 19 ans résidant en Île-de-France (15 hommes et 12 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Île-de-France, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Île-de-France			
Nombre de décès par suicide	609	294	903
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	10,6	4,8	7,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	12,1	4,9	8,1
Paris			
Nombre de décès par suicide	48	34	82
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	4,5	2,9	3,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	4,8	2,9	3,8
Seine-et-Marne			
Nombre de décès par suicide	97	41	138
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	14,6	5,9	10,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16,8	6,2	11,1
Yvelines			
Nombre de décès par suicide	97	52	149
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	14,1	7,2	10,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16,2	7,4	11,2
Essonne			
Nombre de décès par suicide	112	31	143
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	18,4	4,9	11,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	22,1	5,0	12,4
Hauts-de-Seine			
Nombre de décès par suicide	68	48	116
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	9,0	5,8	7,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	9,8	6,1	7,8
Seine-Saint-Denis			
Nombre de décès par suicide	44	34	78
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	5,8	4,3	5,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	6,7	4,5	5,5
Val-de-Marne			
Nombre de décès par suicide	44	16	60
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	6,8	2,3	4,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	7,8	2,4	4,7
Val-d'Oise			
Nombre de décès par suicide	99	38	137
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	17,1	6,2	11,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	20,7	7,0	13,1
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

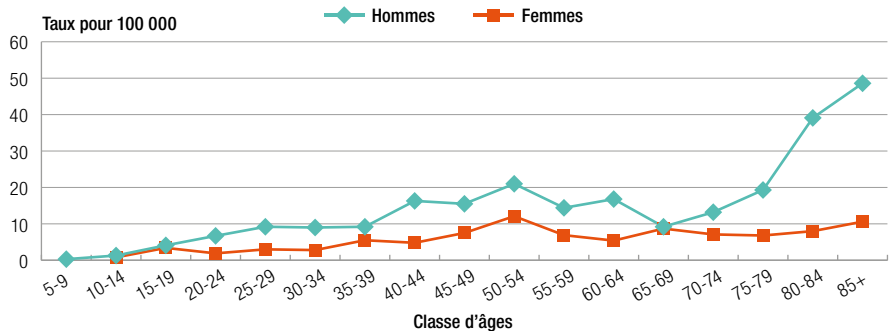
Le taux de mortalité par suicide en Île-de-France est de 46 % inférieur au taux national, avec une différence plus importante pour les hommes (-52 %) que pour les femmes (-30 %). Au sein de la région, les taux de mortalité sont également très différents : les plus élevés sont observés dans le Val-d'Oise (13,1 pour 100 000 habitants) et en Essonne (12,4 pour 100 000 habitants), respectivement de 62 % et 54 % supérieurs à la moyenne régionale. Ce taux, particulièrement élevé chez les hommes en Essonne (22,1 pour 100 000 habitants), est proche de la moyenne nationale (24,9 pour 100 000 habitants). Chez les femmes, c'est en Yvelines et dans le Val-d'Oise que la mortalité par suicide est la plus élevée avec des taux très proches du taux féminin national (7 pour 100 000). À l'inverse, c'est à Paris et dans le Val-de-Marne que les taux sont les plus faibles : respectivement -53 % et -42 % par rapport à la moyenne régionale. Néanmoins, en raison de la forte sous-estimation de la mortalité par suicide dans cette région, les disparités départementales doivent être interprétées avec la plus grande prudence.

Comme c'est le cas au niveau national, le taux de mortalité est plus élevé dans la région pour les hommes que pour les femmes. Toutefois, on observe un écart plus important en défaveur des hommes en Essonne (taux de mortalité des hommes 4,4 fois supérieur à celui des femmes) et dans le Val-de-Marne (taux masculin 3,3 fois supérieur).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Île-de-France, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et est en moyenne 2,4 fois plus

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Île-de-France selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



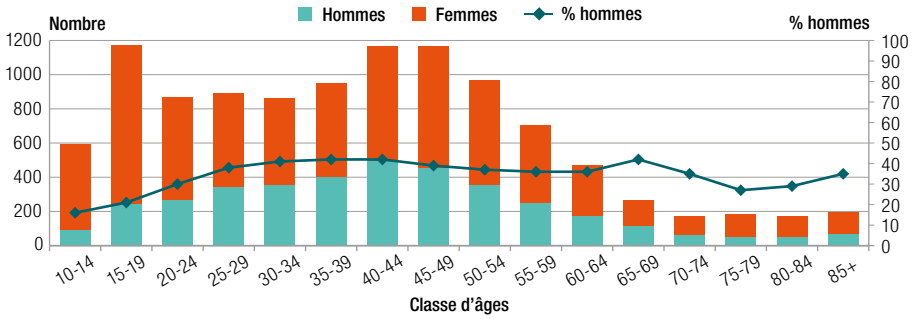
Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 6,7 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés entre 20 et 24 ans résidant en Île-de-France.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Île-de-France, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	340	55,8	88	29,9	428	47,4
Saut dans le vide	60	9,9	73	24,8	133	14,7
Auto-intoxication par médicaments	56	9,2	68	23,1	124	13,7
Arme à feu	91	14,9	3	1,0	94	10,4
Collision intentionnelle	23	3,8	17	5,8	40	4,4
Auto-intoxication par autres produits	19	3,1	18	6,1	37	4,1
Noyade	11	1,8	15	5,1	26	2,9
Phlébotomie	7	1,1	3	1,0	10	1,1
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	0,3	3	1,0	5	0,6
Non précisé	12	2,0	13	4,4	25	2,8

Lecture • En 2012, en Île-de-France, 340 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 55,8 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Île-de-France.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Île-de-France selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Île-de-France est de 596, parmi lesquelles 93 concernent des hommes (soit 16 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le taux passe de moins d'1 pour 100 000 pour les garçons âgés de moins de 15 ans à 48,6 pour 100 000 pour les hommes âgés de 85 ans et plus. Chez les femmes, entre 10 ans et 34 ans la mortalité par suicide est en moyenne de 2,4 pour 100 000, puis à partir de 35 ans, elle passe en moyenne à 7,4 pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Île-de-France, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé : plus de la moitié des hommes décédés par suicide et un peu moins d'une femme sur trois (**tableau 2**). Chez les femmes, deux autres modes de suicide sont souvent employés : le saut dans le vide dans 24,8 % des cas et l'auto-intoxication médicamenteuse dans 23,1 % des suicides.

Chez les hommes franciliens, le deuxième moyen de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 15 % des cas. Ils ont recours au saut dans le vide comme à l'auto-intoxication médicamenteuse dans environ 10 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 9 711 personnes (3 367 hommes et 6 344 femmes) résidant en Île-de-France ont eu recours à 10 789 séjours (3 753 séjours masculins et 7 036 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 11 % des patients (11,5 % des hommes et 10,9 % des femmes). Par ailleurs, 96,7 % (n = 10 429) des 10 789 séjours de patients résidant en Île-de-France ont eu lieu en Île-de-France. Les établissements d'Île-de-France ont accueilli un total de 10 868 hospitalisations pour TS dont 96 % sont des séjours de patients franciliens.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Île-de-France selon l'âge. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les classes d'âges de 15-19 ans, 40-44 ans et 45-49 ans, soit environ 1 170 séjours dans chacune de ces trois classes d'âges. Après 65 ans, le nombre de séjours pour TS est plus faible.

Quelle que soit la classe d'âges, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire un séjour à l'hôpital pour TS. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 35 % de ces séjours. Toutefois, selon

la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 16 % chez les plus jeunes à plus de 40 % chez les 65-69 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les Franciliens ont totalisé 10 789 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation pour tentative de suicide de 10,4 pour 10 000 habitants (7,6 pour 10 000 hommes et 13 pour 10 000 femmes).

Le taux standardisé d'hospitalisation pour TS des habitants d'Île-de-France est de 35 % inférieur au taux national (-40 % chez les hommes et -32 % chez les femmes). On observe des disparités départementales. Les taux à Paris (7,6 pour 10 000) et en Seine-Saint-Denis (7,6 pour 10 000) sont inférieurs d'environ 25 % au niveau régional, alors qu'en Seine-et-Marne (14,8 pour 10 000 habitants) et en Essonne (14,2 pour 10 000 habitants) ces taux sont environ de 40 % supérieurs et proches du niveau national. C'est également dans ces deux départements que sont enregistrés les taux d'hospitalisation les plus importants pour les femmes, taux proches du niveau national.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Île-de-France, les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans les âges les plus élevés. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjour hospitalier pour TS le plus élevé (25,9 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 13,7 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à environ 17 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge, avec un léger rebond à partir de 75 ans (**graphique 4**).

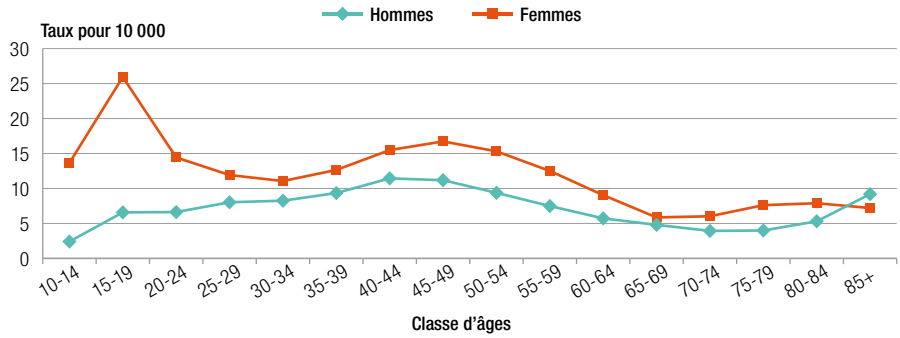
Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 11,4 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent progressivement. À partir de 80 ans, les taux remontent et dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Île-de-France, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Île-de-France			
Nombre d'hospitalisations	3 753	7 036	10 789
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,6	13,0	10,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,4	12,9	10,2
Paris			
Nombre d'hospitalisations	618	926	1 544
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	6,6	8,6	7,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,3	8,7	7,6
Seine-et-Marne			
Nombre d'hospitalisations	606	1 191	1 797
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,6	19,7	15,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,5	19,1	14,8
Yvelines			
Nombre d'hospitalisations	450	901	1 351
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,6	14,3	11,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,6	14,1	10,8
Essonne			
Nombre d'hospitalisations	571	1 000	1 571
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,9	18,1	14,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,6	17,8	14,2
Hauts-de-Seine			
Nombre d'hospitalisations	406	879	1 285
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	6,2	12,1	9,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,2	11,9	9,1
Seine-Saint-Denis			
Nombre d'hospitalisations	358	659	1 017
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	5,6	9,9	7,8
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	5,6	9,7	7,6
Val-de-Marne			
Nombre d'hospitalisations	398	750	1 148
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,2	12,3	9,8
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,9	12,1	9,6
Val-d'Oise			
Nombre d'hospitalisations	346	730	1 076
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,1	13,9	10,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,0	13,5	10,3
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	12,4	18,9	15,7

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Île-de-France selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 2,4 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Île-de-France.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Île-de-France, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	2780	74,1	6187	87,9	8967	83,1
Auto-intoxication par autres produits	375	10,0	397	5,6	772	7,2
Phlébotomie	277	7,4	322	4,6	599	5,6
Pendaison	106	2,8	49	0,7	155	1,4
Saut dans le vide	83	2,2	80	1,1	163	1,5
Arme à feu	24	0,6	3	0,0	27	0,3
Noyade	8	0,2	12	0,2	20	0,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	16	0,4	9	0,1	25	0,2
Collision intentionnelle	8	0,2	4	0,1	12	0,1
Non précisé	174	4,6	189	2,7	363	3,4

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 2780 chez les hommes résidant en Île-de-France, correspondant à 74,1 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Île-de-France.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

Les modes de tentative de suicide entraînant un séjour hospitalier pour TS sont assez similaires chez les hommes et chez les femmes. L'auto-intoxication médicamenteuse est le moyen utilisé le plus fréquement (**tableau 4**). Elle concerne 87,9 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 74,1 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire, mais ne représente que 7,2 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (10 % des séjours masculins et 5,6 % des séjours féminins).

La phlébotomie, le saut dans le vide et la pendaison correspondent respectivement à 5,6 %, 1,5 % et 1,4 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an. Environ 3,4 % des modes opératoires ne sont pas précisés.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Île-de-France,** *circa* 2015-2016, *Les jeunes Franciliens : addictions, santé mentale et conduites à risque*, 115 p.
- **ORS Île-de-France**, 2015, *Repères sur la santé en Île-de-France*, 119 p.
- **ORS Île-de-France**, 2013, *La santé observée en Seine-Saint-Denis, Les suicides,* fiche 8.5, 2 p.
- **ORS Île-de-France**, 2013, *Pensées suicidaires et tentatives de suicide,* 2 p.
- **ORS Île-de-France**, 2008, *La dépression chez les adultes franciliens : exploitation du Baromètre santé 2005*, 16 p.

Synthèse

En 2012, en Île-de-France, 903 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 7,6 pour 100 000 habitants, inférieur de 50 % au taux national. La mortalité par suicide des Franciliens est 2,4 fois plus élevée que celle des Franciliennes. Toutefois, ces chiffres doivent être considérés avec prudence car il existe une sous-déclaration importante des décès par suicide en Île-de-France.

••• Cette sous-estimation dans les statistiques nationales des décès par suicide en Île-de-France pour l'année 2006 a été évaluée à 47,8 % [1]. Par ailleurs, une étude comparant le nombre de décès par suicide de Franciliens âgés de 15 à 45 ans, issu des données du CépiDc et de celles de l'Institut médico-légal de Paris, a montré qu'en 1990, la sous-estimation des suicides dans les statistiques nationales était très différente selon les départements de la région, allant de 6 % en Essonne et en Seine-et-Marne à 15 % en Hauts-de-Seine, 37 % en Seine-Saint-Denis, 45 % en Val-de-Marne et jusqu'à 74 % à Paris [2].

En 2013, 9 711 personnes résidant en Île-de-France ont eu recours à 10 789 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 10,4 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des Franciliens est de 35 % inférieur au taux national. Au sein de la région, le taux d'hospitalisation est 1,7 fois plus élevé chez les Franciliennes que chez les Franciliens avec, en Seine-et-Marne, un taux pour les femmes équivalent au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation probable des données d'hospitalisation pour TS.

Champagne-Ardenne

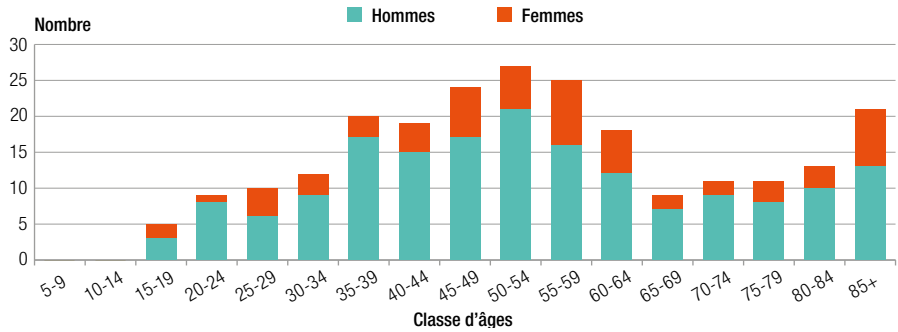
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 234 décès par suicide de personnes résidant en Champagne-Ardenne ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 171 hommes et 63 femmes, soit un sex-ratio de 2,7 hommes pour une femme, moins élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Champagne-Ardenne selon le sexe et l'âge. C'est entre 45 ans et 59 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ 25 décès dans chacune de ces trois classes d'âges quinquennales.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que leurs taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Champagne-Ardenne selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



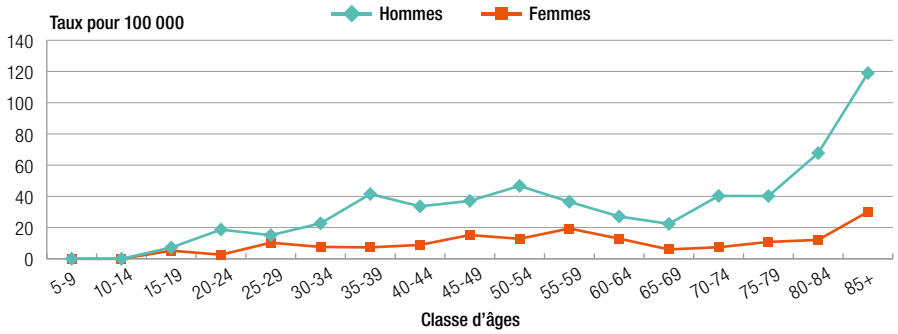
Lecture • En 2012, 5 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Champagne-Ardenne (3 hommes et 2 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Champagne-Ardenne en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Champagne-Ardenne			
Nombre de décès par suicide	171	63	234
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,2	9,2	17,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	27,7	8,7	17,3
Ardennes			
Nombre de décès par suicide	39	13	52
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,2	9,0	18,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	30,0	8,9	18,1
Aube			
Nombre de décès par suicide	39	8	47
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,3	5,1	15,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	27,1	4,6	15,5
Marne			
Nombre de décès par suicide	72	30	102
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,1	10,3	17,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,2	9,9	18,0
Haute-Marne			
Nombre de décès par suicide	21	12	33
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	23,6	13,0	18,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	22,5	11,3	17,1
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Champagne-Ardenne selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 18,7 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés entre 20 et 24 ans résidant en Champagne-Ardenne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

brut de mortalité par suicide en Champagne-Ardenne est de 17,5 pour 100 000 habitants (26,2 pour 100 000 hommes et 9,2 pour 100 000 femmes).

Le taux de mortalité par suicide est plus élevé en région Champagne-Ardenne que dans l'ensemble du territoire français : il est en moyenne de 15 % supérieur au taux national (+11 % chez les hommes et +24 % chez les femmes). Seul le département de l'Aube présente chez les femmes un taux de mortalité par suicide de 35 % inférieur au taux national (4,6 pour 100 000 contre 7 pour 100 000). C'est dans ce département que la différence de mortalité par suicide selon le sexe est la plus importante. Elle est six fois plus importante chez les hommes que chez les femmes dans l'Aube et seulement deux fois plus importante en Haute-Marne.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Champagne-Ardenne, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est en moyenne 3,2 fois plus importante chez les hommes.

Elle augmente également avec l'âge. Chez les hommes, le taux évolue de 7,2 pour 100 000 chez les 15-19 ans jusqu'à 119 pour 100 000 chez les hommes âgés de 85 ans et plus. Chez les femmes, l'augmentation de la mortalité par suicide avec l'âge est moins marquée. Jusqu'à l'âge de 39 ans, elle est en moyenne de 7 pour 100 000 femmes puis, à partir de 40 ans, de 14 pour 100 000 femmes en moyenne.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Champagne-Ardenne, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Il concerne plus de la moitié des hommes décédés par suicide et un tiers des femmes (**tableau 2**). Viennent ensuite, chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade dans respectivement 27 % et 17,5 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 15,8 % des cas.

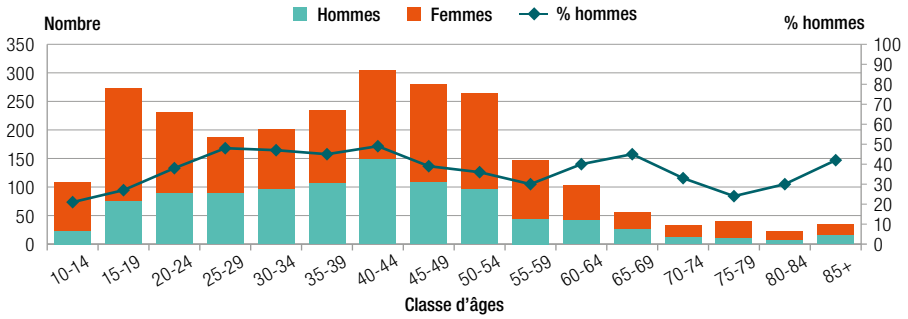
Pour les hommes et comme pour les femmes, le saut dans le vide est utilisé comme méthode dans environ 8 % des suicides. Par ailleurs, le mode de suicide n'est pas indiqué dans 8 % des décès.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Champagne-Ardenne, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	96	56,1	21	33,3	117	50,0
Arme à feu	27	15,8	1	1,6	28	12,0
Auto-intoxication par médicaments	11	6,4	17	27,0	28	12,0
Saut dans le vide	13	7,6	5	7,9	18	7,7
Noyade	2	1,2	11	17,5	13	5,6
Auto-intoxication par autres produits	3	1,8	4	6,3	7	3,0
Collision intentionnelle	2	1,2	1	1,6	3	1,3
Phlébotomie	2	1,2	2	3,2	4	1,7
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	1,2	0	0,0	2	0,9
Non précisé	14	8,2	5	7,9	19	8,1

Lecture • En 2012, en Champagne-Ardenne, 96 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 56,1 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Champagne-Ardenne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Champagne-Ardenne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Champagne-Ardenne est de 108, parmi lesquelles 23 concernent des hommes (soit 21 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 2 204 personnes (854 hommes et 1 350 femmes) résidant en Champagne-Ardenne ont eu recours à 2 521 séjours (980 séjours masculins et 1 541 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 14,4 % des patients (14,8 % des hommes et 14,1 % des femmes). Par ailleurs, 96,5 % (n = 2 432) des 2 521 séjours de patients résidant en Champagne-Ardenne ont eu lieu dans la région. Les établissements de Champagne-Ardenne ont accueilli un total de 2 502 hospitalisations pour TS dont 97 % concernent des séjours de Champardennais.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Champagne-Ardenne selon l'âge. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 40-44 ans avec 305 hospitalisations, suivi des classes d'âges des 45-49 ans, 50-54 ans et 15-19 ans, avec environ 270 séjours dans chaque classe. Après 65 ans, le nombre d'hospitalisation est le plus faible.

Quelle que soit la classe d'âges, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire un séjour à l'hôpital pour TS. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 21 % chez les plus jeunes (10-14 ans) jusqu'à 49 % chez les 40-44 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les Champardennais ont totalisé 2 521 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation pour TS de 21,4 pour 10 000 habitants (17,2 pour 10 000 hommes et 25,4 pour 10 000 femmes).

Les taux standardisés d'hospitalisation pour TS en Champagne-Ardenne sont en moyenne de 37,6 % supérieurs aux taux nationaux (+37,9 % chez les hommes et +39,2 % chez les femmes). On observe toutefois des disparités départementales. Le taux en Ardennes (24,5 pour 10 000) est environ de 14 % supérieur au taux régional, alors que dans l'Aube (19,3 pour 10 000), le taux est inférieur d'environ 10 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Champagne-Ardenne, les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins, sauf dans les âges les plus élevés. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (51,1 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 21,5 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 25-29 ans avant de remonter jusqu'à environ 37,6 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge, avec un léger rebond à 75-79 ans (**graphique 4**).

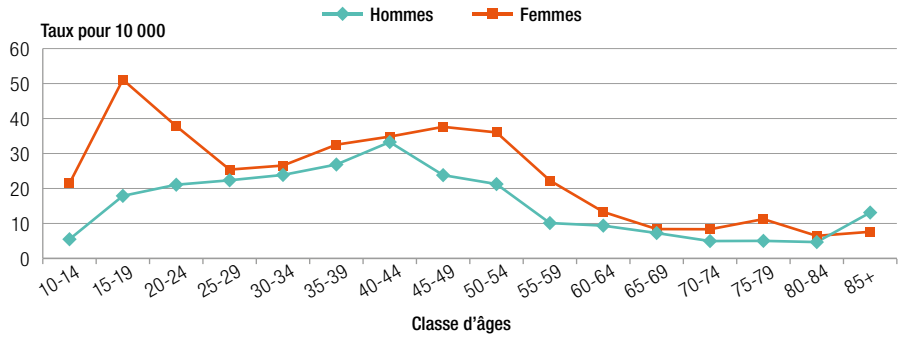
Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 33,3 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent progressivement. À partir de 80 ans, les taux remontent et dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Champagne-Ardenne, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Champagne-Ardenne			
Nombre d'hospitalisations	980	1 541	2 521
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,2	25,4	21,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,1	26,3	21,6
Ardennes			
Nombre d'hospitalisations	241	361	602
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	20,0	28,3	24,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	20,0	29,5	24,5
Aube			
Nombre d'hospitalisations	215	291	506
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	16,6	20,9	18,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,7	22,0	19,3
Marne			
Nombre d'hospitalisations	399	709	1 108
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	16,5	27,4	22,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,1	27,8	22,0
Haute-Marne			
Nombre d'hospitalisations	125	180	305
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,9	21,9	19,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,6	23,7	20,0
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Champagne-Ardenne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 5,5 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Champagne-Ardenne.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Champagne-Ardenne, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	763	77,9	1 369	88,8	2 132	84,6
Auto-intoxication par autres produits	125	12,8	172	11,2	297	11,8
Phlébotomie	87	8,9	111	7,2	198	7,9
Pendaison	42	4,3	12	0,8	54	2,1
Saut dans le vide	13	1,3	16	1,0	29	1,2
Arme à feu	17	1,7	1	0,1	18	0,7
Noyade	5	0,5	6	0,4	11	0,4
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	0,2	3	0,2	5	0,2
Collision intentionnelle	4	0,4	3	0,2	7	0,3
Non précisé	10	1,0	5	0,3	15	0,6

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 763 chez les hommes résidant en Champagne-Ardenne, correspondant à 77,9 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Champagne-Ardenne.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

Les modes opératoires entraînant un séjour hospitalier pour TS sont assez similaires chez les hommes et chez les femmes. L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 88,8 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 77,9 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire, mais ne représente que 11,8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (12,8 % des séjours masculins et 11,2 % des séjours féminins).

La phlébotomie, la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 7,9 %, 2,1 % et 1,2 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an. Le mode opératoire n'est pas précisé dans moins de 1 % des cas.

Synthèse

En 2012, en Champagne-Ardenne, 234 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 17,5 pour 100 000 habitants, supérieur de 15 % au taux national. La mortalité par suicide est en moyenne 3,2 plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, ces chiffres doivent être considérés avec prudence car d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Champagne-Ardenne, cette sous-estimation a été évaluée à 6,5 % [1].

En 2013, 2 204 personnes résidant en Champagne-Ardenne ont eu recours à 2 521 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 21,4 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des Champardennais est de 38 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation probable des données d'hospitalisation pour TS. Ce taux d'hospitalisation est en moyenne 1,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, avec notamment en Ardennes un taux standardisé d'hospitalisation de 29,5 pour 10 000 femmes.

Picardie

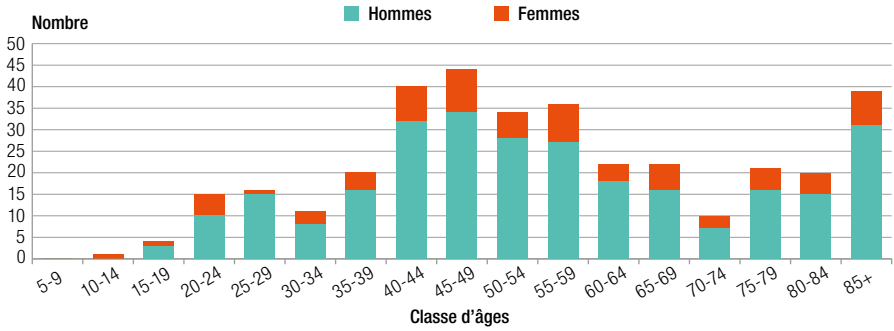
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 355 décès par suicide de personnes résidant en Picardie ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 276 hommes et 79 femmes, soit un sex-ratio de 3,5 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Picardie selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 40-44 et 45-49 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ une quarantaine dans chacune de ces deux classes d'âges.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Picardie est de 18,5 pour 100 000 habitants

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Picardie selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



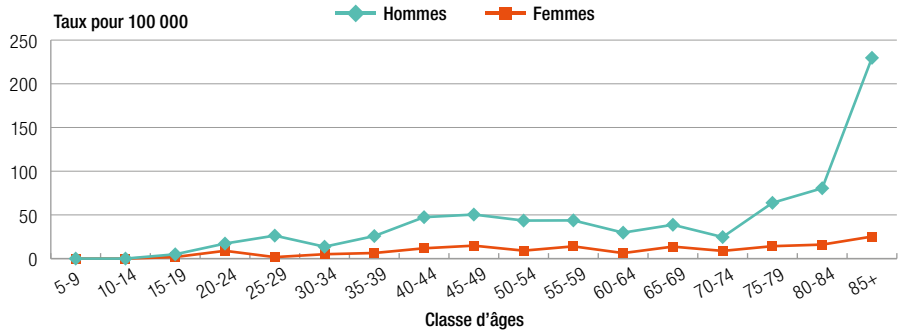
Lecture • En 2012, 4 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Picardie (3 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Picardie, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Picardie			
Nombre de décès par suicide	276	79	355
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	29,4	8,0	18,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,3	7,9	19,0
Aisne			
Nombre de décès par suicide	83	29	112
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	31,5	10,4	20,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	35,1	10,1	20,9
Oise			
Nombre de décès par suicide	103	25	128
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	25,8	6,1	15,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	30,8	6,1	16,8
Somme			
Nombre de décès par suicide	90	25	115
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	32,4	8,5	20,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	35,4	8,2	20,3
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Picardie selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 17,2 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Picardie.
Source • CépiDc, analyses InVS.

(29,4 pour 100 000 hommes et 8 pour 100 000 femmes). Plus élevé que dans l'ensemble du territoire français le taux de mortalité par suicide y est en moyenne de 26 % supérieur au taux national (+34 % chez les hommes et +13 % chez les femmes).

Au sein de la région, tous les départements présentent un taux de mortalité plus élevé que le taux national. Seules les femmes dans l'Oise ont un taux de mortalité standardisée par suicide (6,1 pour 100 000) de 13 % inférieur au taux national (7 pour 100 000). Les taux de mortalité par suicide dans l'Aisne et dans la Somme sont respectivement de 10 % et de 7 % supérieurs au taux régional tandis que la mortalité par suicide dans l'Oise est inférieure de 12 % au taux régional.

Comme au niveau national, le taux de mortalité est plus élevé dans la région pour les hommes que pour les femmes. Cette surmortalité masculine est plus importante notamment dans le département de l'Oise : la mortalité masculine y est cinq fois plus importante que la mortalité féminine.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Picardie, cette mortalité par suicide plus élevée chez les hommes que chez les femmes est observée dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**). Elle augmente également avec l'âge. Chez les hommes, le taux évolue de 15 pour 100 000 chez les moins de 35 ans jusqu'à 40 pour 100 000 chez les hommes entre 40 et 60 ans, pour atteindre un taux supérieur à 200 pour 100 000 chez les hommes âgés de 85 ans et plus.

Chez les femmes, l'évolution de la mortalité par suicide avec l'âge est moins importante. Jusqu'à l'âge de 39 ans, elle passe en moyenne de 4 pour 100 000 femmes à 12 pour 100 000 entre 40 et 79 ans et atteint un taux moyen de 20 pour 100 000 chez les femmes âgées de 80 ans et plus.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

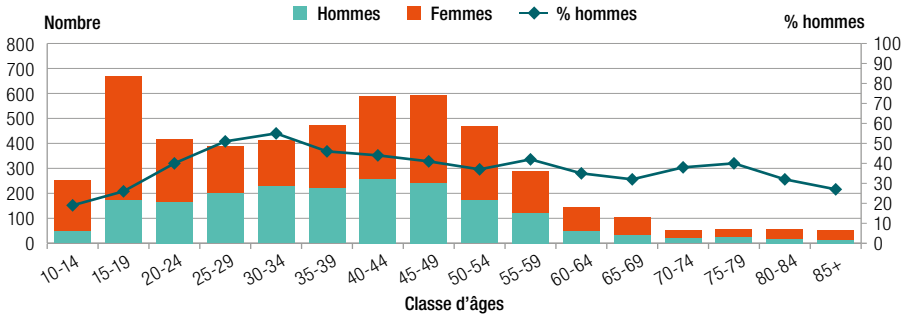
En Picardie, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, concernant deux tiers des hommes décédés par suicide et plus d'un tiers des femmes décédées par suicide (**tableau 2**). Viennent ensuite chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade dans respectivement 31,6 % et 11,4 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 17,4 % des cas. Par ailleurs, le mode de suicide n'est pas indiqué dans 2,8 % des décès.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Picardie, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	184	66,7	29	36,7	213	60,0
Arme à feu	48	17,4	1	1,3	49	13,8
Auto-intoxication par médicaments	14	5,1	25	31,6	39	11,0
Saut dans le vide	3	1,1	5	6,3	8	2,3
Noyade	7	2,5	9	11,4	16	4,5
Auto-intoxication par autres produits	6	2,2	1	1,3	7	2,0
Collision intentionnelle	10	3,6	3	3,8	13	3,7
Phlébotomie	2	0,7	2	2,5	4	1,1
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	3	3,8	3	0,8
Non précisé	7	2,5	3	3,8	10	2,8

Lecture • En 2012, en Picardie, 184 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 66,7 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Picardie.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Picardie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Picardie est de 253, parmi lesquelles 48 concernent des hommes (soit 19 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 4 338 personnes (1 724 hommes et 2 614 femmes) résidant en Picardie ont eu recours à 5 018 hospitalisations (1 982 séjours masculins et 3 036 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 15,6 % des patients (14,9 % des hommes et 16,1 % des femmes). Par ailleurs, 95 % (n = 4 765) des 5 018 séjours de patients résidant en Picardie ont eu lieu en Picardie et 3 % (n = 146) en Île-de-France. Les établissements de Picardie ont accueilli un total de 4 953 hospitalisations pour TS, dont 96 % (n = 4 765) concernent des séjours de patients résidant en Picardie.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Picardie selon l'âge. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 15-19 ans avec 670 hospitalisations pour TS, suivi des classes d'âges des 40-44 et 45-49 ans, avec environ 590 séjours dans chaque classe. Après 65 ans, le nombre d'hospitalisations pour TS est plus faible.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire un séjour à l'hôpital pour tentative de suicide. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 19 % chez les plus jeunes (10-14 ans) à 55 % chez les 30-34 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les Picards totalisent 5 018 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation pour tentative de suicide de 29,9 pour 10 000 habitants (24,4 pour 10 000 hommes et 35,2 pour 10 000 femmes).

Le taux standardisé d'hospitalisation pour TS en Picardie est de 88 % supérieur au taux national (+92 % chez les hommes et +88 % chez les femmes). On observe de fortes disparités départementales. Le taux dans la Somme (40,2 pour 10 000) est environ de 36 % supérieur au taux régional alors que dans l'Aisne (24,5 pour 10 000), le taux est inférieur d'environ 17 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Picardie, les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf dans les classes d'âges entre 25 et 34 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (87,6 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 32,2 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à environ 51,9 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**).

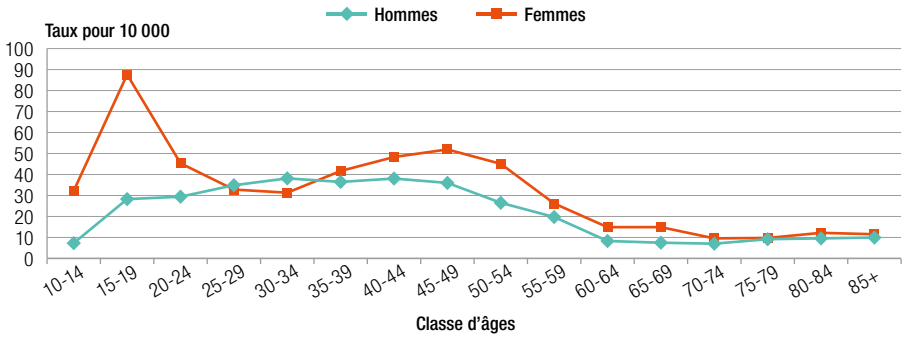
Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 38,1 pour 10 000 entre 30 ans et 44 ans, puis baissent progressivement avec l'âge. À partir de 75 ans, les taux remontent légèrement. Il est à noter qu'en Picardie, chez les 30-34 ans, le taux d'hospitalisation pour TS est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (31,3 pour 10 000).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Picardie, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Picardie			
Nombre d'hospitalisations	1 982	3 036	5 018
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	24,4	35,2	29,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	23,8	35,6	29,5
Aisne			
Nombre d'hospitalisations	467	675	1 142
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	20,5	27,7	24,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	20,4	28,8	24,5
Oise			
Nombre d'hospitalisations	681	1 177	1 858
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	19,9	32,7	26,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	19,2	32,4	25,8
Somme			
Nombre d'hospitalisations	834	1 184	2 018
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	34,4	45,6	40,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	33,7	46,7	40,2
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Picardie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 7,3 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Picardie.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Picardie, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 570	79,2	2 693	88,7	4 263	85,0
Phlébotomie	193	9,7	244	8,0	437	8,7
Auto-intoxication par autres produits	84	4,2	98	3,2	182	3,6
Pendaison	110	5,5	30	1,0	140	2,8
Saut dans le vide	35	1,8	30	1,0	65	1,3
Arme à feu	24	1,2	2	0,1	26	0,5
Noyade	3	0,2	10	0,3	13	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	9	0,5	2	0,1	11	0,2
Collision intentionnelle	2	0,1	5	0,2	7	0,1
Non précisé	37	1,9	20	0,7	57	1,1

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 570 chez les hommes résidant en Picardie, correspondant à 79,2 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Picardie.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

Les modes opératoires entraînant un séjour hospitalier pour tentatives de suicide sont assez similaires chez les hommes et les femmes. L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 88,7 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 79,2 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 8,7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (9,7 % des séjours masculins et 8,0 % des séjours féminins).

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides), la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 3,6 %, 2,8 % et 1,3 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an. Le mode opératoire n'est pas précisé pour environ 1 % des cas.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **OR2S Picardie**, 2015, *Santé mentale en Picardie*, 8 p.
- **OR2S Picardie**, 2014, *Le suicide en Picardie*, 12 p.

Synthèse

En 2012, en Picardie, 355 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 18,5 pour 100 000 habitants, de 26 % supérieur au taux national. La mortalité par suicide est 4,2 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, ces chiffres doivent être considérés avec prudence car d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, cette sous-estimation a été évaluée à 5,8 % dans la région [1].

En 2013, 4 338 personnes résidant en Picardie ont eu recours à 5 018 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 29,9 pour 10 000 habitants. Ce taux est 1,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

••• Le taux d'hospitalisation pour TS des Picards est de 88 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

La mortalité par suicide et le taux d'hospitalisation pour TS sont donc élevés en Picardie par rapport au territoire national. Au sein de cette région, le département de la Somme se caractérise à la fois par une mortalité par suicide et un taux d'hospitalisation plus élevés que le niveau régional, tandis que dans l'Aisne, la mortalité par suicide est plus élevée alors que le taux d'hospitalisation pour TS est moins important.

Haute-Normandie

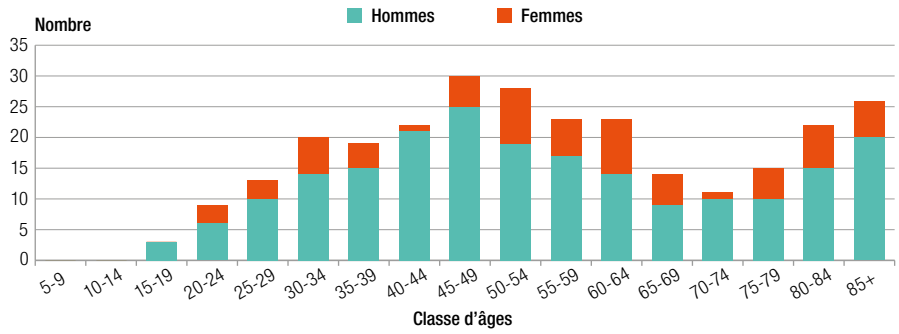
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 278 décès par suicide de personnes résidant en Haute-Normandie ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 208 hommes et 70 femmes, soit un sex-ratio de 3 hommes pour une femme, identique au sex-ratio national. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Haute-Normandie selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 45-49 et 50-54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ une trentaine dans chacune de ces deux classes d'âges.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Haute-Normandie est de 15 pour 100 000 habitants

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Haute-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



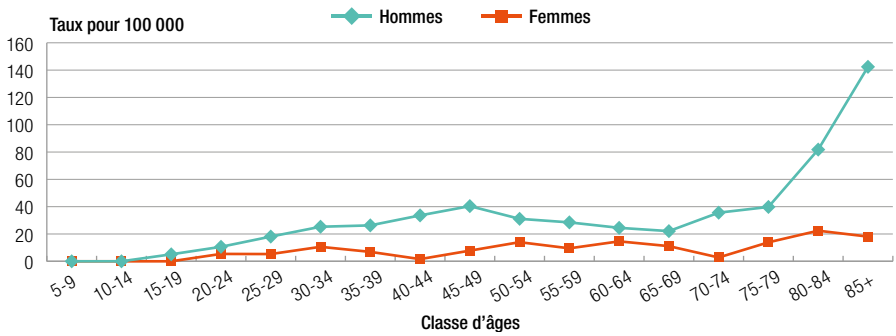
Lecture • En 2012, 3 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Haute-Normandie (3 hommes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Haute-Normandie, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Haute-Normandie			
Nombre de décès par suicide	208	70	278
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	23,3	7,3	15,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,8	7,1	15,3
Eure			
Nombre de décès par suicide	71	24	95
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	24,5	7,9	16,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	28,6	7,7	16,8
Seine-Maritime			
Nombre de décès par suicide	137	46	183
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,7	7,1	14,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,7	6,9	14,8
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Haute-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 10,6 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Haute-Normandie.
Source • CépiDc, analyses InVS.

(23,3 pour 100 000 hommes et 7,3 pour 100 000 femmes). Le taux de mortalité par suicide est très proche de celui observé dans l'ensemble du territoire français, chez les hommes comme chez les femmes.

Au sein de la région, le taux standardisé du département de Seine-Maritime (14,8 pour 100 000 habitants) est très proche du taux national, alors que le taux de mortalité par suicide dans l'Eure (16,8 pour 100 000) est de 11 % supérieur au taux national (+15,1 % chez les hommes et +9,4 % chez les femmes).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Haute-Normandie, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et est en moyenne 3,6 fois plus importante chez les hommes. Elle augmente avec l'âge, surtout chez les hommes pour qui elle passe de 5 pour 100 000 à 15-19 ans à 40 pour 100 000 à 45-49 ans. Entre 50 et 69 ans le taux évolue autour de 25 pour 100 000 pour ensuite augmenter au-delà de 70 ans, atteignant un taux supérieur à 140 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Haute-Normandie, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Elle concerne les deux tiers des hommes décédés par suicide et 40 % des femmes (**tableau 2**). Les femmes ont aussi recours à l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade dans respectivement 20 % et 13 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 12,5 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

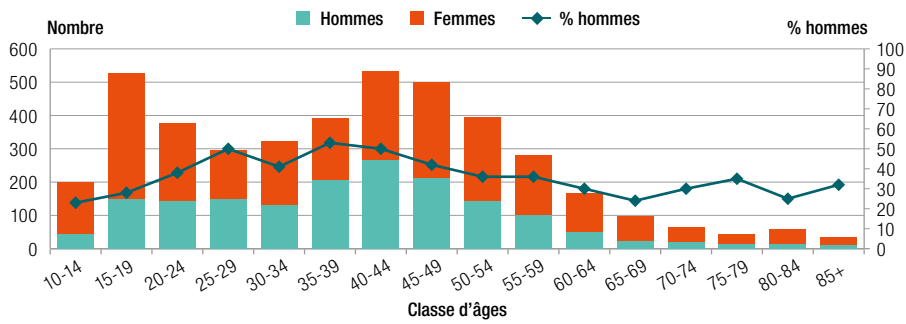
En 2013, 3 642 personnes (1 437 hommes et 2 205 femmes) résidant en Haute-Normandie ont eu recours à 4 292 hospitalisations (1 681 séjours masculins et 2 611 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 17,8 % des patients (17 % des hommes et 18,4 % des femmes). Parmi les 4 292 séjours de patients résidant en Haute-Normandie, 95,3 % (n = 4 090) ont eu lieu au sein même de la région et 4 % en Picardie, Île-de-France, Centre et Basse-Normandie.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Haute-Normandie, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	135	64,9	28	40,0	163	58,6
Arme à feu	26	12,5	2	2,9	28	10,1
Auto-intoxication par médicaments	9	4,3	14	20,0	23	8,3
Saut dans le vide	16	7,7	7	10,0	23	8,3
Noyade	5	2,4	9	12,9	14	5,0
Auto-intoxication par autres produits	4	1,9	2	2,9	6	2,2
Collision intentionnelle	1	0,5	1	1,4	2	0,7
Phlébotomie	5	2,4	1	1,4	6	2,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	1,4	2	2,9	5	1,8
Non précisé	7	3,4	5	7,1	12	4,3

Lecture • En 2012, en Haute-Normandie, 135 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 64,9 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Haute-Normandie.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Haute-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Haute-Normandie est de 200, parmi lesquelles 45 concernent des hommes (soit 23 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

Par ailleurs, les établissements de Haute-Normandie ont accueilli un total de 4 166 hospitalisations pour TS dont 98,2 % sont des séjours de Hauts-Normands.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Haute-Normandie selon l'âge. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 15-19 ans et celle des 40-44 ans avec 530 hospitalisations pour TS dans chacune d'elles. Après 65 ans, le nombre de séjours pour tentative de suicide est plus faible.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire un séjour à l'hôpital pour tentative de suicide. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 23 % chez les plus jeunes (10-14 ans) jusqu'à 53 % chez les 35-39 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les Hauts-Normands ont eu recours à 4 292 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation pour tentative de suicide de 26,6 pour 10 000 habitants (21,7 pour 10 000 hommes et 31 pour 10 000 femmes). Le taux standardisé d'hospitalisation pour TS en Haute-Normandie est de 66 % supérieur au taux national (+72 % chez les hommes et +67 % chez les femmes).

On observe des disparités entre les deux départements de la région. Le taux en Seine-Maritime (28,6 pour 10 000 habitants) est environ de 10 % supérieur au taux régional, alors qu'en Eure (22,3 pour 10 000), le taux est inférieur d'environ 15 %, disparités départementales que l'on retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Haute-Normandie, les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf dans les classes d'âges entre 35 et 39 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (67,7 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 26,4 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 25-29 ans avant de remonter jusqu'à environ 45,6 pour 10 000 chez les femmes de 45 à 49 ans. Ensuite, les taux

d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec un léger rebond dans la classe d'âges des 80-84 ans (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 42,4 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis diminuent. Il est à noter qu'en Haute-Normandie, chez les 35-39 ans, le taux d'hospitalisation pour TS est supérieur chez les hommes (37,5 pour 10 000) que chez les femmes (33,2 pour 10 000).

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

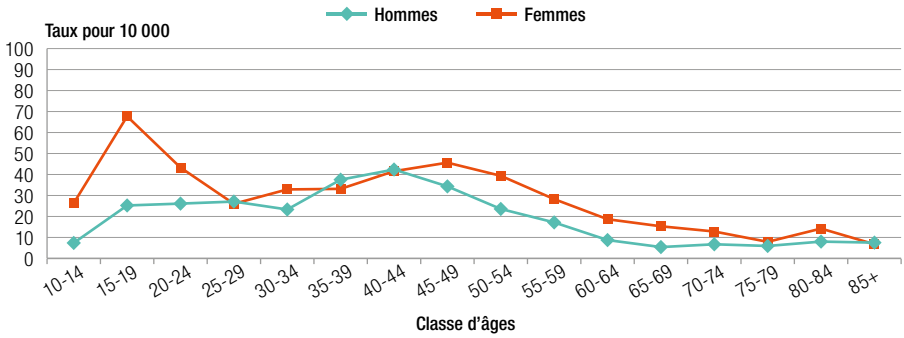
Les modes opératoires entraînant un séjour hospitalier pour tentatives de suicide sont assez similaires chez les hommes et chez les femmes. L'auto-intoxication médicamenteuse est le mode opératoire le plus fréquemment rencontré (**tableau 4**). Il concerne 89,1 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 81,6 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 7,7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (8,1 % des séjours masculins et 7,5 % des séjours féminins).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Haute-Normandie, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Haute-Normandie			
Nombre d'hospitalisations	1 681	2 611	4 292
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	21,7	31,0	26,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	21,3	31,6	26,1
Eure			
Nombre d'hospitalisations	454	693	1 147
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	18,1	26,2	22,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,1	26,6	22,3
Seine-Maritime			
Nombre d'hospitalisations	1 227	1 918	3 145
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	23,4	33,3	28,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	23,0	34,0	28,6
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Figure 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Haute-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 7,4 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Haute-Normandie.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide en 2013 selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Haute-Normandie

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 371	81,6	2 327	89,1	3 698	86,2
Phlébotomie	136	8,1	196	7,5	332	7,7
Auto-intoxication par autres produits	85	5,1	91	3,5	176	4,1
Pendaison	80	4,8	32	1,2	112	2,6
Saut dans le vide	21	1,2	25	1,0	46	1,1
Arme à feu	21	1,2	1	0,0	22	0,5
Noyade	3	0,2	5	0,2	8	0,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	9	0,5	2	0,1	11	0,3
Collision intentionnelle	4	0,2	1	0,0	5	0,1
Non précisé	20	1,2	20	0,8	40	0,9

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 371 chez les hommes résidant en Haute-Normandie, correspondant à 81,6 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Haute-Normandie.
Source • ATIH, analyses InVS.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides), la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 4,1 %, 2,6 % et 1,1 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an. Le mode opératoire n'est pas précisé dans environ 1 % des cas.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

• **OR2S Haute-Normandie**, 2014, *Le suicide en Haute-Normandie*, 12 p.

Synthèse

En 2012, en Haute-Normandie, 278 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 15 pour 100 000 habitants, proche du taux national. De plus, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Haute-Normandie, les décès par suicide semblent relativement bien déclarés, car la sous-estimation est évaluée à 4 % [1].

En 2013, 3 642 personnes résidant en Haute-Normandie ont eu recours à 4 292 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 26,6 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des Hauts-Normands est de 66 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans l'Eure, la mortalité par suicide est plus élevée que le taux régional, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est moins important. En Seine-Maritime, la mortalité par suicide est proche du taux régional tandis que le taux d'hospitalisation est plus élevé.

Le taux de décès par suicide est 3,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, tandis que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,5 fois plus important chez les femmes que chez les hommes.

Centre-Val de Loire

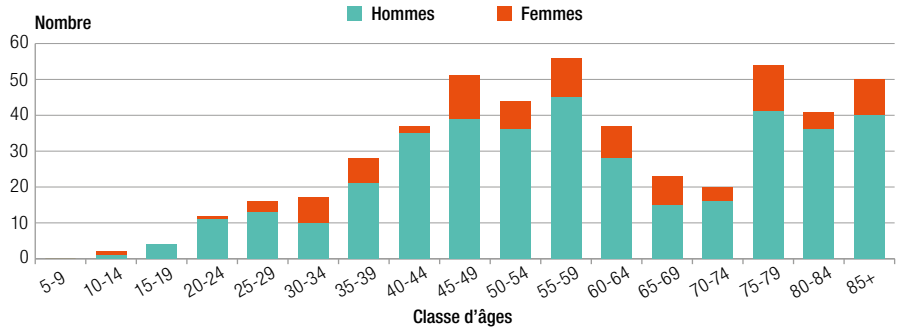
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 492 décès par suicide de personnes résidant en Centre-Val de Loire ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 391 hommes et 101 femmes, soit un sex-ratio de 3,9 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Centre-Val de Loire selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 45-49 ans, 55-59 et 75-79 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit plus d'une cinquantaine dans chaque classe. Il est aussi à noter que 50 décès par suicide de personnes de 85 ans et plus ont été constatés en 2012.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide.

Figure 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Centre-Val de Loire selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 2 décès par suicide de personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Centre-Val de Loire (1 garçon et 1 fille) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Centre-Val de Loire, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Centre-Val de Loire			
Nombre de décès par suicide	391	101	492
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	31,4	7,6	19,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	32,0	7,1	18,3
Cher			
Nombre de décès par suicide	48	8	56
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	31,7	5,0	18,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	30,6	4,2	16,8
Eure-et-Loir			
Nombre de décès par suicide	60	9	69
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,3	4,1	15,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	31,0	3,9	15,8
Indre			
Nombre de décès par suicide	53	11	64
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	48,0	9,3	28,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	44,5	9,1	25,0
Indre-et-Loire			
Nombre de décès par suicide	93	22	115
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	32,3	7,1	19,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,1	6,6	18,6
Loir-et-Cher			
Nombre de décès par suicide	66	16	82
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	40,9	9,4	24,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	39,2	7,9	22,2
Loiret			
Nombre de décès par suicide	71	35	106
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	21,9	10,3	16,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,7	9,9	16,0
France entière			
Taux standardisé (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

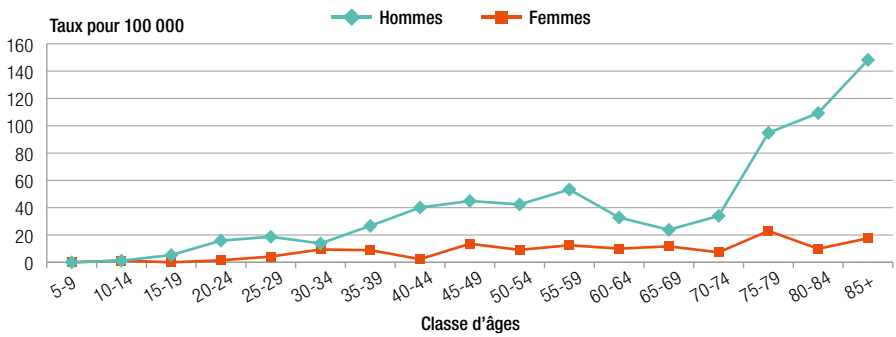
Le taux brut de mortalité par suicide en Centre-Val de Loire est de 19,2 pour 100 000 habitants (31,4 pour 100 000 hommes et 7,6 pour 100 000 femmes).

Le taux de mortalité par suicide standardisé de la région Centre-Val de Loire est très proche du taux national chez les femmes et de 29 % supérieur au taux national chez les hommes. Dans les départements du Cher et d'Eure-et-Loir, la mortalité féminine par suicide est de plus de 40 % inférieure à la mortalité nationale par suicide chez les femmes françaises. Au sein de la région Centre-Val de Loire, l'Indre et le département du Loir-et-Cher présentent les taux les plus élevés, respectivement de 36 % et de 21 % supérieurs aux taux régionaux.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Centre-Val de Loire, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et en moyenne 4,5 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide passe de 5 pour 100 000 à 15-19 ans à 53 pour 100 000 à 55-59 ans, puis diminue jusqu'à 69 ans pour ensuite augmenter au-delà de 70 ans, atteignant un taux supérieur à 140 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge.

Figure 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Centre-Val de Loire selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 15,9 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Centre-Val de Loire.
Source • CépiDc, analyses InVS.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

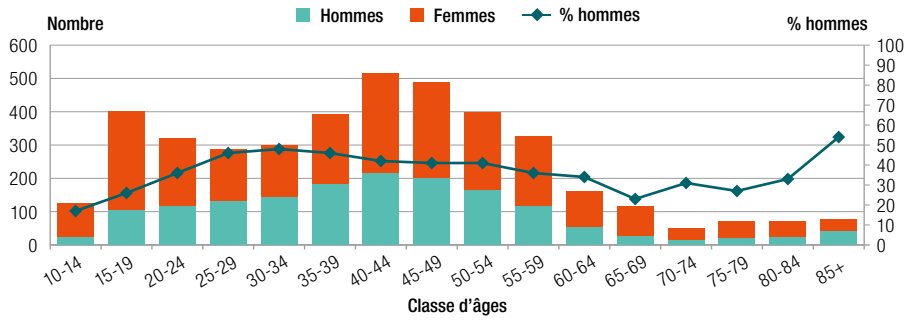
En Centre-Val de Loire, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, ce moyen concerne 60,6 % des hommes décédés par suicide et la moitié des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes,

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Centre-Val de Loire, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	237	60,6	50	49,5	287	58,3
Arme à feu	96	24,6	7	6,9	103	20,9
Auto-intoxication par médicaments	11	2,8	32	31,7	43	8,7
Saut dans le vide	14	3,6	4	4,0	18	3,7
Noyade	9	2,3	5	5,0	14	2,8
Auto-intoxication par autres produits	4	1,0	2	2,0	6	1,2
Collision intentionnelle	6	1,5	1	1,0	7	1,4
Phlébotomie	2	0,5	0	0,0	2	0,4
Lésion par fumée, gaz, flammes	5	1,3	0	0,0	5	1,0
Non précisé	9	2,3	3	3,0	12	2,4

Lecture • En 2012, en Centre-Val de Loire, 237 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 60,6 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Centre-Val de Loire.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Centre-Val de Loire selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Centre-Val de Loire est de 126, parmi lesquelles 22 concernent des hommes (soit 17 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

l'auto-intoxication médicamenteuse et les armes à feu sont aussi utilisées comme moyen létal dans respectivement 31,7 % et 6,9 % des suicides. Les hommes ont recours aux armes à feu dans un quart des cas, ce qui en fait le deuxième mode de suicide.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 3 542 personnes (1 337 hommes et 2 205 femmes) résidant en Centre-Val de Loire ont eu recours à 4 106 hospitalisations (1 571 séjours masculins et 2 535 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour TS dans l'année concerne 16 % des patients (17,5 % chez les hommes et 15 % chez les femmes). Parmi les 4 106 séjours de personnes résidant en Centre-Val de Loire, 95,7 % (n = 3 928) ont eu lieu dans la région et 3 % en Île-de-France, Bourgogne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes. Par ailleurs, les établissements de Centre-Val de Loire ont accueilli un total de 4 127 hospitalisations pour TS dont 95,2 % sont des séjours de patients originaires de la région.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Centre-Val de Loire. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les classes d'âges des 40-44 ans et 45-49 ans avec respectivement 515 et 490 hospitalisations pour TS. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 38 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 17 % (10-14 ans) à 54 % chez les 85 ans et plus (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Centre-Val de Loire ont eu recours à 4 106 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 18,1 pour 10 000 habitants (14,4 pour 10 000 hommes et 21,6 pour 10 000 femmes).

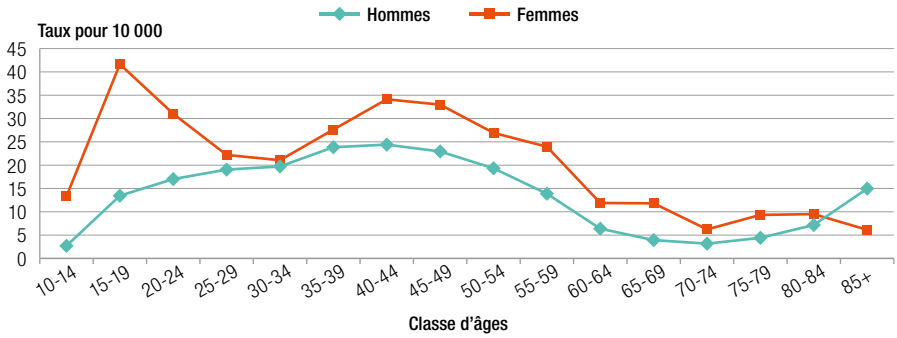
Le taux standardisé d'hospitalisation pour TS des résidents du Centre-Val de Loire est de 18,5 % supérieur au taux national (+18 % chez les hommes et +20 % chez les femmes). Toutefois, les taux des départements du Cher et du Loir-et-Cher sont inférieurs aux taux nationaux chez les hommes comme chez les femmes. Au sein de la région, des disparités importantes sont observées entre les départements. Les

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Centre-Val de Loire, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Centre-Val de Loire			
Nombre d'hospitalisations	1 571	2 535	4 106
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	14,4	21,6	18,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	14,6	22,7	18,6
Cher			
Nombre d'hospitalisations	135	184	319
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,0	12,7	11,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,4	14,0	12,2
Eure-et-Loir			
Nombre d'hospitalisations	288	454	742
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,7	23,4	19,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,8	24,0	19,8
Indre			
Nombre d'hospitalisations	156	254	410
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,9	24,0	20,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,8	26,7	21,6
Indre-et-Loire			
Nombre d'hospitalisations	405	713	1 118
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	16,0	25,7	21,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,0	26,4	21,3
Loir-et-Cher			
Nombre d'hospitalisations	138	240	378
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	9,7	15,8	12,8
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,0	17,1	13,5
Loiret			
Nombre d'hospitalisations	449	690	1 139
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	16,0	23,1	19,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,2	23,7	19,8
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Centre-Val de Loire selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 2,7 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Centre-Val de Loire.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Centre-Val de Loire, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 159	73,8	2 235	88,2	3 394	82,7
Auto-intoxication par autres produits	188	12,0	140	5,5	328	8,0
Phlébotomie	115	7,3	151	6,0	266	6,5
Pendaison	84	5,3	46	1,8	130	3,2
Saut dans le vide	15	1,0	25	1,0	40	1,0
Arme à feu	28	1,8	5	0,2	33	0,8
Noyade	9	0,6	11	0,4	20	0,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	12	0,8	1	0,0	13	0,3
Collision intentionnelle	5	0,3	6	0,2	11	0,3
Non précisé	34	2,2	23	0,9	57	1,4

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 159 chez les hommes résidant en Centre-Val de Loire, correspondant à 73,8 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Centre-Val de Loire.
Source • ATIH, analyses InVS.

taux en Indre et Indre-et-Loire sont supérieurs respectivement de 16 % et de 15 % par rapport au taux régional, alors que dans le Cher et en Loir-et-Cher, les taux sont inférieurs respectivement de 34 % et 27 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe

Les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans les classes d'âges les plus âgées. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (41,7 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 13,3 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à environ 34,1 pour 10 000 chez les femmes de 40-44 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec un léger rebond dans la classe d'âges des 75-84 ans (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 24,4 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent jusqu'à 3,2 pour 10 000 chez les 70-74 ans pour ensuite remonter et même dépasser le taux féminin au-delà de 85 ans.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 88,2 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 73,8 % chez les hommes.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (12 % des séjours masculins et 5,5 % des séjours féminins).

La phlébotomie et la pendaison représentent respectivement 6,5 % et 3,2 % des séjours hospitaliers pour TS. Chez les hommes, l'utilisation d'une arme à feu est mentionnée dans 1,8 % des TS hospitalisées. Les modes opératoires tels que le saut dans le vide, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun 1 % ou moins des cas par an. Enfin, le mode opératoire n'est pas précisé dans 1,4 % des cas.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Centre-Val de Loire**, *circa* 2015-2016, *Évaluation des formations sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire en région Centre-Val de Loire*
- **ORS Centre-Val de Loire**, 2015, *Santé perçue et comportements des jeunes en CFA de la région Centre-Val de Loire : Mal-être*, 4 p.
- **ORS Centre-Val de Loire**, 2012, *Santé perçue et comportements des jeunes en lycées publics de la région Centre - Le mal-être des lycéens*, 6 p.

Synthèse

En 2012, en Centre-Val de Loire, 492 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 19,2 pour 100 000 habitants. En Centre-Val de Loire, la mortalité par suicide est proche du taux national chez les femmes alors que chez les hommes, elle est de 29 % plus élevée. Dans la région, le suicide touche quatre fois plus d'hommes que de femmes alors que le sex-ratio national est de 3. Par ailleurs, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, les décès par suicide en Centre-Val de Loire semblent relativement bien déclarés, car la sous-estimation est évaluée à 2 % [1].

En 2013, 3 542 personnes résidant en Centre-Val de Loire ont eu recours à 4 106 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 18 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Centre-Val de Loire est de 18,5 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Au sein de la région Centre-Val de Loire, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés dans l'Indre, tandis qu'en Loir-et-Cher, la mortalité par suicide est plus élevée que le taux régional, et le taux d'hospitalisation plus bas.

Basse-Normandie

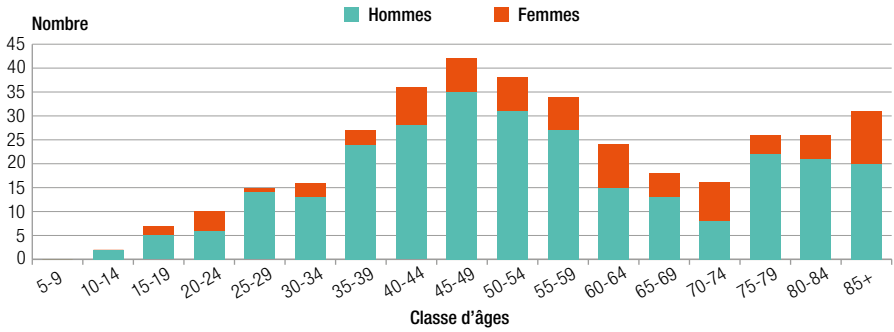
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 368 décès par suicide de personnes résidant en Basse-Normandie ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 284 hommes et 84 femmes, soit un sex-ratio de 3,4 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Basse-Normandie selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 45-54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ une quarantaine de cas dans chacune de ces deux classes d'âges quinquennales. Il est aussi à noter que 30 décès par suicide de personnes de 85 ans et plus ont été constatés en 2012.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Basse-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



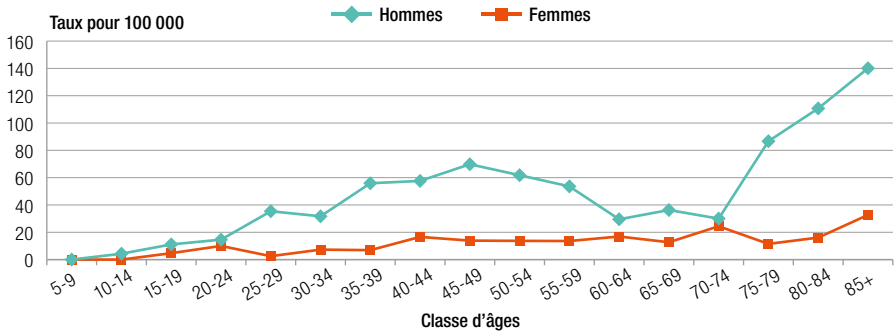
Lecture • En 2012, 7 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Basse-Normandie (5 hommes et 2 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Basse-Normandie, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Basse-Normandie			
Nombre de décès par suicide	284	84	368
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	39,7	11,0	24,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	40,5	10,1	24,1
Calvados			
Nombre de décès par suicide	109	32	141
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	32,9	9,0	20,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	34,4	8,4	20,5
Manche			
Nombre de décès par suicide	116	32	148
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	47,6	12,5	29,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	47,6	11,2	27,7
Orne			
Nombre de décès par suicide	59	20	79
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	42,0	13,4	27,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	41,8	12,7	26,4
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Basse-Normadie selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 14,6 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Basse-Normandie.
Source • CépiDc, analyses InVS.

de mortalité par suicide en Basse-Normandie est de 24,9 pour 100 000 habitants (39,7 pour 100 000 hommes et 11 pour 100 000 femmes).

Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Basse-Normandie et des départements qui la composent sont plus élevés que le taux national chez les femmes et chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide est de 63 % supérieure au taux national masculin et chez les femmes, la mortalité par suicide est de 44 % supérieure au taux national féminin.

Au sein de la région Basse-Normandie, le Calvados présente une mortalité par suicide de 15 % inférieure au taux régional, tandis que la Manche a une mortalité par suicide de 15 % supérieure au taux régional. Dans l'Orne, chez les hommes, le taux de décès par suicide est proche du taux régional mais chez les femmes, il lui est supérieur de 25 %.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Basse-Normandie, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), elle est en moyenne 4 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité par suicide passe de 4 pour 100 000 à 10-14 ans à 70 pour 100 000 à 45-49 ans. Elle diminue jusqu'à 30 pour 100 000 chez les 60-74 ans pour ensuite augmenter au-delà de 75 ans, atteignant un taux supérieur à 140 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus.

Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Entre 10 et 39 ans, elle est en moyenne de 6 pour 100 000 femmes et après 40 ans, le décès par suicide concerne en moyenne 16 femmes pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

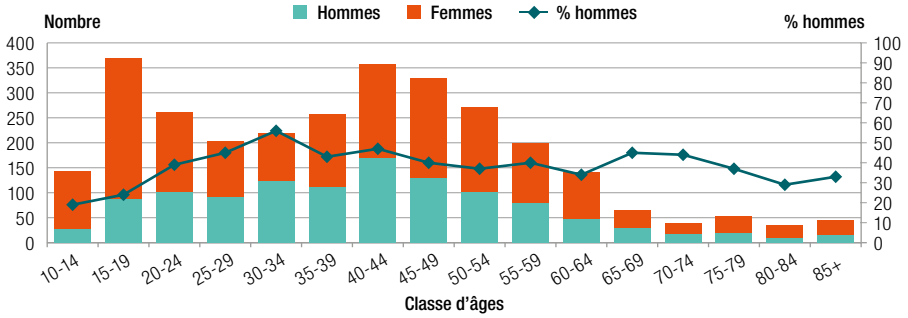
En Basse-Normandie, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Il concerne les trois quarts des hommes décédés par suicide et plus de la moitié des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont aussi utilisées comme moyen létal dans respectivement 20,2 % et 8,3 % des suicides. Par ailleurs, pour 7,1 % des décès, la méthode utilisée n'est pas spécifiée. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 13,7 % des cas.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Basse-Normandie, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	213	75,0	46	54,8	259	70,4
Arme à feu	39	13,7	5	6,0	44	12,0
Auto-intoxication par médicaments	8	2,8	17	20,2	25	6,8
Saut dans le vide	8	2,8	2	2,4	10	2,7
Noyade	2	0,7	7	8,3	9	2,4
Auto-intoxication par autres produits	3	1,1	3	3,6	6	1,6
Collision intentionnelle	5	1,8	0	0,0	5	1,4
Phlébotomie	1	0,4	2	2,4	3	0,8
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	1,1	0	0,0	3	0,8
Non précisé	8	2,8	6	7,1	14	3,8

Lecture • En 2012, en Basse-Normandie, 213 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 75 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Basse-Normandie.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Basse-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Basse-Normandie est de 143, parmi lesquelles 27 concernent des hommes (soit 19 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 2 628 personnes (1 017 hommes et 1 611 femmes) résidant en Basse-Normandie ont eu recours à 2 991 hospitalisations (1 160 séjours masculins et 1 831 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 13,8 % des patients (14,1 % chez les hommes et 13,7 % chez les femmes). Parmi les 2 991 séjours pour TS des personnes résidant en Basse-Normandie, 97,8 % (n = 2 924) ont eu lieu dans la région. Par ailleurs, les établissements de Basse-Normandie ont accueilli un total de 3 094 hospitalisations pour TS, dont 94,5 % de séjours de patients originaires de la région Basse-Normandie.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Basse-Normandie. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les classes d'âges des 15-19 ans et des 40-44 ans avec respectivement 370 et 357 hospitalisations. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 19 % (10-14 ans) jusqu'à 56 % chez les 30-34 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Basse-Normandie ont eu recours à 2 991 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 22,9 pour 10 000 habitants (18,4 pour 10 000 hommes et 27 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Basse-Normandie et des départements qui la composent sont systématiquement plus élevés. Le taux d'hospitalisation pour TS des résidents de Basse-Normandie est de 53,5 % supérieur au taux national (+52 % chez les hommes et chez les femmes). Par rapport aux taux régionaux, les taux dans la Manche sont supérieurs de 15 %, alors que dans le Calvados et l'Orne, les taux sont inférieurs respectivement de 12 % et de 6 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En région Basse-Normandie, les taux féminins d'hospitalisation pour TS sont supérieurs aux taux masculins sauf dans la classe d'âges des 30-34 ans. Les jeunes filles

entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (66 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 25,7 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à 40 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 34,7 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent jusqu'à 8 pour 10 000 chez les plus de 65 ans.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

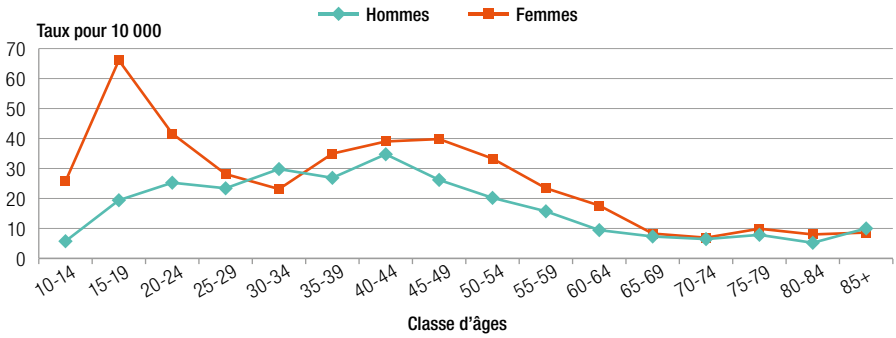
L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 87,9 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 76,1 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 8,1 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (9,1 % des séjours masculins et 7,5 % des séjours féminins).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Basse-Normandie, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Basse-Normandie			
Nombre d'hospitalisations	1 160	1 831	2 991
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	18,4	27,0	22,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,8	28,7	24,1
Calvados			
Nombre d'hospitalisations	493	789	1 282
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,0	24,8	21,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,0	25,7	21,3
Manche			
Nombre d'hospitalisations	455	706	1 161
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	21,1	30,9	26,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	21,9	33,9	27,8
Orne			
Nombre d'hospitalisations	212	336	548
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,2	25,3	21,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,1	27,2	22,6
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Basse-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 5,7 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Basse-Normandie.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Basse-Normandie, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	883	76,1	1 609	87,9	2 492	83,3
Phlébotomie	106	9,1	137	7,5	243	8,1
Auto-intoxication par autres produits	91	7,8	80	4,4	171	5,7
Pendaison	76	6,6	29	1,6	105	3,5
Saut dans le vide	20	1,7	17	0,9	37	1,2
Arme à feu	19	1,6	1	0,1	20	0,7
Noyade	8	0,7	11	0,6	19	0,6
Lésion par fumée, gaz, flammes	10	0,9	4	0,2	14	0,5
Collision intentionnelle	3	0,3	6	0,3	9	0,3
Non précisé	14	1,2	11	0,6	25	0,8

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 883 chez les hommes résidant en Basse-Normandie, correspondant à 76,1 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Basse-Normandie.
Source • ATIH, analyses InVS.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) et la pendaison représentent respectivement 5,7 % et 3,5 % des séjours hospitaliers pour TS. Chez les hommes, le saut dans le vide et l'utilisation d'une arme à feu sont retrouvés dans respectivement 1,7 % et 1,6 % des TS hospitalisées. Les modes opératoires tels que la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins d'1 % des cas par an.

3. Études régionales spécifiques récentes

3.1. Initiative régionale sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires

Une enquête menée auprès de salariés hospitalisés pour un geste suicidaire a été effectuée au CHU de Caen. L'objectif de cette étude est de quantifier la part du travail dans les tentatives de suicide et de rechercher des facteurs de travail décompensateurs ou protecteurs vis-à-vis du geste suicidaire. Des entretiens individuels ont été réalisés en face-à-face dans les 24 à 48 heures qui ont suivi la TS par des médecins du travail. La trajectoire professionnelle a été retracée chez les personnes pour qui la TS est principalement liée au travail. Au total, 70 patients ont été inclus entre février 2010 et septembre 2011. Le travail est le facteur principal du geste suicidaire pour 40 % des salariés. Cette étude a révélé que le geste suicidaire est le résultat d'une longue histoire de souffrance au travail et a souligné la place centrale du travail en tant qu'élément décompensateur ou protecteur de la santé mentale. Les auteurs de cette étude suggèrent que le développement d'un interrogatoire « travail » permettrait la verbalisation du vécu du travail et le développement d'actions de prévention.

Pour en savoir plus :
Géhin M., Raoult-Monestel M., 2013, « Geste suicidaire et travail : enquête aux urgences psychiatriques du CHU de Caen (France) », (*Suicide attempt and work: Survey in the psychiatric emergency unit of Caen University Hospital [France]*), *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, volume 74, issue 4, septembre, p. 359-368.

3.2. Enquête sur la santé des Bas-Normands

Un recueil d'informations complémentaires au Baromètre santé a été mené en 2012 pour affiner les questions de santé mentale, détresse psychologique, qualité de vie et des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les Bas-Normands. L'enquête permet d'afficher des prévalences du phénomène suicidaire en région et

par regroupement de territoires intermédiaires de santé, et autorise un examen des facteurs associés.

Pour en savoir plus :

ORS Basse-Normandie, 2014, « Enquête santé des Bas-Normands : la santé mentale », *Info santé Basse-Normandie*, 8 p.

4. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Basse-Normandie**, 2012, *La santé des étudiants de Basse-Normandie, Rapport d'étude 2011*, 57 p.

Synthèse

En 2012, en Basse-Normandie, 368 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 24,9 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national, la mortalité par suicide est de 60 % plus élevée en Basse-Normandie. Par ailleurs, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Basse-Normandie, les décès par suicide semblent relativement bien déclarés, car la sous-estimation est évaluée à 3,4 % [1].

En 2013, 2 628 personnes résidant en Basse-Normandie ont eu recours à 2 991 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 23 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Basse-Normandie est de 53,5 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 4 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,5 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes.

La comparaison avec les données régionales a montré que dans le Calvados, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont moins élevés tandis que dans la Manche, la mortalité par suicide et le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés.

Bourgogne

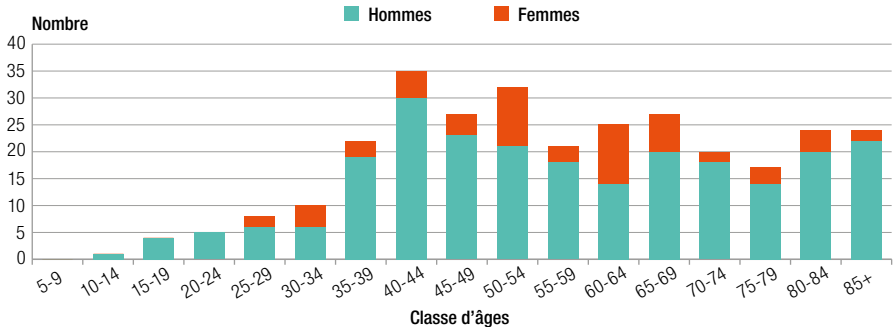
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 302 décès par suicide de personnes résidant en Bourgogne ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 241 hommes et 61 femmes, soit un sex-ratio de 4 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Bourgogne selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 40-44 ans et 50-54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit plus d'une trentaine de cas dans chacune de ces deux classes d'âges.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Bourgogne est de 18,4 pour 100 000 habitants (30,3 pour 100 000 hommes et 7,2 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Bourgogne selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



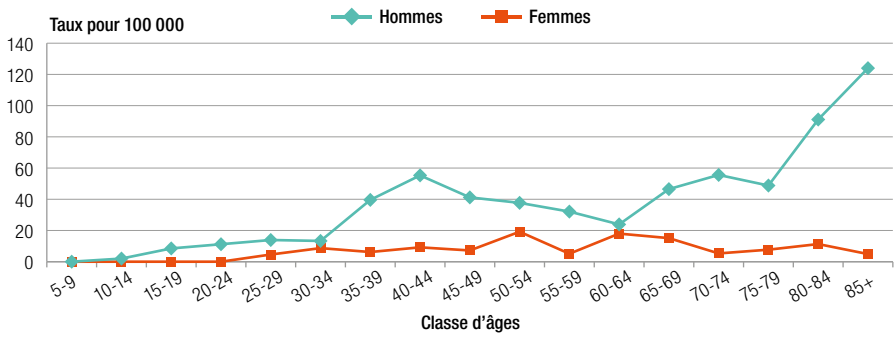
Lecture • En 2012, 4 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Bourgogne (4 hommes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Bourgogne, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Bourgogne			
Nombre de décès par suicide	241	61	302
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,3	7,2	18,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	30,2	6,7	17,3
Côte-d'Or			
Nombre de décès par suicide	57	10	67
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,3	3,7	12,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,0	3,7	12,7
Nièvre			
Nombre de décès par suicide	38	7	45
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	36,5	6,2	20,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	36,0	5,4	19,4
Saône-et-Loire			
Nombre de décès par suicide	96	32	128
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	35,6	11,2	23,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	35,0	9,7	21,0
Yonne			
Nombre de décès par suicide	50	12	62
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,2	6,8	18,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,6	6,7	17,1
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Bourgogne selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 8,5 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 15 à 19 ans résidant en Bourgogne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Bourgogne sont en moyenne de 21 % plus élevés que le taux national chez les hommes. Chez les femmes, la mortalité par suicide en Bourgogne est de 4 % inférieure au taux national féminin.

Au sein de la région, c'est en Côte-d'Or que la mortalité par suicide est la plus basse. Elle est de 45 % plus basse chez les femmes et de 24 % plus basse chez les hommes, en comparaison aux taux régionaux respectifs. En Saône-et-Loire, la mortalité par suicide est supérieure de 44 % chez les femmes et de 16 % chez les hommes.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Bourgogne, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), et en moyenne 4,5 fois plus importante chez les hommes. La mortalité masculine par suicide va de 2 pour 100 000 à 10-14 ans jusqu'à 55 pour 100 000 à 40-44 ans, puis diminue jusqu'à 24 pour 100 000 chez les 60-64 ans pour ensuite augmenter de nouveau, atteignant un taux supérieur à 120 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Aucun décès par suicide n'est rapporté avant 25 ans.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Bourgogne, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, ce moyen concerne presque les deux tiers des hommes décédés par suicide et plus du tiers des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, la noyade et l'auto-intoxication médicamenteuse sont aussi utilisées comme moyen létal dans respectivement 19,7 % et 18 % des cas. Par ailleurs, pour 4,9 % des décès, la méthode utilisée n'est pas spécifiée. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 22 % des cas, suivi de l'intoxication médicamenteuse dans 4,1 % des décès.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

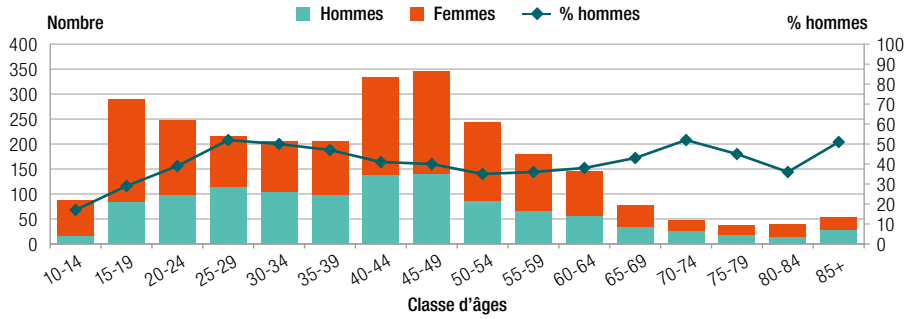
En 2013, 2 456 personnes (984 hommes et 1 472 femmes) résidant en Bourgogne ont eu recours à 2 762 hospitalisations (1 107 séjours masculins et 1 655 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Bourgogne, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	153	63,5	23	37,7	176	58,3
Arme à feu	53	22,0	4	6,6	57	18,9
Auto-intoxication par médicaments	10	4,1	11	18,0	21	7,0
Noyade	5	2,1	12	19,7	17	5,6
Saut dans le vide	7	2,9	5	8,2	12	4,0
Collision intentionnelle	3	1,2	3	4,9	6	2,0
Auto-intoxication par autres produits	3	1,2	2	3,3	5	1,7
Phlébotomie	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	0,8	0	0,0	2	0,7
Non précisé	7	2,9	3	4,9	10	3,3

Lecture • En 2012, en Bourgogne, 153 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 63,5 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Bourgogne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Bourgogne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Bourgogne est de 87, parmi lesquelles 15 concernent des hommes (soit 17 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 12,5 % des patients (le pourcentage de réadmission est le même chez les hommes et les femmes). Parmi les 2 762 séjours hospitaliers pour TS des Bourguignons, 95,5 % (n = 2 639) ont eu lieu en Bourgogne, en Franche-Comté (n = 36), en Rhône-Alpes (n = 35) et en Auvergne (n = 19). Par ailleurs, les établissements de Bourgogne ont accueilli un total de 2 824 hospitalisations pour TS dont 93,4 % sont des séjours de patients originaires de la région Bourgogne.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Bourgogne. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 40-49 ans avec environ 340 hospitalisations pour TS dans chacune de ces deux classes d'âges quinquennales. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 40 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, ce pourcentage évolue entre 17 % (10-14 ans) et 52 % dans certaines classes d'âges (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Bourgogne ont eu recours à 2 762 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 18,9 pour 10 000 habitants (15,8 pour 10 000 hommes et 21,9 pour 10 000 femmes).

Les taux standardisés d'hospitalisation pour TS des résidents de Bourgogne sont en moyenne de 27 % supérieurs aux taux nationaux (+31 % chez les hommes et +25 % chez les femmes). Au sein de la région, les taux en Saône-et-Loire et Nièvre sont supérieurs respectivement de 13 % et de 6 % par rapport aux taux régionaux, alors que dans l'Yonne, les taux sont inférieurs de 24 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf dans la classe d'âges des 25-29 ans et au-delà de 85 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (47,6 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 15,3 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à 37,5 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation

pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre des taux moyens de 24 pour 10 000 entre 25 ans et 49 ans, puis baissent progressivement et remontent chez les plus de 85 ans, dépassant les taux féminins.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

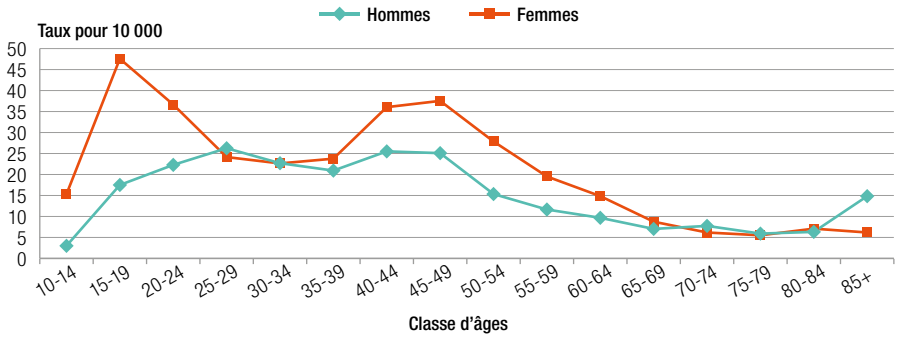
L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 88,8 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 77,9 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 8,7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (10,3 % des séjours masculins et 7,7 % des séjours féminins).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Bourgogne, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Bourgogne			
Nombre d'hospitalisations	1 107	1 655	2 762
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,8	21,9	18,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,2	23,6	20,0
Côte-d'Or			
Nombre d'hospitalisations	358	555	913
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,8	22,8	19,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,7	23,5	19,5
Nièvre			
Nombre d'hospitalisations	161	216	377
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,3	21,3	19,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,3	24,5	21,2
Saône-et-Loire			
Nombre d'hospitalisations	411	631	1 042
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,2	24,7	21,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,9	27,6	22,5
Yonne			
Nombre d'hospitalisations	177	253	430
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,2	16,2	14,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,8	17,6	15,2
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Bourgogne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Bourgogne.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Bourgogne, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	862	77,9	1 470	88,8	2 332	84,4
Phlébotomie	114	10,3	127	7,7	241	8,7
Auto-intoxication par autres produits	61	5,5	54	3,3	115	4,2
Pendaison	56	5,1	19	1,1	75	2,7
Saut dans le vide	19	1,7	9	0,5	28	1,0
Arme à feu	13	1,2	1	0,1	14	0,5
Noyade	5	0,5	5	0,3	10	0,4
Lésion par fumée, gaz, flammes	6	0,5	8	0,5	14	0,5
Collision intentionnelle	3	0,3	2	0,1	5	0,2
Non précisé	9	0,8	7	0,4	16	0,6

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 862 chez les hommes résidant en Bourgogne, correspondant à 77,9 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Bourgogne.
Source • ATIH, analyses InVS.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) et la pendaison représentent respectivement 4,2 % et 2,7 % des séjours hospitaliers pour TS. Les autres modes opératoires tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 2 % des cas par an.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Bourgogne**, 2014, *La santé observée en Bourgogne. Faits marquants* - Fiche 4.5 « Suicide », septembre, 4 p.
- **ORS Bourgogne**, 2010, *Le suicide en France et en Bourgogne - Épidémiologie*, 16 p.

Synthèse

En 2012, en Bourgogne, 302 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 18,4 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national, la mortalité par suicide est globalement de 15 % plus élevée en Bourgogne. Toutefois, cette surmortalité par suicide est seulement masculine (+21 %) et chez les femmes, elle est de 4 % inférieure à la mortalité nationale. Par ailleurs, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Bourgogne, la sous-estimation des décès par suicide est évaluée à 5,9 % [1].

En 2013, 2 456 personnes résidant en Bourgogne ont eu recours à 2 762 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 18,9 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Bourgogne est de 27 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 4,5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Au sein de la région Bourgogne, en Côte-d'Or et dans l'Yonne, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont moins élevés, tandis qu'en Saône-et-Loire et dans la Nièvre, la mortalité par suicide et le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés.

Nord - Pas-de-Calais

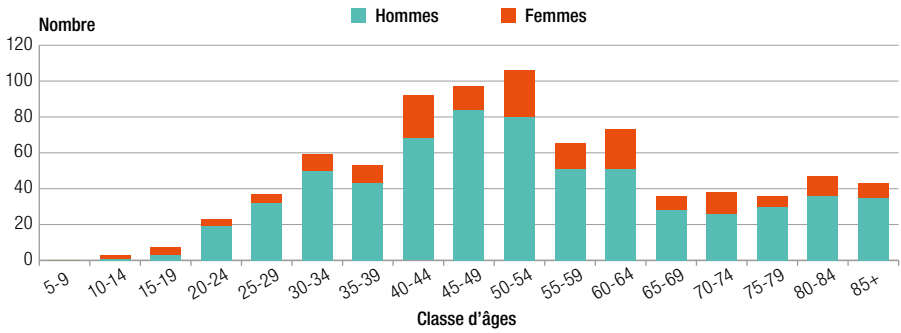
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 815 décès par suicide de personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 637 hommes et 178 femmes, soit un sex-ratio de 3,6 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Nord - Pas-de-Calais selon le sexe et l'âge. C'est entre 40 ans et 54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ une centaine de cas dans chacune de ces trois classes d'âges quinquennales.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



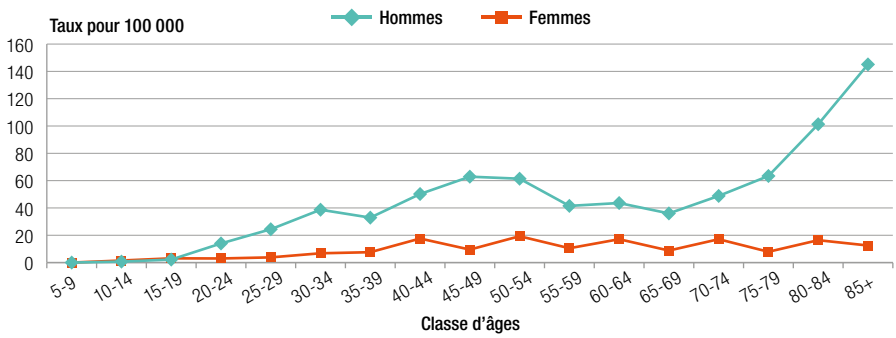
Lecture • En 2012, 7 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Nord - Pas-de-Calais (3 hommes et 4 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Nord - Pas-de-Calais, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nord - Pas-de-Calais			
Nombre de décès par suicide	637	178	815
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	32,5	8,5	20,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	36,9	8,6	21,1
Nord			
Nombre de décès par suicide	383	95	478
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,6	7,1	18,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	35,3	7,3	19,5
Pas-de-Calais			
Nombre de décès par suicide	254	83	337
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	35,9	11,0	23,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	39,6	10,9	23,7
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 14 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Nord - Pas-de-Calais.
Source • CépiDc, analyses InVS.

de mortalité par suicide en Nord - Pas-de-Calais est de 20,1 pour 100 000 habitants (32,5 pour 100 000 hommes et 8,5 pour 100 000 femmes).

Les taux standardisés de la région Nord - Pas-de-Calais et des départements qui la composent sont de 40 % plus élevés que le taux national chez les femmes et chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide est de 48 % supérieure au taux national masculin et chez les femmes elle est de 23 % supérieure au taux national féminin. Cette surmortalité féminine par suicide dans la région se retrouve surtout dans le département du Pas-de-Calais, alors que le taux de mortalité par suicide chez les femmes du département du Nord est proche du taux national. Au sein de la région Nord - Pas-de-Calais, le Nord présente une mortalité par suicide de 7 % inférieure au taux régional, tandis que le Pas-de-Calais affiche une mortalité par suicide de 12 % supérieure au taux régional.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Nord - Pas-de-Calais, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et est en moyenne 4,3 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité par suicide va de 2 pour 100 000 à 15-19 ans jusqu'à 63 pour 100 000 à 45-49 ans puis diminue jusqu'à 40 pour 100 000 chez les 55-69 ans pour ensuite augmenter au-delà de 70 ans, atteignant un taux supérieur à 140 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Entre 10 et 39 ans, elle est en moyenne de 4 pour 100 000 femmes et après 40 ans, le décès par suicide concerne en moyenne 14 femmes pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Nord - Pas-de-Calais, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé : presque les deux tiers des hommes décédés par suicide et plus de la moitié des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyen létal dans respectivement 19,1 % et 9,6 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 14,8 % des cas, suivi de l'auto-intoxication médicamenteuse utilisée dans 8,3 % des suicides.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

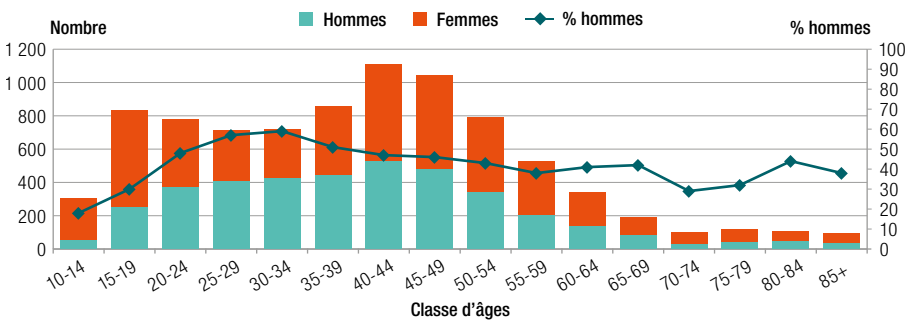
En 2013, 7 375 personnes (3 310 hommes et 4 065 femmes) résidant en Nord - Pas-de-Calais ont eu recours à 8 626 hospitalisations (3 850 séjours masculins et

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Nord - Pas-de-Calais, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	412	64,7	94	52,8	506	62,1
Arme à feu	94	14,8	4	2,2	98	12,0
Auto-intoxication par médicaments	53	8,3	34	19,1	87	10,7
Saut dans le vide	15	2,4	10	5,6	25	3,1
Noyade	20	3,1	17	9,6	37	4,5
Auto-intoxication par autres produits	21	3,3	10	5,6	31	3,8
Collision intentionnelle	10	1,6	6	3,4	16	2,0
Phlébotomie	6	0,9	1	0,6	7	0,9
Lésion par fumée, gaz, flammes	4	0,6	4	2,2	8	1,0
Non précisé	16	2,5	5	2,8	21	2,6

Lecture • En 2012, en Nord - Pas-de-Calais, 412 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 64,7 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Nord - Pas-de-Calais.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Nord - Pas-de-Calais est de 303, parmi lesquelles 54 concernent des hommes (soit 18 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

4 776 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 17 % des patients (16,3 % chez les hommes et 17,5 % chez les femmes). Parmi les 8 626 séjours de patients résidant en Nord - Pas-de-Calais, 98,8 % (n = 8 519) ont eu lieu dans la région. Par ailleurs, les établissements de Nord - Pas-de-Calais ont accueilli un total de 8 630 hospitalisations pour TS dont 98,7 % sont des séjours de patients originaires de la région Nord - Pas-de-Calais.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Nord - Pas-de-Calais. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 40-44 et 45-49 ans avec plus de 1 000 hospitalisations pour TS dans chaque classe. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 45 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 18 % (10-14 ans) jusqu'à 59 % chez les 30-34 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Nord - Pas-de-Calais ont eu recours à 8 626 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 24,6 pour 10 000 habitants (22,9 pour 10 000 hommes et 26,1 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Nord - Pas-de-Calais et des départements qui la composent sont systématiquement plus élevés. Le taux d'hospitalisation pour TS des résidents de Nord - Pas-de-Calais est en moyenne de 54 % supérieur au taux national (+79 % chez les hommes et +39 % chez les femmes). Par rapport aux taux régionaux, les taux dans le département du Nord sont supérieurs de 6 %, alors que dans le Pas-de-Calais, les taux sont inférieurs de 10 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Nord - Pas-de-Calais, les taux féminins d'hospitalisation pour TS sont supérieurs aux taux masculins sauf entre 25 et 39 ans, et au-delà de 80 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (45,5 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 18,7 pour 10 000. Après le pic chez

les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à 42 pour 10 000 chez les femmes de 40-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 38,2 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis diminuent jusqu'à 5,5 pour 10 000 chez les 70-74 ans pour ensuite remonter dans les âges extrêmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 86,4 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 72,6 % chez les hommes.

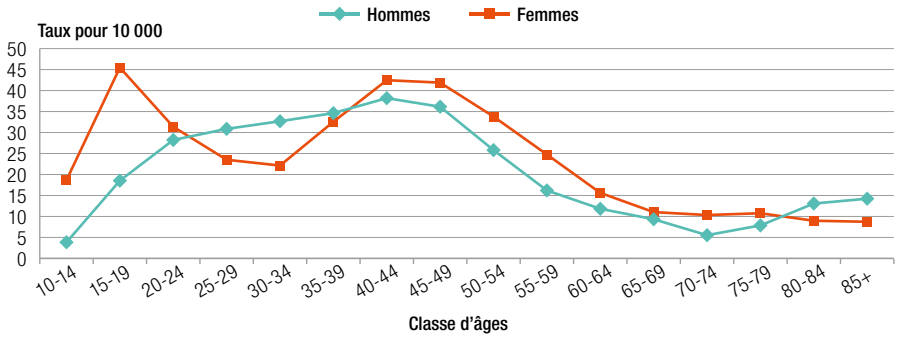
La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 8,8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (10,1 % des séjours masculins et 7,8 % des séjours féminins). L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est un moyen retrouvé dans 8,1 % des admissions pour TS. La pendaison représente 2,7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Nord - Pas-de-Calais, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nord - Pas-de-Calais			
Nombre d'hospitalisations	3 850	4 776	8 626
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	22,9	26,1	24,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	22,2	26,3	24,2
Nord			
Nombre d'hospitalisations	2 595	3 270	5 865
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	24,2	28,0	26,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	23,3	28,1	25,7
Pas-de-Calais			
Nombre d'hospitalisations	1 255	1 506	2 761
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	20,7	22,8	21,8
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	20,4	23,2	21,7
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3,8 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Nord - Pas-de-Calais.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	2 796	72,6	4 128	86,4	6 924	80,3
Phlébotomie	390	10,1	371	7,8	761	8,8
Auto-intoxication par autres produits	450	11,7	248	5,2	698	8,1
Pendaison	172	4,5	63	1,3	235	2,7
Saut dans le vide	46	1,2	36	0,8	82	1,0
Arme à feu	42	1,1	2	0,0	44	0,5
Noyade	21	0,5	16	0,3	37	0,4
Lésion par fumée, gaz, flammes	24	0,6	7	0,1	31	0,4
Collision intentionnelle	9	0,2	6	0,1	15	0,2
Non précisé	88	2,3	69	1,4	157	1,8

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 2 796 chez les hommes résidant en Nord - Pas-de-Calais, correspondant à 72,6 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Nord - Pas-de-Calais.
Source • ATIH, analyses InVS.

Les autres modes opératoires tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun environ 1 % ou moins des cas par an.

3. Études régionales spécifiques

3.1. Données d'appels au Samu-centre 15 pour la surveillance des tentatives de suicide

Outre l'utilisation des bases de données hospitalières, la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) du Nord - Pas-de-Calais intègre depuis plusieurs années les données des appels téléphoniques au Samu-centre 15 pour la surveillance des TS. Seules les données du Samu-centre 15 du Nord ont été utilisables et sont cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS.

Pour en savoir plus :

- **Plancke L., Amariei A., Ducrocq F., Lemanski-Brulin C., Hadjeb L., Danel T., Goldstein P., Wiel E., Vaiva G.**, 2011, « Les tentatives de suicide appréhendées par un Service d'aide médicale d'urgence (Samu) », *Annales françaises de médecine d'urgence*, novembre, volume 1, issue 6, p. 387-394.
- **Plancke L., Ducrocq F., Clément G., Chaud P., Haeghebaert S., Amariei A., Chan-Chee C., Goldstein P., Vaiva G.**, 2014, « Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites, Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations », *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, volume 62, issue 6, décembre, p. 351-360.
- **Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais (F2RSM), Plancke L.**, 2013, *Conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais. Données récentes*, 14 p.

Synthèse

En 2012, en Nord - Pas-de-Calais, 815 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 20,1 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide est de 40 % plus élevée en Nord - Pas-de-Calais que le taux national. Par ailleurs, d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Nord - Pas-de-Calais, les décès par suicide semblent relativement bien déclarés, car la sous-estimation est évaluée à 2,5 % [1].

••• En 2013, 7 375 personnes résidant en Nord - Pas-de-Calais ont eu recours à 8 626 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 24,6 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Nord - Pas-de-Calais est de 54 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 4,3 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS chez les femmes est 1,2 fois supérieur au taux masculin. Les deux départements de la région ont montré des disparités dans les indicateurs : dans le Pas-de-Calais, la mortalité par suicide est plus élevée et le taux d'hospitalisation pour TS est moins élevé, tandis que dans le Nord, c'est l'inverse.

Lorraine

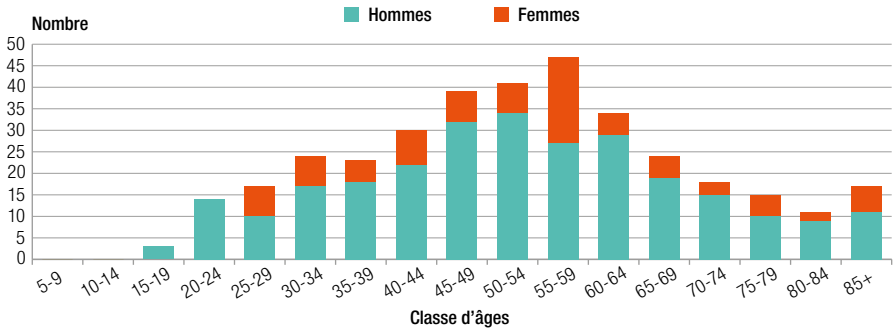
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 357 décès par suicide de personnes résidant en Lorraine ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 270 hommes et 87 femmes, soit un sex-ratio de 3,3 hommes pour une femme, un peu plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Lorraine selon le sexe et l'âge. Il est le plus important dans la classe d'âges des 55-59 ans (n = 47). Aucun décès par suicide n'a été rapporté chez les femmes de moins de 25 ans.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que leurs taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Lorraine est de 15,2 pour 100 000 habitants (23,6 pour 100 000 hommes et 7,2 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Lorraine selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



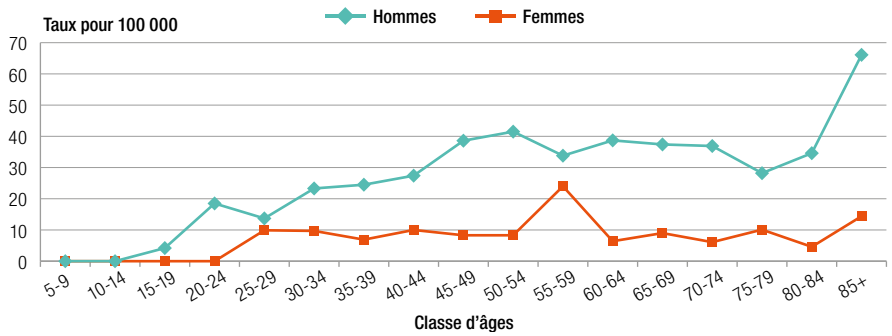
Lecture • En 2012, 3 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Lorraine (3 hommes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Lorraine, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Lorraine			
Nombre de décès par suicide	270	87	357
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	23,6	7,2	15,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,1	6,9	14,9
Meurthe-et-Moselle			
Nombre de décès par suicide	80	24	104
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,5	6,3	14,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,4	6,3	14,2
Meuse			
Nombre de décès par suicide	39	9	48
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	41,0	9,2	24,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	43,3	8,1	23,7
Moselle			
Nombre de décès par suicide	84	38	122
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	16,4	7,1	11,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16,4	6,8	11,3
Vosges			
Nombre de décès par suicide	67	16	83
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	36,6	8,3	22,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	36,1	7,3	21,2
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Lorraine selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 18,5 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Lorraine.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Lorraine et des départements de Meurthe-et-Moselle et de Moselle sont moins élevés que le taux national chez les femmes comme chez les hommes. Au sein de la région Lorraine, le département de Meurthe-et-Moselle et la Moselle présentent respectivement des taux de mortalité par suicide de 5 % et de 24 % inférieurs au taux régional, tandis que la Meuse et les Vosges ont respectivement des taux de mortalité par suicide de 59 % et 42 % supérieurs au taux régional. Dans les Vosges, cette surmortalité est surtout importante chez les hommes (+50 %) tandis que chez les femmes la surmortalité est de 5 %.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Lorraine, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), et est en moyenne 3,5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité par suicide va de 4 pour 100 000 à 15-19 ans jusqu'à 41,5 pour 100 000 à 50-54 ans. Elle diminue jusqu'à 28 pour 100 000 chez les 75-79 ans pour ensuite augmenter de nouveau et atteindre un taux supérieur à 65 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. À partir de 25 ans, elle est autour de 10 pour 100 000, à l'exception d'un taux particulièrement élevé de 24 pour 100 000 femmes dans la classe d'âges des 55-59 ans.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Lorraine, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, ce moyen concerne 59,3 % des hommes décédés par suicide et 40,2 % des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyen dans respectivement 28,7 % et 13,8 % des suicides. Par ailleurs, pour près de 7 % des décès, la méthode utilisée n'a pas été spécifiée. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 14,1 % des cas, suivi de l'intoxication médicamenteuse dans 8,9 % des suicides.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

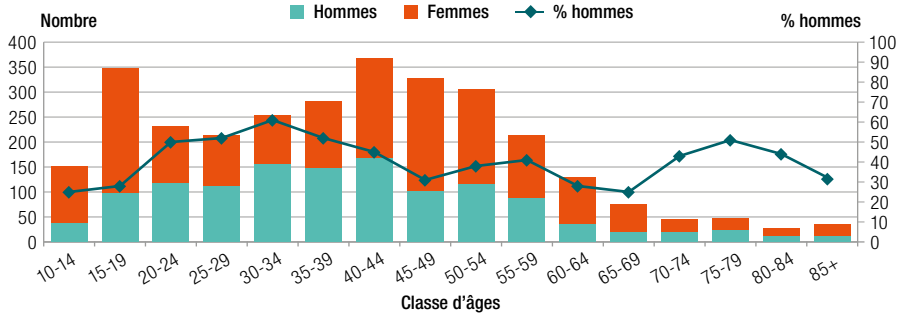
En 2013, 2 703 personnes (1 098 hommes et 1 605 femmes) résidant en Lorraine ont eu recours à 3 059 hospitalisations (1 259 séjours masculins et 1 800 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Lorraine, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	160	59,3	35	40,2	195	54,6
Auto-intoxication par médicaments	24	8,9	25	28,7	49	13,7
Arme à feu	38	14,1	0	0,0	38	10,6
Noyade	10	3,7	12	13,8	22	6,2
Saut dans le vide	13	4,8	6	6,9	19	5,3
Auto-intoxication par autres produits	9	3,3	2	2,3	11	3,1
Collision intentionnelle	7	2,6	1	1,1	8	2,2
Phlébotomie	1	0,4	2	2,3	3	0,8
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	14	5,2	6	6,9	20	5,6

Lecture • En 2012, en Lorraine, 160 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 59,3 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Lorraine.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Lorraine selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Lorraine est de 152, parmi lesquelles 38 concernent des hommes (soit 25 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • TIH, analyses InVS.

La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 13,2 % des patients (14,7 % chez les hommes et 12,1 % chez les femmes). Parmi les 3 059 séjours des personnes résidant en Lorraine, 97,9 % (n = 2 994) ont eu lieu dans la région. Par ailleurs, les établissements de Lorraine ont accueilli un total de 3 076 hospitalisations pour TS dont 97,3 % correspondent à des séjours de patients originaires de la région Lorraine.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Lorraine. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 15-19 ans et des 40-44 ans avec respectivement 348 et 368 hospitalisations pour TS dans chaque classe. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 41 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage va de 25 % (10-14 ans) jusqu'à 61 % chez les 30-34 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Lorraine ont eu recours à 3 059 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 14,7 pour 10 000 habitants (12,5 pour 10 000 hommes et 16,8 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Lorraine et des départements de Meurthe-et-Moselle et de Moselle sont moins élevés que le taux national chez les femmes et chez les hommes. Le taux d'hospitalisation pour TS des résidents de la région Lorraine est en moyenne de 5,7 % inférieur au taux national (-0,8 % chez les hommes et -8,5 % chez les femmes).

Au sein de la région Lorraine, le département de Meurthe-et-Moselle et la Moselle présentent respectivement des taux d'hospitalisation pour TS de 7 % et de 35 % inférieurs au taux régional, tandis que la Meuse et les Vosges ont respectivement des taux de 54 % et 86 % supérieurs au taux régional.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf entre 30 et 39 ans et au-delà de 75 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours

hospitaliers pour TS le plus élevé (37 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 16,6 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans, avant de remonter jusqu'à 27 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 21 pour 10 000 entre 30 ans et 44 ans, puis baissent jusqu'à la classe d'âges des 65-69 ans, avant de remonter légèrement et de dépasser le taux féminin.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

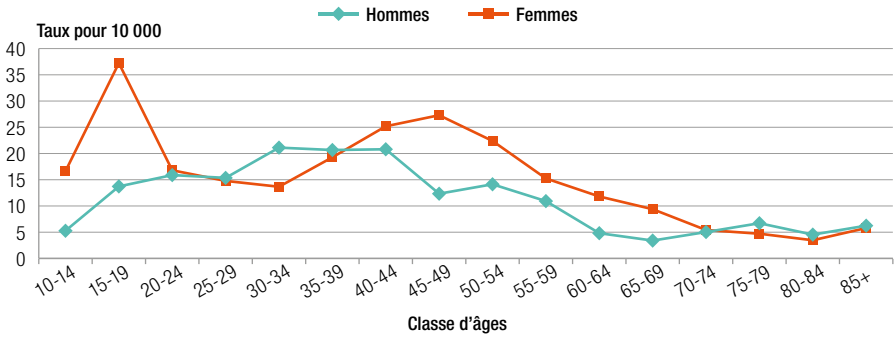
L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 85,3 % des hospitalisations pour TS chez

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Lorraine, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Lorraine			
Nombre d'hospitalisations	1 259	1 800	3 059
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,5	16,8	14,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,3	17,3	14,8
Meurthe-et-Moselle			
Nombre d'hospitalisations	383	519	902
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,3	15,4	13,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	11,9	15,7	13,8
Meuse			
Nombre d'hospitalisations	153	222	375
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	18,3	25,8	22,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,8	27,1	22,8
Moselle			
Nombre d'hospitalisations	350	550	900
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,8	11,6	9,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,6	11,8	9,7
Vosges			
Nombre d'hospitalisations	373	509	882
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	23,2	29,6	26,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	23,7	31,6	27,5
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Lorraine selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 5,3 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Lorraine.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Lorraine, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	911	72,4	1 536	85,3	2 447	80,0
Auto-intoxication par autres produits	150	11,9	139	7,7	289	9,4
Phlébotomie	144	11,4	142	7,9	286	9,3
Pendaison	51	4,1	18	1,0	69	2,3
Saut dans le vide	23	1,8	22	1,2	45	1,5
Arme à feu	12	1,0	1	0,1	13	0,4
Noyade	3	0,2	4	0,2	7	0,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	6	0,5	5	0,3	11	0,4
Collision intentionnelle	2	0,2	2	0,1	4	0,1
Non précisé	28	2,2	15	0,8	43	1,4

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 911 chez les hommes résidant en Lorraine, correspondant à 72,4 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Lorraine.
Source • ATIH, analyses InVS.

les femmes et 72,4 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) et la phlébotomie sont les deuxièmes modes opératoires mais ne représentent qu'un peu plus de 9 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS chacun.

La pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 2,3 % et 1,5 % des TS hospitalisées. Les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins d'1 % des cas par an.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

• **ORSAS Lorraine**, *circa* 2015-2016, *Suicides et tentatives de suicides en Lorraine*.

Synthèse

En 2012, en Lorraine, 357 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 15,2 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national, la mortalité par suicide en Lorraine est inférieure de 1 %. Par ailleurs, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Lorraine, la sous-estimation des décès par suicide est évaluée à 5 % [1].

En 2013, 2 703 personnes résidant en Lorraine ont eu recours à 3 059 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 14,7 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Lorraine est de 6 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,4 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En Meurthe-et-Moselle et Moselle, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont moins élevés que les taux régionaux, tandis qu'en Meuse et dans les Vosges, la mortalité par suicide et le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés.

Alsace

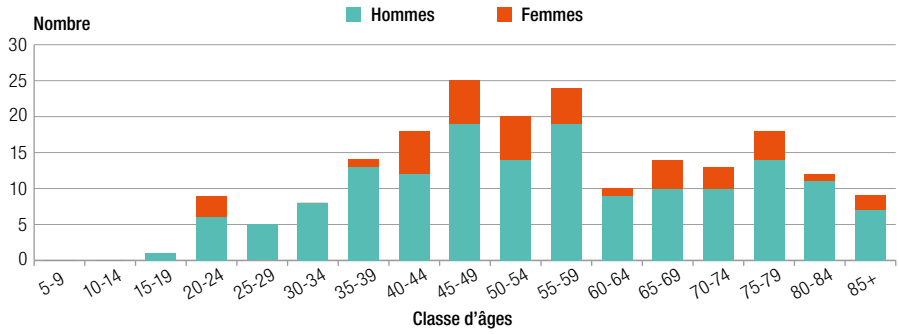
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 200 décès par suicide de personnes résidant en Alsace ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 158 hommes et 42 femmes, soit un sex-ratio de 3,8 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Alsace selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 45-49 ans et 55-59 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ 25 dans chacune de ces deux classes d'âges. Avant 35 ans, il n'y a pas eu de décès par suicide chez les femmes à l'exception de 3 décès chez les 20-24 ans.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que leurs taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Alsace selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



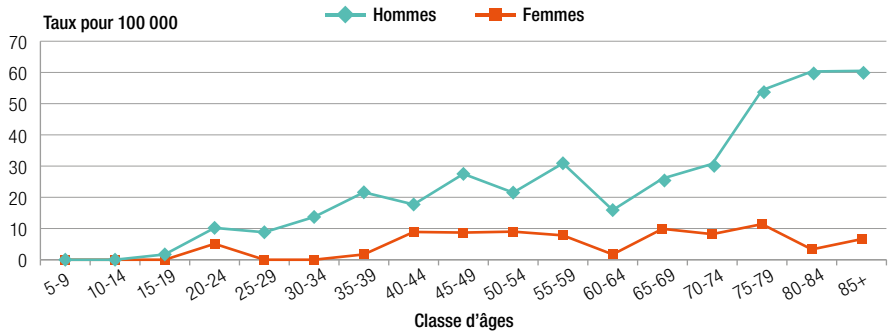
Lecture •En 2012, 9 décès par suicide de personnes âgées de 20 à 24 ans résidant en Alsace (6 hommes et 3 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Alsace, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Alsace			
Nombre de décès par suicide	158	42	200
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	17,4	4,4	10,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	18,6	4,3	10,7
Bas-Rhin			
Nombre de décès par suicide	73	27	100
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	13,5	4,8	9,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	15,2	4,6	9,2
Haut-Rhin			
Nombre de décès par suicide	85	15	100
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	23,0	3,9	13,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,7	3,9	13,1
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Alsace selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 10,2 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Alsace.
Source • CépiDc, analyses InVS.

brut de mortalité par suicide en Alsace est de 10,7 pour 100 000 habitants (17,4 pour 100 000 hommes et 4,4 pour 100 000 femmes).

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Alsace et des départements qui la constituent sont inférieurs aux taux nationaux chez les femmes comme chez les hommes. La mortalité par suicide chez les Alsaciens est de 29 % inférieure à la mortalité nationale par suicide (-25 % chez les hommes et -39 % chez les femmes). Au sein de la région Alsace, le Haut-Rhin présente un taux féminin de 9,4 % inférieur au taux régional et un taux masculin de 27 % supérieur au taux régional. Dans le Bas-Rhin, l'inverse est constaté, le taux féminin est plus élevé de 8 % tandis que le taux masculin est plus bas de 18 %.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Alsace, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), et elle est en moyenne 4,3 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide passe de 2 pour 100 000 à 15-19 ans à un taux supérieur à 60 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Alsace, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, concernant presque deux tiers des hommes décédés par suicide et quatre femmes sur dix (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et le saut dans le vide sont utilisés comme moyen létal, chacun représentant 21,4 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 17,1 % des cas, suivi de l'intoxication médicamenteuse (5,7 %).

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

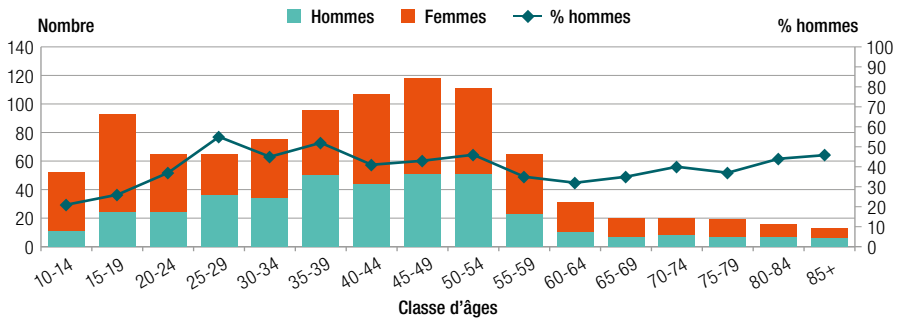
En 2013, 892 personnes (365 hommes et 527 femmes) résidant en Alsace ont eu recours à 966 hospitalisations (393 séjours masculins et 573 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour TS dans l'année concerne 8,3 % des patients (7,7 % chez les hommes et 8,7 % chez les femmes). Parmi les 966 séjours pour TS des Alsaciens, 94,3 % (n = 911)

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Alsace, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	103	65,2	16	38,1	119	59,5
Arme à feu	27	17,1	1	2,4	28	14,0
Auto-intoxication par médicaments	9	5,7	9	21,4	18	9,0
Saut dans le vide	6	3,8	9	21,4	15	7,5
Noyade	1	0,6	2	4,8	3	1,5
Auto-intoxication par autres produits	2	1,3	2	4,8	4	2,0
Collision intentionnelle	2	1,3	2	4,8	4	2,0
Phlébotomie	5	3,2	0	0,0	5	2,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Non précisé	3	1,9	2	4,8	5	2,5

Lecture • En 2012, en Alsace, 103 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 65,2 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Alsace.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Alsace selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Alsace est de 52, parmi lesquelles 11 concernent des hommes (soit 21 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

ont eu lieu en Alsace et 3,2 % (n = 31) en Lorraine. Par ailleurs, les établissements d'Alsace ont accueilli un total de 942 hospitalisations pour TS dont 96,7 % sont des séjours de patients originaires de la région Alsace.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Alsace. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les trois classes d'âges quinquennales entre 40 et 54 ans avec une moyenne de 112 hospitalisations pour TS. La part des hospitalisations concernant les hommes représente 41 % de l'ensemble des séjours pour TS en moyenne. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage va de 21 % (10-14 ans) à 55 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

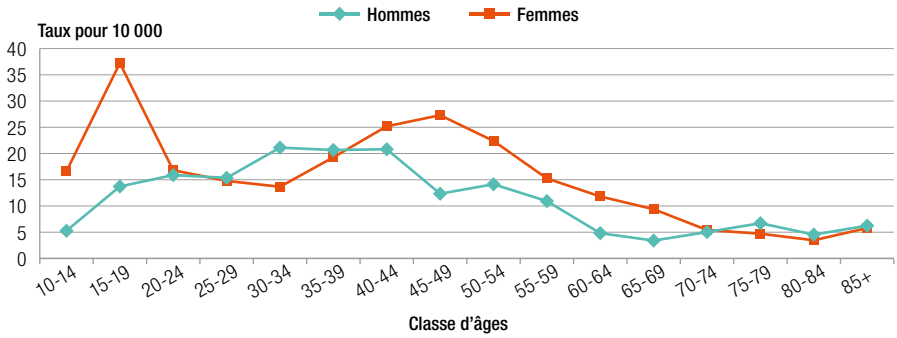
Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Alsace ont eu recours à 966 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 5,9 pour 10 000 habitants (4,9 pour 10 000 hommes et 6,8 pour 10 000 femmes).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Alsace, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Alsace			
Nombre d'hospitalisations	393	573	966
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	4,9	6,8	5,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	4,8	6,8	5,7
Bas-Rhin			
Nombre d'hospitalisations	185	314	499
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	3,9	6,2	5,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	3,9	6,2	5,0
Haut-Rhin			
Nombre d'hospitalisations	208	259	467
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	6,4	7,6	7,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,3	7,7	7,0
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Alsace selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 1,9 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Alsace.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Alsace, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	289	73,5	493	86,0	782	81,0
Phlébotomie	26	6,6	44	7,7	70	7,2
Auto-intoxication par autres produits	34	8,7	28	4,9	62	6,4
Pendaison	23	5,9	6	1,0	29	3,0
Saut dans le vide	12	3,1	11	1,9	23	2,4
Arme à feu	10	2,5	0	0,0	10	1,0
Noyade	1	0,3	0	0,0	1	0,1
Lésion par fumée, gaz, flammes	4	1,0	3	0,5	7	0,7
Collision intentionnelle	1	0,3	0	0,0	1	0,1
Non précisé	19	4,8	15	2,6	34	3,5

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 289 chez les hommes résidant en Alsace, correspondant à 73,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Alsace.
Source • ATIH, analyses InVS.

Les taux standardisés de la région Alsace et de ses départements sont plus bas que ceux de l'ensemble du territoire français. Le taux d'hospitalisation pour TS des Alsaciens est de 63,7 % inférieur au taux national (-61,3 % chez les hommes et -64 % chez les femmes). Au niveau de la région, les taux en Bas-Rhin sont inférieurs de 12 % par rapport aux taux régionaux alors qu'en Haut-Rhin, ils sont supérieurs de 23 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Alsace, les taux féminins d'hospitalisation pour TS sont supérieurs aux taux masculins sauf dans les classes d'âges des 25-29 ans, 35-39 ans et au-delà de 80 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (12,6 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 7,5 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 25-29 ans, avant de remonter jusqu'à 9,8 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 8,6 pour 10 000 dans la classe d'âges des 35-39 ans. Ils baissent ensuite jusqu'à 1,7 pour 10 000 chez les 60-69 ans pour ensuite remonter et même dépasser le taux féminin au-delà de 80 ans.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 86 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 73,5 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 7,2 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (6,6 % des séjours masculins et 7,7 % des séjours féminins).

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides), la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 6,4 %, 3 % et 2,4 % des séjours hospitaliers pour TS. Les autres moyens tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun 1 % ou moins des cas par an. Enfin, 3,5 % des modes opératoires ne sont pas précisés.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

• **ORS Alsace**, 2013, *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Alsace 2012, IV. Rapports de violence*, 8 p.

Synthèse

En 2012, en Alsace, 200 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 10,7 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide y est inférieure de 29 % au taux national. Par ailleurs, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Alsace, la sous-estimation des décès par suicide est évaluée à 13 % [1].

En 2013, 892 personnes résidant en Alsace ont eu recours à 966 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 5,9 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Alsace est de 64 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 4,3 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,4 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Comparés aux données régionales, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés en Haut-Rhin, tandis qu'en Bas-Rhin, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation y sont plus bas.

Franche-Comté

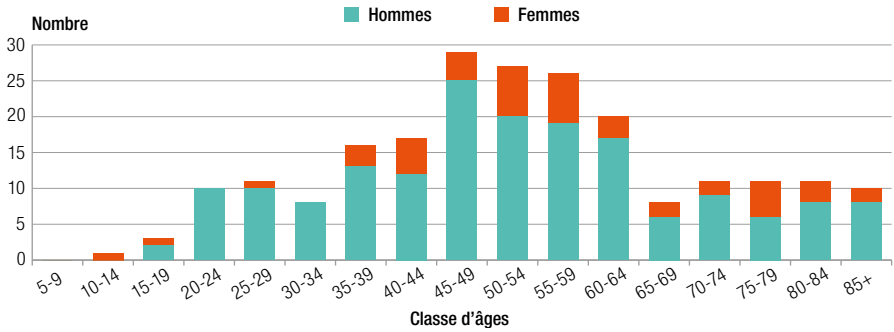
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 219 décès par suicide de personnes résidant en Franche-Comté ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 173 hommes et 46 femmes, soit un sex-ratio de 3,8 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Franche-Comté selon le sexe et l'âge. C'est entre 45 ans et 59 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit en moyenne 27 décès par suicide dans ces trois classes d'âges quinquennales.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Franche-Comté selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



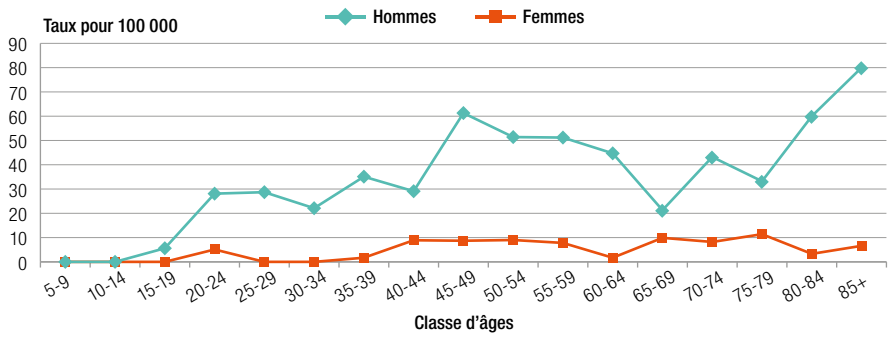
Lecture • En 2012, 3 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Franche-Comté (2 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Franche-Comté en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
France-Comté			
Nombre de décès par suicide	173	46	219
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	29,9	7,7	18,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	30,8	7,4	18,5
Doubs			
Nombre de décès par suicide	73	22	95
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,0	8,1	17,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	28,8	8,0	18,1
Jura			
Nombre de décès par suicide	48	7	55
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	37,6	5,3	21,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	37,8	5,0	20,6
Haute-Saône			
Nombre de décès par suicide	32	12	44
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	27,0	9,9	18,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	28,5	9,1	17,8
Territoire de Belfort			
Nombre de décès par suicide	20	5	25
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	27,9	6,9	17,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,3	6,8	17,6
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en France-Comté selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 28,1 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Franche-Comté.
Source • CépiDc, analyses InVS.

brut de mortalité par suicide en Franche-Comté est de 18,6 pour 100 000 habitants (29,9 pour 100 000 hommes et 7,7 pour 100 000 femmes).

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Franche-Comté sont en moyenne de 23 % supérieurs aux taux nationaux (+24 % chez les hommes et +5 % chez les femmes). Au sein de la région, le Jura présente la mortalité par suicide la plus élevée chez les hommes et la plus basse chez les femmes, respectivement + 23 % et – 33 % par rapport aux taux régionaux. En Haute-Saône, le contraire est observé, la mortalité par suicide est la moins élevée chez les hommes (-7,5 % par rapport au taux régional) et la plus élevée chez les femmes (+23 % par rapport au taux régional).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Franche-Comté, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), elle est globalement 4,2 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, le taux évolue de 5,6 pour 100 000 chez les 15-19 ans jusqu'à 80 pour 100 000 chez les hommes âgés de 85 ans et plus. Chez les femmes, l'évolution de la mortalité par suicide avec l'âge est moins importante.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Franche-Comté, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Il concerne six hommes sur dix décédés par suicide et quatre femmes sur dix (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyen dans respectivement 28,3 % et 19,6 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu (15,6 %) et l'intoxication médicamenteuse est utilisée dans 10,4 % des cas. Par ailleurs, le mode de suicide n'est pas indiqué dans 4 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

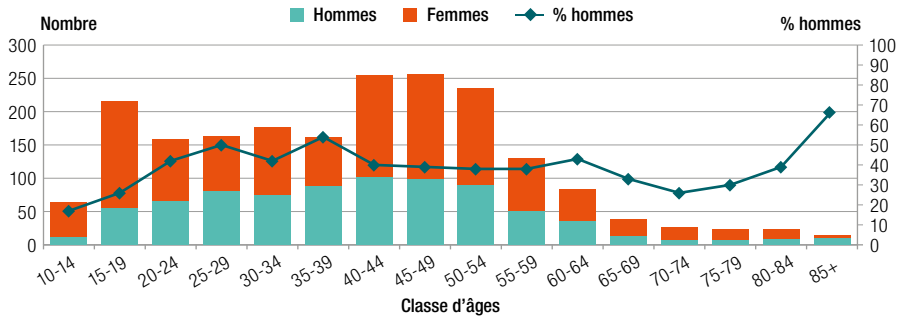
En 2013, 1 780 personnes (701 hommes et 1 079 femmes) résidant en Franche-Comté ont eu recours à 2 027 séjours (797 séjours masculins et 1 230 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 13,9 % des patients (13,7 % des hommes et 14 % des femmes). Parmi les 2 027 séjours de

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Franche-Comté, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	103	59,5	18	39,1	121	55,3
Auto-intoxication par médicaments	18	10,4	13	28,3	31	14,2
Arme à feu	27	15,6	2	4,3	29	13,2
Saut dans le vide	9	5,2	3	6,5	12	5,5
Noyade	3	1,7	9	19,6	12	5,5
Auto-intoxication par autres produits	4	2,3	0	0,0	4	1,8
Collision intentionnelle	2	1,2	1	2,2	3	1,4
Phlébotomie	2	1,2	0	0,0	2	0,9
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	1	2,2	1	0,5
Non précisé	8	4,6	1	2,2	9	4,1

Lecture • En 2012, en Franche-Comté, 103 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 59,5 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Franche-Comté.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Franche-Comté selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Franche-Comté est de 65, parmi lesquelles 11 concernent des hommes (soit 17 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

Franc-Comtois, 98 % (n = 1 986) ont eu lieu en Franche-Comté. Par ailleurs, les établissements de Franche-Comté ont accueilli un total de 2 047 hospitalisations pour TS, dont 97 % correspondent à des séjours de Franc-Comtois.

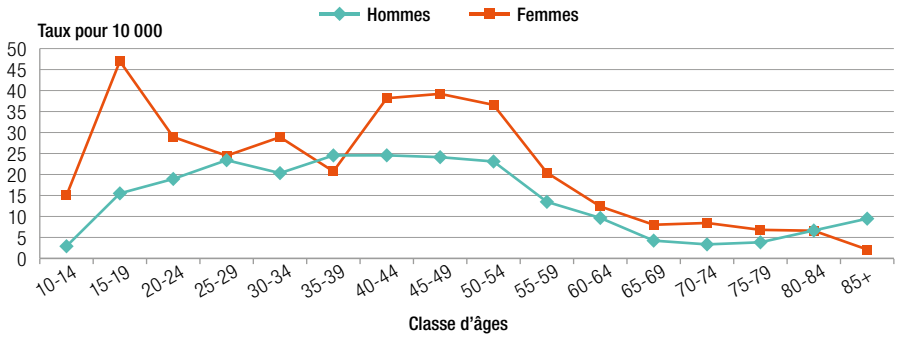
Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Franche-Comté. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important entre 40 et 49 ans avec 255 hospitalisations pour TS dans chacune de ces deux classes d'âges quinquennales. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage va de 17 % chez les 10-14 ans à 65 % chez les plus de 85 ans (courbe, **graphique 3**).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Franche-Comté, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Franche-Comté			
Nombre d'hospitalisations	797	1 230	2 027
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,8	23,3	19,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,7	24,1	19,9
Doubs			
Nombre d'hospitalisations	301	431	732
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	13,3	18,0	15,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	13,0	18,3	15,7
Jura			
Nombre d'hospitalisations	191	325	516
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,1	27,5	22,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,5	29,6	23,4
Haute-Saône			
Nombre d'hospitalisations	179	285	464
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,3	26,5	22,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,8	28,5	23,0
Territoire de Belfort			
Nombre d'hospitalisations	126	189	315
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	20,1	29,7	24,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	19,4	30,4	24,8
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Franche-Comté selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 2,9 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 14 ans résidant en Franche-Comté.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Franche-Comté, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	668	83,8	1 123	91,3	1 791	88,4
Phlébotomie	50	6,3	79	6,4	129	6,4
Auto-intoxication par autres produits	54	6,8	42	3,4	96	4,7
Pendaison	29	3,6	16	1,3	45	2,2
Saut dans le vide	20	2,5	21	1,7	41	2,0
Arme à feu	5	0,6	0	0,0	5	0,2
Noyade	1	0,1	7	0,6	8	0,4
Lésion par fumée, gaz, flammes	4	0,5	1	0,1	5	0,2
Collision intentionnelle	5	0,6	1	0,1	6	0,3
Non précisé	8	1,0	3	0,2	11	0,5

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 668 chez les hommes résidant en Franche-Comté, correspondant à 83,8 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Franche-Comté.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant en Franche-Comté ont totalisé 2 027 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 19,6 pour 10 000 habitants (15,8 pour 10 000 hommes et 23,3 pour 10 000 femmes).

Les taux standardisés de la région Franche-Comté et des départements qui la composent sont plus élevés que les taux nationaux, à l'exception du Doubs où les taux d'hospitalisation pour TS en sont proches. Le taux régional d'hospitalisation pour TS est de 26,8 % supérieur au taux national (+26,6 % chez les hommes et +27,5 % chez les femmes). Les taux dans le Doubs sont inférieurs de 21 % aux taux régionaux, alors qu'ils sont supérieurs dans les autres départements (+16 % en Haute-Saône, +18 % en Jura et +24,4 % dans le Territoire de Belfort).

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

En Franche-Comté, les taux féminins d'hospitalisation pour TS sont supérieurs aux taux masculins sauf dans la classe d'âges des 35-39 ans et les âges les plus élevés. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (47 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 15 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 35-39 ans, avant de remonter jusqu'à environ 39 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 24,5 pour 10 000 entre 35 ans et 44 ans, puis baissent progressivement. À partir de 80 ans, les taux remontent et dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 91,3 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 83,8 % chez les hommes.

La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 6,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (6,3 % des séjours masculins et 6,4 % des séjours féminins).

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides), la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 4,7 %, 2,2 % et 2 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an.

3. Initiatives régionales spécifiques

En région Franche-Comté, un observatoire régional des tentatives de suicide (ORTS), créé en 1999 et progressivement étendu à l'ensemble des établissements hospitaliers de la région, a fonctionné jusqu'en 2009. En 2012, l'ARS a confié à l'ORS une étude de faisabilité sur la mise en place d'un observatoire permanent des tentatives de suicide, sur la base des dispositifs et recueils alors existants dans la région. Ce travail a abouti à des recommandations pour l'enregistrement des tentatives de suicide dans les services d'urgence (création d'un identifiant unique, variables utiles à l'analyse, logiciel partagé) et l'organisation pérenne d'un tel dispositif. Toutefois, ce document n'a pas été diffusé.

Synthèse

En 2012, 219 décès par suicide en Franche-Comté ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 18,6 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide en Franche-Comté est de 23 % supérieure au taux national. D'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, dans la région, la sous-estimation a été évaluée à 3,9 % [1].

En 2013, 1 780 personnes résidant en Franche-Comté ont eu recours à 2 027 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 19,6 pour 10 000 habitants, taux de 27 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 4,2 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Au niveau régional, le Doubs présente des taux de mortalité par suicide proches des taux régionaux et est le seul département à avoir des taux d'hospitalisation pour TS inférieurs aux taux régionaux.

Pays de la Loire

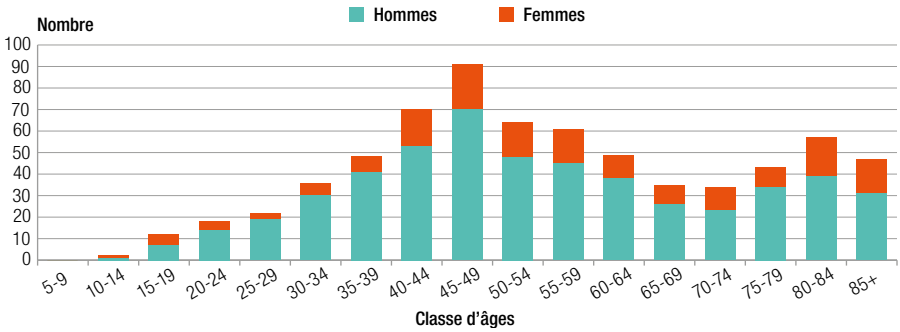
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 689 décès par suicide de personnes résidant en Pays de la Loire ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 519 hommes et 170 femmes, soit 3,1 hommes pour une femme, proche du sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Pays de la Loire selon le sexe et l'âge. C'est dans la classe d'âges des 45-49 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 91).

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Pays de la Loire est de 18,9 pour 100 000 habitants (29,2 pour 100 000 hommes et 9,1 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Pays de la Loire selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



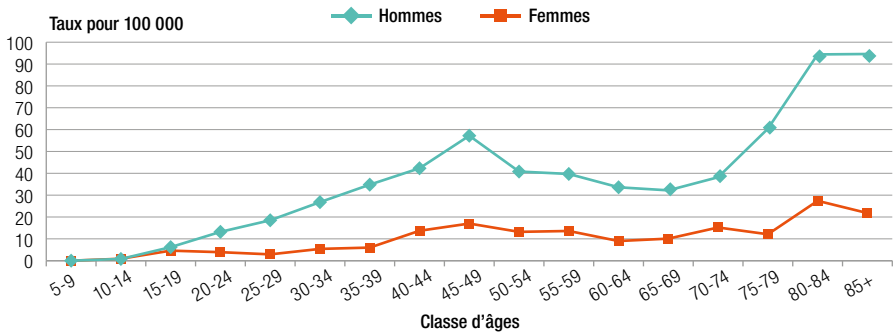
Lecture • En 2012, 12 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Pays de la Loire (7 hommes et 5 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Pays de la Loire, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pays de la Loire			
Nombre de décès par suicide	519	170	689
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	29,2	9,1	18,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	30,8	8,7	18,9
Loire-Atlantique			
Nombre de décès par suicide	166	45	211
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	25,9	6,6	16,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	28,6	6,5	16,4
Maine-et-Loire			
Nombre de décès par suicide	98	37	135
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	25,3	9,0	16,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	26,8	9,0	17,3
Mayenne			
Nombre de décès par suicide	50	19	69
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	33,0	12,2	22,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,8	11,9	22,5
Sarthe			
Nombre de décès par suicide	115	37	152
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	41,6	12,7	26,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	43,3	11,7	25,8
Vendée			
Nombre de décès par suicide	90	32	122
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,1	9,6	18,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	28,4	8,8	18,4
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Pays de la Loire selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 13,2 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Pays de la Loire.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région et des départements qui la composent sont plus élevés sauf le taux féminin en Loire-Atlantique (6,5 pour 100 000) qui est un peu inférieur au taux féminin national (7 pour 100 000). La mortalité par suicide en Pays de la Loire est en moyenne de 26 % supérieure au taux national (+24 % chez les hommes et +25 % chez les femmes). Les taux en Sarthe et en Mayenne sont respectivement de 36 % et 19 % supérieurs au taux régional alors qu'en Loire-Atlantique, les taux sont inférieurs de 13 %.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Pays de la Loire, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), et elle est en moyenne 3,5 fois plus importante chez les hommes. Le taux masculin augmente avec l'âge, évoluant de moins d'1 pour 100 000 chez les garçons âgés de moins de 14 ans jusqu'à un pic de 57,2 pour 100 000 chez les 45-49 ans. Il diminue jusqu'à la classe d'âges des 65-69 ans puis remonte jusqu'à un taux de plus de 90 pour 100 000 chez les hommes âgés de plus de 80 ans.

Chez les femmes, l'augmentation du taux de mortalité par suicide avec l'âge est moins importante. Entre 10 ans et 40 ans, la mortalité par suicide est en moyenne de 4 pour 100 000 femmes et de 40 ans jusqu'à 80 ans, de 13 pour 100 000 femmes. Après 80 ans, elle augmente jusqu'à 24 pour 100 000 femmes.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Pays de la Loire, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, ce moyen concerne plus de six hommes sur dix décédés par suicide et un peu moins de la moitié des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, deux autres modes de suicide sont souvent employés : l'auto-intoxication médicamenteuse dans 18,2 % des cas et la noyade dans 15,3 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième moyen de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 12,9 % des cas. La noyade et l'auto-intoxication médicamenteuse sont utilisées comme mode de suicide dans environ 5 % des cas. Le mode de suicide n'est pas indiqué dans environ 5 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

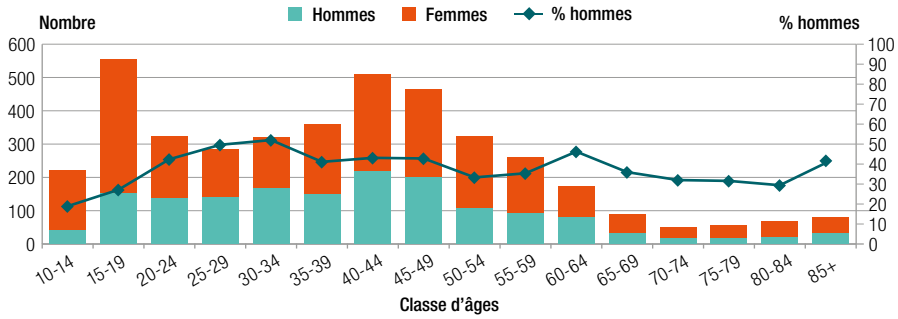
En 2013, 3 655 personnes (1 437 hommes et 2 218 femmes) résidant en Pays de la Loire ont eu recours à 4 139 séjours (1 603 séjours masculins et 2 536 séjours

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Pays de la Loire, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	323	62,2	76	44,7	399	57,9
Arme à feu	67	12,9	2	1,2	69	10,0
Auto-intoxication par médicaments	26	5,0	31	18,2	57	8,3
Noyade	27	5,2	26	15,3	53	7,7
Saut dans le vide	20	3,9	12	7,1	32	4,6
Auto-intoxication par autres produits	11	2,1	6	3,5	17	2,5
Collision intentionnelle	13	2,5	4	2,4	17	2,5
Phlébotomie	6	1,2	2	1,2	8	1,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	0,6	4	2,4	7	1,0
Moyens non précisés	28	5,4	9	5,3	37	5,4

Lecture • En 2012, en Pays de la Loire, 323 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 62,2 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Pays de la Loire.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Pays de la Loire selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Pays de la Loire est de 222, parmi lesquelles 42 concernent des hommes (soit 19 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide dans cette classe d'âges).

Source • ATIH, analyses InVS.

féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 13,2 % des patients (11,6 % des hommes et 14,3 % des femmes). Parmi les 4 139 séjours hospitaliers pour TS des personnes résidant en Pays de la Loire, 93,8 % (n = 3 884) ont eu lieu dans la région, les autres hospitalisations pour TS étant principalement en Bretagne, Basse-Normandie, Île-de-France et Poitou-Charentes. Par ailleurs, les établissements de Pays de la Loire ont accueilli un total de 3 996 hospitalisations pour TS dont 97,2 % correspondent à des séjours de patients résidant en Pays de la Loire.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Pays de la Loire. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les classes d'âges de 15-19 ans (n = 556). En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue entre 19 % et 52 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les résidents en Pays de la Loire ont totalisé 4 139 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 12,9 pour 10 000 habitants (10,3 pour 10 000 hommes et 15,3 pour 10 000 femmes).

Le taux d'hospitalisation pour TS des résidants en Pays de la Loire est de 18 % inférieur au taux national (-17 % chez les hommes et -16 % chez les femmes). Les taux des départements de Maine-et-Loire et de Vendée sont très proches des taux nationaux, ceux des départements de Loire-Atlantique et de Sarthe sont inférieurs, tandis que ceux de Mayenne sont supérieurs aux taux nationaux. Au sein de la région, les taux en Mayenne sont de 69 % supérieurs aux taux régionaux alors que ceux de Loire-Atlantique sont inférieurs d'environ 30 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans la classe d'âges des 30-34 ans et dans les âges les plus élevés. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (36,9 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de

15,2 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 25-34 ans avant de remonter jusqu'à environ 22,9 pour 10 000 chez les femmes de 40-44 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Pays de la Loire, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pays de la Loire			
Nombre d'hospitalisations	1 603	2 536	4 139
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,3	15,3	12,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,3	15,8	12,8
Loire-Atlantique			
Nombre d'hospitalisations	404	652	1 056
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,2	10,8	9,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,0	10,9	9,0
Maine-et-Loire			
Nombre d'hospitalisations	452	678	1 130
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	13,5	18,8	16,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	13,3	19,1	16,2
Mayenne			
Nombre d'hospitalisations	224	338	562
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,1	24,7	21,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,3	26,3	21,7
Sarthe			
Nombre d'hospitalisations	190	340	530
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,9	13,2	10,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,9	13,6	10,7
Vendée			
Nombre d'hospitalisations	333	528	861
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,8	17,8	14,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,4	19,1	15,7
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 17,2 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent progressivement. À partir de 80 ans, les taux remontent et dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 85 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 69,9 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 7,9 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (10,9 % des séjours masculins et 6,1 % des séjours féminins).

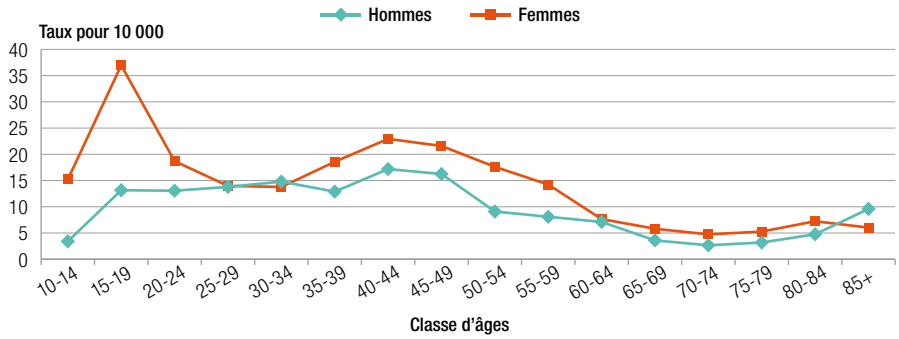
La phlébotomie et la pendaison représentent respectivement 7,4 % et 3,8 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an. Environ 4 % des modes opératoires ne sont pas précisés.

3. Études régionales spécifiques

3.1. Initiative régionale sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires

Une étude a été menée dans l'unité médico-psychosociale du CHU d'Angers, en coopération avec le centre de consultation de pathologie professionnelle, afin de décrire les caractéristiques professionnelles d'un échantillon de personnes actives ayant fait une TS. Les données ont été recueillies 48 heures après la TS, grâce à un auto-questionnaire comportant notamment les questionnaires de Karasek et de Siegrist en plus d'un questionnaire « travail et santé mentale » créé par les investigateurs de l'étude. Au total, 87 patients ont été inclus entre novembre 2008 et mai 2009. Un lien entre la TS et le travail a été déclaré chez 32 % des patients, principalement des employés et des professions intermédiaires. De plus, les personnes déclarant un lien entre leur TS et le travail rapportent davantage la présence d'éléments d'organisation pathogène du travail, d'un climat social dégradé ainsi que d'une mauvaise reconnaissance du travail. Les résultats sont à interpréter avec prudence en raison du faible effectif et du phénomène de circularité des données.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Pays de la Loire selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3,4 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Pays de la Loire.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Pays de la Loire, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 121	69,9	2 156	85,0	3 277	79,2
Auto-intoxication par autres produits	174	10,9	154	6,1	328	7,9
Phlébotomie	132	8,2	173	6,8	305	7,4
Pendaison	108	6,7	48	1,9	156	3,8
Saut dans le vide	15	0,9	23	0,9	38	0,9
Arme à feu	29	1,8	4	0,2	33	0,8
Noyade	9	0,6	10	0,4	19	0,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	13	0,8	5	0,2	18	0,4
Collision intentionnelle	6	0,4	5	0,2	11	0,3
Non précisé	88	5,5	93	3,7	181	4,4

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 121 chez les hommes résidant en Pays de la Loire, correspondant à 69,9 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Pays de la Loire.
Source • ATIH, analyses InVS.

Pour en savoir plus :

- **François S., Garre J.-B., Guiho-Bailly M.-P., François A., Bertin C., Bodin J.,** *et al.*, 2011, « Étude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés », *Santé publique*, n° 2, volume 23, p. 101-112.
- **François S., Guiho-Bailly M.-P., Gohier B., Garre J.-B., Bodin J., François A.,** *et al.*, 2012, « Travail et tentatives de suicide », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement,* n° 2, volume 73, avril, p. 112-119.

3.2. Déclinaison régionale du Baromètre santé 2010

En Pays de la Loire, la déclinaison régionale du Baromètre santé sur la population des 15-25 ans a permis d'approfondir, parmi d'autres thématiques, l'environnement familial et social, l'état de santé et de bien-être, les états dépressifs et les conduites suicidaires des jeunes.

Pour en savoir plus :

- **ORS Pays de la Loire**, 2013, *Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, février, 20 p.

3.3. Étude sur la prise en charge du risque suicidaire par les médecins généralistes

La DREES, en partenariat avec les unions régionales des professions de santé, médecins libéraux (URPS-ML) de trois régions dont les Pays de la Loire et l'Observatoire régional de la santé (ORS) a mis en place une étude sur la prise en charge de la dépression auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux. Fin 2011, les médecins ont été interrogés sur leur confrontation aux problèmes de santé mentale, l'évaluation du risque suicidaire (pratique, difficultés…), leurs pratiques de prise en charge, leur collaboration avec les professionnels spécialisés en santé mentale, leur formation sur la dépression et la crise suicidaire, leur histoire personnelle et état de santé, en particulier en matière de santé mentale.

Pour en savoir plus :

- **ORS Pays de la Loire, URPS-ML Pays de la Loire**, 2013, « Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire », *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*, n° 6, mars, 4 p.

4. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Pays de la Loire**, 2013, *Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire - Bilan 2013*, février, 4 p.
- **ORS Pays de la Loire**, 2013, *Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010*, février, 20 p.
- **ORS Pays de la Loire, URPS-ML Pays de la Loire**, 2013, « Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire », *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*, n° 6, mars, 4 p.

Synthèse

En 2012, 689 décès par suicide en Pays de la Loire ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 18,9 pour 100 000 habitants. En Pays de la Loire, la mortalité par suicide est de 26 % supérieure au taux national. D'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Pays de la Loire, la sous-estimation a été évaluée à 2,6 % [1].

En 2013, 3 655 personnes résidant en Pays de la Loire ont eu recours à 4 139 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 12,9 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des personnes résidant en Pays de la Loire est de 18,5 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En Loire-Atlantique, les décès par suicide et les hospitalisations pour TS présentent des taux inférieurs aux taux régionaux alors qu'en Mayenne, ces taux sont supérieurs aux taux régionaux.

Bretagne

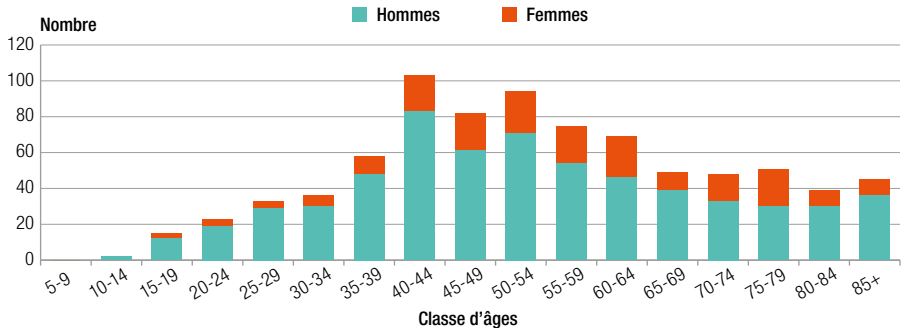
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 822 décès par suicide de personnes résidant en Bretagne ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 623 hommes et 199 femmes, soit un sex-ratio de 3,1 hommes pour une femme, proche du sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Bretagne selon le sexe et l'âge. C'est dans la classe d'âges des 40-44 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 103).

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Bretagne est de 25,3 pour 100 000 habitants (39,5 pour 100 000 hommes et 11,9 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Bretagne selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



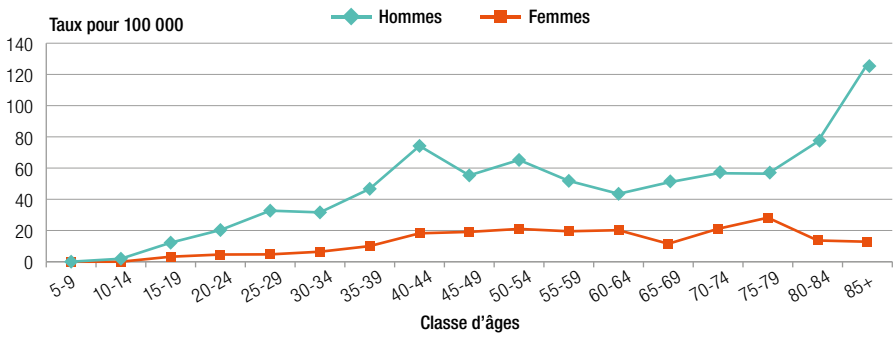
Lecture • En 2012, 15 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Bretagne (12 hommes et 3 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Pays de la Loire, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pays de la Loire			
Nombre de décès par suicide	623	199	822
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	39,5	11,9	25,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	40,5	11,3	24,8
Côte-d'Armor			
Nombre de décès par suicide	143	46	189
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	49,6	14,9	31,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	49,9	13,4	30,5
Finistère		6,5	
Nombre de décès par suicide	177	57	234
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	40,4	12,3	25,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	40,5	11,6	25,1
Ille-et-Vilaine			
Nombre de décès par suicide	152	46	198
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,7	8,9	19,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,8	9,1	20,4
Morbihan			
Nombre de décès par suicide	151	50	201
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	42,4	13,2	27,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	42,6	12,0	26,4
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Pays de la Loire selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 20,3 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Bretagne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Bretagne et des départements qui la composent sont plus élevés. La mortalité par suicide dans la région Bretagne est en moyenne de 65 % supérieure au taux national (+63 % chez les hommes et +61 % chez les femmes). Au sein de la région, la mortalité par suicide en Ille-et-Vilaine est de 18 % inférieure à la mortalité régionale tandis que les autres départements présentent des taux proches (en ce qui concerne le Finistère) ou supérieurs aux taux régionaux.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Bretagne, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), et globalement 3,6 fois plus importante. Chez les hommes, le taux augmente avec l'âge, passant de 12 pour 100 000 chez les 15-19 ans à 74 pour 100 000 chez les 40-44 ans, diminue ensuite jusqu'à 43,5 pour 100 000 chez les 60-64 ans puis remonte pour atteindre 126 pour 100 000 chez les hommes âgés de 85 ans et plus. Chez les femmes, l'évolution de la mortalité par suicide avec l'âge est moins importante. Jusqu'à l'âge de 39 ans, elle est en moyenne de 6 pour 100 000 femmes puis, à partir de 40 ans, elle passe en moyenne à 19 pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Bretagne, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, cette modalité concerne pratiquement les deux tiers des hommes décédés par suicide et presque la moitié des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyens dans respectivement 21,6 % et 13,1 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 12 % des cas. Pour les hommes et les femmes, le saut dans le vide est utilisé comme méthode dans environ 6 % des suicides. Par ailleurs, le mode de suicide n'est pas indiqué dans 4,5 % des cas (10,1 % chez les femmes et 2,7 % chez les hommes).

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

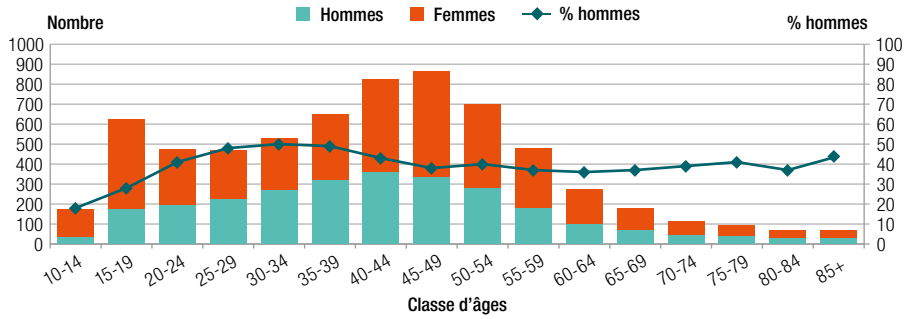
En 2013, 5 644 personnes (2 285 hommes et 3 359 femmes) résidant en Bretagne ont eu recours à 6 590 séjours (2 655 séjours masculins et 3 935 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 16,8 % des patients

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Bretagne, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	404	64,8	89	44,7	493	60,0
Auto-intoxication par médicaments	38	6,1	43	21,6	81	9,9
Arme à feu	75	12,0	1	0,5	76	9,2
Noyade	31	5,0	26	13,1	57	6,9
Saut dans le vide	34	5,5	17	8,5	51	6,2
Auto-intoxication par autres produits	11	1,8	6	3,0	17	2,1
Collision intentionnelle	8	1,3	1	0,5	9	1,1
Phlébotomie	2	0,3	2	1,0	4	0,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	6	1,0	1	0,5	7	0,9
Non précisé	17	2,7	20	10,1	37	4,5

Lecture • En 2012, en Bretagne, 404 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 64,8 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Bretagne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Bretagne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Bretagne est de 177, parmi lesquelles 32 concernent des hommes (soit 18 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

(16,2 % des hommes et 17,1 % des femmes). Parmi les 6 590 séjours hospitaliers pour TS des Bretons, 98,8 % (n = 6 508) ont eu lieu en Bretagne. Par ailleurs, les établissements de Bretagne ont accueilli un total de 6 663 hospitalisations pour TS dont 97,7 % concernent des séjours de Bretons.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Bretagne. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important entre 40 et 49 ans avec environ 850 séjours dans chacune de ces deux classe d'âges quinquennale. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 40 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue entre 18 % et 50 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les Bretons ont totalisé 6 590 séjours hospitaliers pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 22,9 pour 10 000 habitants (19,1 pour 10 000 hommes et 26,5 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Bretagne et des départements qui la composent sont plus élevés. Le taux d'hospitalisation pour TS en Bretagne est de 50 % supérieur au taux national (+54 % chez les hommes et +48 % chez les femmes). Par rapport aux taux régionaux, les taux en Côte-d'Armor sont environ de 46 % supérieurs alors qu'en Ille-et-Vilaine, les taux sont inférieurs d'environ 22 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

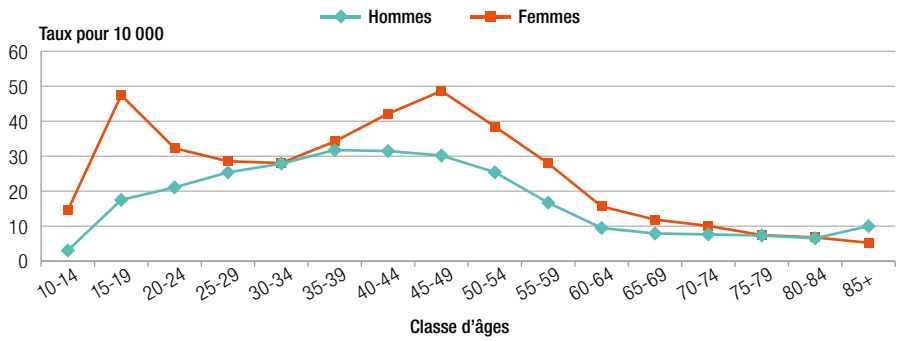
Les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf aux âges les plus élevés. Chez les femmes, les séjours hospitaliers pour TS présentent deux pics importants, d'abord chez des jeunes filles entre 15 et 19 ans avec un taux de 47,4 pour 10 000, puis chez les femmes de 45-49 ans avec un taux de 48,6 pour 10 000. Chez les adolescentes de 10-14 ans, le taux est de 14,5 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter pour atteindre le deuxième pic chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Bretagne, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Bretagne			
Nombre d'hospitalisations	2 655	3 935	6 590
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	19,1	26,5	22,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	19,1	27,9	23,6
Côte-d'Armor			
Nombre d'hospitalisations	672	1 027	1 699
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	26,4	37,3	32,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	27,7	41,3	34,4
Finistère			
Nombre d'hospitalisations	776	1 110	1 886
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	20,0	26,8	23,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	20,0	28,7	24,2
Ille-et-Vilaine			
Nombre d'hospitalisations	668	993	1 661
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,5	21,7	18,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,1	21,8	18,4
Morbihan			
Nombre d'hospitalisations	539	805	1 344
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,1	23,7	20,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,4	25,7	21,5
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Bretagne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Bretagne.
Source • ATIH, analyses InVS.

pour atteindre un plateau de 31,5 pour 10 000 entre 35 et 44 ans, puis baissent progressivement. À partir de 80 ans, les taux remontent et dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 78 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 70,5 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 19,7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (20,2 % des séjours masculins et 19,4 % des séjours féminins). La phlébotomie, la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 6,5 %, 3,2 % et 1,3 % des séjours hospitaliers pour TS tandis que les autres modes opératoires sont plus rares représentant chacun moins de 1 % des cas par an.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Bretagne, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 872	70,5	3 071	78,0	4 943	75,0
Auto-intoxication par autres produits	535	20,2	763	19,4	1 298	19,7
Phlébotomie	204	7,7	227	5,8	431	6,5
Pendaison	147	5,5	62	1,6	209	3,2
Saut dans le vide	38	1,4	49	1,2	87	1,3
Arme à feu	32	1,2	3	0,1	35	0,5
Noyade	8	0,3	23	0,6	31	0,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	18	0,7	10	0,3	28	0,4
Collision intentionnelle	15	0,6	3	0,1	18	0,3
Non précisé	54	2,0	42	1,1	96	1,5

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 872 chez les hommes résidant en Bretagne, correspondant à 70,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Bretagne.
Source • ATIH, analyses InVS.

3. Études régionales spécifiques

3.1. Études sur les récidives de tentatives de suicide

À partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en court séjour, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Bretagne a conduit en 2009 un travail exploratoire sur l'identification des récidives suicidaires, à l'échelle de deux pays. Du point de vue méthodologique, le travail visait aussi à surmonter les difficultés d'analyse liées au codage ou aux contraintes engendrées par l'outil PMSI lui-même. L'étude a mis l'accent sur la nécessité d'harmoniser les pratiques de codage entre établissements et d'étudier le phénomène de la récidive à partir de recueils *ad hoc* dans les services d'urgence.

Pour en savoir plus :

- **ORS Bretagne**, 2009, *Analyse réalisée à partir de la base PMSI court séjour 2006. Travail exploratoire sur l'identification des récidives suicidaires au sein des pays de Guingamp et du Trégor Goëlo*, septembre, 40 p.

L'ORS Bretagne travaille en partenariat avec trois centres hospitaliers sur le dénombrement et la description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge aux urgences. Les objectifs sont de mesurer l'incidence des tentatives de suicide prises en charge par ces services d'urgence, d'étudier leurs profils ainsi que les modalités de leur prise en charge, en portant une attention particulière au phénomène de la récidive. Ce projet permet par ailleurs de porter un premier regard évaluatif sur l'impact d'une action de prévention de la récidive mise en œuvre au sein des services concernés. Le recueil est annuel depuis 2013, après deux recueils exploratoires (2005-2007 et 2011-2012).

Pour en savoir plus :

- **ORS Bretagne**, 2014, *Étude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge dans les services d'urgence des Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol. Recueil 2011-2012*, 47 p.

3.2. Étude régionale sur les pratiques professionnelles de la gestion du risque suicidaire

Une étude qualitative a été menée à l'échelle de deux pays bretons, auprès de médecins généralistes, psychiatres et médecins urgentistes, pour améliorer la connaissance des modes de prises en charge, d'orientation et de suivi proposés en ambulatoire, mais également identifier les modes de coordination et de coopération des médecins généralistes avec les autres acteurs impliqués dans le soutien et les prises en charge.

Pour en savoir plus :

- **ORS Bretagne**, 2011, *Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et Trégor Goëlo - étude qualitative*, 95 p.

4. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Bretagne**, 2009, *Analyse réalisée à partir de la base PMSI court séjour 2006. Travail exploratoire sur l'identification des récidives suicidaires au sein des pays de Guingamp et du Trégor Goëlo*, septembre, 40 p.
- **ORS Bretagne**, 2011, *Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et Trégor Goëlo - étude qualitative*, 95 p.
- **ORS Bretagne**, 2013, *Phénomène suicidaire en Bretagne : mortalité et hospitalisations en court séjour*, 8 p.
- **ORS Bretagne**, 2014, *Étude des tentatives de suicide et des récidives prises en charge dans les services d'urgences des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol. Recueil 2011-2012*, 47 p.
- **ORS Bretagne**, 2015, *Phénomène suicidaire en Bretagne : mortalité et hospitalisations en court séjour (tableaux de bord numérique)*.

Synthèse

En 2012, en Bretagne, 822 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 25,3 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide y est de 65 % supérieure au taux national. D'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Bretagne, les décès par suicide semblent être correctement rapportés car la sous-estimation a été évaluée à 0,3 % [1].

En 2013, 5 644 personnes résidant en Bretagne ont eu recours à 6 590 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 22,9 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des Bretons est de 50 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation des données d'hospitalisation pour TS. Chez les femmes, deux pics avec des taux élevés d'hospitalisation pour TS ont été observés, d'abord classiquement chez les jeunes filles de 15 à 19 ans et, plus rarement décrit dans les autres régions, un deuxième pic chez les femmes de 45-49 ans.

••• Dans la région, la mortalité par suicide est 3,6 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,5 fois plus élevé chez les femmes. Au sein de la région, le département d'Ille-et-Vilaine présente les taux des décès par suicide et d'hospitalisations pour TS les plus bas alors qu'en Côtes-d'Armor, ces taux sont les plus élevés.

Poitou-Charentes

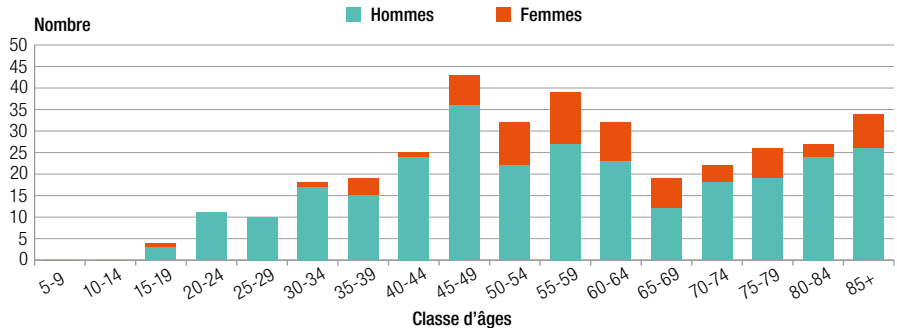
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 361 décès par suicide de personnes résidant en Poitou-Charentes ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 287 hommes et 74 femmes, soit un sex-ratio de 3,9 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. **Le graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Poitou-Charentes selon le sexe et l'âge. C'est dans la classe d'âges des 45-49 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 43). Par ailleurs, plus d'une centaine de décès par suicide de personnes âgées de 70 ans et plus ont été rapportés, soit 30 % de l'ensemble des décès par suicide de la région.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Poitou-Charentes selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



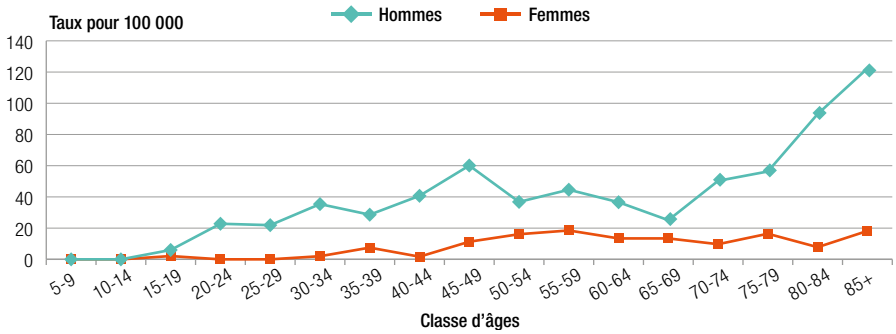
Lecture • En 2012, 4 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Poitou-Charentes (3 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Poitou-Charentes, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Poitou-Charentes			
Nombre de décès par suicide	287	74	361
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	33,2	8,0	20,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	32,6	7,0	18,9
Charente-Maritime			
Nombre de décès par suicide	57	19	76
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	33,2	10,4	21,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	32,2	8,5	19,4
Charente			
Nombre de décès par suicide	92	24	116
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,4	7,3	18,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,8	6,3	16,8
Deux-Sèvres			
Nombre de décès par suicide	69	19	88
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	37,8	10,0	23,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	36,8	8,8	22,5
Vienne			
Nombre de décès par suicide	69	12	81
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	33,2	5,4	18,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,9	5,1	18,3
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Poitou-Charentes selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 22,8 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Poitou-Charentes.
Source • CépiDc, analyses InVS.

brut de mortalité par suicide en Poitou-Charentes est de 20,2 pour 100 000 habitants (33,2 pour 100 000 hommes et 8 pour 100 000 femmes). Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Poitou-Charentes sont de 31 % supérieurs au taux national chez les hommes et sont similaires au taux national féminin. Au niveau régional, la mortalité par suicide est la plus importante chez les hommes comme chez les femmes dans les Deux-Sèvres.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Poitou-Charentes, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est en moyenne 4,7 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, le taux augmente avec l'âge, évoluant de 23 pour 100 000 chez les 20-24 ans jusqu'à 60 pour 100 000 chez les hommes entre 45 et 49 ans, pour atteindre un taux supérieur à 120 pour 100 000 à partir de 85 ans. Chez les femmes, l'évolution de la mortalité par suicide avec l'âge est moins importante. En dessous de 45 ans, le suicide féminin est relativement rare, au-dessus de 45 ans, le taux moyen est de 14 pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Poitou-Charentes, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé et concerne 61,3 % des hommes décédés par suicide et 43,2 % des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyens dans respectivement 17,6 % et 13,5 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 19,5 % des cas. Le mode de suicide n'est pas précisé dans 6,1 % des décès (12,2 % chez les femmes et 4,5 % chez les hommes).

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

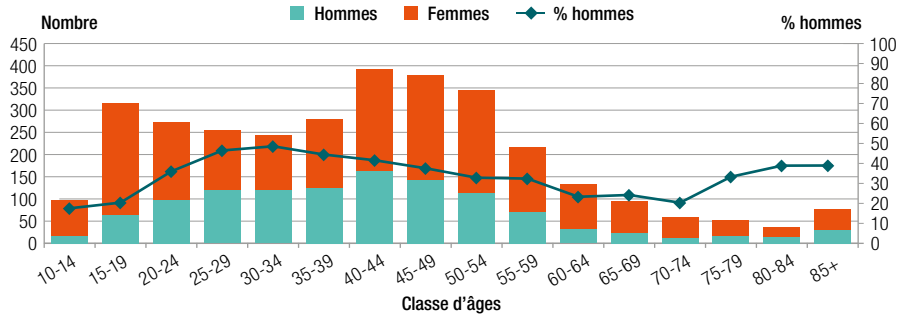
En 2013, 2 839 personnes (1 022 hommes et 1 817 femmes) résidant en Poitou-Charentes ont eu recours à 3 244 hospitalisations (1 156 séjours masculins et 2 088 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 14,3 % des patients (13,1 % des hommes et 14,9 % des femmes). Parmi les 3 244 séjours hospitaliers pour TS chez les personnes résidant en Poitou-Charentes, 96,8 % (n = 3 141) ont eu lieu dans la région et 2 % (n = 75) en Aquitaine, Limousin et Pays de la Loire. Par ailleurs, les établissements de Poitou-Charentes ont accueilli un total

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Poitou-Charentes, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	176	61,3	32	43,2	208	57,6
Arme à feu	56	19,5	5	6,8	61	16,9
Auto-intoxication par médicaments	20	7,0	13	17,6	33	9,1
Noyade	10	3,5	10	13,5	20	5,5
Auto-intoxication par autres produits	5	1,7	3	4,1	8	2,2
Saut dans le vide	4	1,4	3	4,1	7	1,9
Phlébotomie	5	1,7	1	1,4	6	1,7
Collision intentionnelle	2	0,7	0	0,0	2	0,6
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	13	4,5	9	12,2	22	6,1

Lecture • En 2012, en Poitou-Charentes, 176 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 61,3 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Poitou-Charentes.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Poitou-Charentes selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Poitou-Charentes est de 97, parmi lesquelles 17 concernent des hommes (soit 18 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

de 3 237 hospitalisations pour TS, parmi lesquelles 97 % sont des séjours de patients résidant en Poitou-Charentes.

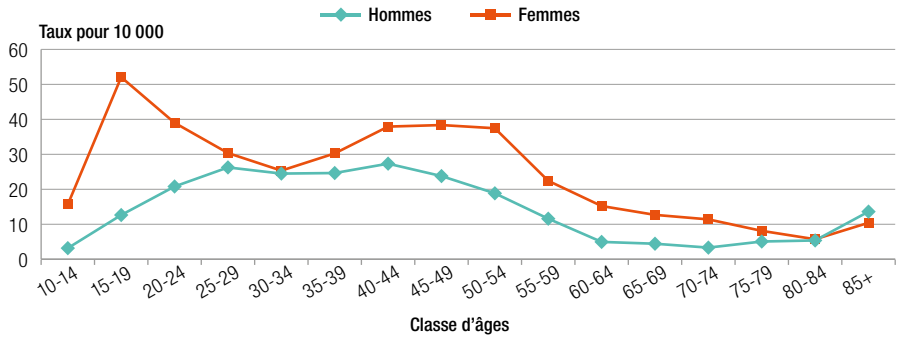
Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Poitou-Charentes. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important entre 40 et 54 ans avec une moyenne de 370 hospitalisations pour TS dans chacune de ces trois classes d'âges quinquennale, suivi des 15-19 ans avec 314 séjours. La part des hospitalisations concernant les hommes représente en moyenne 36 % de l'ensemble des séjours pour

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Poitou-Charentes, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Poitou-Charentes			
Nombre d'hospitalisations	1 156	2 088	3 244
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,1	25,2	20,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,7	27,0	21,3
Charente			
Nombre d'hospitalisations	259	474	733
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,0	28,8	23,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	17,7	31,5	24,5
Charente-Maritime			
Nombre d'hospitalisations	455	860	1 315
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	16,8	28,9	23,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	18,0	31,6	24,9
Deux-Sèvres			
Nombre d'hospitalisations	215	384	599
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	13,4	22,7	18,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	13,9	24,9	19,3
Vienne			
Nombre d'hospitalisations	227	370	597
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,4	18,6	15,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,6	19,1	15,9
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Poitou-Charentes selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 3,2 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Poitou-Charentes.

Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Poitou-Charentes, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	913	79,0	1 887	90,4	2 800	86,3
Auto-intoxication par autres produits	147	12,7	178	8,5	325	10,0
Phlébotomie	95	8,2	118	5,7	213	6,6
Pendaison	72	6,2	26	1,2	98	3,0
Saut dans le vide	7	0,6	20	1,0	27	0,8
Arme à feu	21	1,8	2	0,1	23	0,7
Noyade	4	0,3	8	0,4	12	0,4
Lésion par fumée, gaz, flammes	7	0,6	1	0,0	8	0,2
Collision intentionnelle	5	0,4	9	0,4	14	0,4
Non précisé	17	1,5	14	0,7	31	1,0

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 913 chez les hommes résidant en Poitou-Charentes, correspondant à 79 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Poitou-Charentes.
Source • ATIH, analyses InVS.

TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue entre 18 % et 49 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les habitants de Poitou-Charentes ont totalisé 3 244 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 20,3 pour 10 000 habitants (15,1 pour 10 000 hommes et 25,2 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Poitou-Charentes et des départements qui la composent sont plus élevés, à l'exception de la Vienne qui présente des taux similaires aux taux nationaux. Le taux d'hospitalisation pour TS en Poitou-Charentes est de 36 % supérieur au taux national (+27 % chez les hommes et +43 % chez les femmes). Par rapport aux taux régionaux, les taux en Vienne et Deux-Sèvres sont respectivement de 25 % et de 10 % inférieurs alors qu'en Charente et Charente-Maritime, les taux sont supérieurs de 15 % et de 17 %.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf dans les âges au-delà de 85 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (52 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 15,7 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à un plateau d'environ 38 pour 10 000 chez les femmes entre 40 et 54 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre une moyenne de 26 pour 10 000 entre 25 et 44 ans, puis baissent progressivement. À partir de 75 ans, les taux remontent, dépassant légèrement les taux féminins.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne plus de 90,4 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 79 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres

produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 10 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (12,7 % des séjours masculins et 8,5 % des séjours féminins).

La phlébotomie et la pendaison représentent respectivement 6,6 % et 3 % des séjours hospitaliers pour TS, tandis que les modes opératoires tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Poitou-Charentes**, 2015, *Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes*, rapport n° 165, mars, 65 p.
- **ORS Poitou-Charentes**, 2015, *Santé mentale et suicide, Synthèse documentaire, Actualisation 2014*, rapport n° 166, mai, 67 p.

Synthèse

En 2012, 361 décès par suicide en Poitou-Charentes ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 20,2 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide y est de 31 % supérieure au taux national chez les hommes et est similaire au taux national féminin. D'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales, en Poitou-Charentes, les décès par suicide semblent relativement bien déclarés avec une sous-estimation évaluée à 2,2 % [1].

En 2013, 2 839 personnes résidant en Poitou-Charentes ont eu recours à 3 244 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 20,3 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Poitou-Charentes est de 36 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 4,7 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Comparée aux données régionales, en Deux-Sèvres, la mortalité par suicide est la plus élevée, alors que les taux d'hospitalisation pour TS sont plus bas. Les autres départements présentent des taux de mortalité proches des taux régionaux.

Aquitaine

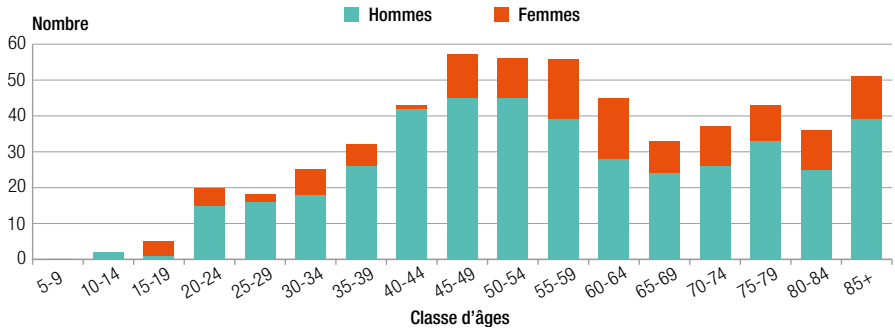
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 559 décès par suicide de personnes résidant en Aquitaine ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 424 hommes et 135 femmes, soit un sex-ratio de 3,1 hommes pour une femme, proche du sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Aquitaine selon le sexe et l'âge. C'est entre 45 et 59 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ 56 dans chacune des trois classes d'âges quinquennale. Par ailleurs, plus de 50 décès par suicide de personnes de 85 ans et plus ont aussi été rapportés.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Aquitaine selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



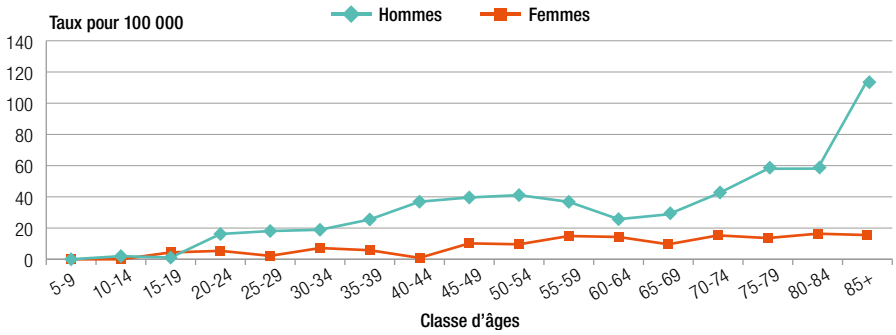
Lecture • En 2012, 4 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Aquitaine (1 homme et 4 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Poitou-Charentes, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Poitou-Charentes			
Nombre de décès par suicide	424	135	559
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,7	7,9	16,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	26,8	7,2	16,0
Dordogne			
Nombre de décès par suicide	74	23	97
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	36,9	10,6	23,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,6	8,7	19,5
Gironde			
Nombre de décès par suicide	173	49	222
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	24,2	6,3	14,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,7	6,2	14,8
Landes			
Nombre de décès par suicide	52	18	70
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	27,1	8,9	17,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	27,1	7,8	16,8
Lot-et-Garonne			
Nombre de décès par suicide	46	10	56
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,7	5,8	16,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	27,1	4,5	15,2
Pyrénées-Atlantiques			
Nombre de décès par suicide	79	35	114
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	24,8	10,2	17,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,2	8,8	16,2
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Poitou-Charentes selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 16,2 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Aquitaine.
Source • CépiDc, analyses InVS.

de mortalité par suicide en Aquitaine est de 16,9 pour 100 000 habitants (26,7 pour 100 000 hommes et 7,9 pour 100 000 femmes).

Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Aquitaine sont très proches des taux nationaux (+7,6 % chez les hommes et +2 % chez les femmes). Au sein de la région, la Dordogne présente des taux de 20 % plus élevés que les taux régionaux, chez les hommes comme chez les femmes. Les autres départements présentent des taux masculins très proches du taux régional tandis que chez les femmes, le Lot-et-Garonne a une mortalité par suicide de 37 % inférieure à la mortalité régionale et les Pyrénées-Atlantiques une mortalité de 23 % plus élevée.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Aquitaine, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), et elle est en moyenne 3,7 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant de 16 pour 100 000 à 20-24 ans à un taux supérieur à 110 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Avant 45 ans, elle est de 4 pour 100 000 en moyenne contre 13 pour 100 000 à partir de 45 ans .

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Aquitaine, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Ce moyen concerne presque la moitié des décès par suicide masculins et plus du tiers des décès féminins (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyen létal dans respectivement 26,7 % et 11,1 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 31,4 % des cas. Le mode de suicide n'est pas précisé dans 6,6 % des décès (5,2 % chez les hommes et 11,1 % chez les femmes).

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

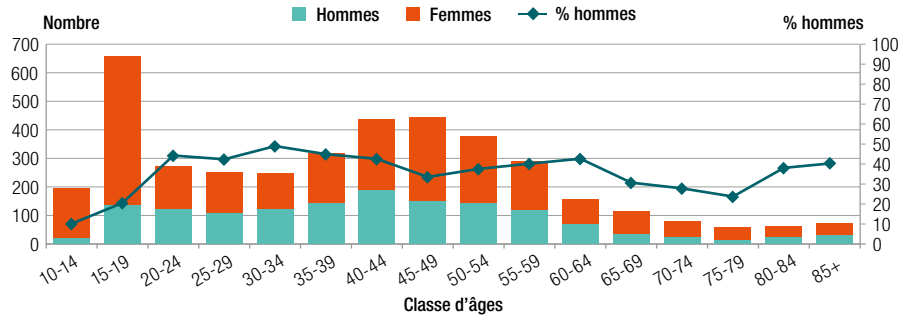
En 2013, 3 409 personnes (1 246 hommes et 2 163 femmes) résidant en Aquitaine ont eu recours à 4 040 hospitalisations (1 433 séjours masculins et 2 607 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Aquitaine, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	208	49,1	49	36,3	257	46,0
Arme à feu	133	31,4	4	3,0	137	24,5
Auto-intoxication par médicaments	24	5,7	36	26,7	60	10,7
Noyade	12	2,8	15	11,1	27	4,8
Saut dans le vide	8	1,9	12	8,9	20	3,6
Auto-intoxication par autres produits	7	1,7	4	3,0	11	2,0
Collision intentionnelle	7	1,7	2	1,5	9	1,6
Phlébotomie	7	1,7	0	0,0	7	1,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	0,5	1	0,7	3	0,5
Non précisé	22	5,2	15	11,1	37	6,6

Lecture • En 2012, en Aquitaine, 208 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 49,1 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Aquitaine.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Aquitaine selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Aquitaine est de 197, parmi lesquelles 20 concernent des hommes (soit 10 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 18,5 % des patients (15 % des hommes et 20,5 % des femmes). Parmi les 4 040 séjours hospitaliers pour TS des personnes résidant en Aquitaine, 97,7 % (n = 3 949) ont eu lieu au sein de la région. Par ailleurs, les établissements d'Aquitaine ont accueilli un total de 4 090 hospitalisations pour TS dont 96,6 % correspondent à des séjours de personnes résidant en Aquitaine.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Aquitaine. Le nombre d'hospitalisations pour TS est de loin le plus important dans la classe d'âges des 15-19 ans (n = 657). En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 35 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage varie de 10 % jusqu'à 49 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant en Aquitaine ont eu recours à 4 040 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 13,6 pour 10 000 habitants (10,1 pour 10 000 hommes et 16,9 pour 10 000 femmes).

Les taux standardisés de la région Aquitaine sont de 10 % inférieurs au taux national (-18 % chez les hommes et -6 % chez les femmes). Dans la région, la Dordogne et le département de Lot-et-Garonne présentent respectivement des taux de 74 % et de 35 % supérieurs aux taux régionaux alors qu'en Pyrénées-Atlantiques et dans les Landes, les taux sont inférieurs d'environ 48 % et de 20 % respectivement. La Gironde a un taux d'hospitalisation pour TS proche du taux régional.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

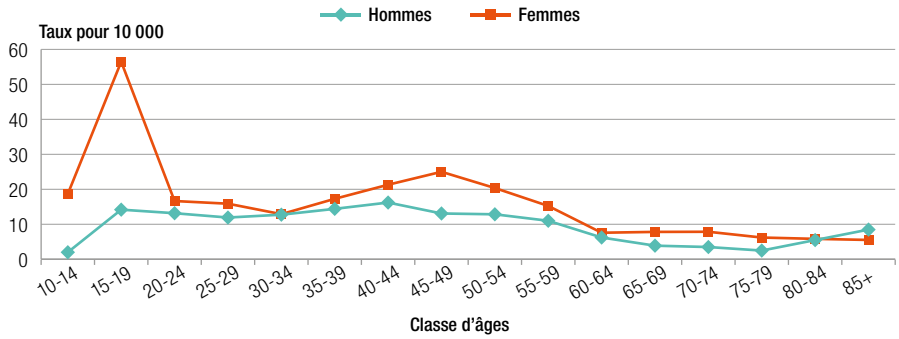
Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf chez les personnes de 85 ans et plus. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (56,5 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 18,7 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans avant de remonter jusqu'à environ 25 pour 10 000 chez les femmes de 45 à 49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, entre 15 et

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide en selon le département de résidence et le sexe en Aquitaine, 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Aquitaine			
Nombre d'hospitalisations	1 433	2 607	4 040
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,1	16,9	13,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,2	17,8	14,1
Dordogne			
Nombre d'hospitalisations	315	527	842
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,4	26,7	22,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	19,1	30,1	24,5
Gironde			
Nombre d'hospitalisations	605	1 261	1 866
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	9,5	18,0	14,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,3	18,4	13,9
Landes			
Nombre d'hospitalisations	154	231	385
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	9,0	12,6	10,8
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,1	13,6	11,3
Lot-et-Garonne			
Nombre d'hospitalisations	207	313	520
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	14,6	20,2	17,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,8	22,1	19,0
Pyrénées-Atlantiques			
Nombre d'hospitalisations	152	275	427
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	5,3	8,8	7,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	5,5	9,3	7,4
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Aquitaine selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 2 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Aquitaine.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Aquitaine, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 039	72,5	2 263	86,8	3 302	81,7
Phlébotomie	121	8,4	359	13,8	480	11,9
Auto-intoxication par autres produits	148	10,3	141	5,4	289	7,2
Pendaison	54	3,8	32	1,2	86	2,1
Saut dans le vide	45	3,1	21	0,8	66	1,6
Arme à feu	52	3,6	13	0,5	65	1,6
Noyade	5	0,3	8	0,3	13	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	8	0,6	4	0,2	12	0,3
Collision intentionnelle	4	0,3	0	0,0	4	0,1
Non précisé	33	2,3	30	1,2	63	1,6

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 039 chez les hommes résidant en Aquitaine, correspondant à 72,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Aquitaine.
Source • ATIH, analyses InVS.

60 ans, les taux de séjours hospitaliers pour TS évoluent peu avec l'âge, ils sont en moyenne de 13 pour 10 000 hommes, puis baissent progressivement avec une légère remontée dans les âges extrêmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 86,8 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 72,5 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 11,9 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (8,4 % des séjours masculins et 13,8 % des séjours féminins). L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) et la pendaison représentent respectivement 7,2 % et 2,1 % des séjours hospitaliers pour TS.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Aquitaine**, 2015, *Suicides et tentatives de suicide en Aquitaine, rapport d'études*, 24 avril, 32 p.

Synthèse

En 2012, en Aquitaine, 559 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 16,9 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide est proche du taux national. Par ailleurs, d'après une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Aquitaine, la sous-estimation est évaluée à 6 % [1].

En 2013, 3 409 personnes résidant en Aquitaine ont eu recours à 4 040 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 13,6 pour 10 000 habitants. Ce taux d'hospitalisation pour TS est de 10 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,7 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Comparés aux données régionales, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés en Dordogne.

Midi-Pyrénées

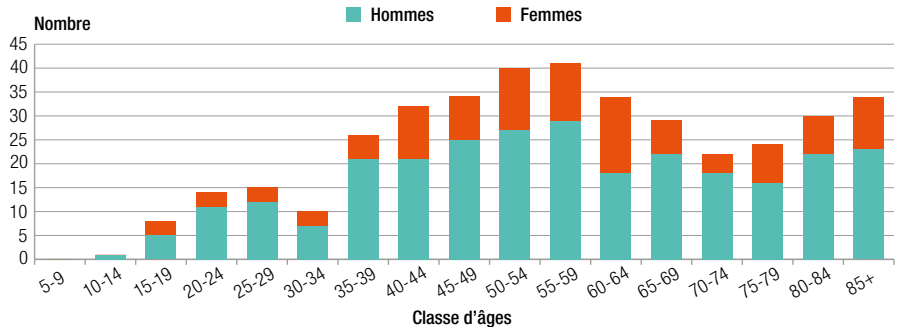
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 394 décès par suicide de personnes résidant en Midi-Pyrénées ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 278 hommes et 116 femmes, soit un sex-ratio de 2,4 hommes pour une femme, inférieur au sex-ratio national qui est de 3. **Le graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Midi-Pyrénées selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 50-54 ans et 55-59 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit plus d'une quarantaine dans chacune de ces deux classes d'âges.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Midi-Pyrénées est de 13,4 pour 100 000 habitants (19,4 pour 100 000 hommes et 7,7 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Midi-Pyrénées selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 8 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Midi-Pyrénées (5 hommes et 3 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Midi-Pyrénées, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Midi-Pyrénées			
Nombre de décès par suicide	278	116	394
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	19,4	7,7	13,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	19,5	7,2	12,8
Ariège			
Nombre de décès par suicide	20	9	29
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,8	11,5	19,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,3	10,3	16,8
Aveyron			
Nombre de décès par suicide	34	13	47
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	25,1	9,2	17,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,5	7,3	15,1
Haute-Garonne			
Nombre de décès par suicide	77	27	104
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	12,2	4,1	8,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	13,7	4,1	8,5
Gers			
Nombre de décès par suicide	19	10	29
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	20,5	10,3	15,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	20,2	8,8	14,2
Lot			
Nombre de décès par suicide	24	8	32
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,4	8,9	18,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,1	7,8	16,0
Hautes-Pyrénées			
Nombre de décès par suicide	28	12	40
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	25,4	10,1	17,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,0	9,5	16,7
Tarn			
Nombre de décès par suicide	51	27	78
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	27,8	13,7	20,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	26,3	13,4	19,0
Tarn-et-Garonne			
Nombre de décès par suicide	25	10	35
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	20,6	7,9	14,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	21,1	7,2	13,8
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Midi-Pyrénées sont très proches du taux national chez les femmes et de 22 % inférieurs au taux national chez les hommes. Au sein de la région Midi-Pyrénées, le Tarn, l'Ariège et les Hautes-Pyrénées présentent les taux les plus élevés, respectivement de 48 %, 31 % et de 30 % supérieurs aux taux régionaux, tandis que la Haute-Garonne a une mortalité de 34 % inférieure à la mortalité régionale.

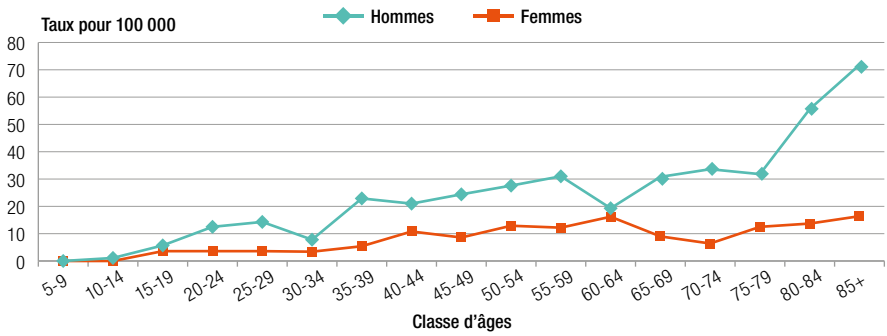
1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Midi-Pyrénées, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est en moyenne 2,7 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant de 6 pour 100 000 à 15-19 ans à 72 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Entre 15 et 39 ans, la mortalité moyenne est de 4 pour 100 000 femmes et, au-delà de 40 ans, elle est de 12 pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Midi-Pyrénées, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Ce moyen concerne environ la moitié des hommes et des femmes décédés par suicide (**tableau 2**). Chez les hommes, le

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Midi-Pyrénées selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



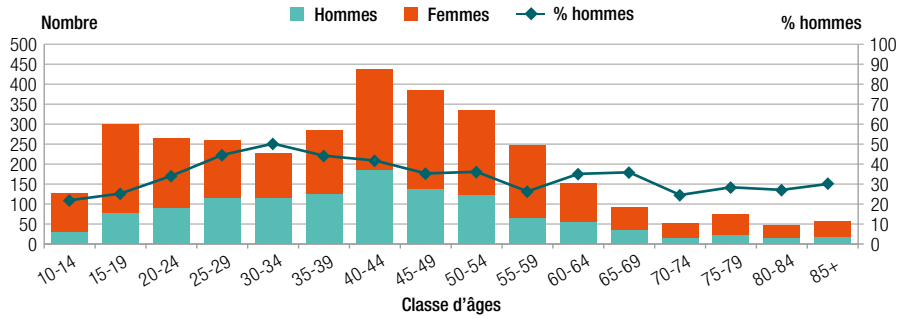
Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 12,5 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Midi-Pyrénées.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Midi-Pyrénées, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	149	53,6	58	50,0	207	52,5
Arme à feu	73	26,3	2	1,7	75	19,0
Auto-intoxication par médicaments	16	5,8	18	15,5	34	8,6
Saut dans le vide	9	3,2	14	12,1	23	5,8
Noyade	5	1,8	11	9,5	16	4,1
Auto-intoxication par autres produits	3	1,1	4	3,4	7	1,8
Collision intentionnelle	5	1,8	3	2,6	8	2,0
Phlébotomie	4	1,4	2	1,7	6	1,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	5	1,8	0	0,0	5	1,3
Non précisé	12	4,3	5	4,3	17	4,3

Lecture • En 2012, en Midi-Pyrénées, 149 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 53,6 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Midi-Pyrénées.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Midi-Pyrénées selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Midi-Pyrénées est de 128, parmi lesquelles 28 concernent des hommes (soit 22 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans un quart des cas. Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et le saut dans le vide sont utilisés comme moyen létal dans respectivement 15,5 % et 12,1 % des suicides.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 3 015 personnes (1 084 hommes et 1 931 femmes) résidant en Midi-Pyrénées ont eu recours à 3 340 hospitalisations (1 203 séjours masculins et 2 137 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour TS dans l'année concerne 10,8 % des patients (11 % chez les hommes et 10,7 % chez les femmes). Parmi les 3 340 séjours hospitaliers pour TS des personnes résidant en Midi-Pyrénées, 97,5 % (n = 3 255) ont eu lieu dans la région. Par ailleurs, les établissements de Midi-Pyrénées ont accueilli un total de 3 366 hospitalisations pour TS, dont 96,7 % sont des séjours de patients originaires de la région Midi-Pyrénées.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Midi-Pyrénées. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 40-44 ans (n = 438). En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 36 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage varie de 22 % jusqu'à 50 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Midi-Pyrénées ont eu recours à 3 340 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 12,7 pour 10 000 habitants (9,5 pour 10 000 hommes et 15,8 pour 10 000 femmes).

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Midi-Pyrénées sont de 17 % inférieurs au taux nationaux (-23 % chez les hommes et -13 % chez les femmes). Au sein de la région, les taux standardisés d'hospitalisation pour TS en Hautes-Pyrénées, Ariège, Lot et Gers sont plus de 50 % supérieurs aux taux régionaux, alors qu'en Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne, les taux sont inférieurs respectivement de 23 % et 30 %.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Midi-Pyrénées, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Midi-Pyrénées			
Nombre d'hospitalisations	1 203	2 137	3 340
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	9,5	15,8	12,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,5	16,4	13,0
Ariège			
Nombre d'hospitalisations	95	166	261
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	14,3	23,6	19,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,1	25,7	20,4
Aveyron			
Nombre d'hospitalisations	104	155	259
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,6	12,2	10,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,3	14,0	11,6
Haute-Garonne			
Nombre d'hospitalisations	382	789	1 171
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	6,8	13,4	10,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,6	13,3	10,0
Gers			
Nombre d'hospitalisations	92	210	302
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,1	23,8	17,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	11,9	26,3	19,1
Lot			
Nombre d'hospitalisations	112	167	279
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	14,7	20,4	17,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,6	23,3	19,9
Hautes-Pyrénées			
Nombre d'hospitalisations	151	239	390
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,4	22,3	19,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,7	24,8	20,7
Tarn			
Nombre d'hospitalisations	181	306	487
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,1	17,3	14,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	11,4	18,8	15,1
Tarn-et-Garonne			
Nombre d'hospitalisations	86	105	191
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,1	9,3	8,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	8,3	10,0	9,1
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (27 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 12 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans, avant de remonter jusqu'à environ 25 pour 10 000 chez les femmes de 40-44 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge avec un rebond dans la classe d'âges des 75-79 ans (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 18 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent jusqu'à un taux moyen de 2 pour 10 000 chez les 70-74 ans pour ensuite remonter légèrement.

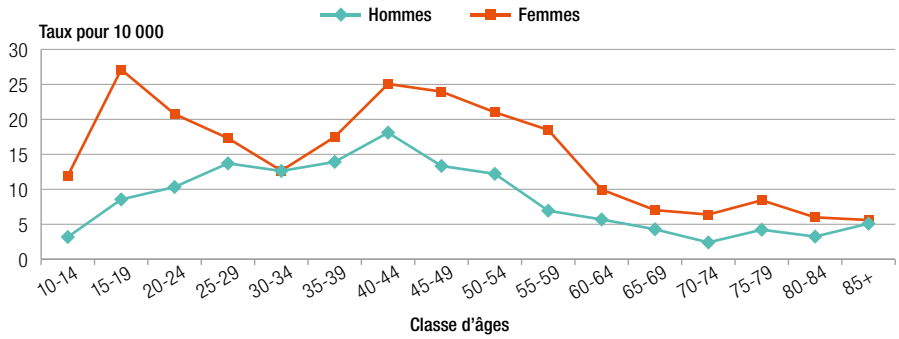
2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 91,1 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 78,7 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 5,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (7 % des séjours masculins et 4,4 % des séjours féminins). L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) et la pendaison représentent respectivement 4,8 % et 2,1 % des séjours hospitaliers pour TS.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional du suicide (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Midi-Pyrénées**, 2012, *Suicides et tentatives de suicide en Midi-Pyrénées, dossier épidémiologique*, février, 10 p.
- **ORS Midi-Pyrénées**, 2015, *Les conduites suicidaires en Midi-Pyrénées, dossier épidémiologique*, septembre, 18 p.
- **ORS Midi-Pyrénées**, *circa* 2015-2016, *Les modalités de prise en charge des tentatives de suicide dans les services d'urgence de Midi-Pyrénées*.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Midi-Pyrénées selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3,2 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Midi-Pyrénées.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Midi-Pyrénées, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	947	78,7	1947	91,1	2 894	86,6
Phlébotomie	84	7,0	95	4,4	179	5,4
Auto-intoxication par autres produits	78	6,5	82	3,8	160	4,8
Pendaison	54	4,5	17	0,8	71	2,1
Saut dans le vide	18	1,5	29	1,4	47	1,4
Arme à feu	27	2,2	5	0,2	32	1,0
Noyade	1	0,1	4	0,2	5	0,1
Lésion par fumée, gaz, flammes	12	1,0	4	0,2	16	0,5
Collision intentionnelle	5	0,4	2	0,1	7	0,2
Non précisé	14	1,2	15	0,7	29	0,9

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 947 chez les hommes résidant en Midi-Pyrénées, correspondant à 78,7 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Midi-Pyrénées.
Source • ATIH, analyses InVS.

Synthèse

En 2012, en Midi-Pyrénées, 394 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 13,4 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide y est inférieure de 15 % au taux national. Par ailleurs, ces données doivent être prises avec précaution car d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Midi-Pyrénées, la sous-estimation est évaluée à 14,7 % [1].

En 2013, 3 015 personnes résidant en Midi-Pyrénées ont eu recours à 3 340 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 12,7 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Midi-Pyrénées est de 17 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 2,7 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Au sein de la région, le département de Haute-Garonne a une mortalité par suicide et un taux d'hospitalisation pour TS inférieurs aux taux régionaux, celui de Tarn-et-Garonne présente une mortalité par suicide relativement proche des taux régionaux et un taux d'hospitalisation pour TS inférieur au taux régional, tandis qu'en Hautes-Pyrénées, Tarn, Lot et Ariège, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS y sont plus élevés.

Limousin

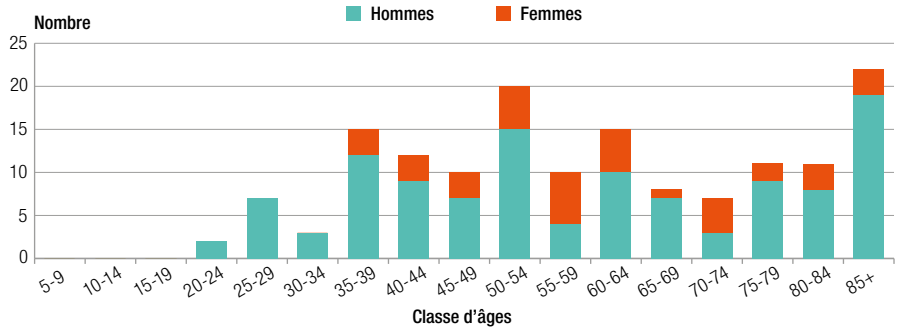
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 153 décès par suicide de personnes résidant en Limousin ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 115 hommes et 38 femmes, soit un sex-ratio de 3 hommes pour une femme, identique au sex-ratio national. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Limousin selon le sexe et l'âge. C'est dans la classe d'âges élevée de 85 ans et au-delà que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 22), suivie de la classe d'âges des personnes entre 50 et 54 ans chez qui 20 décès par suicide ont été constatés. Par ailleurs, aucun suicide n'a été rapporté au CépiDc chez les hommes de moins de 20 ans ni chez les femmes de moins de 35 ans.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Limousin selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



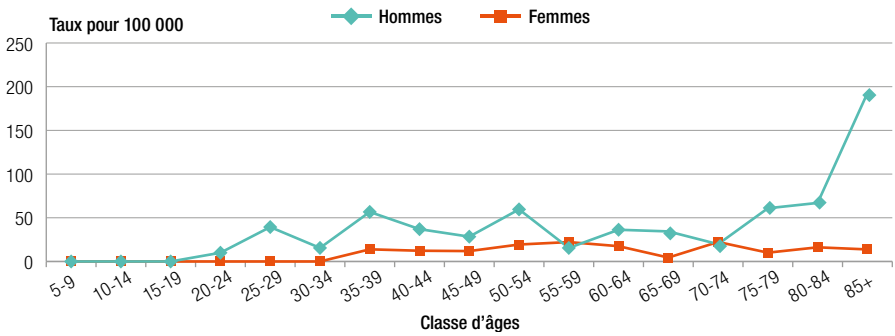
Lecture • En 2012, 15 décès par suicide de personnes âgées de 35 à 39 ans résidant en Limousin (12 hommes et 3 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Limousin, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Limousin			
Nombre de décès par suicide	115	38	153
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	32,3	9,9	20,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	31,0	8,6	18,6
Corrèze			
Nombre de décès par suicide	42	13	55
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	36,0	10,5	22,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,7	9,1	20,2
Creuse			
Nombre de décès par suicide	25	4	29
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	42,4	6,4	23,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	37,0	4,8	19,6
Haute-Vienne			
Nombre de décès par suicide	48	21	69
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,6	10,7	18,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	26,7	9,7	17,1
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Limousin selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 10 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Limousin.
Source • CépiDc, analyses InVS.

correspondants. Le taux brut de mortalité par suicide en Limousin est de 20,7 pour 100 000 habitants (32,3 pour 100 000 hommes et 9,9 pour 100 000 femmes).

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Limousin et des départements qui la composent sont plus élevés que le taux national chez les femmes et chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide est de 25 % supérieure au taux national masculin et chez les femmes, la mortalité par suicide est de 23 % supérieure au taux national féminin.

Au sein de la région Limousin, les différents départements ont des taux de mortalité par suicide relativement proches. En Creuse, le faible nombre de décès féminins par suicide ne permet pas de faire des comparaisons.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Limousin, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges sauf chez les 55-59 ans (**graphique 2**) et elle est en moyenne 3,6 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, entre 20 et 75 ans, la mortalité par suicide fluctue autour d'une moyenne de 33 pour 100 000 pour ensuite augmenter au-delà de 75 ans, atteignant un taux supérieur à 190 pour 100 000 après 85 ans. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Limousin, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, ce moyen concerne 47 % des hommes décédés par suicide et 34,2 % des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la noyade sont utilisées comme moyen dans respectivement 21,1 % des suicides. Par ailleurs, pour 10,5 % des décès, la méthode utilisée n'a pas été spécifiée. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 27 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

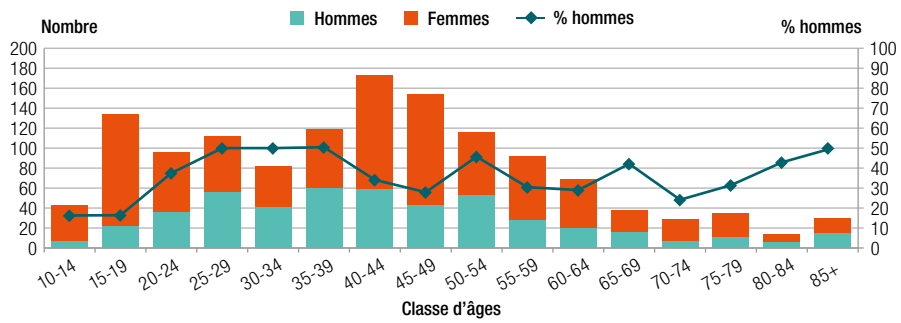
En 2013, 1 186 personnes (430 hommes et 756 femmes) résidant en Limousin ont eu recours à 1 336 hospitalisations (480 séjours masculins et 856 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 11,6 % des patients

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Limousin, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	54	47,0	13	34,2	67	43,8
Arme à feu	31	27,0	2	5,3	33	21,6
Auto-intoxication par médicaments	6	5,2	8	21,1	14	9,2
Noyade	4	3,5	8	21,1	12	7,8
Saut dans le vide	4	3,5	2	5,3	6	3,9
Auto-intoxication par autres produits	3	2,6	2	5,3	5	3,3
Collision intentionnelle	3	2,6	0	0,0	3	2,0
Phlébotomie	2	1,7	0	0,0	2	1,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	1	0,9	1	2,6	2	1,3
Non précisé	8	7,0	4	10,5	12	7,8

Lecture • En 2012, en Limousin, 54 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 47 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Limousin.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Limousin selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Limousin est de 43, parmi lesquelles 7 concernent des hommes (soit 16 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

(13,2 % chez les hommes et 12,6 % chez les femmes). Parmi les 1 336 séjours hospitaliers pour TS de personnes résidant en Limousin, 97,5 % (n = 1 302) ont eu lieu dans la région. Par ailleurs, les établissements de Limousin ont accueilli un total de 1 374 hospitalisations pour TS dont 94,8 % sont des séjours de patients originaires de la région Limousin.

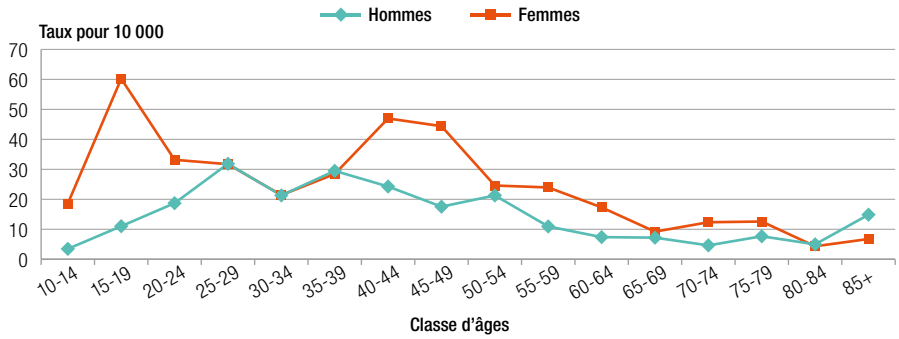
Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Limousin. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 40-44 ans et 45-49 ans, avec respectivement 173 et 154 hospitalisations pour TS dans ces classes d'âges. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 36 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage varie de 16 % jusqu'à 50 % (courbe, **graphique 3**).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Limousin, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Limousin			
Nombre d'hospitalisations	480	856	1 336
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,1	24,8	20,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,9	27,4	21,9
Corrèze			
Nombre d'hospitalisations	152	274	426
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	14,6	24,4	19,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,3	27,3	21,1
Creuse			
Nombre d'hospitalisations	95	131	226
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	17,9	23,1	20,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	20,2	27,8	23,9
Haute-Vienne			
Nombre d'hospitalisations	233	451	684
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	14,6	25,6	20,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	15,0	27,4	21,3
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Limousin selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3,5 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Limousin.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Limousin, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	405	84,4	785	91,7	1 190	89,1
Phlébotomie	32	6,7	43	5,0	75	5,6
Auto-intoxication par autres produits	28	5,8	29	3,4	57	4,3
Pendaison	20	4,2	10	1,2	30	2,2
Saut dans le vide	3	0,6	5	0,6	8	0,6
Arme à feu	8	1,7	0	0,0	8	0,6
Noyade	1	0,2	1	0,1	2	0,1
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	0,6	0	0,0	3	0,2
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	1	0,2	3	0,4	4	0,3

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 405 chez les hommes résidant en Limousin, correspondant à 84,4 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Limousin.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Limousin ont eu recours à 1 336 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 20,2 pour 10 000 habitants (15,1 pour 10 000 hommes et 24,8 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Limousin et des départements qui la composent sont systématiquement plus élevés. Le taux d'hospitalisation pour TS des résidents de Limousin est de 39,5 % supérieur au taux national (+28 % chez les hommes et +45 % chez les femmes). Au sein de la région, les taux d'hospitalisation pour TS sont relativement homogènes, à l'exception du taux d'hospitalisation masculin en Creuse qui est 27 % supérieur au taux régional.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf dans la classe d'âges des personnes de 85 ans et plus. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (60 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 18,6 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans, avant de remonter jusqu'à 47 pour 10 000 chez les femmes de 40-44 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 32 pour 10 000 dans la classe d'âges des 25-29 ans, puis baissent jusqu'à 80-84 ans pour ensuite remonter et dépasser légèrement le taux féminin.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 91,7 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 84,4 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 5,6 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (6,7 % des séjours masculins et 5 % des séjours féminins).

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) et la pendaison représentent respectivement 4,3 % et 2,2 % des séjours hospitaliers pour TS. Les autres modes opératoires sont plus rares, représentant chacun moins d'1 % des cas par an.

3. Études régionales spécifiques

3.1. Initiative régionale sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires

En 2015, à l'initiative du Conseil de l'ordre des médecins et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), l'Observatoire régional de la santé (ORS) Limousin a réalisé une enquête sur la souffrance des soignants en interrogeant différents professionnels de santé sur la souffrance au travail, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, en lien éventuel avec des problèmes professionnels. Les résultats du premier volet de cette enquête, portant sur les médecins et les sages-femmes, seront publiés prochainement.

4. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Limousin**, 2015, *Enquête sur les conditions de vie des personnes âgées à domicile*, 8 p.
- **ORS Limousin**, *circa* 2015-2016, *Enquête sur la souffrance des soignants*.
- **ORS Limousin**, 2012, *Le mal-être des jeunes : enquête auprès des collégiens et lycéens du Limousin*, rapport n° 233-B, 9 p.
- **ORS Limousin**, 2012, *La santé observée en Limousin. Suicides et tentatives de suicide en Limousin*, doc. 237 - fiche 5.1, avril, 4 p.

Synthèse

En 2012, en Limousin, 153 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 20,7 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide y est de 23 % plus élevée que le taux national. Par ailleurs, d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide

•••

••• dans les statistiques nationales des décès, les décès par suicide semblent relativement bien déclarés en Limousin, car la sous-estimation est évaluée à 1,2 % [1].

En 2013, 1 186 personnes résidant en Limousin ont eu recours à 1 336 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 20,2 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Limousin est de 40 % supérieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,6 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes. Les départements composant la région présentent des taux de mortalité par suicide ainsi que des taux d'hospitalisation pour TS proches des taux régionaux.

Rhône-Alpes

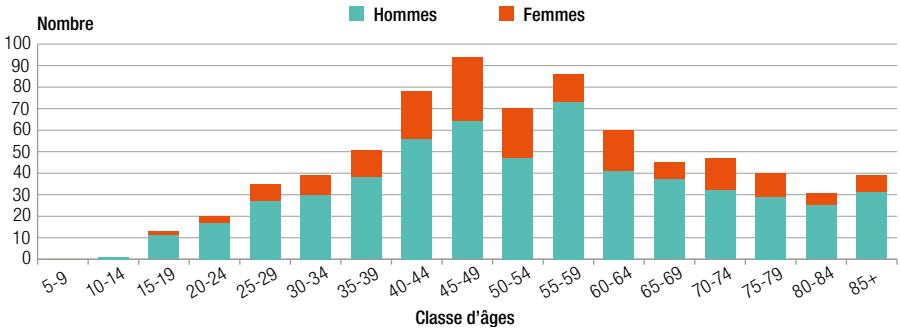
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 749 décès par suicide de personnes résidant en Rhône-Alpes ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 559 hommes et 190 femmes, soit un sex-ratio de 2,9 hommes pour une femme, proche du sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Rhône-Alpes selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 45-49 ans et 55-59 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important, soit environ 90 cas dans chacune de ces deux classes d'âges.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Rhône-Alpes est de 11,8 pour 100 000 habitants (18 pour 100 000 hommes et 5,8 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Rhône-Alpes selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 13 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Rhône-Alpes (11 hommes et 2 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Rhône-Alpes, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Rhône-Alpes			
Nombre de décès par suicide	559	190	749
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	18,0	5,8	11,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	19,2	5,8	12,0
Ain			
Nombre de décès par suicide	60	15	75
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	19,7	4,8	12,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	20,8	4,7	12,3
Ardèche			
Nombre de décès par suicide	61	12	73
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	39,3	7,3	22,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	38,3	6,8	21,6
Drôme			
Nombre de décès par suicide	44	19	63
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	18,4	7,5	12,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	19,0	7,1	12,7
Isère			
Nombre de décès par suicide	106	50	156
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	17,5	8,0	12,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	19,0	8,0	13,0
Loire			
Nombre de décès par suicide	83	27	110
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,8	6,9	14,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	23,2	7,0	14,5
Rhône			
Nombre de décès par suicide	94	29	123
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	11,0	3,2	6,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	12,7	3,4	7,5
Savoie			
Nombre de décès par suicide	52	12	64
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	25,0	5,6	15,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,9	5,3	15,0
Haute-Savoie			
Nombre de décès par suicide	59	26	85
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	15,8	6,7	11,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16,8	6,5	11,3
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

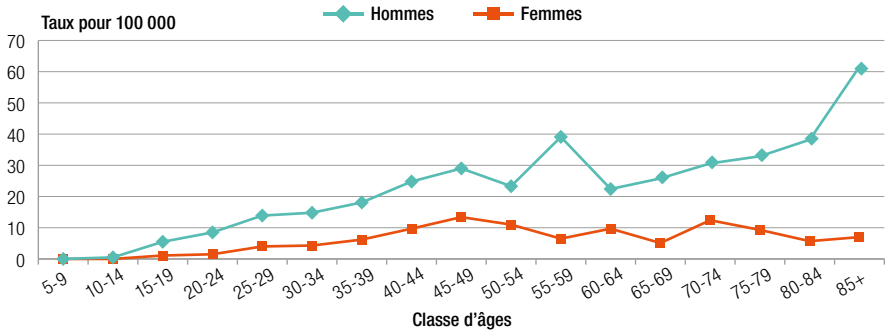
Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Rhône-Alpes sont moins élevés que les taux nationaux. La mortalité par suicide en Rhône-Alpes est de 21 % inférieure au taux national (-23 % chez les hommes et -17 % chez les femmes).

Au sein de la région, le département du Rhône présente les taux de mortalité par suicide les plus bas, ils sont de 38 % inférieurs aux taux régionaux (-34 % chez les hommes et -42 % chez les femmes). À l'inverse, l'Ardèche présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé chez les hommes (+99 % par rapport au taux régional) et l'Isère le taux de mortalité par suicide le plus élevé chez les femmes (+39 % par rapport au taux régional).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Rhône-Alpes, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est en moyenne 3,3 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant de 0,5 pour 100 000 à 10-14 ans à un taux supérieur à 60 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Elle passe de 1 pour 100 000 chez les 15-19 ans à 13 pour 100 000 chez les 45-49 ans.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Rhône-Alpes selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



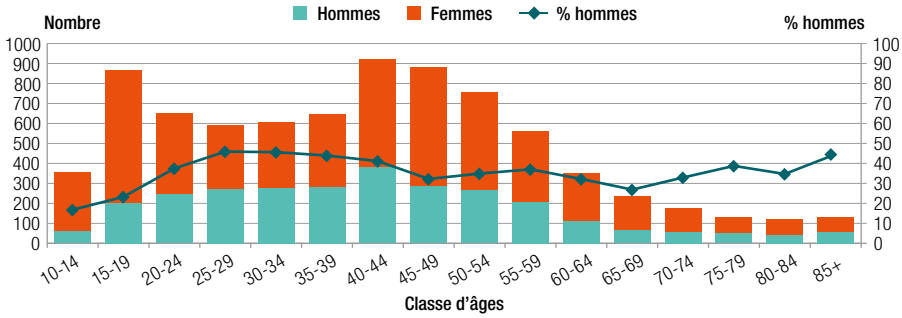
Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 8,5 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Rhône-Alpes.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Rhône-Alpes, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	332	59,4	66	34,7	398	53,1
Arme à feu	94	16,8	4	2,1	98	13,1
Auto-intoxication par médicaments	40	7,2	42	22,1	82	10,9
Saut dans le vide	37	6,6	39	20,5	76	10,1
Noyade	9	1,6	12	6,3	21	2,8
Auto-intoxication par autres produits	9	1,6	7	3,7	16	2,1
Phlébotomie	11	2,0	4	2,1	15	2,0
Collision intentionnelle	7	1,3	5	2,6	12	1,6
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	0,5	2	1,1	5	0,7
Non précisé	23	4,1	18	9,5	41	5,5

Lecture • En 2012, en Rhône-Alpes, 332 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 59,4 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Rhône-Alpes.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Rhône-Alpes selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Rhône-Alpes est de 357, parmi lesquelles 60 concernent des hommes (soit 17 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Rhône-Alpes, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, concernant 59,4 % des hommes décédés par suicide et plus du tiers des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et le saut dans le vide sont utilisées comme moyen létal dans respectivement 22,1 % et 20,5 % des suicides. Par ailleurs, pour 9,5 % des décès par suicide, la méthode utilisée n'est pas spécifiée. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 16,8 % des cas. La méthode utilisée n'est pas spécifiée pour 4,1 % des suicides masculins.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 7052 personnes (2512 hommes et 4540 femmes) résidant en Rhône-Alpes ont eu recours à 7975 hospitalisations (2855 séjours masculins et 5 120 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 13,1 % des patients (13,7 % chez les hommes et 12,8 % chez les femmes). Parmi les 7 975 séjours hospitaliers pour TS de personnes résidant en Rhône-Alpes, 96,9 % (n = 7 728) ont eu lieu dans la région. Par ailleurs, les établissements de Rhône-Alpes ont accueilli un total de 8031 hospitalisations pour TS dont 96,2 % sont des séjours de patients originaires de la région Rhône-Alpes.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Rhône-Alpes. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les classes d'âges des 15-19 ans et des 40-49 ans avec environ 890 hospitalisations pour TS dans chacune des trois classes d'âges quinquennales concernées. En moyenne, la part des hospitalisations des hommes représente 36 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage varie entre 17 % et 46 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Rhône-Alpes ont eu recours à 7975 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 14,2 pour 10 000 habitants (10,5 pour 10 000 hommes et 17,7 pour 10 000 femmes).

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Rhône-Alpes, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Rhône-Alpes			
Nombre d'hospitalisations	2 855	5 120	7 975
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,5	17,7	14,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,4	17,9	14,2
Ain			
Nombre d'hospitalisations	267	474	741
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,1	17,3	13,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,9	17,3	13,5
Ardèche			
Nombre d'hospitalisations	140	224	364
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,2	15,2	12,8
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,9	16,0	13,4
Drôme			
Nombre d'hospitalisations	230	461	691
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,0	20,6	16,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	11,2	21,5	16,3
Isère			
Nombre d'hospitalisations	582	1 051	1 633
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,1	19,1	15,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,9	19,2	15,0
Loire			
Nombre d'hospitalisations	434	720	1 154
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	13,7	20,8	17,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	13,8	22,0	17,9
Rhône			
Nombre d'hospitalisations	780	1 461	2 241
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,5	18,0	14,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,4	18,1	14,3
Savoie			
Nombre d'hospitalisations	189	314	503
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	10,3	16,4	13,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	10,4	16,8	13,4
Haute-Savoie			
Nombre d'hospitalisations	233	415	648
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,1	12,1	9,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,9	12,1	9,5
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Rhône-Alpes sont moins élevés. Le taux d'hospitalisation pour TS des résidants de Rhône-Alpes est de 10 % inférieur au taux national (-16 % chez les hommes et -5 % chez les femmes).

Au sein de la région, les taux en Loire et en Drôme sont respectivement supérieurs de 26 % et de 15 % par rapport aux taux régionaux, alors qu'en Haute-Savoie, les taux sont inférieurs de 33 %. Les autres départements présentent des taux proches du taux régional.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

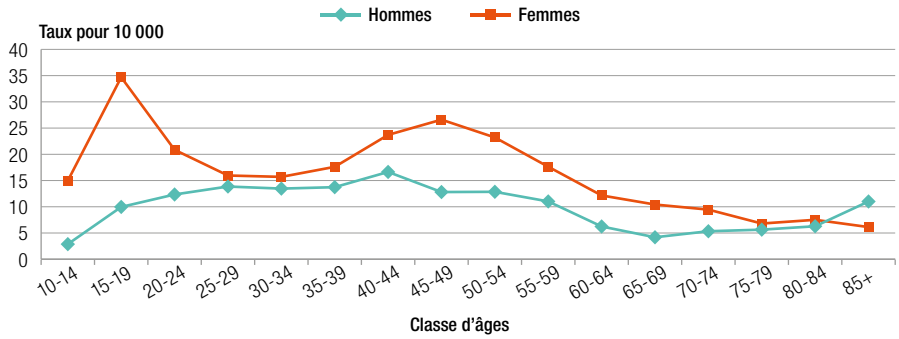
Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf dans la classe d'âges des 85 ans et plus. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (34,7 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 15 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans, avant de remonter jusqu'à 26,6 pour 10 000 chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, ils baissent progressivement (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre des taux moyens de 16,6 pour 10 000 entre 40 ans et 44 ans, puis diminuent avant de remonter à partir de 85 ans, dépassant alors les taux féminins.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 88,2 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 74,3 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 7,2 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (9,4 % des séjours masculins et 6 % des séjours féminins).

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides), la pendaison et le saut dans le vide représentent respectivement 4,9 %, 2,4 % et 2 % des séjours hospitaliers pour TS. Les autres modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins de 1 % des cas par an.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Rhône-Alpes selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 2,9 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Rhône-Alpes.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Rhône-Alpes, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	2120	74,3	4515	88,2	6635	83,2
Phlébotomie	267	9,4	308	6,0	575	7,2
Auto-intoxication par autres produits	212	7,4	176	3,4	388	4,9
Pendaison	129	4,5	64	1,3	193	2,4
Saut dans le vide	61	2,1	98	1,9	159	2,0
Arme à feu	37	1,3	5	0,1	42	0,5
Noyade	12	0,4	13	0,3	25	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	18	0,6	12	0,2	30	0,4
Collision intentionnelle	17	0,6	15	0,3	32	0,4
Non précisé	87	3,0	69	1,3	156	2,0

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 2120 chez les hommes résidant en Rhône-Alpes, correspondant à 74,3 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Rhône-Alpes.
Source • ATIH, analyses InVS.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS Rhône-Alpes**, 2014, *Suicide et tentatives de suicide en Rhône-Alpes*, 8 p.
- **ORS Rhône-Alpes**, 2014, *Baromètre santé 2010 - Données régionales Rhône-Alpes, rapport Santé perçue, pensées suicidaires et tentatives de suicide en Rhône-Alpes*, p. 31-34.
- **ORS Rhône-Alpes**, 2014, *Enquête sur la santé des étudiants en classes préparatoires aux grandes écoles*, avril, 47 p.
- **ORS Rhône-Alpes**, 2013, *Mortalité par suicide et tentatives de suicide chez les jeunes Rhônalpins de 15-24 ans*, décembre, 4 p.
- **ORS Rhône-Alpes**, 2011, *Actualisation du diagnostic local de santé de Vaulx-en-Velin et évaluation des actions de l'Atelier santé ville (diabète et santé mentale)*, novembre, 89 p.
- **ORS Rhône-Alpes**, 2009, *Indicateurs de santé mentale dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche*, décembre, 70 p.
- **ORS Rhône-Alpes**, 2008, *Évaluation des formations 2007 à l'intervention de crise suicidaire en Rhône-Alpes*, septembre, 24 p.

Synthèse

En 2012, en Rhône-Alpes, 749 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 11,8 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national, la mortalité par suicide est globalement de 21 % moins élevée en Rhône-Alpes. Toutefois, ces données doivent être considérées avec prudence car d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, la sous-estimation des décès par suicide en Rhône-Alpes est évaluée à 21,8 % [1].

En 2013, 7 052 personnes résidant en Rhône-Alpes ont eu recours à 7 975 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 14,2 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des patients résidant en Rhône-Alpes est de 10 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,3 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes. Au sein de la région, le département de la Loire présente des taux de mortalité par suicide et des taux d'hospitalisation pour TS plus élevés que les taux régionaux. Le Rhône a une mortalité inférieure au taux régional et un taux d'hospitalisation équivalent au taux régional. En Ardèche et en Savoie, une surmortalité est observée par rapport à la région tandis que les taux d'hospitalisation sont proches du taux régional.

Auvergne

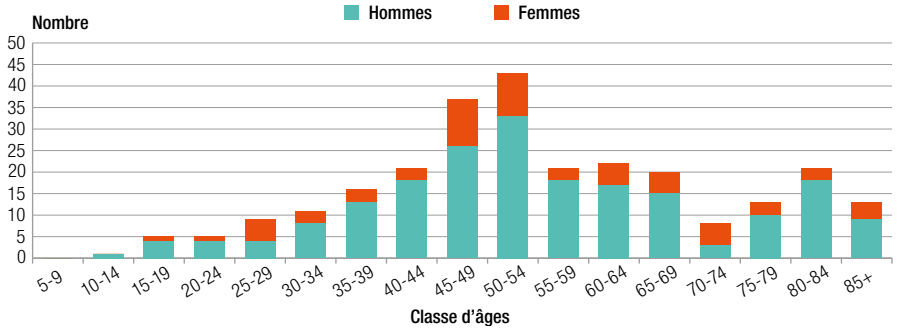
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 266 décès par suicide de personnes résidant en Auvergne ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 201 hommes et 65 femmes, soit un sex-ratio de 3,1 hommes pour une femme, proche du sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Auvergne selon le sexe et l'âge. C'est dans les classes d'âges des 50-54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 43).

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Auvergne est de 19,6 pour 100 000 habitants (30,6 pour 100 000 hommes et 9,3 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Auvergne selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



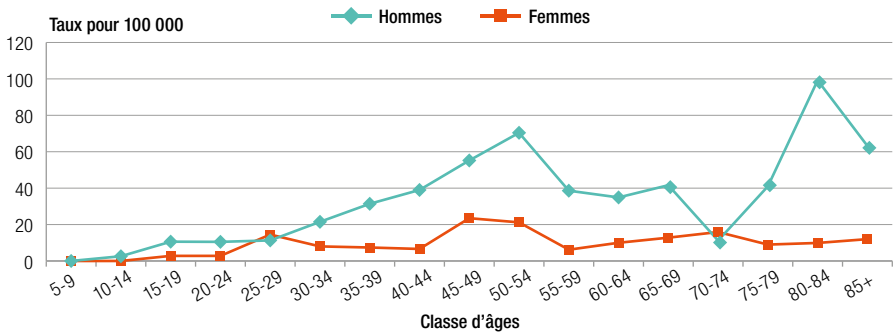
Lecture • En 2012, 5 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Auvergne (4 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Auvergne, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Auvergne			
Nombre de décès par suicide	201	65	266
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,6	9,3	19,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,7	8,8	18,6
Allier			
Nombre de décès par suicide	61	10	71
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	37,1	5,6	20,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	33,8	5,0	18,7
Cantal			
Nombre de décès par suicide	19	3	22
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,6	4,0	15,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,3	3,3	13,5
Haute-Loire			
Nombre de décès par suicide	33	11	44
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	29,7	9,6	19,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,8	9,8	19,3
Puy-de-Dôme			
Nombre de décès par suicide	88	41	129
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	28,4	12,4	20,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	29,1	11,9	19,5
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Auvergne selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 10,5 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Auvergne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Auvergne sont de 23 % plus élevés que le taux national chez les femmes et chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide est de 19 % supérieure au taux national masculin et chez les femmes, la mortalité par suicide est de 26 % supérieure au taux national féminin. Au sein de la région Auvergne, le Cantal présente une mortalité par suicide de 28 % inférieure au taux régional, tandis que les autres départements ont des taux proches du taux régional.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Auvergne, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes en général, sauf chez les 25-29 ans et les 70-74 ans (**graphique 2**) et elle est en moyenne 3,4 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant de 2,6 pour 100 000 dans le groupe d'âges des 10-14 ans à 70 pour 100 000 parmi les 50-54 ans, puis diminue jusqu'à 11 pour 100 000 chez les 70-74 ans pour augmenter de nouveau, atteignant un taux de 99 pour 100 000 chez les hommes de 80-84 ans. Chez les femmes, entre 15 et 44 ans, la mortalité par suicide est en moyenne de 7 pour 100 000 femmes, puis elle augmente entre 45 et 55 ans, atteignant un taux de 22 pour 100 000, avant de redescendre après 55 ans à un taux moyen de 11 femmes pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Auvergne, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Il concerne 61,7 % des hommes décédés par suicide et 41,5 % des femmes (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et le saut dans le vide sont utilisées comme moyen létal dans respectivement 30,8 % et 13,8 % des suicides. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 21,4 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

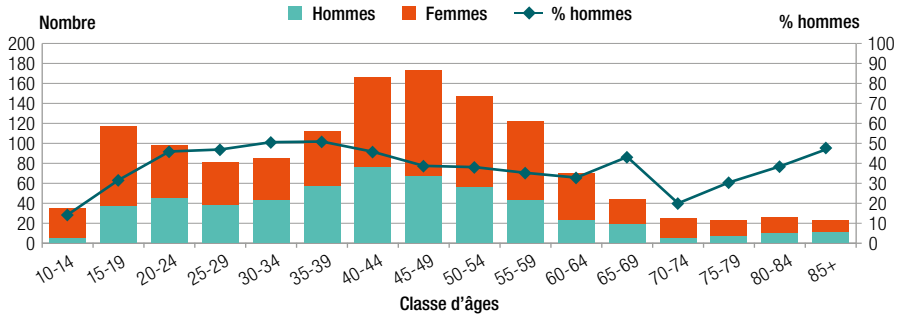
En 2013, 1 236 personnes (498 hommes et 738 femmes) résidant en Auvergne ont eu recours à 1 347 hospitalisations (542 séjours masculins et 805 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne 9 % des patients (8,8 % chez les hommes et 9,1 % chez les femmes). Parmi les 1 347 séjours hospitaliers pour TS de personnes résidant en Auvergne, 87 % (n = 1 175) ont eu lieu dans

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Auvergne, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	124	61,7	27	41,5	151	56,8
Arme à feu	43	21,4	1	1,5	44	16,5
Auto-intoxication par médicaments	5	2,5	20	30,8	25	9,4
Noyade	9	4,5	6	9,2	15	5,6
Saut dans le vide	5	2,5	9	13,8	14	5,3
Collision intentionnelle	3	1,5	2	3,1	5	1,9
Phlébotomie	4	2,0	0	0,0	4	1,5
Auto-intoxication par autres produits	1	0,5	2	3,1	3	1,1
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	9	4,5	1	1,5	10	3,8

Lecture • En 2012, en Auvergne, 124 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 61,7 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Auvergne.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Auvergne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Auvergne est de 35, parmi lesquelles 5 concernent des hommes (soit 14 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

la région Auvergne et 10 % (n = 140) en Rhône-Alpes. Par ailleurs, les établissements d'Auvergne ont accueilli un total de 1 250 hospitalisations pour TS dont 94 % sont des séjours de patients originaires de la région Auvergne.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Auvergne. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans les classes d'âges des 40-44 ans et des 45-49 ans, avec environ 170 hospitalisations pour TS dans chacune de ces deux classes. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 40 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage varie entre 14 % et 51 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Auvergne ont eu recours à 1 347 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 11,1 pour 10 000 habitants (9,3 pour 10 000 hommes et 12,8 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Auvergne sont moins élevés. Le taux d'hospitalisation pour TS des Auvergnats est de 30 % inférieur au taux national (-24 % chez les hommes et -29 % chez les femmes). Par rapport aux taux régionaux, les taux en Allier et en Haute-Loire sont supérieurs de respectivement 77 % et 49 %, alors qu'en Puy-de-Dôme, les taux sont inférieurs de 46 %. Les taux d'hospitalisation pour TS en Cantal sont proches des taux régionaux.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins d'hospitalisation pour tentative de suicide sont supérieurs aux taux masculins sauf à partir de 85 ans. On observe deux pics : chez les femmes entre 45-49 ans (22,7 pour 10 000) et les jeunes filles entre 15 et 19 ans (22,1 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 8 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 30-34 ans, avant de remonter jusqu'au deuxième pic chez les femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuent progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour

atteindre un maximum de 16,4 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent jusqu'à 1,9 pour 10 000 chez les 70-74 ans pour ensuite remonter dans les âges extrêmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

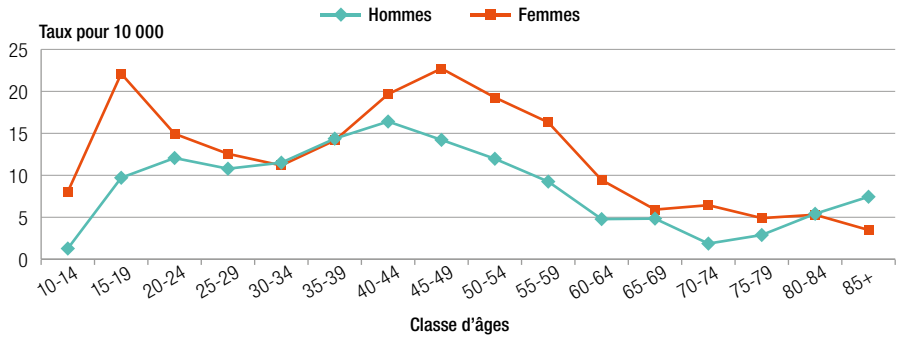
L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 85 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et les deux tiers des hospitalisations pour TS chez les hommes.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Auvergne, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Auvergne			
Nombre d'hospitalisations	542	805	1 347
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	9,3	12,8	11,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,4	13,5	11,0
Allier			
Nombre d'hospitalisations	233	334	567
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,9	20,8	18,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,8	22,2	19,5
Cantal			
Nombre d'hospitalisations	53	74	127
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,2	10,8	9,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,2	12,4	10,7
Haute-Loire			
Nombre d'hospitalisations	114	198	312
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,6	19,3	15,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,1	21,0	16,4
Puy-de-Dôme			
Nombre d'hospitalisations	142	199	341
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	5,1	6,7	6,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	5,1	6,9	6,0
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Auvergne selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 1,3 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Auvergne.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Auvergne, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	361	66,6	684	85,0	1 045	77,6
Auto-intoxication par autres produits	86	15,9	50	6,2	136	10,1
Phlébotomie	44	8,1	50	6,2	94	7,0
Pendaison	31	5,7	7	0,9	38	2,8
Saut dans le vide	10	1,8	11	1,4	21	1,6
Arme à feu	14	2,6	3	0,4	17	1,3
Noyade	0	0,0	4	0,5	4	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	4	0,7	2	0,2	6	0,4
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	14	2,6	18	2,2	32	2,4

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 361 chez les hommes résidant en Auvergne, correspondant à 66,6 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Auvergne.
Source • ATIH, analyses InVS.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 10,1 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (15,9 % des séjours masculins et 6,2 % des séjours féminins). La phlébotomie est un moyen retrouvé dans 7 % des admissions pour TS. La pendaison représente 2,8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS. Les autres modes opératoires tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

• **ORS Auvergne**, 2015, *Suicide et tentatives de suicide en Auvergne*, juin, 4 p.

Synthèse

En 2012, en Auvergne, 266 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 19,6 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national, la mortalité par suicide est de 23 % plus élevée en Auvergne. Par ailleurs, d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Auvergne, les décès par suicide semblent relativement bien déclarés, car la sous-estimation est évaluée à 2,4 % [1].

En 2013, 1 236 personnes résidant en Auvergne ont eu recours à 1 347 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 11 pour 10 000 habitants, de 30 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation des données d'hospitalisation pour TS. Chez les femmes, deux pics peuvent être observés dans les taux d'hospitalisation pour TS, le premier classiquement retrouvé chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, suivi d'un deuxième entre 45 et 49 ans, moins souvent observé.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,4 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,4 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes. Le Cantal présente une mortalité par suicide inférieure au taux régional et un taux d'hospitalisation proche du taux régional. L'Allier et la Haute-Loire présentent, quant à eux, une mortalité par suicide proche de la mortalité régionale mais des taux d'hospitalisation supérieurs au taux régional.

Languedoc-Roussillon

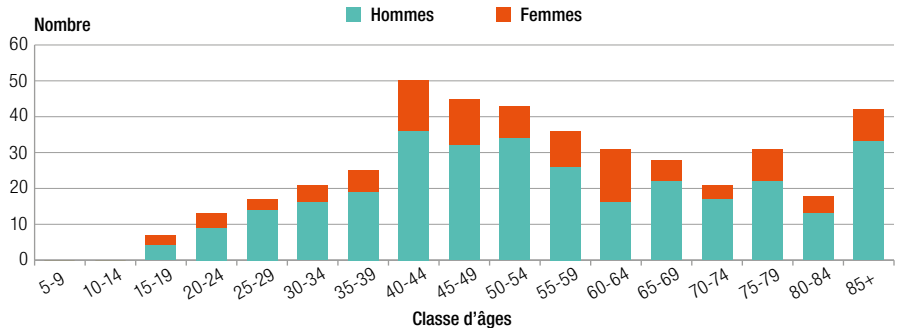
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 428 décès par suicide de personnes résidant en Languedoc-Roussillon ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 313 hommes et 115 femmes, soit un sex-ratio de 2,7 hommes pour une femme, moins élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Languedoc-Roussillon selon le sexe et l'âge. Le nombre de décès par suicide est le plus important dans la classe d'âges des 40-44 ans (n = 50). Par ailleurs, plus de 40 décès sont déclarés dans chacune des classes d'âges des 45-49 ans, 50-54 ans et des 85 ans et plus.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que leurs taux bruts et standardisés de mortalité par suicide.

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Languedoc-Roussillon selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 7 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Languedoc-Roussillon (4 hommes et 3 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Le taux brut de mortalité par suicide en Languedoc-Roussillon est de 15,8 pour 100 000 habitants (24 pour 100 000 hommes et 8,1 pour 100 000 femmes).

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Languedoc-Roussillon sont très proches du taux national chez les hommes et ils sont de 10 % supérieurs au taux national chez les femmes. Au sein de la région Languedoc-Roussillon, la Lozère et les Pyrénées-Orientales présentent respectivement une mortalité par suicide de 36 % et de 16 % inférieure au taux régional, tandis que l'Aude a une mortalité par suicide de 26 % supérieure au taux régional.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Languedoc-Roussillon, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est en moyenne 3,2 fois plus importante chez les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant de 5 pour 100 000 à 15-19 ans à un plateau d'environ 40 pour 100 000 entre 40 et 54 ans, puis diminue jusqu'à 18 pour 100 000 chez les 60-64 ans avant d'augmenter et d'atteindre un taux de 119 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Entre 15 et 39 ans, elle est autour de 5 pour 100 000, et à partir de 40 ans, elle est en moyenne de 12 pour 100 000 femmes.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Languedoc-Roussillon, chez les hommes la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, concernant 53 % des hommes décédés par suicide (**tableau 2**). Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la pendaison sont les deux moyens le plus souvent utilisés, respectivement par 32,2 % et 31,3 % des femmes décédées par suicide. Le saut dans le vide et la noyade sont aussi utilisés comme moyen létal dans respectivement 10,4 % et 9,6 % des suicides féminins. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 24,6 % des cas.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

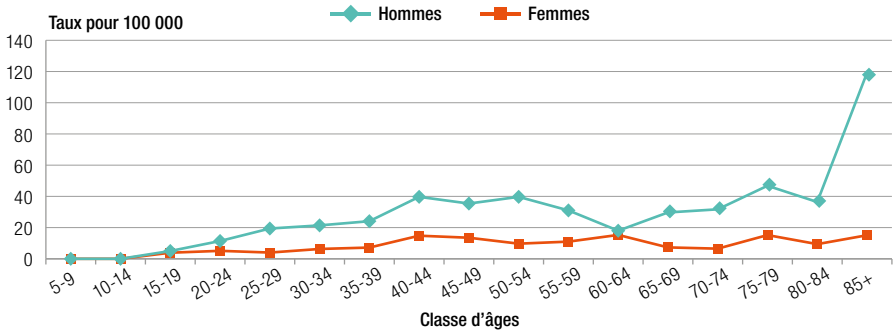
En 2013, 2 103 personnes (796 hommes et 1 217 femmes) résidant en Languedoc-Roussillon ont eu recours à 2 169 hospitalisations (854 séjours masculins et 1 315 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour récidive de TS dans l'année concerne

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Languedoc-Roussillon, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Languedoc-Roussillon			
Nombre de décès par suicide	313	115	428
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	24,0	8,1	15,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	24,5	7,7	15,2
Aude			
Nombre de décès par suicide	54	18	72
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	30,9	9,5	19,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	31,1	8,7	19,2
Gard			
Nombre de décès par suicide	96	28	124
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	27,3	7,4	17,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	27,7	7,1	16,5
Hérault			
Nombre de décès par suicide	109	49	158
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	21,0	8,7	14,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	22,2	8,3	14,4
Lozère			
Nombre de décès par suicide	6	2	8
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	15,6	5,2	10,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	14,6	4,9	9,7
Pyrénées-Orientales			
Nombre de décès par suicide	48	18	66
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,0	7,5	14,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	21,1	6,5	12,8
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Languedoc-Roussillon selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



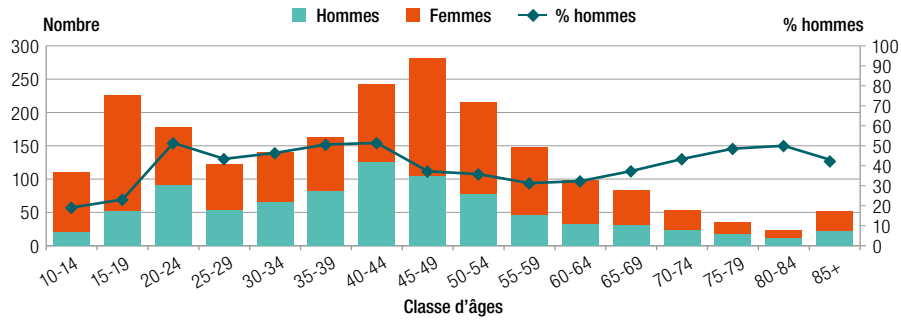
Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 11,4 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Languedoc-Roussillon.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Languedoc-Roussillon, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	166	53,0	36	31,3	202	47,2
Arme à feu	77	24,6	3	2,6	80	18,7
Auto-intoxication par médicaments	21	6,7	37	32,2	58	13,6
Saut dans le vide	15	4,8	12	10,4	27	6,3
Noyade	4	1,3	11	9,6	15	3,5
Auto-intoxication par autres produits	8	2,6	5	4,3	13	3,0
Collision intentionnelle	5	1,6	6	5,2	11	2,6
Phlébotomie	5	1,6	0	0,0	5	1,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	1,0	1	0,9	4	0,9
Non précisé	12	3,8	7	6,1	19	4,4

Lecture • En 2012, en Languedoc-Roussillon, 166 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 53 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Languedoc-Roussillon.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Languedoc-Roussillon selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Languedoc-Roussillon est de 110, parmi lesquelles 21 concernent des hommes (soit 19 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

7,7 % des patients (7,3 % chez les hommes et 8,1 % chez les femmes). Parmi les 2 169 séjours hospitaliers pour TS de patients résidant en Languedoc-Roussillon, 90,9 % (n = 1 971) ont eu lieu au sein de la région Languedoc-Roussillon et 6,8 % (n = 148) en Provence - Alpes - Côte d'Azur et Midi-Pyrénées. Par ailleurs, les établissements de Languedoc-Roussillon ont accueilli un total de 2 079 hospitalisations pour TS dont 94,8 % sont des séjours de patients originaires de la région Languedoc-Roussillon.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Languedoc-Roussillon. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important dans la classe d'âges des 45-49 ans et 40-44 ans, avec respectivement 282 et 243 hospitalisations pour TS. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage varie entre 19 % (10-14 ans) et 51 % dans certaines classes d'âges (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Languedoc-Roussillon ont eu recours à 2 169 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 8,9 pour 10 000 habitants (7,4 pour 10 000 hommes et 10,3 pour 10 000 femmes).

Les taux d'hospitalisation standardisés de la région Languedoc-Roussillon sont inférieurs de 43 % au taux national (-40 % chez les hommes et -43 % chez les femmes). Au sein de la région Languedoc-Roussillon, la Lozère présente des taux d'hospitalisation pour TS de 96 % supérieurs aux taux régionaux, tandis que le Gard a des taux de 20 % inférieurs aux taux régionaux. Les taux en Hérault sont très proches des taux régionaux.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

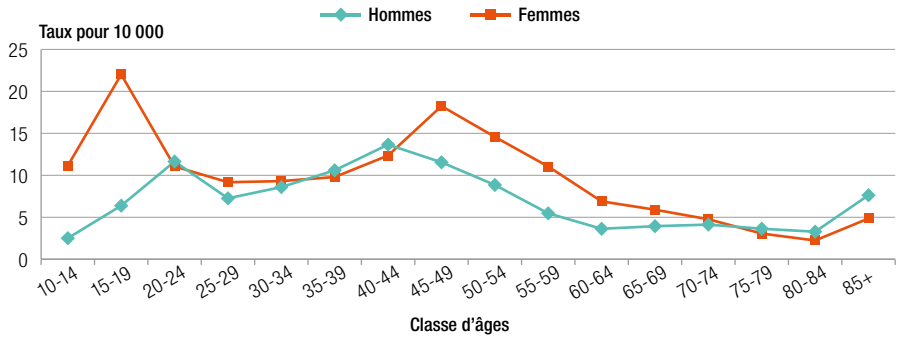
Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins sauf entre 35 ans et 44 ans et au-delà de 75 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (22 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 11 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 25-34 ans puis remonte jusqu'à 18 pour 10 000 chez les

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Languedoc-Roussillon, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Languedoc-Roussillon			
Nombre d'hospitalisations	854	1 315	2 169
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,4	10,3	8,9
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,5	10,8	8,9
Aude			
Nombre d'hospitalisations	122	193	315
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,8	11,3	9,7
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	8,2	12,5	10,3
Gard			
Nombre d'hospitalisations	204	252	456
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	6,6	7,4	7,0
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	6,7	7,7	7,1
Hérault			
Nombre d'hospitalisations	357	553	910
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,7	10,8	9,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,7	11,1	9,4
Lozère			
Nombre d'hospitalisations	38	76	114
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,0	22,2	16,6
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	11,2	24,4	17,5
Pyrénées-Orientales			
Nombre d'hospitalisations	133	241	374
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	6,9	11,1	9,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,2	12,2	9,7
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Languedoc-Roussillon selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 2,5 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Languedoc-Roussillon.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Languedoc-Roussillon, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	627	73,4	1 163	88,4	1 790	82,5
Auto-intoxication par autres produits	132	15,5	120	9,1	252	11,6
Phlébotomie	54	6,3	63	4,8	117	5,4
Pendaison	44	5,2	11	0,8	55	2,5
Saut dans le vide	14	1,6	14	1,1	28	1,3
Arme à feu	14	1,6	7	0,5	21	1,0
Noyade	4	0,5	3	0,2	7	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	3	0,4	5	0,4	8	0,4
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	14	1,6	11	0,8	25	1,2

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 627 chez les hommes résidant en Languedoc-Roussillon, correspondant à 73,4 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Languedoc-Roussillon.
Source • ATIH, analyses InVS.

femmes de 45-49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS baissent progressivement avec l'âge mais remontent légèrement chez les 85 ans et plus (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un premier pic de 12 pour 10 000 entre 20 ans et 24 ans. Il existe un deuxième pic de 14 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis les taux baissent et se stabilisent entre 60 et 84 ans avant de remonter.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 88,4 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 73,4 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 11,6 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS.

La phlébotomie et la pendaison représentent respectivement 5,4 % et 2,5 % des TS hospitalisées. Les modes opératoires tels que l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares, représentant chacun moins d'1 % des cas par an.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **CREAI-ORS Languedoc-Roussillon**, 2011, *Atlas Santé, Violences et accidents*, Fiche 4.1 « Suicides », 6 p.

Synthèse

En 2012, en Languedoc-Roussillon, 428 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 15,8 pour 100 000 habitants, supérieur de 1 % au taux national. Par ailleurs, d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Languedoc-Roussillon, la sous-estimation des décès par suicide est évaluée à 3,6 % [1].

••• En 2013, 2013 personnes résidant en Languedoc-Roussillon ont eu recours à 2 169 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 8,9 pour 10 000 habitants. Ce taux est de 43 % inférieur au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,2 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,4 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes. Comparés aux données régionales, en Aude, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont plus élevés, tandis qu'en Lozère, la mortalité par suicide est moins élevée avec un taux d'hospitalisation pour TS plus élevé.

Provence - Alpes - Côte d'Azur

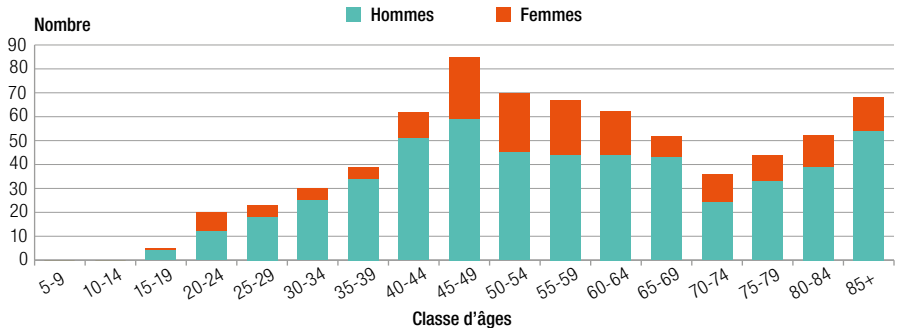
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 715 décès par suicide de personnes résidant en Provence - Alpes - Côte d'Azur (Paca) ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 529 hommes et 186 femmes, soit un sex-ratio de 2,8 hommes pour une femme, plus bas que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en région Paca selon le sexe et l'âge. C'est dans la classe d'âges des 45-49 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important (n = 85).

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide correspondants. Le taux brut de mortalité par suicide en Paca est de 14,5 pour 100 000 habitants (22,4 pour 100 000 hommes et 7,2 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Paca selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 20 décès par suicide de personnes âgées de 20 à 24 ans résidant en Paca (12 hommes et 8 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Paca, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Provence - Alpes - Côte d'Azur			
Nombre de décès par suicide	529	186	715
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,4	7,2	14,5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	22,8	6,7	13,8
Alpes-de-Haute-Provence			
Nombre de décès par suicide	21	7	28
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,8	8,4	17,3
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,4	7,4	15,6
Hautes-Alpes			
Nombre de décès par suicide	18	6	24
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	26,4	8,3	17,1
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	25,5	7,6	15,4
Alpes-Maritimes			
Nombre de décès par suicide	117	47	164
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	22,8	8,3	15,2
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	22,5	7,5	14,1
Bouches-du-Rhône			
Nombre de décès par suicide	162	57	219
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	17,0	5,5	11,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	18,1	5,4	11,0
Var			
Nombre de décès par suicide	155	44	199
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	31,5	8,3	19,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	31,1	7,4	18,0
Vaucluse			
Nombre de décès par suicide	56	25	81
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	21,3	8,8	14,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	21,9	8,4	14,3
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Paca sont inférieurs de 8 % au taux national (-4 % chez les femmes et -9 % chez les hommes). Au sein de la région Paca, les Bouches-du-Rhône présentent une sous-mortalité de 21 % par rapport au taux régional tandis que le Var connaît une surmortalité par suicide de 30 %.

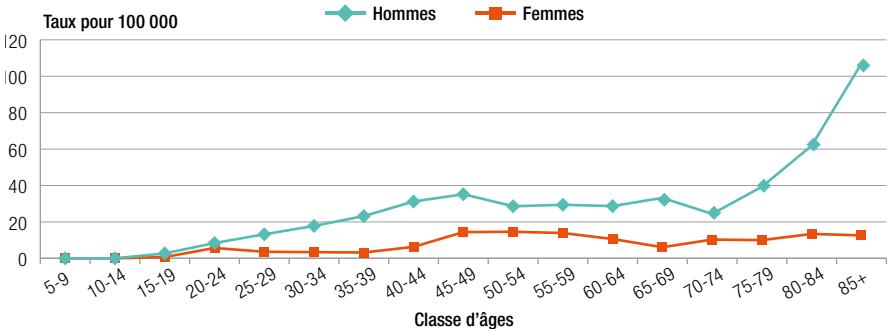
1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En région Paca, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est en moyenne 3,4 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, elle passe de 3 pour 100 000 à 15-19 ans à un taux supérieur à 100 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes, la mortalité par suicide évolue peu avec l'âge. Entre 15 ans et 39 ans, elle est de 3 pour 100 000 et, après 40 ans, elle est de 11 pour 100 000 femmes.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En région Paca, chez les hommes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé (46,1 %, **tableau 2**). Le deuxième mode de suicide est l'utilisation d'arme à feu dans 26,1 % des cas. Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse et la

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Paca selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



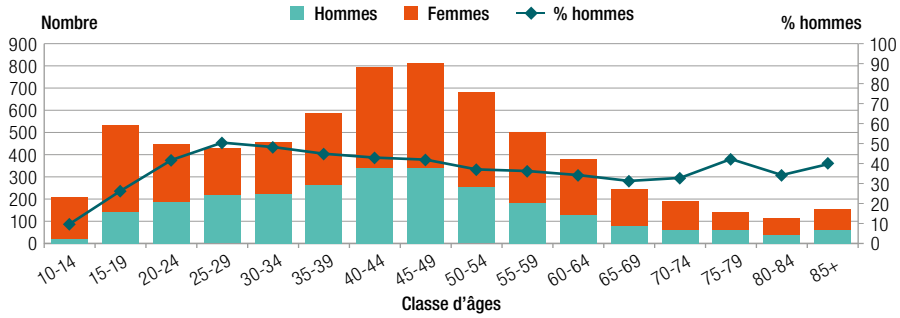
Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 8,4 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 20 à 24 ans résidant en Paca.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Paca, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	244	46,1	58	31,2	302	42,2
Arme à feu	138	26,1	9	4,8	147	20,6
Auto-intoxication par médicaments	38	7,2	59	31,7	97	13,6
Saut dans le vide	58	11,0	25	13,4	83	11,6
Auto-intoxication par autres produits	11	2,1	11	5,9	22	3,1
Collision intentionnelle	9	1,7	6	3,2	15	2,1
Phlébotomie	8	1,5	5	2,7	13	1,8
Noyade	5	0,9	6	3,2	11	1,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	5	0,9	0	0,0	5	0,7
Non précisé	20	3,8	11	5,9	31	4,3

Lecture • En 2012, en Paca, 244 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 46,1 % de l'ensemble des suicides des hommes résidant en Paca.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Paca selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Paca est de 205, parmi lesquelles 20 concernent des hommes (soit 10 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

pendaison sont les deux méthodes le plus souvent utilisées pour le suicide, respectivement dans 31,7 % et 31,2 % des cas. Le saut dans le vide est utilisé comme moyen létal dans 13,4 % des suicides féminins et 11 % des suicides masculins.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 5 930 personnes (2 285 hommes et 3 645 femmes) résidant en région Paca ont eu recours à 6 669 hospitalisations (2 593 séjours masculins et 4 076 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. La réhospitalisation pour TS dans l'année concerne 12,5 % des patients (13,5 % chez les hommes et 11,8 % chez les femmes). Parmi les 6 669 séjours hospitaliers pour TS de patients résidant en région Paca, 98,4 % (n = 6 560) ont eu lieu en Paca. Par ailleurs, les établissements de la région Paca ont accueilli un total de 6 910 hospitalisations pour TS dont 94,9 % sont des séjours de patients originaires de la région Paca.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Paca. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important entre 40 et 49 ans, avec une moyenne de 805 hospitalisations pour TS dans chacune de ces deux classes d'âges quinquennales. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 39 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage évolue de 10 % (10-14 ans) jusqu'à 50 % chez les 25-29 ans (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant dans la région Paca ont eu recours à 6 669 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 15,2 pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 17,7 pour 10 000 femmes). Les taux standardisés de la région Paca sont similaires aux taux de l'ensemble du territoire français. Au niveau de la région, les taux en Bouches-du-Rhône sont inférieurs de 41 % par rapport aux taux régionaux, alors qu'en Vaucluse et dans les Alpes-Maritimes, ils sont supérieurs respectivement de 24 % et de 53 %.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Paca, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Provence - Alpes - Côte d'Azur			
Nombre d'hospitalisations	2 593	4 076	6 669
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,4	17,7	15,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,6	18,2	15,7
Alpes-de-Haute-Provence			
Nombre d'hospitalisations	97	127	224
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	13,9	16,9	15,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	14,6	17,6	16,0
Hautes-Alpes			
Nombre d'hospitalisations	78	115	193
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	12,8	17,7	15,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,9	18,7	15,8
Alpes-Maritimes			
Nombre d'hospitalisations	929	1 339	2 268
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	20,4	26,1	23,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	20,6	27,4	24,0
Bouches-du-Rhône			
Nombre d'hospitalisations	603	1 030	1 633
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,3	11,2	9,3
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,3	11,4	9,3
Var			
Nombre d'hospitalisations	524	904	1 428
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	11,9	18,8	15,5
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	12,3	19,9	16,1
Vaucluse			
Nombre d'hospitalisations	362	561	923
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	15,8	22,1	19,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,0	22,8	19,5
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans les classes d'âges au-delà de 85 ans. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (28 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, ce taux est de 13 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 25-29 ans, avant de remonter jusqu'à 26 pour 10 000 chez les femmes de 40-49 ans. Ensuite, il baisse progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 21 pour 10 000 dans la classe d'âges des 40-44 ans, puis baissent jusqu'à 6 pour 10 000 chez les 65-69 ans pour ensuite remonter et même dépasser le taux féminin au-delà de 85 ans.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

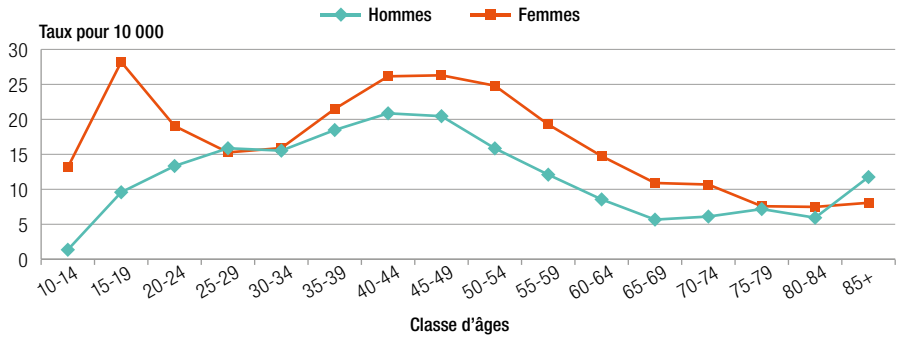
L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 84,7 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et les deux tiers chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire, représentant 18,8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (26,8 % des séjours masculins et 13,7 % des séjours féminins). La phlébotomie et la pendaison représentent respectivement 5,1 % et 1,6 % des séjours hospitaliers pour TS. Les autres moyens tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont plus rares.

3. Études régionales spécifiques récentes

3.1. Initiative régionale sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires

En 2013, dans le contexte récent de suicides attribués aux conditions de travail dans certaines grandes entreprises en France, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) a sollicité l'ORS Provence - Alpes - Côte d'Azur pour mettre en œuvre une étude sur les TS qui pourraient avoir un lien avec le travail. L'étude visait à évaluer la faisabilité de la mise en place d'une enquête transversale auprès de personnes actives admises pour une TS dans les services d'urgences afin de documenter les circonstances dans lesquelles est intervenu le geste suicidaire, qu'il s'agisse du contexte de

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Paca selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 1,4 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant en Paca.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Paca, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	1 700	65,6	3 453	84,7	5 153	77,3
Auto-intoxication par autres produits	694	26,8	560	13,7	1 254	18,8
Phlébotomie	146	5,6	192	4,7	338	5,1
Pendaison	83	3,2	24	0,6	107	1,6
Saut dans le vide	34	1,3	39	1,0	73	1,1
Arme à feu	33	1,3	8	0,2	41	0,6
Noyade	5	0,2	12	0,3	17	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	17	0,7	4	0,1	21	0,3
Collision intentionnelle	4	0,2	2	0,0	6	0,1
Non précisé	37	1,4	30	0,7	67	1,0

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 1 700 chez les hommes résidant en Paca, correspondant à 65,6 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Paca.
Source • ATIH, analyses InVS.

travail, du contexte social ou de leurs antécédents personnels. Cette étude a été réalisée dans les services d'urgence des hôpitaux de la Conception à Marseille et de Saint Roch à Nice, entre février et avril 2013. Sont concernées les personnes admises aux urgences pour TS, salariées en activité et âgées de 18 à 65 ans. Les données ont été recueillies grâce à un auto-questionnaire en partie commun avec le questionnaire utilisé dans l'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) qui porte sur les expositions psychosociales professionnelles. Puis un questionnaire médical a été rempli par les psychiatres des services. Compte tenu des critères d'inclusion, la taille de l'échantillon est très réduite dans cette phase exploratoire. Au total, 8 patients ont été inclus à Nice et 21 patients à Marseille. Des antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 67 % des patients et des antécédents de TS chez 60 %. Le lien entre la TS et le travail a été déclaré dans 47 % des cas. De plus, une proportion élevée de patients a déclaré des épisodes de violence au travail et des situations de tension avec le public. Cette étude de faisabilité comporte un faible effectif et il serait intéressant d'approfondir les résultats, notamment en augmentant la taille de l'échantillon.

3.2. Étude sur la prise en charge du risque suicidaire par les médecins généralistes

La DREES, en partenariat avec les unions régionales des professions de santé, médecins libéraux (URPS-ML) de trois régions dont Paca et l'Observatoire régional de la santé (ORS) a mis en place une étude sur la prise en charge de la dépression auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux. Fin 2011, les médecins ont été interrogés sur leur confrontation aux problèmes de santé mentale, l'évaluation du risque suicidaire (pratique, difficultés…), leurs pratiques de prise en charge, leur collaboration avec les professionnels spécialisés en santé mentale, leur formation sur la dépression et la crise suicidaire, leur histoire personnelle et état de santé, en particulier en matière de santé mentale.

Pour en savoir plus :

- **Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P.**, 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et résultats,* DREES, n° 810, 8 p.
- **Bocquier A., Pambrun E., Dumesnil H., Villani P., Verdoux H., Verger P.**, 2013, « Physicians' Characteristics Associated with Exploring Suicide Risk among Patients with Depression : A French Panel Survey of General Practitioners », *PLoS ONE,* 8(12): e80797. doi :10.1371/journal.pone.0080797

4. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **Bocquier A., Pambrun E., Dumesnil H., Villani P., Verdoux H., Verger P.,** 2013, « Physicians' Characteristics Associated with Exploring Suicide Risk among Patients with Depression : A French Panel Survey of General Practitioners », *PLoS ONE,* 8(12): e80797. doi :10.1371/journal.pone.0080797
- **ORS Provence - Alpes - Côte d'Azur**, 2012, *La santé mentale en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, Baromètre santé 2010, rapport d'études*, juillet, 14 p.
- **Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P.**, 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et résultats,* DREES, n° 810, 8 p.

Synthèse

En 2012, en région Paca, 715 décès par suicide ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 14,5 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national de mortalité par suicide, en Paca la mortalité par suicide est de 8 % inférieure. Par ailleurs, d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, en Paca, la sous-estimation des décès par suicide est évaluée à 4,3 % [1].

En 2013, 5 930 personnes résidant en Paca ont eu recours à 6 669 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 15,2 pour 10 000 habitants, similaire au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Dans la région, la mortalité par suicide est 3,4 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,4 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes. Comparés aux données régionales, dans les Bouches-du-Rhône, la mortalité par suicide ainsi que le taux d'hospitalisation pour TS sont moins élevés. Dans le Var, la mortalité par suicide est plus élevée alors que le taux d'hospitalisation est proche du taux régional.

Corse

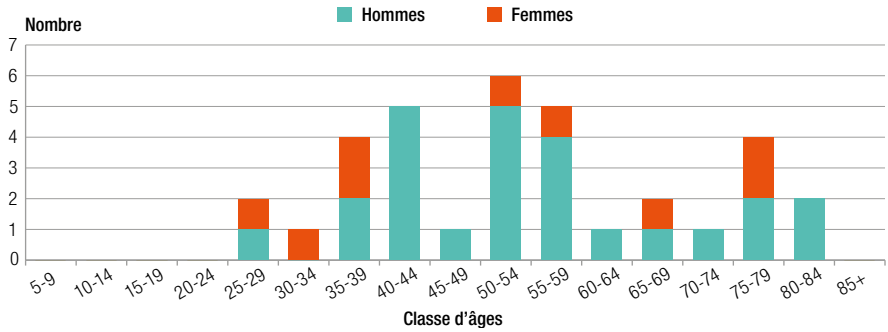
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 34 décès par suicide de personnes résidant en Corse ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 25 hommes et 9 femmes, soit un sex-ratio de 2,8 hommes pour une femme, plus bas que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Corse selon le sexe et l'âge. Avant 25 ans, aucun décès par suicide n'a été déclaré. La moitié (n = 17) des suicides a eu lieu entre 40 et 59 ans.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide selon le département de résidence

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence, ainsi que leurs taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Corse est de 10,7 pour 100 000 habitants (16,1 pour 100 000 hommes et 5,5 pour 100 000 femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Corse selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



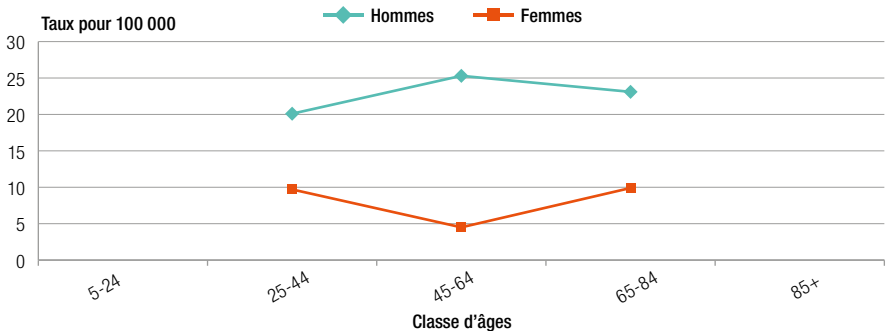
Lecture • En 2012, 2 décès par suicide de personnes âgées de 25 à 29 ans résidant en Corse (1 homme et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Corse, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Provence - Alpes - Côte d'Azur			
Nombre de décès par suicide	25	9	34
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	16,1	5,5	10,7
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	15,3	5,2	10,0
Corse-du-Sud			
Nombre de décès par suicide	13	4	17
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	18,4	5,3	11,6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	17,5	4,7	11,0
Haute-Corse			
Nombre de décès par suicide	12	5	17
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	14,1	5,7	9,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	13,5	5,5	9,3
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Corse selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 20,1 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 25 à 44 ans résidant en Corse.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Corse et des départements qui la composent sont en moyenne de 33 % inférieurs au taux national (-39 % chez les hommes et -26 % chez les femmes). Au sein de la région, la Corse-du-Sud présente une mortalité par suicide un peu plus élevée chez les hommes et un peu plus basse chez les femmes que la Haute-Corse.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

En Corse, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est globalement 2,9 fois plus importante chez les hommes. Le faible nombre de décès par suicide ne permet pas de présenter les taux en classes d'âges quinquennales. Entre 25 et 84 ans, chez les hommes, la mortalité par suicide évolue entre 20 et 25 pour 100 000 et chez les femmes, elle va de 4,5 à 10 pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Corse, chez les hommes, l'arme à feu est le mode de suicide le plus souvent utilisé, suivi de la pendaison. Ces deux modalités ont concerné huit hommes sur dix décédés par suicide (**tableau 2**). Les autres modes sont le saut dans le vide et l'intoxication médicamenteuse. Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse, la pendaison et le saut dans le vide sont les moyens les plus utilisés pour le suicide.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 294 personnes (104 hommes et 190 femmes) résidant en Corse ont eu recours à 323 séjours (210 séjours masculins et 113 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 9,9 % des patients (8,7 % des hommes et 10,5 % des femmes). Parmi les 323 séjours hospitaliers pour TS de patients corses, 96,9 % (n = 313) ont eu lieu en Corse. Par ailleurs, les établissements de Corse ont accueilli un total de 338 hospitalisations pour TS dont 92,6 % sont des séjours de personnes résidant en Corse.

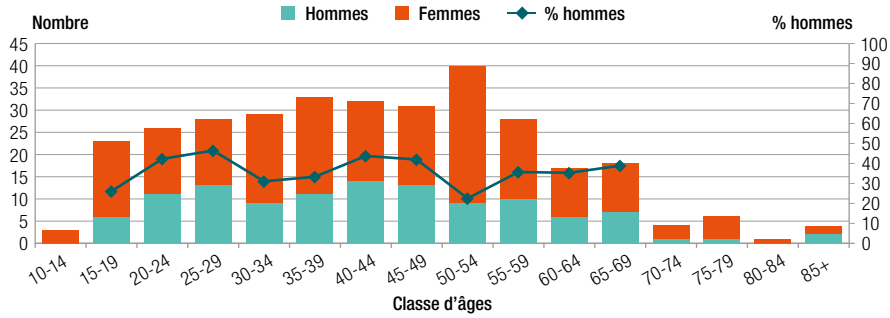
Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Corse. Le plus grand nombre d'hospitalisations pour TS a lieu entre 50 et 54 ans, avec 40 hospitalisations pour TS. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 35 % de l'ensemble

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Corse, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Arme à feu	11	44,0	1	11,1	12	35,3
Pendaison	9	36,0	2	22,2	11	32,4
Auto-intoxication par médicaments	2	8,0	3	33,3	5	14,7
Saut dans le vide	3	12,0	2	22,2	5	14,7
Noyade	0	0,0	1	11,1	1	2,9
Auto-intoxication par autres produits	1	4,0	0	0,0	1	2,9
Phlébotomie	0	0,0	1	11,1	1	2,9
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Lecture • En 2012, en Corse, 11 suicides par arme à feu chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 44 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Corse.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Corse selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Corse est de 23, parmi lesquelles 6 concernent des hommes (soit 26 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage fluctue entre 23 % et 46 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le département de résidence

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le département de résidence du patient. Les personnes résidant en Corse ont totalisé 323 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 11,2 pour 10 000 habitants (8 pour 10 000 hommes et 14,1 pour 10 000 femmes).

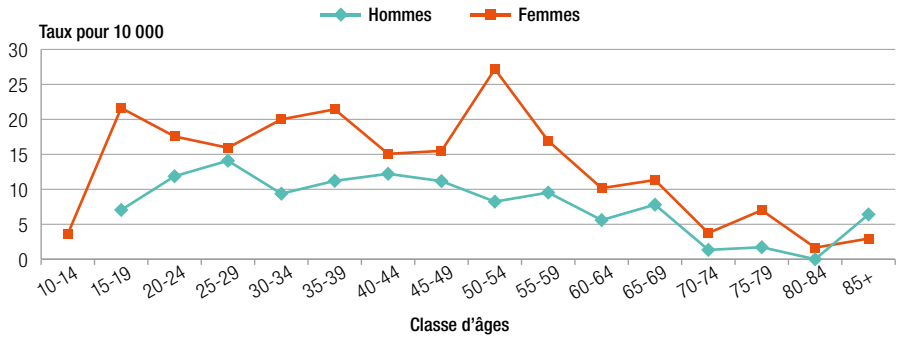
Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la région Corse et des départements qui la composent sont plus bas. Le taux régional d'hospitalisation pour TS est de 26 % inférieur au taux national (-35 % chez les hommes et -22 % chez les femmes). Les taux d'hospitalisation pour TS des résidants en Corse-du-Sud sont supérieurs de 7 % aux taux régionaux, alors qu'ils sont inférieurs de 10 % pour les résidants en Haute-Corse.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Corse, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Corse			
Nombre d'hospitalisations	113	210	323
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,0	14,1	11,2
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	8,1	14,7	11,6
Corse-du-Sud			
Nombre d'hospitalisations	56	105	161
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,8	15,2	12,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	9,1	15,8	12,5
Haute-Corse			
Nombre d'hospitalisations	57	105	162
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,4	13,2	10,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,3	13,7	10,5
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Corse selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3,6 pour 10 000 habitants chez les femmes âgées entre 10 et 14 ans résidant en Corse.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Corse, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	95	84,1	197	93,8	292	90,4
Phlébotomie	7	6,2	4	1,9	11	3,4
Auto-intoxication par autres produits	4	3,5	3	1,4	7	2,2
Pendaison	5	4,4	0	0,0	5	1,5
Saut dans le vide	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Arme à feu	2	1,8	4	1,9	6	1,9
Noyade	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	1	0,9	0	0,0	1	0,3
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	1	0,9	1	0,5	2	0,6

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 95 chez les hommes résidant en Corse, correspondant à 84,1 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Corse.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont systématiquement supérieurs aux taux masculins, sauf dans les âges les plus élevés. Les séjours hospitaliers pour TS des femmes entre 50 et 54 ans présentent le taux le plus élevé (27 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisation pour TS est de 3,6 pour 10 000, passant à 22 pour 10 000 chez les 15-19 ans. Puis de 20 à 49 ans, le taux fluctue entre 15 et 20 pour 10 000 femmes. Après le pic dans la classe d'âges des 50-54 ans, le taux diminue progressivement avec l'âge (**graphique 4**).

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 14 pour 10 000 entre 25 ans et 29 ans, puis baissent progressivement. À partir de 80 ans, les taux remontent et dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 93,8 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 84,1 % chez les hommes. La phlébotomie est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 3,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (6,2 % des séjours masculins et 1,9 % des séjours féminins). Chez les hommes, la pendaison constitue le troisième mode de TS, tandis que chez les femmes, c'est l'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides).

Synthèse

En 2012, 34 décès par suicide en Corse ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 10,7 pour 100 000 habitants, soit 33 % en dessous du taux national. Toutefois, ces données doivent être considérées avec précaution car, d'après l'étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, la sous-estimation a été évaluée à 13,5 % en Corse [1].

En 2013, 294 personnes résidant en Corse ont eu recours à 323 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 11,2 pour 10 000 habitants, inférieur de 26 % au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

••• Dans la région, la mortalité par suicide est 2,9 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,8 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes. La comparaison des deux départements montre qu'en Corse-du-Sud, la mortalité par suicide est un peu plus élevée chez les hommes et un peu plus basse chez les femmes par rapport à la Haute-Corse. De plus, les taux d'hospitalisation pour TS sont supérieurs pour les femmes et pour les hommes en Corse-du-Sud qu'en Haute-Corse.

Guadeloupe

1. Décès par suicide en 2012

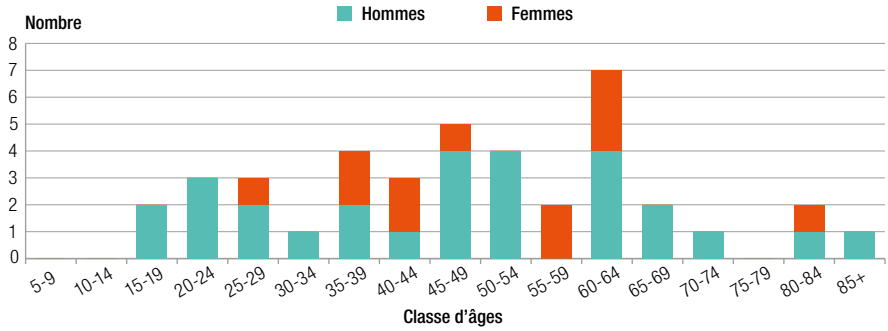
En 2012, 40 décès par suicide de personnes résidant en Guadeloupe ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 28 hommes et 12 femmes, soit un sex-ratio de 2,3 hommes pour une femme, inférieur au sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Guadeloupe selon le sexe et l'âge. Avant 25 ans, aucun décès par suicide n'a été déclaré chez les femmes.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide des personnes résidant en Guadeloupe, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Guadeloupe est de 9,9 pour 100 000 habitants (15 pour 100 000 hommes et 5,5 pour 100 000 femmes).

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la Guadeloupe sont plus bas que ceux de l'ensemble du territoire français. Globalement, la mortalité par suicide dans

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Guadeloupe selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 3 décès par suicide de personnes âgées de 25 à 29 ans résidant en Guadeloupe (2 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

la région Guadeloupe est en moyenne de 31 % inférieure au taux national (-36 % chez les hommes et -20 % chez les femmes).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

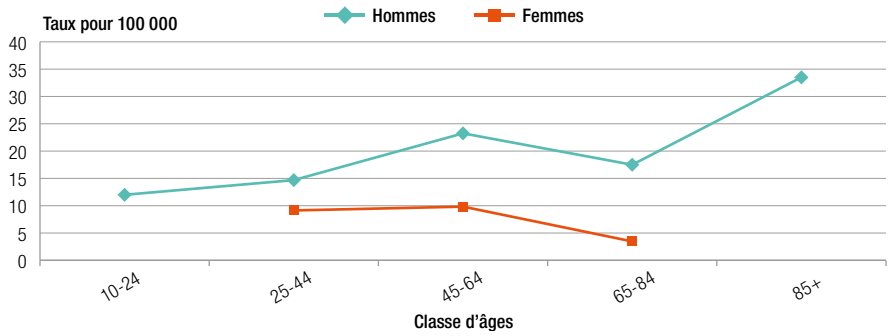
En Guadeloupe, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), elle est globalement 2,9 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Le faible nombre de

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le sexe en Guadeloupe, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Guadeloupe			
Nombre de décès par suicide	28	12	40
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	15,0	5,5	9,9
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16,0	5,6	10,4
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Guadeloupe selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 12 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 24 ans résidant en Guadeloupe.
Source • CépiDc, analyses InVS.

décès par suicide ne permet pas de présenter les taux en classes d'âges quinquennales. Chez les hommes, la mortalité augmente avec l'âge, passant de 12 pour 100 000 entre 10 et 24 ans, à 33 pour 100 000 hommes chez les 85 ans et plus. Chez les femmes entre 25 et 84 ans, la mortalité par suicide passe de 9 à 3 pour 100 000 femmes.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Guadeloupe, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé (**tableau 2**), concernant trois quarts des suicides masculins et la moitié des suicides féminins. Chez les hommes, l'arme à feu et le saut dans le vide sont les deux autres moyens utilisés, tandis que chez les femmes, c'est le saut dans le vide et l'intoxication médicamenteuse qui arrivent l'un et l'autre en deuxième position.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 175 personnes (62 hommes et 113 femmes) résidant en Guadeloupe ont eu recours à 191 séjours (64 séjours masculins et 127 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 9,1 % des patients (3,2 % des hommes et 12,4 % des femmes). Parmi les 191 séjours hospitaliers pour TS de patients guadeloupéens, 98,4 % (n = 188) ont eu lieu en Guadeloupe. Par ailleurs, les établissements de Guadeloupe ont accueilli un total de 191 hospitalisations pour TS dont 98,4 % sont des séjours de Guadeloupéens.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Guadeloupe. Le plus grand nombre d'hospitalisations pour TS a lieu entre 15 et 19 ans avec 31 hospitalisations. Au-delà de 80 ans, les hospitalisations pour TS sont rares. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 34 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage fluctue entre 13 % et 50 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

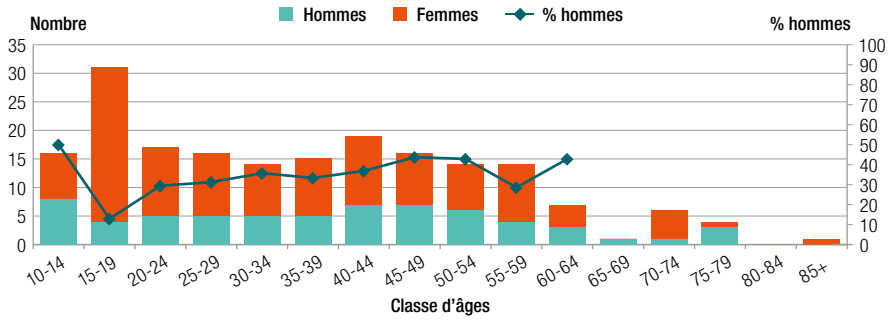
Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS des patients résidant en Guadeloupe ainsi que les taux d'hospitalisation bruts et standardisés pour

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Guadeloupe, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	21	75,0	6	50,0	27	67,5
Saut dans le vide	2	7,1	2	16,7	4	10,0
Arme à feu	3	10,7	0	0,0	3	7,5
Auto-intoxication par médicaments	0	0,0	2	16,7	2	5,0
Noyade	0	0,0	1	8,3	1	2,5
Auto-intoxication par autres produits	0	0,0	1	8,3	1	2,5
Phlébotomie	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	2	7,1	0	0,0	2	5,0

Lecture • En 2012, en Guadeloupe, 21 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 75 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Guadeloupe.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Guadeloupe selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Guadeloupe est de 16, parmi lesquelles 8 concernent des hommes (soit 50 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

comparaison avec les données nationales. Les personnes résidant en Guadeloupe ont totalisé 191 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 5,4 pour 10 000 habitants (4 pour 10 000 hommes et 6,6 pour 10 000 femmes).

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la Guadeloupe sont plus bas. Le taux d'hospitalisation pour TS en Guadeloupe est de 66 % inférieur au taux national (-68 % chez les hommes et -65 % chez les femmes).

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins à pratiquement tous les âges. Les femmes entre 15 et 19 ans présentent le taux d'hospitalisation le plus élevé (19 pour 10 000). Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisation pour TS est de 5 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, le taux diminue progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS sont relativement stables entre 10 ans et 54 ans, avec une moyenne de 5 pour 10 000 hommes, puis ils baissent avec l'âge.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

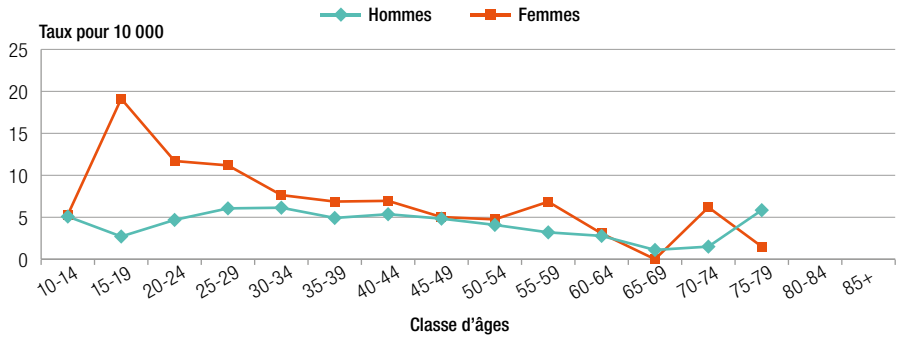
L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 69,3 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 39,1 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le sexe en Guadeloupe, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Guadeloupe			
Nombre d'hospitalisations	64	127	191
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	4,0	6,6	5,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	4,0	6,7	5,4
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Guadeloupe selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 5,3 pour 10 000 habitants chez les femmes âgées entre 10 et 14 ans résidant en Guadeloupe.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez des personnes résidant en Guadeloupe, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	25	39,1	88	69,3	113	59,2
Auto-intoxication par autres produits	19	29,7	22	17,3	41	21,5
Pendaison	7	10,9	2	1,6	9	4,7
Phlébotomie	2	3,1	6	4,7	8	4,2
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	3,1	6	4,7	8	4,2
Saut dans le vide	2	3,1	0	0,0	2	1,0
Arme à feu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Noyade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	8	12,5	7	5,5	15	7,9

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 25 chez les hommes résidant en Guadeloupe, correspondant à 39,1 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Guadeloupe.
Source • ATIH, analyses InVS.

produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire et représente 21,5 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (29,7 % des séjours masculins et 17,3 % des séjours féminins). Chez les hommes, la pendaison constitue le troisième mode de TS tandis que chez les femmes, ce sont la phlébotomie et les lésions ou intoxications causées par la fumée, le gaz ou les flammes.

Synthèse

En 2012, 40 décès par suicide en Guadeloupe ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 9,9 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide en Guadeloupe est de 31 % inférieure au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide en métropole dont la sous-déclaration a été estimée à 9,4 % [1], aucune étude n'a évalué la sous-déclaration des suicides en Guadeloupe.

En 2013, 175 personnes résidant en Guadeloupe ont eu recours à 191 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 5,4 pour 10 000 habitants, inférieur de 66 % au taux national. La sous-estimation probable des données sur l'hospitalisation pour TS n'a pas été évaluée. Enfin, en Guadeloupe, la mortalité par suicide est 2,9 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois supérieur chez les femmes.

Martinique

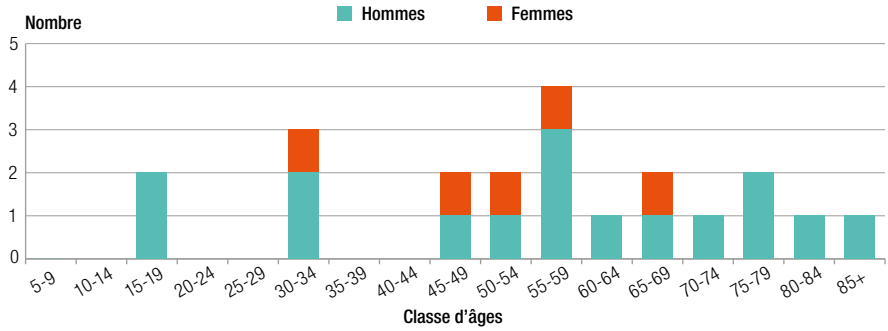
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 21 décès par suicide de personnes résidant en Martinique ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 16 hommes et 5 femmes, soit un sex-ratio de 3,2 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Martinique selon le sexe et l'âge. Avant 30 ans, aucun décès par suicide n'a été déclaré chez les femmes.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide ainsi que les taux brut et standardisé de mortalité par suicide en Martinique. Le taux brut de mortalité par suicide en Martinique est de 5,4 pour 100 000 habitants (9 pour 100 000 hommes et 2,4 pour 100 000 femmes). Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la Martinique sont plus bas. En moyenne, la

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Martinique selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 3 décès par suicide de personnes âgées de 30 à 34 ans résidant en Martinique (2 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

mortalité par suicide en Martinique est de 64 % inférieure au taux national (-61 % chez les hommes et -67 % chez les femmes).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

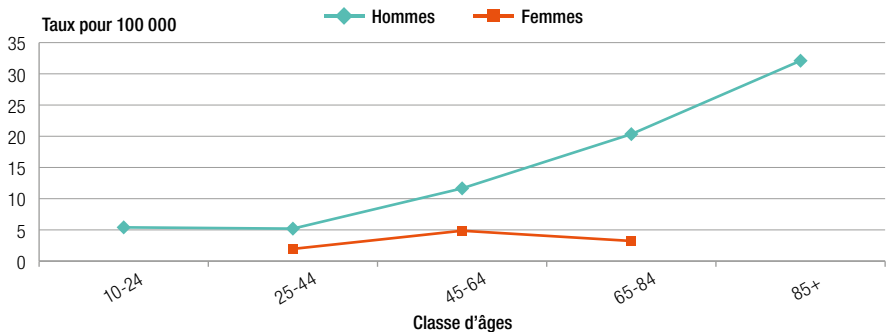
En Martinique, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est globalement 4,2 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Le faible nombre

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Martinique, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Martinique			
Nombre de décès par suicide	16	5	21
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	9,0	2,4	5,4
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	9,6	2,3	5,5
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Martinique selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 5,4 pour 100 000 habitants chez les hommes de âgés de 10 à 24 ans résidant en Martinique.
Source • CépiDc, analyses InVS.

de décès par suicide ne permet pas de présenter les taux en classes d'âges quinquennales. Chez les hommes, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant d'environ 5 pour 100 000 entre 10 ans et 44 ans à 32 pour 100 000 chez les hommes de 85 ans et plus. Chez les femmes entre 25 et 84 ans, la mortalité par suicide fluctue entre 2 et 5 pour 100 000.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Martinique, chez les hommes comme chez les femmes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé. Elle concerne sept hommes sur dix et huit femmes sur dix décédés par suicide (**tableau 2**). Chez les hommes, les autres modes sont le saut dans le vide et l'intoxication par des produits autres que des médicaments.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 354 personnes (230 hommes et 124 femmes) résidant en Martinique ont eu recours à 385 séjours (257 séjours masculins et 128 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année ont concerné 8,8 % des patients (11,7 % des hommes et 3,2 % des femmes). Parmi les 385 séjours hospitaliers pour TS de

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Martinique, en 2012

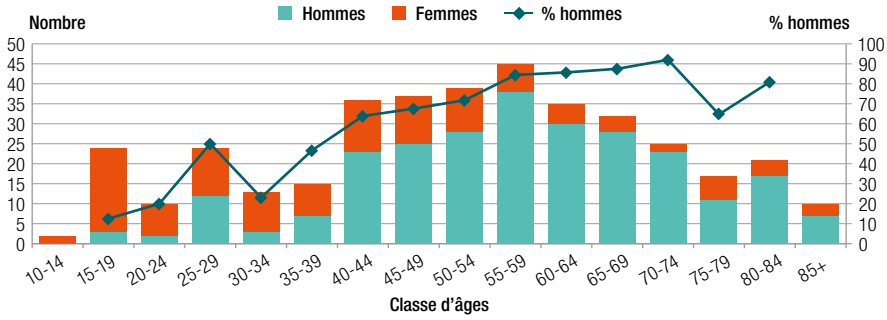
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	11	68,8	4	80,0	15	71,4
Auto-intoxication par médicaments	1	6,3	1	20,0	2	9,5
Saut dans le vide	2	12,5	0	0,0	2	9,5
Auto-intoxication par autres produits	2	12,5	0	0,0	2	9,5
Phlébotomie	0	0,0	1	20,0	1	4,8
Arme à feu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Noyade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Lecture • En 2012, en Martinique, 11 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 68,8 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Martinique.
Source • CépiDc, analyses InVS.

patients martiniquais, 99,7 % (n = 384) ont eu lieu en Martinique. Par ailleurs, les établissements de Martinique ont accueilli un total de 395 hospitalisations pour TS dont 97,5 % sont des séjours de personnes résidant en Martinique.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Martinique. Ce nombre est le plus important

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Martinique selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 15 à 19 ans résidant en Martinique est de 24, parmi lesquelles 3 concernent des hommes (soit 13 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Martinique, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre d'hospitalisations	257	128	385
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	16,7	6,9	11,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	16,8	7,1	11,4
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

entre 55 et 59 ans avec 45 hospitalisations pour TS. Contrairement à ce qui est classiquement observé, la part des hospitalisations pour TS est plus importante chez les hommes que chez les femmes, les séjours masculins pour TS représentent les deux tiers de l'ensemble des séjours pour TS. Selon la classe d'âges, ce pourcentage fluctue entre 13 % et 92 % (courbe, **graphique 3**).

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS selon le sexe. Les personnes résidant en Martinique ont totalisé 385 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 11,4 pour 10 000 habitants (16,7 pour 10 000 hommes et 6,9 pour 10 000 femmes). Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la Martinique sont de 35 % plus élevés chez les hommes et de 62 % plus bas chez les femmes.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

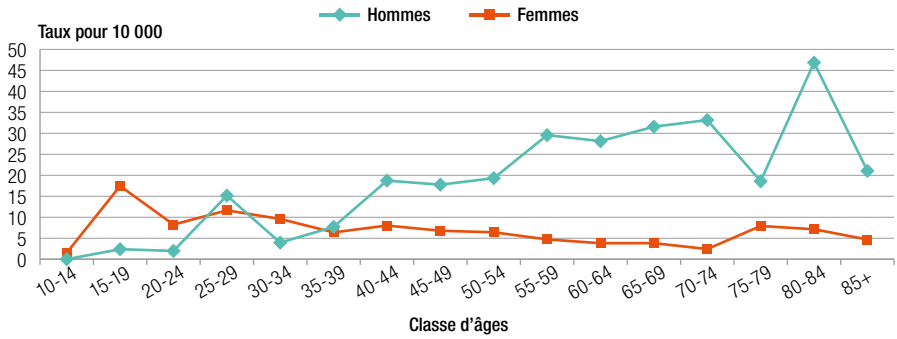
Entre 10 et 39 ans, les taux féminins sont en moyenne supérieurs aux taux masculins, mais à partir de 40 ans, les taux masculins sont quatre fois plus élevés que les taux féminins.

Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisation pour TS est de 1,5 pour 10 000, passant à 17 pour 10 000 chez les 15-19 ans. Puis le taux diminue ensuite progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 47 pour 10 000 chez les 80-84 ans.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

Chez les femmes l'auto-intoxication médicamenteuse est le mode de TS le plus fréquemment utilisé, elle concerne 67,2 % des hospitalisations pour TS (**tableau 4**). Chez les hommes, l'auto-intoxication par des produits non médicamenteux semble être le mode le plus fréquent des TS hospitalisées puisqu'elle concerne 239 séjours, soit 93 % des hospitalisations pour TS chez les hommes. Le regroupement des codes X65 à X69 (CIM-10) a été effectué pour analyser ce mode de tentative de suicide. Ces codes identifient l'auto-intoxication par différents produits non médicamenteux dont une auto-intoxication ou une exposition à l'alcool (éthanol, butanol, propanol ou méthanol), aux solvants organiques, au gaz, aux pesticides et aux produits chimiques. En ce qui concerne les hommes en Martinique, parmi les 239 séjours

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Martinique selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 1,5 pour 10 000 habitants chez les femmes âgées entre 10 et 14 ans résidant en Martinique.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Martinique, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par autres produits	239	93,0	39	30,5	278	72,2
Auto-intoxication par médicaments	11	4,3	86	67,2	97	25,2
Pendaison	4	1,6	2	1,6	6	1,6
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	3	2,3	3	0,8
Saut dans le vide	1	0,4	1	0,8	2	0,5
Phlébotomie	0	0,0	1	0,8	1	0,3
Arme à feu	1	0,4	0	0,0	1	0,3
Noyade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	2	0,8	1	0,8	3	0,8

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 11 chez les hommes résidant en Martinique, correspondant à 4,3 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Martinique.
Source • ATIH, analyses InVS.

hospitaliers codés TS par auto-intoxication par des produits non médicamenteux, la très grande majorité (n = 226) a été hospitalisée pour une auto-intoxication à l'alcool. Il est donc fort probable que cette surmorbidité masculine soit due à une erreur de codage et que la plupart de ces hospitalisations pour intoxication alcoolique ne soient pas des hospitalisations pour TS.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

ORS Martinique, à paraître, *Fiche thématique santé mentale*, *mise à jour 2015*, 4 p.

Synthèse

En 2012, 21 décès par suicide en Martinique ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 5,4 pour 100 000 habitants. Comparée au taux national, la mortalité par suicide en Martinique est de 64 % inférieure. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide en métropole dont la sous-déclaration a été estimée à 9,4 % [1], aucune étude n'a évalué la sous-déclaration des suicides en Martinique. La mortalité par suicide est 4,2 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes.

En 2013, 354 personnes résidant en Martinique ont eu recours à 385 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 11,4 pour 10 000 habitants. Les données sur l'hospitalisation pour TS chez les hommes semblent particulièrement surévaluées car la majorité de ces séjours relève probablement d'hospitalisations pour intoxication éthylique sans intention suicidaire.

Guyane

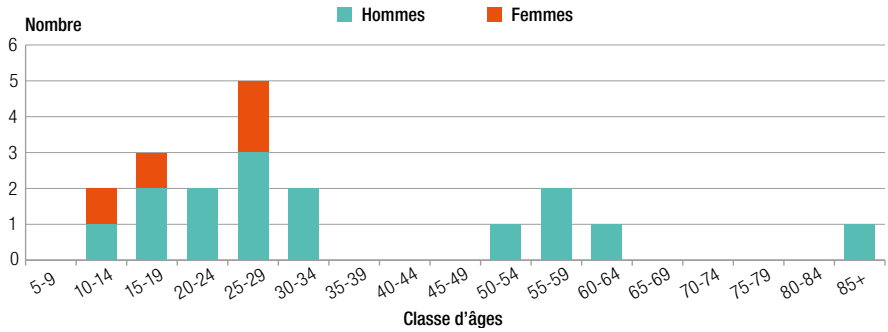
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 19 décès par suicide de personnes résidant en Guyane ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 15 hommes et 4 femmes, soit un sex-ratio de 3,8 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide en Guyane selon le sexe et l'âge. Ils concernent surtout les jeunes entre 10 et 34 ans. Au-delà de 30 ans, aucun suicide féminin n'a été comptabilisé par le CépiDc, et après 35 ans, les suicides masculins sont rarement rapportés.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide des personnes résidant en Guyane ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide en Guyane est de 7,8 pour 100 000 habitants

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Guyane selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 2 décès par suicide de personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Guyane (1 homme et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

(12,4 pour 100 000 hommes et 3,3 pour 100 000 femmes). Comparés à la mortalité par suicide dans l'ensemble du territoire français, les taux standardisés de la Guyane sont plus bas. La mortalité par suicide en Guyane est en moyenne de 33 % inférieure au taux national (-17 % chez les hommes et -67 % chez les femmes).

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

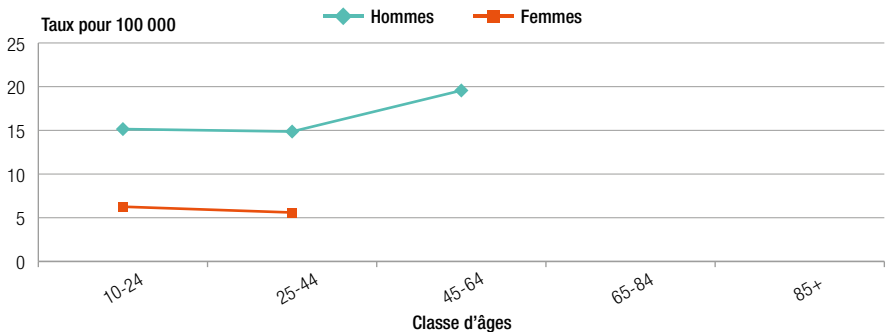
En Guyane, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**), elle est globalement 3,8 fois

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le sexe en Guyane, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
Guyane			
Nombre de décès par suicide	15	4	19
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	12,4	3,3	7,8
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	20,5	2,4	10,0
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant en Guyane selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 15,1 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 24 ans résidant en Guyane.
Source • CépiDc, analyses InVS.

plus importante chez les hommes que chez les femmes. Le faible nombre de décès par suicide ne permet pas de présenter les taux en classes d'âges quinquennales. Entre 10 et 64 ans, chez les hommes, la mortalité par suicide évolue entre 15 et 20 pour 100 000 hommes. Chez les femmes entre 10 et 44 ans, elle est en moyenne de 6 pour 100 000 femmes.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

En Guyane, chez les hommes, la pendaison et l'arme à feu sont les modes de suicide le plus souvent utilisés et concernent huit hommes sur dix décédés par suicide (**tableau 2**). Chez les quatre femmes décédées par suicide, les moyens utilisés sont la pendaison, l'arme à feu et la noyade.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 94 personnes (39 hommes et 55 femmes) résidant en Guyane ont eu recours à 97 séjours (40 séjours masculins et 57 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 3,2 % des patients (2,6 % des hommes et 3,6 % des femmes). Parmi les 97 séjours hospitaliers pour TS de patients guyanais, 95,9 % (n = 93) ont eu lieu en Guyane. Par ailleurs, les établissements de Guyane ont accueilli un total de 115 hospitalisations pour TS dont 81 % sont des séjours de personnes résidant en Guyane. Le lieu de résidence des autres patients n'est pas renseigné.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant en Guyane. Ce nombre est le plus important entre 15 et 19 ans avec 25 hospitalisations pour TS. Au-delà de 50 ans, les hospitalisations pour TS sont rares. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 41 % de l'ensemble des séjours pour TS.

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

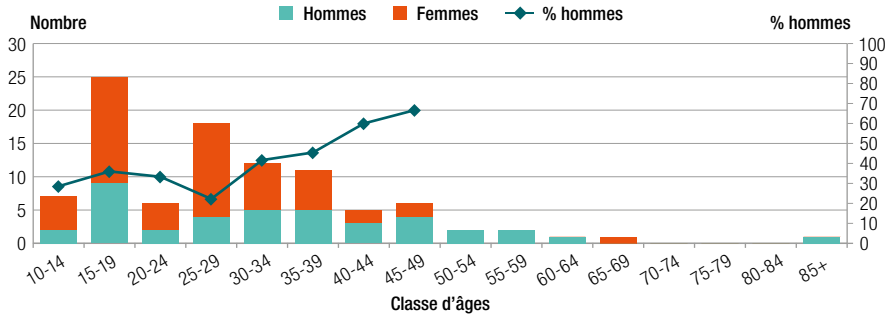
Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS des patients résidant en Guyane ainsi que les taux d'hospitalisation bruts et standardisés pour comparaison avec les données nationales. Les personnes résidant en Guyane ont totalisé 97 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 5,1 pour 10 000 habitants (4,2 pour 10 000 hommes et 5,9 pour 10 000 femmes). Les taux d'hospitalisation pour TS standardisés en Guyane sont de 71 % inférieurs au taux national (-65 % chez les hommes et -77 % chez les femmes).

Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé en Guyane, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	8	53,3	1	25,0	9	47,4
Arme à feu	4	26,7	1	25,0	5	26,3
Auto-intoxication par médicaments	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saut dans le vide	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Noyade	0	0,0	1	25,0	1	5,3
Auto-intoxication par autres produits	2	13,3	0	0,0	2	10,5
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Phlébotomie	1	6,7	0	0,0	1	5,3
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	0	0,0	1	25,0	1	5,3

Lecture • En 2012, en Guyane, 8 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 53,3 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant en Guyane.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Guyane selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Guyane est de 7, parmi lesquelles 2 concernent les hommes, soit 29 % de l'ensemble des séjours pour TS dans cette classe d'âges.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont en moyenne supérieurs aux taux masculins. Les femmes entre 15 et 19 ans et entre 25 et 29 ans présentent les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés (15 pour 10 000). Après le pic dans la classe d'âges des 25-29 ans, le taux diminue progressivement avec l'âge (**graphique 4**). Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS changent peu avec l'âge, ils fluctuent entre 2 et 8 pour 10 000 hommes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 47,4 % des hospitalisations pour TS. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire et représente 38,6 % des séjours hospitaliers pour TS. La majorité de ces intoxications (90 %) sont des intoxications aux produits chimiques et aux pesticides.

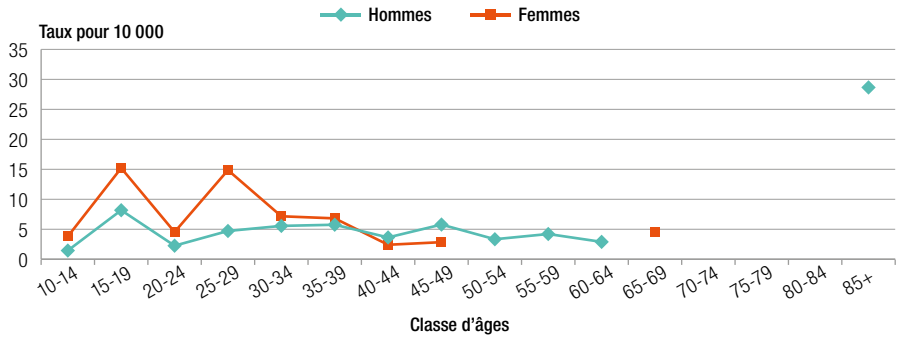
Chez les hommes, le premier moyen de TS est l'auto-intoxication par des produits non médicamenteux parmi lesquels l'alcool est utilisé dans deux tiers des cas, et les produits chimiques et pesticides dans un tiers des cas. L'auto-intoxication médicamenteuse est le deuxième mode de TS chez les hommes en Guyane avec 32,5 % des séjours hospitaliers pour TS.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le sexe en Guyane, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Guyane			
Nombre d'hospitalisations	40	57	97
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	4,2	5,9	5,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	4,4	4,3	4,5
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Guyane selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 3,8 pour 10 000 habitants chez les femmes âgées entre 10 et 14 ans résidant en Guyane.
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant en Guyane, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	13	32,5	27	47,4	40	41,2
Auto-intoxication par autres produits	15	37,5	22	38,6	37	38,1
Phlébotomie	3	7,5	4	7,0	7	7,2
Saut dans le vide	6	15,0	1	1,8	7	7,2
Pendaison	2	5,0	1	1,8	3	3,1
Arme à feu	0	0,0	1	1,8	1	1,0
Noyade	0	0,0	1	1,8	1	1,0
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	2	5,0	1	1,8	3	3,1

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 13 chez les hommes résidant en Guyane, correspondant à 32,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant en Guyane.
Source • ATIH, analyses InVS.

3. Références bibliographiques des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

- **ORS de Guyane**, 2011, *Causes de mortalité et suicides en Guyane en 2008,* 5 p.
- **ORS de Guyane**, 2011, *Travaux sur le suicide*, 6 p.

Synthèse

En 2012, 19 décès par suicide en Guyane ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 7,8 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide en Guyane est de 33 % inférieure au taux national. Toutefois, contrairement aux données sur le suicide en métropole dont la sous-déclaration a été estimée à 9,4 % [1], aucune étude n'a évalué la sous-déclaration des suicides en Guyane. Les décès par suicide rapportés au CépiDc ont touché essentiellement des jeunes. La mortalité par suicide est 8,5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes.

En 2013, 94 personnes résidant en Guyane ont eu recours à 97 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 5,1 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des Guyanais est de 71 % inférieur au taux national.

La Réunion

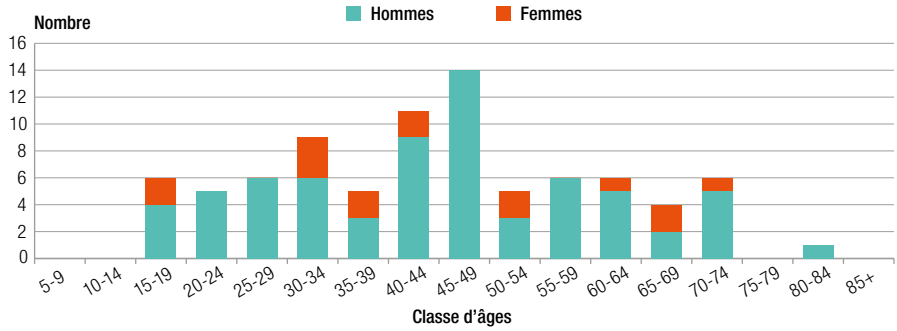
1. Décès par suicide en 2012

En 2012, 84 décès par suicide de personnes résidant à La Réunion ont été rapportés au CépiDc. Ces décès concernent 69 hommes et 15 femmes, soit un sex-ratio de 4,6 hommes pour une femme, plus élevé que le sex-ratio national qui est de 3. Le **graphique 1** montre la répartition des décès par suicide à l'île de La Réunion selon le sexe et l'âge. La classe d'âges entre 45 et 49 ans présente le plus grand nombre de décès par suicide (n = 14), exclusivement masculins.

1.1. Nombre et taux de décès par suicide

Le **tableau 1** présente le nombre de décès par suicide des personnes résidant à La Réunion, ainsi que les taux bruts et standardisés de mortalité par suicide. Le taux brut de mortalité par suicide à l'île de La Réunion est de 10 pour 100 000 habitants (17 pour 100 000 hommes et 3,5 pour 100 000 femmes). La mortalité par suicide à La Réunion est en moyenne de 29 % inférieure au taux national (-26 % chez les hommes et -47 % chez les femmes).

Graphique 1 • Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant à La Réunion selon le sexe et la classe d'âges, en 2012



Lecture • En 2012, 6 décès par suicide de personnes âgées de 15 à 19 ans résidant à l'île de La Réunion (4 hommes et 2 femmes) ont été rapportés au CépiDc.
Source • CépiDc, analyses InVS.

1.2. Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge

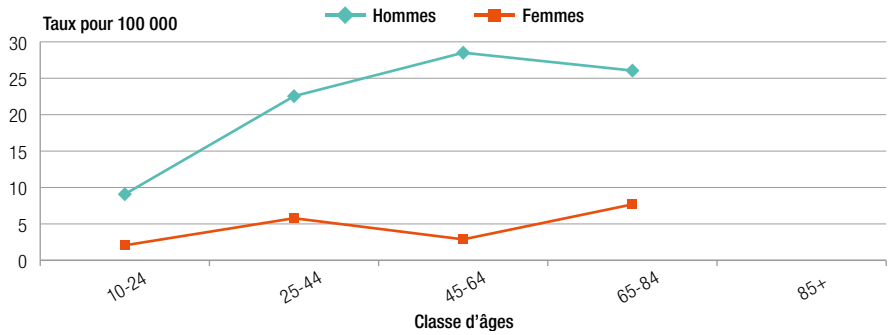
À l'île de La Réunion, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âges (**graphique 2**) et elle est globalement 4,9 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Le faible nombre de décès par suicide ne permet pas de présenter les taux en classes d'âges quinquennales. Entre 10 et 84 ans, chez les hommes, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, passant de 9 pour 100 000 à 26 pour 100 000 et chez les femmes, l'augmentation de la mortalité avec l'âge est moins importante, allant de 2 à 8 pour 100 000.

Tableau 1 • Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés en 2012 selon le sexe à La Réunion, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
La Réunion			
Nombre de décès par suicide	69	15	84
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	17,0	3,5	10,0
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	18,5	3,7	10,7
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	**24,9**	**7,0**	**15,1**

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux de mortalité par suicide chez les personnes résidant à La Réunion selon le sexe et la classe d'âges, pour 100 000 habitants, en 2012



Lecture • En 2012, le taux de mortalité par suicide est de 9 pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 10 à 24 ans résidant à l'île de La Réunion.
Source • CépiDc, analyses InVS.

1.3. Modes de suicide selon le sexe

À La Réunion, chez les hommes, la pendaison est le mode de suicide le plus souvent utilisé, suivi du saut dans le vide. Ces deux modalités ont concerné sept hommes sur dix décédés par suicide (**tableau 2**).

Chez les femmes, l'auto-intoxication médicamenteuse, la pendaison et le saut dans le vide sont les moyens le plus souvent utilisés pour le suicide. Ces trois moyens ont concerné huit femmes sur dix décédées par suicide.

2. Les hospitalisations pour tentative de suicide en 2013

En 2013, 735 personnes (248 hommes et 487 femmes) résidant à l'île de La Réunion ont eu recours à 807 séjours (274 séjours masculins et 533 séjours féminins) pour tentative de suicide (TS) dans des services de médecine et de chirurgie. Les réadmissions pour récidive de TS dans l'année concernent 9,8 % des patients (10,5 % des hommes et 9,4 % des femmes). Parmi les 807 séjours hospitaliers pour TS de patients réunionnais, 98,9 % (n = 798) ont eu lieu à l'île de La Réunion. Par ailleurs, les établissements de La Réunion ont accueilli un total de 802 hospitalisations pour TS dont 99,5 % sont des séjours de patients réunionnais.

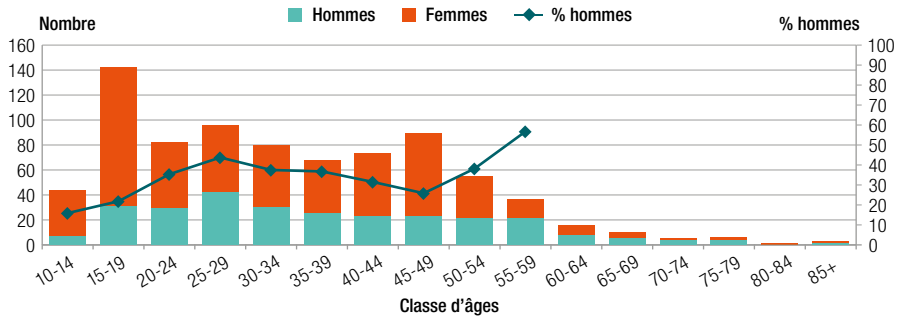
Tableau 2 • Répartition des suicides selon le moyen utilisé à La Réunion, en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	34	49,3	3	20,0	37	44,0
Saut dans le vide	13	18,8	4	26,7	17	20,2
Auto-intoxication par médicaments	3	4,3	5	33,3	8	9,5
Arme à feu	5	7,2	0	0,0	5	6,0
Noyade	2	2,9	1	6,7	3	3,6
Auto-intoxication par autres produits	3	4,3	0	0,0	3	3,6
Phlébotomie	3	4,3	0	0,0	3	3,6
Lésion par fumée, gaz, flammes	2	2,9	1	6,7	3	3,6
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	5	7,2	1	6,7	6	7,1

Lecture • En 2012, à La Réunion, 34 suicides par pendaison chez les hommes ont été rapportés au CépiDc, correspondant à 49,3 % de l'ensemble des suicides chez les hommes résidant à La Réunion.
Source • CépiDc, analyses InVS.

Le **graphique 3** montre la répartition du nombre d'hospitalisations pour TS par les hommes et les femmes résidant à l'île de La Réunion. Le nombre d'hospitalisations pour TS est le plus important entre 15 et 19 ans avec 142 hospitalisations. En moyenne, la part des hospitalisations concernant les hommes représente 34 % de l'ensemble des séjours pour TS. Toutefois, selon la classe d'âges, ce pourcentage fluctue entre 16 % et 57 % (courbe, **graphique 3**).

Graphique 3 • Répartition du nombre de séjours et pourcentage de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez des personnes résidant à la Réunion selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant à l'île de La Réunion est de 44, parmi lesquelles 7 concernent des hommes (soit 16 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges).
Source • ATIH, analyses InVS.

Tableau 3 • Nombre et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le sexe à La Réunion, en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre d'hospitalisations	274	533	807
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,1	14,4	11,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,7	12,8	10,2
France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	**12,4**	**18,9**	**15,7**

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

2.1. Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

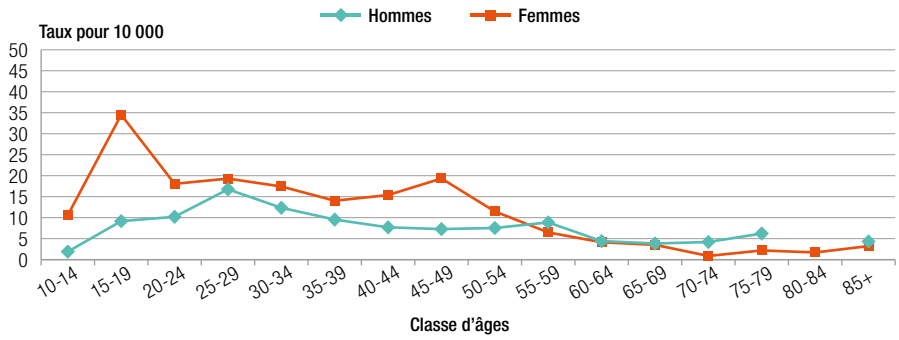
Le **tableau 3** montre le nombre d'hospitalisations pour TS des personnes résidant à La Réunion ainsi que les taux d'hospitalisation bruts et standardisés pour comparaison avec les données nationales. Les personnes résidant à l'île de La Réunion ont totalisé 807 hospitalisations pour TS en 2013, correspondant à un taux brut d'hospitalisation de 11,4 pour 10 000 habitants (8,1 pour 10 000 hommes et 14,4 pour 10 000 femmes). Les taux standardisés d'hospitalisation pour TS sont de 35 % inférieurs au taux national (-38 % chez les hommes et -32 % chez les femmes).

2.2. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge

Les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins jusqu'à 55 ans puis les courbes s'inversent. Les femmes entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (35 pour 10 000).

Chez les adolescentes de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisation pour TS est de 10,6 pour 10 000. Après le pic à 15-19 ans, le taux diminue jusqu'à la classe des 35-39 ans puis remonte jusqu'à atteindre un taux de 19 pour 10 000 femmes dans la classe des 45-49 ans. Le taux baisse ensuite progressivement avec l'âge (**graphique 4**).

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant à La Réunion selon le sexe et la classe d'âges, en 2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 1,9 pour 10 000 habitants chez les hommes âgés entre 10 et 14 ans résidant à l'île de La Réunion.
Source • ATIH, analyses InVS.

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum de 17 pour 10 000 entre 25 ans et 29 ans, puis baissent progressivement. À partir de 55 ans, les taux masculins dépassent légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

2.3. Modes de tentative de suicide selon le sexe

L'auto-intoxication médicamenteuse est le plus fréquent des modes opératoires des TS hospitalisées (**tableau 4**). Elle concerne 87,1 % des hospitalisations pour TS chez les femmes et 63,5 % chez les hommes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire mais ne représente que 8,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (15,7 % des séjours masculins et 4,7 % des séjours féminins). La phlébotomie, le saut dans le vide et la pendaison constituent les autres modes de TS utilisés à La Réunion.

Tableau 4 • Répartition du nombre et du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le mode opératoire chez les personnes résidant à La Réunion, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Auto-intoxication par médicaments	174	63,5	464	87,1	638	79,1
Auto-intoxication par autres produits	43	15,7	25	4,7	68	8,4
Phlébotomie	23	8,4	22	4,1	45	5,6
Saut dans le vide	6	2,2	15	2,8	21	2,6
Pendaison	12	4,4	0	0,0	12	1,5
Lésion par fumée, gaz, flammes	6	2,2	2	0,4	8	1,0
Arme à feu	2	0,7	0	0,0	2	0,2
Noyade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collision intentionnelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non précisé	15	5,5	16	3,0	31	3,8

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication médicamenteuse est de 174 chez les hommes résidant à l'île de La Réunion, correspondant à 63,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes résidant à l'île de La Réunion.
Source • ATIH, analyses InVS.

3. Référence bibliographique des travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur les conduites suicidaires

ORS La Réunion, 2015, *Tableau de bord, Suicides et tentatives de suicide à La Réunion*, mars, 4 p.

Synthèse

En 2012, 84 décès par suicide à l'île de La Réunion ont été rapportés au CépiDc, soit un taux brut de mortalité par suicide de 10 pour 100 000 habitants. La mortalité par suicide à l'île de La Réunion est de 29 % inférieure au taux national. Toutefois, ces données doivent être considérées avec précaution car, contrairement à la métropole où la sous-estimation du nombre de suicides est évaluée à 9,5 % [1], à l'île de La Réunion aucune étude n'a été menée pour estimer la sous-déclaration des décès par suicide.

En 2013, 735 personnes résidant à l'île de La Réunion ont eu recours à 807 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie, soit un taux d'hospitalisation pour TS de 11,4 pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour TS des Réunionnais est de 35 % inférieur au taux national. Toutefois, comme pour les données sur le suicide à La Réunion, aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisation pour TS.

Par ailleurs, la mortalité par suicide est 5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes alors que le taux d'hospitalisation pour TS est 1,7 fois supérieur chez les femmes que chez les hommes.

Bibliographie

[1] **Aouba A., Péquinot F., Camelin L., Laurent F., Jougla E.,** 2009, *Amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide. Études des causes inconnues de décès, des causes indéterminées quant à l'intention et des suicides, France métropolitaine - année 2006*, Convention d'étude INSERM-DREES n° 1 du 10 juillet 2008, rapport final, décembre, [non publié].

[2] **Lecomte D., Hatton F., Renaud G., Le Toullec A.,** 1994, « Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 45 ans. Résultats d'une étude coopérative (Institut médico-légal de Paris - SC8 de l'Inserm) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), 2, p. 5-6.

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS P.61

BILAN DES PLANS D'ACTIONS P.157

DONNÉES LOCALES P.177

FICHES

ANNEXES P.461

SOMMAIRE

Fiche 1 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide 411

Fiche 2 • Effets période et génération mesurables dans les statistiques de décès par suicide 417

Fiche 3 • Relation entre hospitalisation en MCO pour tentative de suicide et suicide..... 424

Fiche 4 • Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France 433

Fiche 5 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées dans le Baromètre santé des départements d'outre-mer en 2014..... 440

Fiche 6 • Prévalences et évolutions des comportements suicidaires en france métropolitaine en 2014..... 447

Fiche 7 • Surveillance de la mortalité par suicide à l'échelle d'une entreprise ou d'une institution : exemple de l'administration pénitentiaire 452

FICHE 1

Données épidémiologiques sur les décès par suicide

Organisme rédacteur : CépiDc-Inserm

L'indicateur du nombre de suicides est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'Inserm. Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas connus à partir de cette statistique nationale des décès : c'est le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée. Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 10 % pour les données nationales mais les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction.

Les causes de ce biais étant constantes dans le temps, mort violente sans précision de l'intention et absence de retour de certains instituts médico-légaux, l'ampleur de la sous-évaluation est vraisemblablement stable.

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2012, 9 715 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (**tableau 1**). Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait, après correction, 10 686 décès.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 305 et 2 410), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 25,9 et 7,4 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes[1]).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes. En 2012 il s'élevait à 9,4 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 67,1 après 74 ans (taux standardisés). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 18 % du total des décès ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

1. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat EU & EFTA).

Tableau 1 • Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âges en France métropolitaine, en 2012

	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale
1-14	22	0,4	3,32	11	0,2	2,18	33	0,3	2,83
15-24	358	9,4	17,93	106	2,8	14,30	464	6,1	16,95
25-54 ans	**3582**	**29,09**	**12,75**	**1069**	**8,47**	**7,67**	**4651**	**18,78**	**11,06**
25-34	687	17,8	21,57	181	4,6	14,55	868	11,2	19,60
35-44	1277	30,1	18,90	336	7,8	10,00	1613	19,0	15,95
45-54	1618	38,1	8,91	552	12,6	5,91	2170	25,4	7,89
55-74 ans	**1933**	**30,30**	**2,25**	**766**	**10,85**	**1,78**	**2699**	**20,57**	**2,09**
55-64	1178	30,2	3,00	484	11,6	2,67	1662	20,9	2,90
65-74	755	30,4	1,61	282	10,0	1,14	1037	20,2	1,45
75 ans ou +	**1410**	**67,07**	**0,87**	**458**	**12,61**	**0,21**	**1868**	**39,84**	**0,49**
75-84	901	54,5	1,11	296	12,4	0,43	1197	33,4	0,80
85-94	483	97,9	0,66	145	12,8	0,12	628	55,3	0,33
95 et +	26	122,0	0,32	17	17,8	0,05	43	69,9	0,11
Tous âges	**7305**	**25,93**	**2,60**	**2410**	**7,42**	**0,87**	**9715**	**16,67**	**1,74**

*Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
Source • CépiDc-Inserm.

Variation du taux de suicide entre 2002, 2007 et 2012

Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : -17 % entre 2002 et 2012 (**tableau 2**). Cette baisse est constante sur les périodes 2002-2007 et 2007-2012. Les taux diminuent pour toutes les classes d'âges à l'exception des 45-54 ans et des 55-64 ans.

Taux de décès par suicide par région

Les taux standardisés de décès par suicide moyens sur la période 2010-2012 varient fortement selon les régions (**tableau 3**). En Bretagne, ce taux dépasse de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord - Pas-de-Calais, Limousin et Pays de la Loire, avec des taux supérieurs de plus de 25 % au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Midi-Pyrénées, Corse, Rhône-Alpes et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15 % au taux moyen de France métropolitaine). Entre 2000-2002 (période de référence) et 2010-2012, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Pour trois régions,

Tableau 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âges pour les deux sexes en France métropolitaine, entre 2002, 2007 et 2012

	Taux standardisés[1]			Variation du taux (%)		
	2002	2007	2012	2002-2007[2]	2007-2012[2]	2002-2012[4]
1-14	0,3	0,2	0,3	-41,4*	49,6	-12,3
15-24	7,7	6,5	6,1	-15,2*	-6,2	-20,5*
25-54 ans	**22,7**	**20,9**	**18,8**	**-7,9***	**-10,2***	**-17,3***
25-34	16,4	13,2	11,2	-19,2*	-15,5*	-31,7*
35-44	25,4	21,7	19,0	-14,7*	-12,6*	-25,5*
45-54	25,6	26,9	25,4	5,0	-5,7	-1,1
55-74 ans	**24,5**	**21,5**	**20,6**	**-12,1***	**-4,5**	**-16,1***
55-64	23,6	20,7	20,9	-12,2*	0,7	-11,6*
65-74	25,7	22,5	20,2	-12,4*	-10,1*	-21,3*
75 ans ou +	**47,6**	**43,2**	**39,8**	**-9,3**	**-7,7***	**-16,3***
75-84	37,7	35,9	33,4	-4,7	-7,0	-11,4*
85-94	72,6	61,9	55,3	-14,8*	-10,6	-23,8*
95et+	87,2	63,1	69,9	-27,6	10,8	-19,9
Tous âges	**20,1**	**18,1**	**16,7**	**-10,0***	**-7,8***	**-17,0***

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
2. (Taux 2007 – Taux 2002) *100 / Taux 2002
3. (Taux 2012 – Taux 2007) *100 / Taux 2007
4. (Taux 2012 – Taux 2002) *100 / Taux 2002
*L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.
Source • CépiDc-Inserm.

la Basse-Normandie, la Lorraine et le Midi-Pyrénées, cette baisse n'est toutefois pas significative. La seule région où le taux de suicide a augmenté est la Lorraine, bien que le résultat ne soit pas significatif.

Modes de suicide

En 2012, les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (54 %), les armes à feu (15 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 59 % des suicides et les armes à feu de 19 %. Pour les femmes, la pendaison (39 %) et la prise de médicaments et autres substances (25 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

Tableau 3 • Taux standardisés de décès par suicide par région en 2010-2012, variations par rapport à la moyenne métropolitaine et aux taux de 2000-2002

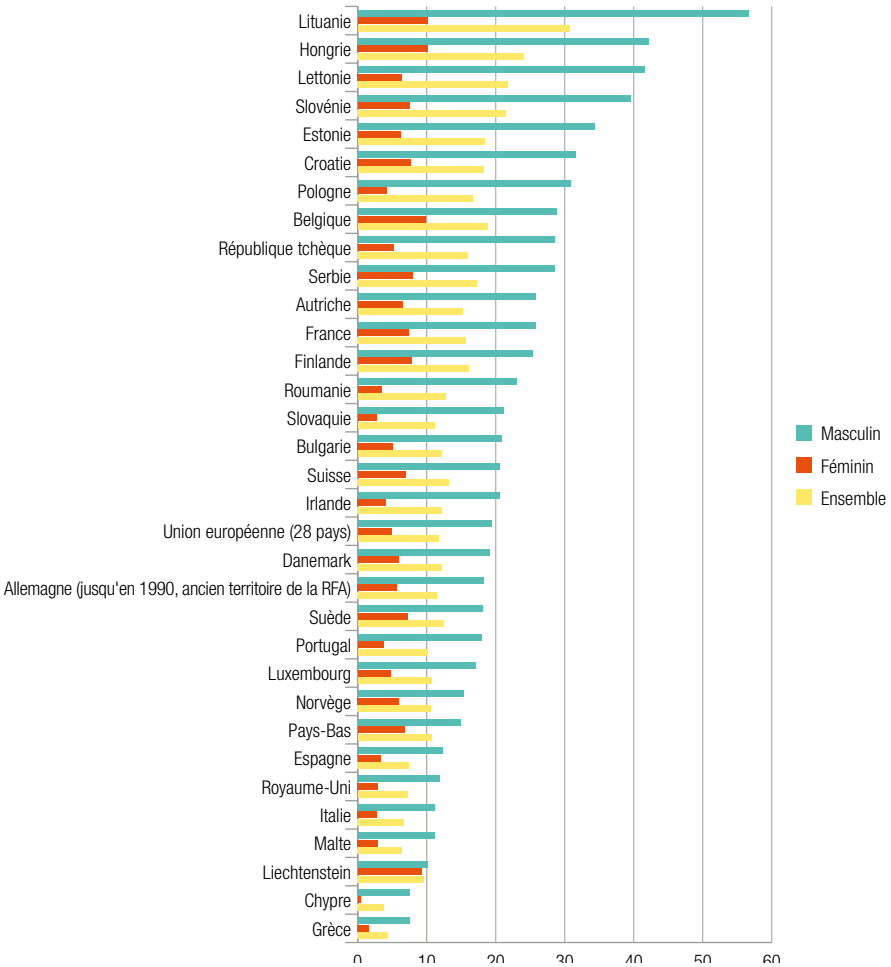
Région de résidence	Taux standardisés[1] 2010-2012	Taux standardisés[1] 2000-2002	Variations régionales[2] 2010-2012	Variations 2000-2002 et 2010-2012[3]
Île-de-France[4]	9	10,9	-53,2	-17,1*
Champagne-Ardenne	21	23,6	9,3	-11*
Picardie	22,1	26,4	15	-16,2*
Haute-Normandie	20,1	25,6	4,3	-21,7*
Centre	21,2	25,1	10	-15,8*
Basse-Normandie	26,6	27,1	38,1	-1,9
Bourgogne	20,7	24,7	7,5	-16,3*
Nord - Pas-de-Calais	24,2	26,9	25,5	-10,3*
Lorraine	18,3	17,2	-5,1	6,4
Alsace	12,4	14,8	-35,4	-15,7*
Franche-Comté	20,9	23,6	8,5	-11,4*
Pays de la Loire	21,8	25,9	13,1	-16*
Bretagne	28,2	31,7	46,4	-11,1*
Poitou-Charentes	21,5	25,4	11,4	-15,6*
Aquitaine	17,9	20,8	-7,1	-14*
Midi-Pyrénées	14,2	15,1	-26,2	-5,9
Limousin	22,2	25,2	15,1	-12,2*
Rhône-Alpes	13,7	18	-29	-24*
Auvergne	19,8	23,6	2,7	-16,2*
Languedoc-Roussillon	17,8	20,3	-7,3	-12,2*
PACA	16,3	18,4	-15,4	-11,6*
Corse	13,8	15,3	-28,3	-9,9*
France métropolitaine	**19,3**	**22,1**	**0**	**-12,8**

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
2. Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine) / Taux France métropolitaine ; à partir des taux standardisés.
3. Variation temporelle = (Taux standardisé 2010-2012 – Taux standardisé 2000-2002) / (Taux standardisé 2000-2002).
4. Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'Institut médico-légal de Paris.
*L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.
Source • CépiDc-Inserm.

Taux de décès par suicide par pays de l'Union européenne

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,7 pour 100 000 habitants en 2012. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après l'Autriche, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (**graphique 1**). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de définition du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations.

Graphique 1 • Taux* de décès par suicide dans l'Union européenne, en 2012



*Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

Références

- **Jougla E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G.**, 2002, « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue épidémiologique en santé publique*, 50(1), p. 49-62.
- **Jougla E., Pequignot F., Le Toullec A., Bovet M., Mellah M.**, 2003, « Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide », *Actualité et dossier en santé publique*, 45, décembre, p. 31-34.
- **Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jougla E.**, 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004 », *Le Concours Médical*, 31-32, p. 1085-1094.
- **Aouba. A., Péquignot F., Le Toullec A., Jougla E.**, 2008, « Fréquence et caractéristiques de la mortalité par suicide en France métropolitaine », *Canal Psy*, 11, p. 4-12.
- **Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jougla E.**, 2009, « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Études et Résultats*, DREES.
- **Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E.**, 2012, « Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 497-500.
- **Laanani M., Ghosn W., Jougla E., Rey G.**, 2014, « Impact of Unemployment Variations on Suicide Mortality in Western European Countries (2000-2010) », *Journal of Epidemiology and Community Health*, doi : 10.1136/jech-2013-203624.

Synthèse

Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide, malgré une baisse du taux de suicide observée entre 2000 et 2012. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes, et en particulier les hommes âgés. Il varie fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Les comparaisons régionales et internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence, en raison de la disparité de la déclaration d'un suicide et de la remontée de cette information auprès des organismes responsables de la statistique de mortalité par cause.

FICHE 2

Effets période et génération mesurables dans les statistiques de décès par suicide

Organisme rédacteur : DREES

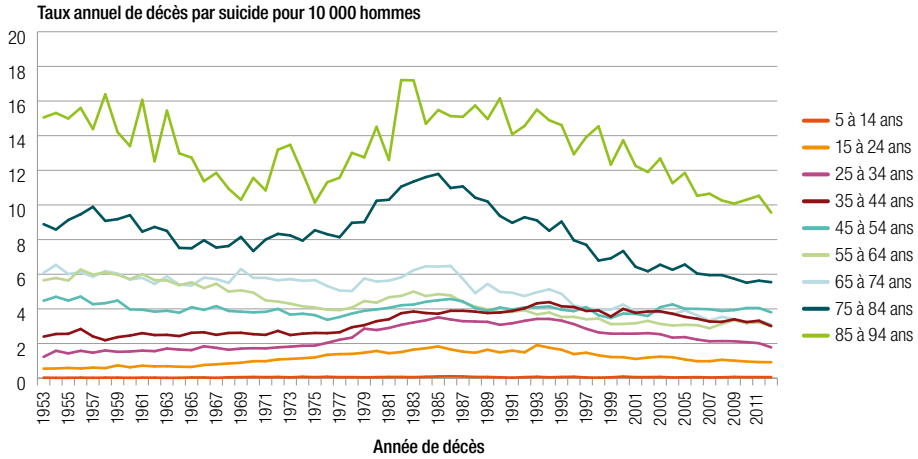
La disponibilité de statistiques de causes de décès sur de longues périodes en France métropolitaine permet de présenter les tendances évolutives générales, mais aussi de mener une analyse conjointe de trois composantes temporelles : l'âge au décès (effet individu), l'année de survenue (effet période) et la génération (effet cohorte de naissance)[1]. Cette analyse conjointe permet d'éclairer les évolutions générales observées ainsi que de dégager les importances relatives des effets âge, période et génération.

Le canevas de production des statistiques sur les causes de décès en France est clairement défini et constant depuis la fin de la première moitié du XXe siècle : toute personne décédée fait l'objet de l'examen d'un médecin qui consigne alors, en texte libre, la cause du décès dans un formulaire. La codification se fait au moyen de la classification internationale des maladies et des causes de décès par du personnel dédié, permettant l'application de procédures de mise en tableau.

Une série continue de soixante années sur les taux de suicide pour la France métropolitaine a pu être reconstituée (**encadré 1,** point 1 et **graphiques 1 et 2**). Celle-ci confirme l'augmentation du taux de suicide avec l'avancée en âge et un taux de suicide beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes (en moyenne, trois fois plus important pour les hommes, et encore davantage aux âges élevés). La période 1953-2012 peut être globalement découpée en trois phases : une stabilité du taux de suicide pour les années 1953-1976 (1,55/10 000), une augmentation régulière entre 1977 et 1985 (2,26/10 000) et une décroissance ensuite (1,53/10 000 en 2012). Il y a néanmoins une évolution différenciée selon les classes d'âges : au début de la période d'étude, le taux de suicide augmente régulièrement avec l'âge, ceci se voit modifié progressivement avec une uniformisation du taux pour les 35 ans et plus, exception faite des hommes d'âge élevé.

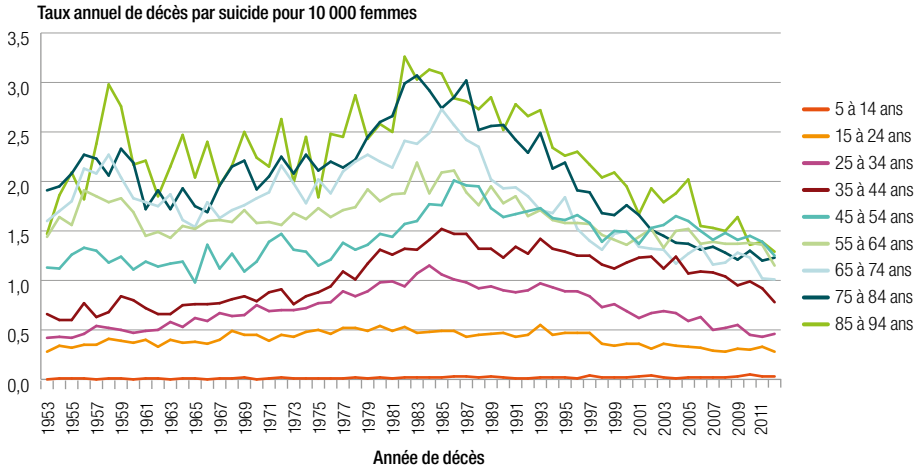
1. Les tableaux statistiques annuels présentent, par regroupement de causes de décès, les données par classe d'âges au décès et code sexe, la génération étant déduite.

Graphique 1 • Évolution du taux de suicide par classe d'âges en France métropolitaine chez les hommes, de 1953 à 2012



Lecture • En 1997, le taux de décès par suicide pour les hommes ayant un âge compris entre 65 et 74 ans et habitant en France métropolitaine, est de 4,1 pour 10 000.
Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; INSEE, données de population ; traitements DREES.

Graphique 2 • Évolution du taux de suicide par classe d'âges en France métropolitaine chez les femmes, de 1953 à 2012



Lecture • En 1997, le taux de décès par suicide pour les femmes ayant un âge compris entre 65 et 74 ans et habitant en France métropolitaine, est de 1,4 pour 10 000.
Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; INSEE, données de population ; traitements DREES.

Encadré 1 • Reconstitution de séries longues de statistiques sur les décès par suicide

1. Les tableaux donnant les effectifs de décès par suicide pour les années 1953 à 1967 (Vallin, Meslé, 1988) ont été joints aux données disponibles via le site Internet du CépiDc-Inserm (voir références) pour les années 1968 à 2012 (année la plus récente disponible). Les taux ont été calculés de façon uniforme en utilisant les données de structure de la population établie par l'INSEE (voir références). La série temporelle des taux de suicide par classe d'âges (9 décades de 5 à 94 ans) est présentée pour les hommes (**graphique 1**) et les femmes (**graphique 2**).

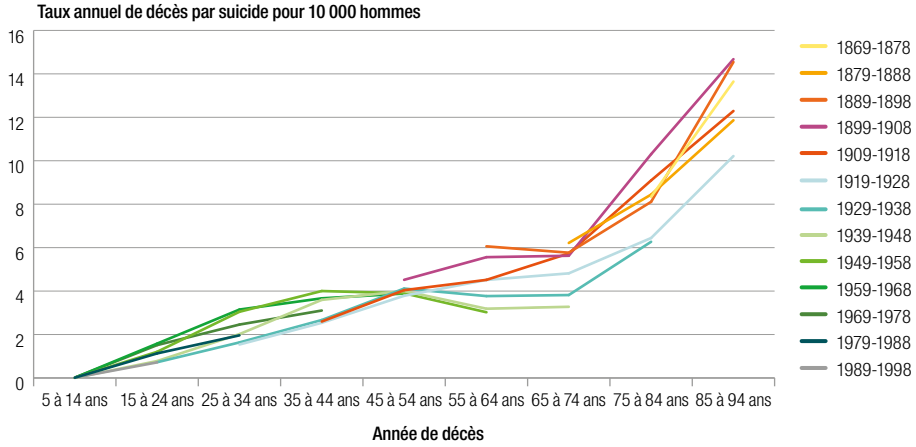
2. Des décades de cohortes de naissance ont été reconstituées à partir d'une imputation de l'année de naissance au sein de chaque classe d'âges, pour prendre en compte toute l'information disponible et présenter le taux de suicide pour chaque décade de naissance (1869-1878 à 1989-1998) selon l'âge au décès et le code sexe (**graphiques 3 et 4**). Ces graphiques étendent ceux présentés par Pierre Surault en 1995 (voir références).

Cette interaction entre âge et période peut correspondre à un effet génération. De ce fait, des décades de cohortes de naissance ont été reconstituées[2] (**encadré 1,** point 2 et **graphiques 3 et 4**). Comme la série couvre soixante années, aucune cohorte de naissance n'est complètement observée, les trois cohortes avec année de naissance comprises entre 1919 et 1948 (soit 1919-1928, 1929-1938, 1939-1948) sont les plus représentées avec 6 des 9 classes d'âges. La présentation graphique du taux de suicide en fonction de l'année de naissance met en évidence des effets générations aux côtés de l'âge et du sexe : le taux de suicide aux âges élevés est plus fort pour les générations les plus anciennes, puis diminue fortement avec les générations suivantes à compter de 1909-1918. Cette diminution du taux de suicide est nette (0,5/10 000 par génération) pour les hommes entre 55 et 75 ans, et moindre chez les femmes. Une augmentation du taux de suicide chez les moins de 45 ans au fil des générations est observée jusqu'à celle née entre 1959 et 1968, avant qu'il n'y ait une tendance à la diminution, avec des taux de suicide pour les jeunes filles et les jeunes hommes de 15 à 24 ans nés après 1968 retombant à un niveau inférieur à ceux des générations antérieures à 1938.

Une modélisation du taux de suicide intégrant les effets de période et de génération (**encadré 2** et **graphiques 5a, 5b, 5c**) permet de retrouver ces résultats, en apportant quelques compléments : le taux de suicide est toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes ; le taux de suicide augmente rapidement pour les jeunes âges puis l'augmentation est plus lente et régulière, avant d'augmenter à nouveau pour

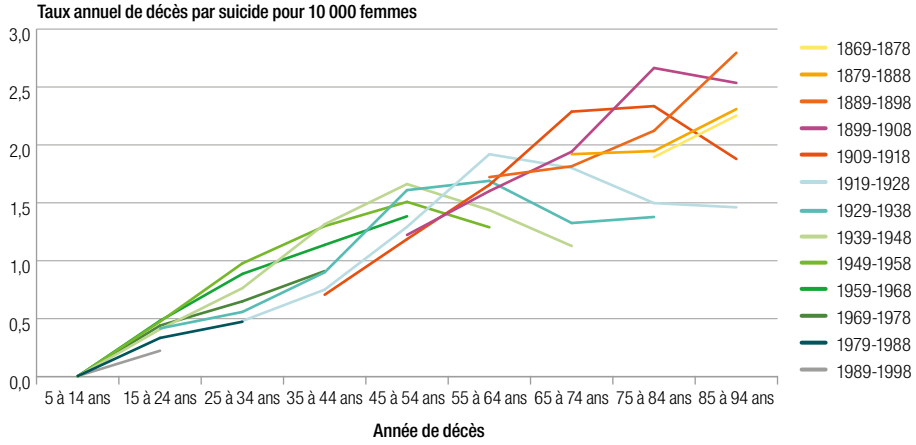
2. Les données pour les départements d'outre-mer sont disponibles à compter de l'année 2000.

Graphique 3 • Évolution du taux de suicide selon l'âge au décès au sein des cohortes de naissance en France métropolitaine (hommes période 1953-2012)



Lecture • Pour les hommes nés entre 1939 et 1948 et habitant en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est, à un âge compris entre 65 et 74 ans, de 3,3 pour 10 000.
Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; traitements DREES.

Graphique 4 • Évolution du taux de suicide selon l'âge au décès au sein des cohortes de naissance en France métropolitaine (femmes période 1953-2012)



Lecture • Pour les femmes nées entre 1939 et 1948 et habitant en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est, à un âge compris entre 65 et 74 ans, de 1,1 pour 10 000.
Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; traitements DREES.

Encadré 2 • Méthodologie de la modélisation du taux de suicide

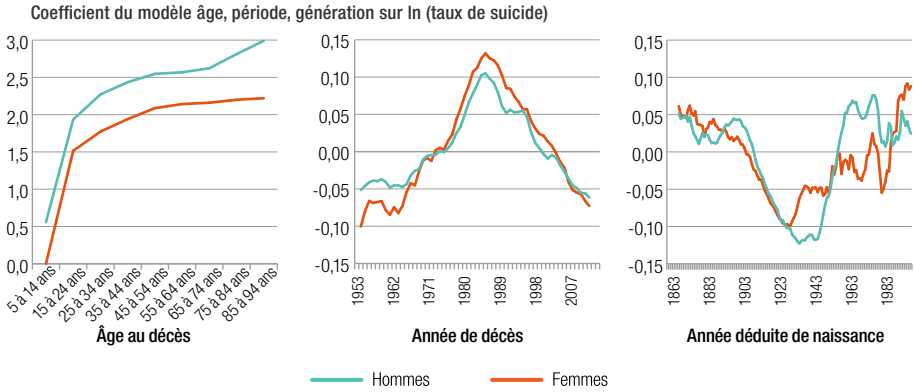
Un modèle de régression multiple du logarithme du taux de suicide sur la classe d'âges, le code sexe, la période et la génération a été appliqué aux données, en reprenant la méthode exposée dans l'*Étude et Résultats* n° 185, « L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération » (Anguis, Cases, Surault, 2002). Ce modèle correspond *in fine* à ce que donnerait un modèle logistique appliqué à des données individuelles. Il permet également de tenir compte du problème d'identification inhérent à la nature des variables explicatives (l'âge, la date et la génération sont linéairement liés). Les résultats issus de cette modélisation sont des estimations, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en tenant compte des autres termes inclus dans le modèle), du rapport du taux de décès par suicide d'un groupe avec celui pris comme référence (la classe d'âges 5-14 ans chez les femmes, l'année de décès et l'année de naissance, qui modélisent l'étendue des valeurs moyennes, ont des coefficients centrés autour de la valeur 0) : par exemple, le taux de suicide pour la génération 1939 est 1,18 fois celui de la génération 1960 (exp(0,05-(-0,12))) (**graphiques 5a, 5b, 5c**).

Graphiques 5

5a • Résultats pour l'âge du modèle âge, période, génération

5b • Résultats pour la période du modèle âge, période, génération

5c • Résultats pour la génération du modèle âge, période, génération



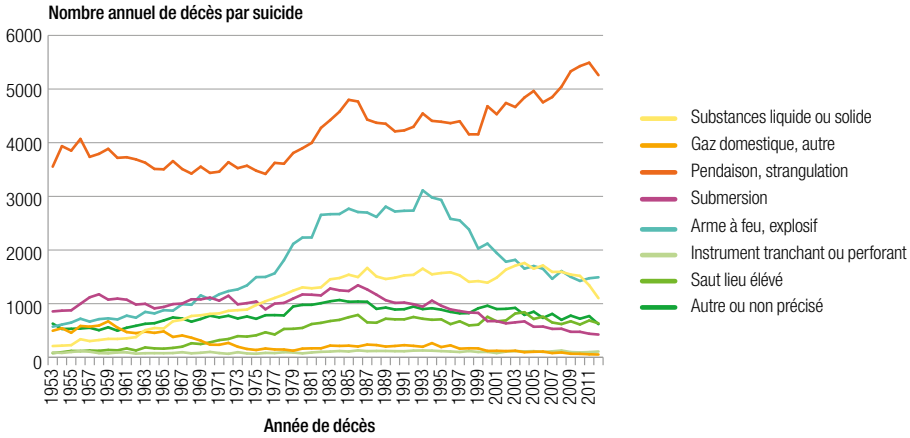
Lecture • En France métropolitaine, le taux de décès par suicide, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en moyenne sur la période 1953-2012 et compte tenu d'un effet génération), est pour les hommes 1,5 fois (exp(2,62-2,16)) plus élevé que celui des femmes pour un âge compris entre 65 et 74 ans (graphique 5a) ; en 1997, le taux de décès par suicide chez les femmes est 1,1 fois (exp(0,03--0,07)) plus élevé que celui de 2010, tenu compte des effets âge et génération (graphique 5b) ; pour les hommes nés en 1948 le taux de décès par suicide est, tenu compte des effets âge et période, 0,9 fois (exp(-0,08-0,01)) plus élevé que celui de ceux nés en 1980 (graphique 5c).

les hommes âgés ; il y a un effet période avec un maximum atteint en 1985, la stabilité du taux de suicide pour les années 1953 à 1976 étant toutefois remplacée par une augmentation régulière, ce qui était masqué avant la prise en compte conjointe d'un effet génération ; il y a un effet génération avec principalement un moindre taux de suicide pour les personnes nées entre 1910 et 1950, cet effet étant plus marqué pour les hommes que pour les femmes.

Les coefficients comme les tests statistiques montrent que l'âge et le sexe sont les facteurs prépondérants dans ce modèle, les effets période et génération étant de bien moindre importance. L'effet période peut être pour partie le reflet d'une diminution du taux de défaut de transmission, compatible avec la forte diminution du taux de certificats manquants entre 1953 et 1983. Et si l'on admet, comme proposé par Jacques Vallin et France Meslé (1988), que le taux de défaut n'est pas uniforme mais plus fort pour les 30-59 ans, l'uniformisation des taux serait en conséquence moins forte, comme possiblement l'effet génération.

Ce type de modélisation, sous réserve de disposer du détail sur une longue série, permet d'envisager la prise en compte d'autres informations, notamment le mode opératoire dont le profil se modifie au cours de cette série temporelle de soixante années : augmentation transitoire des suicides par armes à feu en miroir de ceux par pendaison, quasi-disparition des suicides par gaz, augmentation de ceux par ingestion de substances (médicaments, pesticides, etc.) (**graphique 6**).

Graphique 6 • Modes opératoires des suicides 1953-2012



Lecture • En 1997, 4 400 suicides par pendaison ont été consignés dans les certificats de décès.
Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; traitements DREES.

Références

- **Jacques Vallin, France Meslé**, 1988, « Les causes de décès en France de 1925 à 1978 », *Travaux et documents*, cahier n° 115, Institut national d'études démographiques, Paris, Presses universitaires de France.
- www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm
- www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150
- www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/projpop0760/dd/pyramide/pyramide. html
- **Pierre Surault**, 1995, « Variation sur les variations du suicide en France », *Population*, 50(4-5), 983-1012.
- **Marie Anguis, Chantal Cases, Pierre Surault**, 2002, « L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Études et Résultats*, DREES, n° 185, août.

FICHE 3

Relation entre hospitalisation en MCO pour tentative de suicide et suicide

Organisme rédacteur : DREES

Une première approche pour l'étude de la relation entre tentative de suicide et suicide peut être la mise en correspondance du nombre de suicides avec celui des tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation dans un établissement pratiquant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO ; **graphique 1 et encadré 1**). Le nombre de suicides (62 053) rapporté à celui des tentatives hospitalisées (638 189) est globalement de 9,7 % sur la période 2007-2012 ; il est cinq fois moindre chez les femmes que chez les hommes. Il augmente continuellement avec l'âge (décuplement à la décade médiane 45-54 ans, quintuplement ensuite) suggérant un non-parallélisme entre suicides et hospitalisations pour tentative de suicide. Le ratio tend à décroître au fil des années, en particulier pour les personnes de 65 ans et plus pour lesquelles le nombre d'hospitalisations a augmenté sur la période 2007 à 2012. Pour les personnes âgées de 15 à 44 ans, les nombres de suicides et d'hospitalisations diminuent et le ratio reste stable.

Dans une seconde approche, l'analyse de la mortalité à un an de personnes ayant été hospitalisées en MCO pour tentative de suicide a été conduite en prenant appui sur la base de données expérimentale Amphi (**encadré 2**). Pour constituer l'échantillon d'étude à partir de cette base, les résumés de séjours pour des lésions auto-infligées[1] ont été sélectionnés avec un âge compris entre 8 et 95 ans, sans décès durant le séjour, et dans un établissement ayant plus de 10 séjours de ce type sur la période, soit 168 071 séjours durant la période 2008 et 2009. La distribution des âges par sexe de cet échantillon (patients affiliés au régime général) correspond exactement à celle obtenue en appliquant les mêmes critères de sélection à la base de données PMSI nationale 2008 et 2009 qui comprend l'ensemble des séjours quel que soit le régime d'affiliation des patients à la Sécurité sociale (**graphique 2**).

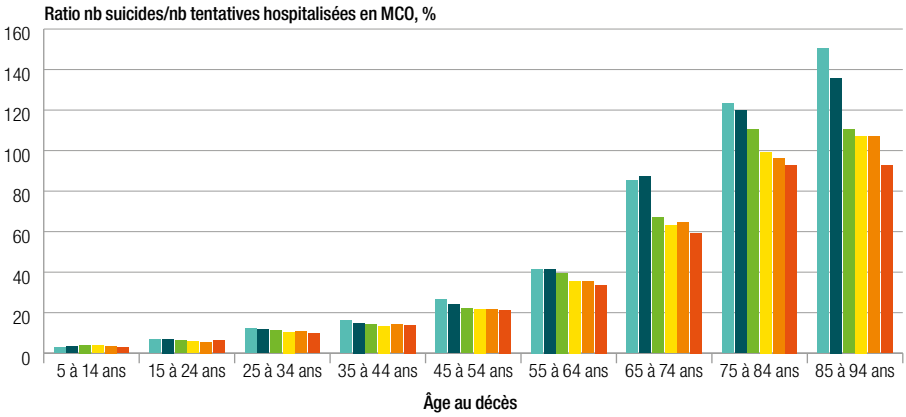
Ces données permettent en premier lieu une description des admissions pour tentative de suicide *in fine* non mortelle (**tableau**, 1re colonne). Elles ont eu lieu pour 72 % dans des centres hospitaliers, 24 % dans des centres hospitaliers universitaires, 4 %

1. Codes X60 à X84 de la classification internationale des maladies dans sa 10e révision (CIM-10) sans que cela soit nécessairement conditionné à l'intention d'en finir avec la vie, ce qui recouvre alors aussi les automutilations.

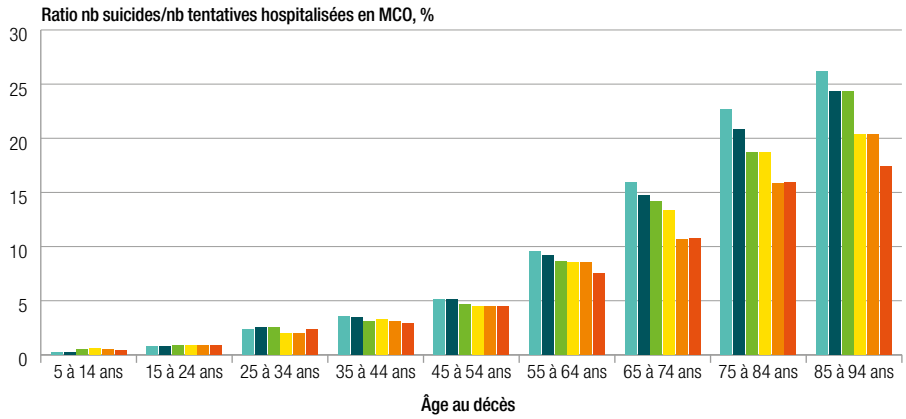
Graphique 1 • Nombre de décès par suicide et nombre de séjours MCO avec diagnostic de suicide (codes X60-X84), masculins (1a) et féminins (1b), en France, de 2007 à 2012

2007 2008 2009 2010 2011 2012

1a • Mise en correspondance du nombre de suicides avec le nombre de tentatives de suicide hospitalisées en MCO, pour les années 2007 à 2012, selon les classes d'âges chez les hommes



1b • Mise en correspondance du nombre de suicides avec le nombre de tentatives de suicide hospitalisées en MCO, pour les années 2007 à 2012, selon les classes d'âges chez les femmes



Lecture • Sur la période 2007-2012, pour les hommes avec un âge compris entre 45 à 54 ans, le nombre de suicides est égal au cinquième du nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide (graphique 1a).
Source • CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données ; ATIH base nationale PMSI-MCO ; traitements DREES.

Encadré 1 • Sources de dénombrement des suicides et tentatives de suicide

Le dénombrement des suicides est disponible en France via les statistiques de causes de décès (voir site du CépiDc) et pour ce qui concerne les tentatives de suicide, celles hospitalisées sont décrites dans les résumés codés du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et peuvent être dénombrées et décrites en fonction des descripteurs contenus dans la base de données nationale (voir site de l'ATIH ; Chan-Chee *et al.*, 2014). Le ratio entre le nombre de suicides et le nombre de tentatives de suicide hospitalisées en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), a été calculé pour les années 2007-2012 et les neuf décades de classes d'âges au décès (entre 5 et 95 ans), chez les hommes et les femmes, et est présenté dans les **graphiques 1a et 1b**.

Ces calculs intègrent une correction du défaut de documentation des codes diagnostiques observés dans les résumés PMSI pour 36 des 384 centres hospitaliers avec accueil des urgences, 11 des 50 établissements de centre hospitaliers universitaires, 1 des 38 établissements privés d'intérêt collectif ; ce défaut, portant pour moitié simultanément sur la documentation, dans les résumés PMSI, du passage par les urgences et des codes diagnostiques de lésion auto-infligée par ces établissements (dans ce cas il est pris appui sur le nombre d'admissions en unité d'hospitalisation de courte durée), diminue sur la période de 7,0 % en 2007 à 1,1 % en 2012 (5,4 % en 2008 ; 3,4 % en 2009 ; 1,7 % en 2010 ; 1,4 % en 2011). Les établissements de santé privés à but lucratif ne reçoivent pas tous des patients avec tentative de suicide et aucune correction n'a été faite pour ceux-ci. Pour mémoire, un défaut des statistiques de décès par suicide existe (sous-estimation de 9,4 % ; Aouba *et al.*, 2011) il est admis que celui-ci n'affecte pas la distribution selon la classe d'âges et le code sexe. De plus, sur la période 2007-2012, il n'y a pas lieu de penser que son importance ait varié de façon importante.

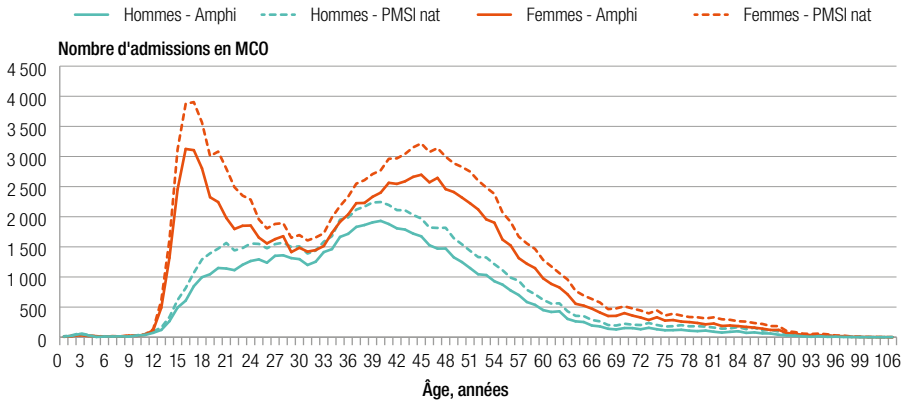
dans des établissements de santé privés. La distance médiane au domicile est de 7 km. L'âge moyen à l'admission est de 38 ans, 37 % sont des hommes. 14 % des patients ont eu dans la même année une précédente hospitalisation pour tentative de suicide. Le mode opératoire est pour 55 % l'ingestion de médicaments sédatifs, pour 27 % l'ingestion d'autres médicaments, pour 3 % l'ingestion importante d'alcool, pour 2 % l'ingestion de substances chimiques autres (solvants, pesticides, caustiques, etc.), pour 4 % une blessure par objet tranchant, pour 1 % une pendaison, pour 2 % un autre moyen physique (saut dans le vide, arme à feu, noyade, etc.)[2]. Des troubles mentaux sont mentionnés dans les résumés PMSI MCO pour 48 % des séjours : schizophrénie (CIM-10 F2-) dans 2 % des cas, dépression (CIM-10 F3-) dans 33 % des cas et un trouble névrotique ou du comportement (CIM-10 F4-, F5-, F6, F8-, F9-) dans 12 % des cas. La présence d'une pathologie somatique chronique, au sens du score de Charlson (Quan *et al.*, 2005), est notée dans 6 % des résumés. Des codes documentant des difficultés sociales ou économiques (CIM-10 Z55 à Z65) sont mentionnés dans moins

2. Le mode opératoire n'est pas précisé pour 6 % des séjours ; pour 8 %, plusieurs modes opératoires sont mentionnés.

Encadré 2 • La base de données expérimentale Amphi

La base de données expérimentale Analyse de la mortalité post-hospitalisation recherche d'indicateurs par établissement (Amphi) constitue une source pour ce type d'étude : les résumés PMSI des années 2008 et 2009 intégrables aux données du SNIIRAM via la clé de chaînage anonyme PMSI ont été augmentés, d'une part du statut vital à un an après la sortie d'hospitalisation, et le cas échéant, du délai de survenue du décès dans la limite d'une année après la sortie d'hospitalisation (les informations statut vital et date de décès sont transmises pour gestion et aux fins de complétude par la Caisse nationale d'assurance vieillesse à la CNAMTS via le NIR et figurent dans le SNIIRAM ; le délai correspond à la différence en jours entre la date du décès et la date de sortie) et, d'autre part, en cas de décès, des données issues du traitement des certificats de décès (jointure au service médical de la CNAMTS sur la date de naissance, le code sexe, la date de décès, le code commune de domicile). La base de données a été constituée, dans le cadre d'un partenariat scientifique avec la DREES, par la CNAMTS et le CépiDc-Inserm, pour permettre des études sur la mortalité post-hospitalière, après avis de l'Institut des données de santé et autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les résumés PMSI correspondant à des séances de chimiothérapie anticancéreuse, radiothérapie ou dialyse (par nature itératifs, 22 % des résumés) comme ceux des patients non affiliés au régime général *stricto sensu* (c'est-à-dire MSA, RSI, étudiants, fonctionnaires… régimes pour lesquels l'information statut vital n'est pas disponible, soit 30 % des patients) n'ont pas été intégrés dans la base. Celle-ci comprend *in fine* 24 millions de séjours.

Graphique 2 • Distribution des âges à l'admission en MCO pour tentative de suicide, décès exclus, bases de données Amphi (affiliés au régime général) et PMSI national des années 2008 et 2009



Lecture • Pour les années 2008 et 2009 considérées dans leur ensemble, 2 962 hospitalisations pour tentative de suicide concernant des femmes âgées de 40 ans ont été enregistrées dans les bases de données PMSI nationales ; parmi ces hospitalisations, 2 563 figurent dans la base de données Amphi (87 %).
Source • Base Amphi, ATIH base nationale PMSI-MCO ; traitements DREES.

Tableau • Régression logistique sur le statut vital à un an d'une hospitalisation pour tentative de suicide (base Amphi)

	Ensemble n = 168 071	Décès à 1 an toutes causes n = 4 910	OR [95 % CI]	Décès à 1 an suicide n = 1 754	OR [95 % CI]
Âge moyen, années	38,4 +/- 15,7	51,0 +/- 17,6	1,05 [1,04-1,05]***	46,3 +/- 14,8	1,03 [1,03-1,03]***
Hommes (%)	62 712 (37,3 %)	2 672 (4,3 %)	2,60 [2,16-3,11]***	936 (1,5 %)	2,02 [1,52-2,68]***
Interaction âge-sexe : âge moyen hommes, années	38,4 +/- 14,3	49,1 +/- 17,2	1,00 [0,99-1,00]*	45,0 +/- 14,6	1,00 [0,99-1,01]
Distance moyenne au domicile, km	12,6 +/- 17,0	12,8 +/- 17,8	1,00 [1,00-1,00]	13,7 +/- 18,5	1,00 [1,00-1,00]
Hospitalisation précédente pour TS° (%)	23 889 (14,2 %)	1 059 (4,4 %)	1,90 [1,77-2,05]***	422 (1,8 %)	1,90 [1,69-2,13]***
Pathologie chronique mentionnée~ (%)	10 072 (6,0 %)	1 001 (9,9 %)	1,33 [1,29-1,36]***	140 (1,4 %)	0,93 [0,86-1,00]
dans ce cas score moyen, points	2,0 +/- 1,4	2,7 +/- 1,9		2,1 +/- 1,5	
Mention d'une schizophrénie (%)	3 884 (2,3 %)	187 (4,8 %)	1,25 [1,06-1,46]***	62 (1,6 %)	1,23 [0,94-1,60]
Mention d'une dépression (%)	56 357 (33,5 %)	1 766 (3,1 %)	0,88 [0,82-0,94]*	742 (1,3 %)	1,22 [1,10-1,35]*
Mention de troubles du comportement ou névrotiques (%)	20 254 (12,1 %)	447 (2,2 %)	0,78 [0,70-0,87]***	149 (0,7 %)	0,83 [0,69-0,99]**
Mode opératoire					
Auto-intoxication par des analgésiques [X60] (%)	12 130 (7,2 %)	156 (1,3 %)	0,62 [0,51-0,77]***	55 (0,4 %)	0,52 [0,37-0,74]***
Auto-intoxication par des sédatifs [X61] (%)	92 124 (54,8 %)	2 585 (2,8 %)	0,90 [0,79-1,03]	995 (1,1 %)	0,87 [0,70-1,09]
Auto-intoxication par des narcotiques [X62] (%)	1 487 (0,9 %)	75 (5,0 %)	1,55 [1,18-2,03]**	14 (0,9 %)	0,81 [0,46-1,42]
Auto-intoxication par des médicaments cholinergiques [X63] (%)	1 296 (0,8 %)	35 (2,7 %)	0,72 [0,50-1,03]	13 (1,0 %)	0,75 [0,42-1,36]
Auto-intoxication par des médicaments autres [X64] (%)	31 289 (18,6 %)	808 (2,6 %)	0,86 [0,75-0,99]*	276 (0,9 %)	0,83 [0,65-1,05]
Auto-intoxication par l'alcool [X65]	4 234 (2,5 %)	204 (4,8 %)	1,03 [0,85-1,25]	16 (0,4 %)	0,26 [0,15-0,45]***
Auto-intoxication par des solvants organiques [X66] (%)	280 (0,2 %)	7 (2,5 %)	0,58 [0,26-1,26]	5 (1,8 %)	1,38 [0,55-3,46]
Auto-intoxication par d'autres gaz [X67] (%)	337 (0,2 %)	18 (5,3 %)	1,03 [0,62-1,72]	9 (2,7 %)	1,59 [0,79-3,21]
Auto-intoxication par des pesticides [X68] (%)	239 (0,1 %)	20 (8,4 %)	1,57 [0,94-2,62]	9 (3,8 %)	2,24 [1,10-4,57]*
Auto-intoxication par des produits chimiques autres [X69] (%)	2 926 (1,8 %)	111 (3,8 %)	1,01 [0,80-1,28]	53 (1,8 %)	1,22 [0,86-1,74]
Lésion auto-infligée par pendaison [X70] (%)	2 226 (1,3 %)	154 (6,9 %)	1,50 [1,21-1,86]***	69 (3,1 %)	1,80 [1,31-2,48]***

	Ensemble n = 168 071	Décès à 1 an toutes causes n = 4 910	OR [95 % CI]	Décès à 1 an suicide n = 1 754	OR [95 % CI]
Lésion auto-infligée par noyade [X71] (%)	420 (0,3 %)	26 (6,2 %)	1,17 [0,76-1,80]	10 (2,4 %)	1,26 [0,65-2,46]
Lésion auto-infligée par décharge d'arme à feu [X72-4] (%)	651 (0,4 %)	55 (8,4 %)	1,05 [0,76-1,45]	24 (3,7 %)	1,63 [1,02-2,62]*
Lésion auto-infligée par exposition au feu [X75-7] (%)	229 (0,1 %)	13 (5,7 %)	1,10 [0,60-2,02]	2 (0,9 %)	0,53 [0,13-2,17]
Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant [X78-9] (%)	6 547 (3,9 %)	217 (3,3 %)	1,09 [0,90-1,31]	77 (1,2 %)	1,08 [0,79-1,47]
Lésion auto-infligée par saut dans le vide [X80] (%)	1 412 (0,8 %)	57 (4,0 %)	0,98 [0,73-1,33]	13 (0,9 %)	0,68 [0,38-1,23]
Lésion auto-infligée par collision [X81-2] (%)	297 (0,2 %)	8 (2,7 %)	0,87 [0,42-1,81]	3 (1,0 %)	0,81 [0,25-2,59]
Lésion auto-infligée autre [X83] (%)	538 0,3 %)	25 (4,6 %)	1,30 [0,84-2,01]	7 (1,3 %)	1,17 [0,54-2,55]
Lésion auto-infligée non précisée [X84] (%)	9 409 (5,6 %)	336 (3,6 %)		104 (1,1 %)	
Mention de plusieurs modes opératoires (%)	14 163 (8,4 %)	403 (2,8 %)	1,06 [0,95-1,19]	172 (1,2 %)	1,20 [1,01-1,41]
Mention de difficultés sociales et économiques (%)	343 (0,2 %)	4 (1,2 %)	1,01 [0,37-2,76]	2 (0,6 %)	1,23 [0,30-5,00]
Prise en charge en soins continus, intensifs, réanimation (%)	22 279 (13,3 %)	1 095 (4,9 %)	1,30 [1,20-1,41]***	414 (1,9 %)	1,64 [1,44-1,85]***
Centre hospitalier (%)	120 624 (71,7 %)	3 481 (2,9 %)		1 308 (1,1 %)	
Centre hospitalier universitaire (%)	40 108 (23,9 %)	1 229 (3,1 %)	0,97 [0,90-1,04]	375 (0,9 %)	0,81 [0,71-0,91]*
Autre type d'établissement de santé (%)	7 339 (4,4 %)	200 (2,7 %)	0,87 [0,74-1,01]	71 (1,0 %)	1,00 [0,78-1,28]
Sortie à domicile	118 527 (70,5 %)	2 836 (2,4 %)		922 (0,8 %)	
Transfert dans un autre établissement	49 544 (29,5 %)	2 074 (4,2 %)	1,31 [1,23-1,40]***	832 (1,7 %)	1,61 [1,46-1,78]***
Durée moyenne de séjour, jours	2,3 +/- 4,0	4,0 +/- 6,5	1,01 [1,01-1,02]**	2,9 +/- 4,8	0,99 [0,98-1,01]
Qualité discriminante du modèle, statistique c			0,76		0,73

° Ceci recouvre les hospitalisations au cours de la même année civile.
~ Comme définies dans le score de Charlson.
* p<0,01 ; ** p<0,001 ; *** p<0,0001

Lecture • Dans la base de données Amphi, l'âge moyen des patients hospitalisés pour tentative de suicide est de 38,4 ans (écart-type de 15,7 ans) ; 37,3 % sont des hommes ; 4 910 sont décédés dans l'année qui a suivi l'hospitalisation et avaient un âge moyen de 51 ans (écart-type 17,6 ans) ; 4,3 % des hommes sont décédés dans l'année qui a suivi l'hospitalisation pour tentative de suicide ; 1 754 patients sont décédés par suicide et avaient un âge moyen de 46,3 ans (écart-type 14,8 ans) ; 1,5 % des hommes sont décédés par suicide dans l'année qui a suivi l'hospitalisation. Pour le décès à un an, l'odds ratio (OR), qui mesure un rapport de risque et est estimé par un modèle de régression logistique, est de 1,03 pour l'âge soit une augmentation de 3 % du risque de décès par année d'âge, l'âge ayant été considéré en années ; l'intervalle de confiance à 95 % de l'estimation est donné entre crochets.

Source • Base Amphi ; traitements DREES.

de 1 % des résumés PMSI d'hospitalisation pour tentative de suicide. Les séjours sélectionnés ont une durée moyenne de 2 jours et, à l'issue, un transfert est noté pour 30 % des cas, principalement vers un service de psychiatrie.

Un an après l'hospitalisation pour tentative de suicide, 4910 décès (3 %) sont survenus. Parmi ces décès, une information issue du traitement des certificats médicaux de décès est disponible pour 96 %[3] : 1754 (36 %) ont comme cause de décès le suicide, pour 11 % la cause du décès est un accident (codes CIM-10 V01-Y89 suicides exclus), 7 % un trouble mental (codes CIM-10 F00-F99), 39 % une autre pathologie, pour 7 % la cause de décès est inconnue ou non précisée (codes CIM-10 R96-R99). Par comparaison, les statistiques de l'ensemble des décès survenus en France pour les années 2008 à 2010 donnent un profil de répartition des causes très différent où les pathologies autres sont davantage représentées et les morts violentes beaucoup moins : suicides 2 %, accidents 5 %, troubles mentaux 3 %, autres pathologies 87 %, manquants 3 %.

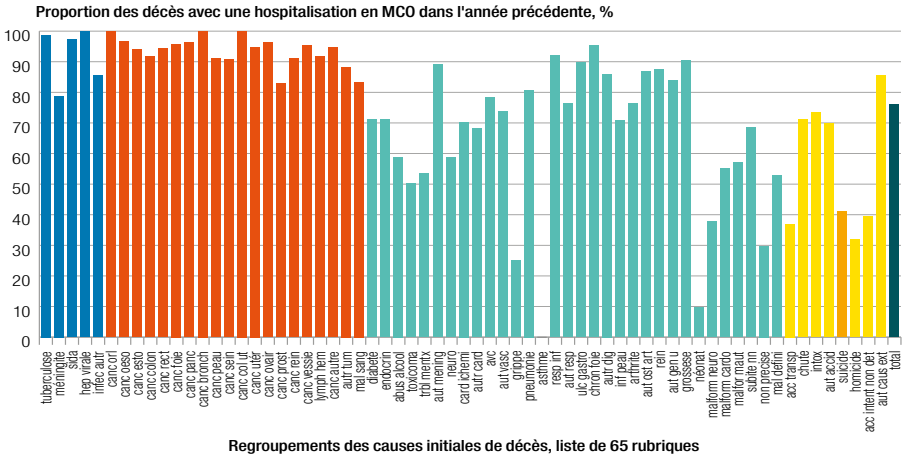
Deux modèles de régression logistique multiples ont été construits pour identifier, parmi les informations des résumés PMSI établis lors de l'hospitalisation pour tentative de suicide, celles qui ont la plus forte valeur pronostique vis-à-vis du décès à un an, d'une part quelle que soit la cause du décès et d'autre part pour les décès par suicide (**tableau**). Parmi les facteurs pronostiques, l'avancée en âge et le fait d'être un homme (augmentation du risque respectivement de 1,05 par année d'âge et 2,6) sont retrouvés. Une hospitalisation précédente en MCO pour tentative de suicide dans la même année civile est associée avec une augmentation du risque de décès à 1 an de 1,9. La mention d'une schizophrénie est associée à une augmentation de risque de 1,25, la mention d'une dépression augmente le risque de décès par suicide (1,22) alors que pour les décès toutes causes cette mention est associée à une diminution du risque (0,88), de façon similaire pour la mention de troubles du comportement ou névrotiques. La présence d'une pathologie chronique est, comme cela est décrit dans la littérature scientifique, un facteur de risque de décès de façon générale (1,33), mais ne l'est pas pour les décès par suicide. Parmi les modes opératoires lors de la tentative de suicide, l'augmentation du risque est la plus forte pour la pendaison (1,50), l'ingestion d'analgésique est par contre associée à une diminution du risque de décès (0,62). La gravité des conséquences somatiques de la tentative de suicide (marquée par l'admission en soins continus, soins intensifs ou réanimation) est associée à un risque accru de décès à un an (1,30), tout comme une durée de séjour hospitalier plus longue lors de la tentative de suicide (augmentation du risque de 1,01 par jour en MCO pour les décès toutes causes). La décision de transfert à l'issue du séjour est associée à un risque accru de décès, tant toutes causes confondues (1,31) que pour les seuls suicides (1,61), ce qui peut indiquer l'appréciation d'une nécessité de suivi en établissement par l'équipe médicale.

3. Ce taux est identique au taux général de jointure des certificats de décès observé lors de la constitution de la base de données Amphi.

Ces résultats sont en cohérence avec ce qui est décrit dans la littérature scientifique, tout en donnant une quantification, toutes choses égales par ailleurs, des différents facteurs pronostiques, à partir d'un échantillon conséquent de 168 000 séjours, représentatif (pour les distributions des âges et sexe) des admissions pour tentatives de suicide. La qualité discriminante des modèles, proche de 0,80, semble indiquer que lors de ces séjours l'appréciation du pronostic à distance de l'hospitalisation peut être faite avec des éléments d'information recueillis en routine, mais certainement encore de façon plus précise en les complétant avec des données cliniques non recueillies dans le cadre du PMSI. Les données de décès à un an peuvent servir de référence pour des évaluations de pratiques de prévention de la survenue du décès par suicide.

Cependant, ces résultats ne concernent que les tentatives de suicide hospitalisées en MCO, c'est-à-dire les patients non décédés à la suite de leur tentative et pour lesquels une hospitalisation en MCO a été décidée et non une proposition de suivi en ambulatoire ou une hospitalisation en psychiatrie, par exemple. Par ailleurs, s'il y a 40 % des personnes décédées par suicide qui sont décédées en MCO ou y ont été hospitalisées dans l'année précédant le décès (**graphique 3**), il conviendrait de pouvoir apprécier la part de celles ayant bénéficié de seuls soins ambulatoires ou ayant été hospitalisées en psychiatrie, sans admission en MCO, l'année précédant le décès, afin de mesurer la part ayant eu un contact avec le système de soins.

Graphique 3 • Mise en correspondance de la base Amphi, après standardisation sur le taux de couverture de la base selon l'âge, et des statistiques de causes de décès



Lecture • 98 % des patients décédés de tuberculose sont décédés dans un service de médecine chirurgie obstétrique ou y ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année précédant le décès.
Source • Base Amphi, traitements DREES.

Références

- www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm
- www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees/bases-de-donnees
- **Chan-Chee C., Jezewski-Serra D.**, 2014, « Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 51 p.
- **Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla É.,** 2011, « Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité en France métropolitaine, 2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 497-500.
- **Quan H., Sundararajan V., Halfon P., Fong A., Burnand B., Luthi J.C., Saunders L.D., Beck C.A., Feasby T.E., Ghali W.A.,** 2005, « Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data », *Medical Care*, 43 (11), 1130-1139.

FICHE 4

Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France

Organisme rédacteur : InVS

En France (départements d'outre-mer inclus), le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) a comptabilisé 90 094 séjours hospitaliers dans les services de médecine et de chirurgie pour tentative de suicide (TS) en 2013. Ces hospitalisations pour TS ont concerné 78 980 patients (30 475 hommes et 48 505 femmes).

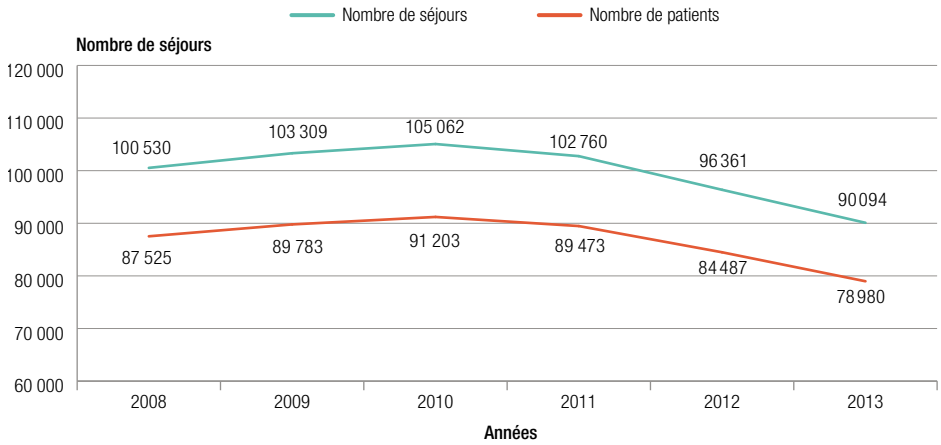
Le nombre de patients et de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France entre 2008 et 2013

Le **graphique 1** montre l'évolution annuelle du nombre de patients et du nombre de séjours hospitaliers pour TS entre 2008 et 2013. Cette évolution se fait en parallèle, avec une augmentation des hospitalisations entre 2008 et 2010, passant de 100 530 séjours en 2008 à 105 062 en 2010, suivie d'une baisse régulière à partir de 2011. De même, le nombre de personnes hospitalisées suite à une TS en médecine et chirurgie augmente de 87 525 en 2008 à 91 203 en 2010 et décroît régulièrement depuis 2011 pour atteindre 78 980 personnes en 2013.

Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France entre 2008 et 2013

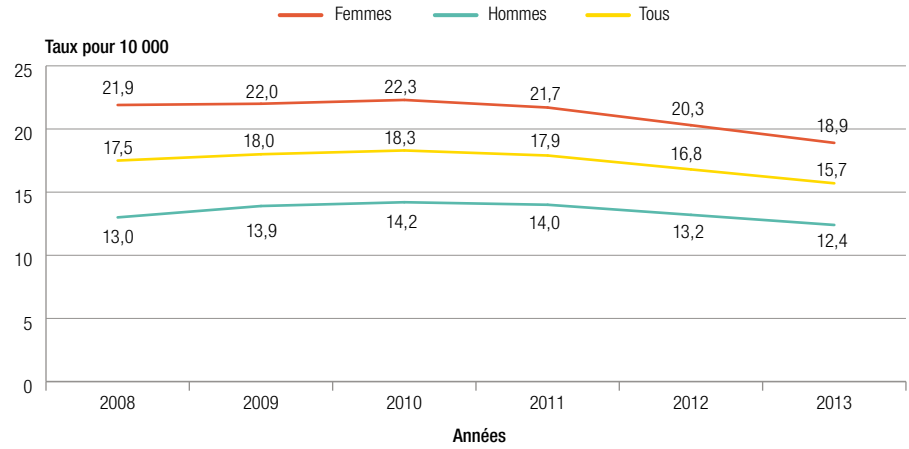
Le **graphique 2** montre les taux standardisés annuels d'hospitalisation pour TS entre 2008 et 2013 en médecine et chirurgie. Le taux d'hospitalisation en France pour TS est passé de 17,5 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,7 pour 10 000 en 2013. La diminution est plus marquée chez les femmes, passant de 21,9 pour 10 000 en 2008 à 18,9 pour 10 000 en 2013, que chez les hommes (13,0 pour 10 000 en 2008 et 12,4 pour 10 000 en 2013). L'évolution annuelle des taux standardisés n'est pas significative chez les hommes entre 2008 et 2013 alors que chez les femmes, le pourcentage de diminution des taux entre 2008 et 2013 est estimé à 1,6 % par an, cette évolution étant surtout marquée entre 2010 et 2013.

Graphique 1 • Nombre de séjours et nombre de patients âgés de 10 ans et plus hospitalisés pour tentative de suicide en France par année, PMSI-MCO 2008-2013



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, 87 525 patients ont été hospitalisés pour tentative de suicide au cours de 100 530 séjours hospitaliers.
Source • ATIH, analyses InVS.

Graphique 2 • Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide en France chez des patients âgés de 10 ans et plus par année, PMSI-MCO 2008-2013



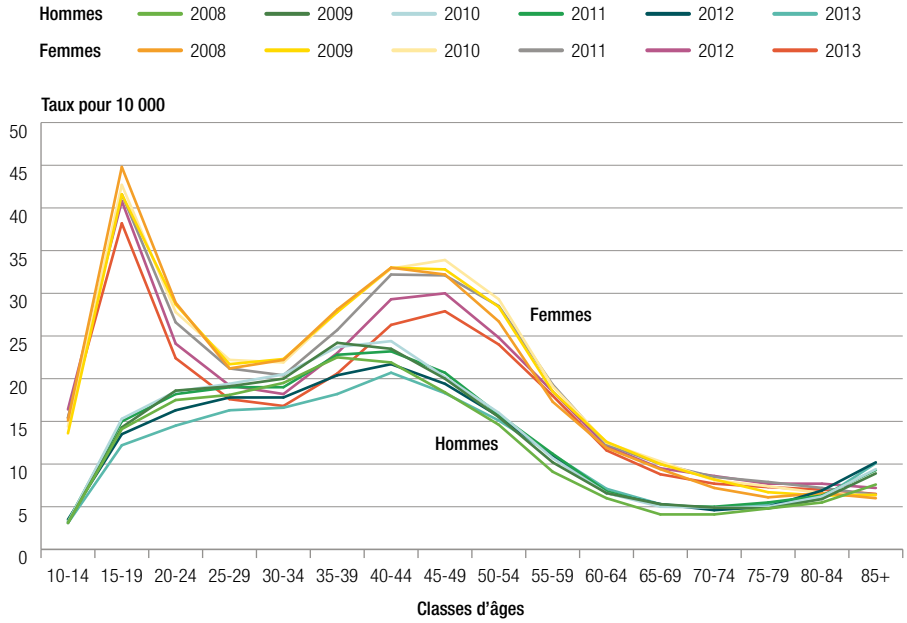
* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes est de 13 pour 10 000.
Source • ATIH, analyses InVS.

Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France selon l'âge et le sexe

Les taux d'hospitalisation par sexe et âge montrent que quelle que soit l'année, les taux féminins sont plus élevés que les taux masculins sauf au-delà de 85 ans. Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans présentent systématiquement le taux le plus élevé de séjours hospitaliers pour TS (en moyenne 42 pour 10 000). Un deuxième pic de séjour pour TS se retrouve chez les femmes entre 40 et 49 ans (en moyenne 30 pour 10 000).

Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour TS augmentent avec l'âge, atteignant le maximum chez les 40-44 ans (en moyenne 22,5 pour 10 000). En 2013, pour la première fois, dans la classe d'âges des 30-34 ans, le taux est pratiquement le même chez les femmes (16,8 pour 10 000) et les hommes (16,6 pour 10 000).

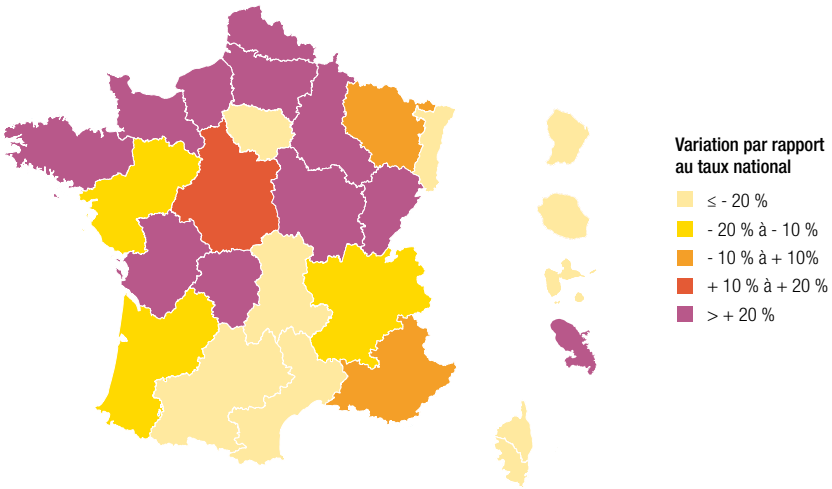
Graphique 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France chez des patients âgés de 10 ans et plus par sexe et classe d'âges, PMSI-MCO 2008-2013



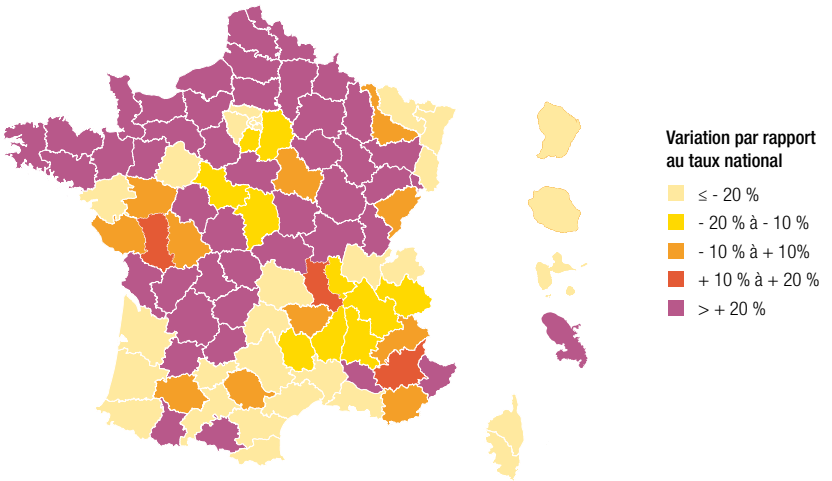
Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes de la classe d'âges 10-14 ans est de 3 pour 10 000.
Source • ATIH, analyses InVS.

Cartes 4 • Variation par rapport au taux national des taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes âgés de 10 ans et plus par région et par département, en 2013

Hommes 2013 par région



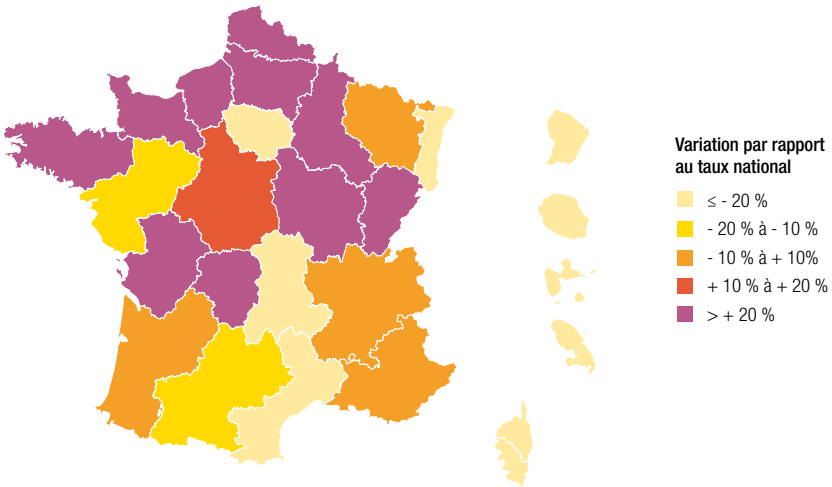
Hommes 2013 par département



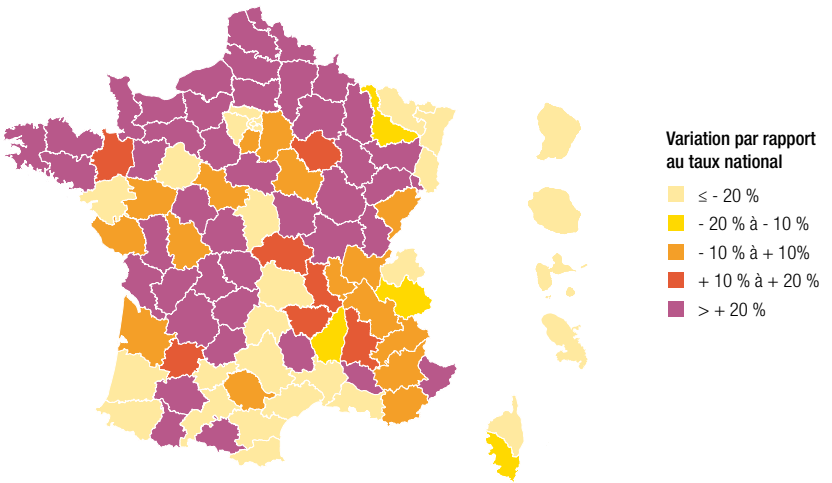
* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Cartes 5 • Variation par rapport au taux national des taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes âgées de 10 ans et plus par région et par département en 2013

Femmes 2013 par région



Femmes 2013 par département



* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013.
Source • ATIH, analyses InVS.

Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France selon la région et le département

En 2013, les taux standardisés nationaux sont de 18,9 pour 10 000 chez les femmes et de 12,4 pour 10 000 chez les hommes.

En métropole, chez les hommes (**cartes 4**) comme chez les femmes (**cartes 5**), les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire, présentent des taux de plus de 20 % supérieurs au taux national en 2013. Dans les DOM, les hommes en Martinique présenteraient aussi un taux d'hospitalisation pour TS de plus de 20 % supérieur au taux national, dépassant le taux féminin qui est proche du taux national. Les taux régionaux varient de 4,3 pour 10 000 en Guyane à 35,6 en Haute-Normandie chez les femmes et de 4,4 pour 10 000 en Guyane à 23,8 en Haute-Normandie chez les hommes.

Les cartes départementales montrent qu'au sein de certaines régions les disparités interdépartementales sont très importantes, par exemple en Aquitaine, les taux départementaux d'hospitalisation pour TS passent du simple à plus du triple entre les Pyrénées-Atlantiques (5,5 chez les hommes et 9,3 chez les femmes) et la Dordogne (19,1 chez les hommes et 30,1 chez les femmes).

Synthèse et conclusion

Entre 2008 et 2013, le taux d'hospitalisation pour TS dans les services de médecine et chirurgie en France métropolitaine et départements d'outre-mer est passé de 17,5 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,7 pour 10 000 en 2013. Cette diminution concerne surtout les années comprises entre 2010 et 2013 et est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. L'analyse présentée dans cette fiche à partir de données du PMSI-MCO est circonscrite aux TS hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours brefs en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) faisant partie des services des urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les patients suicidants non hospitalisés après un passage aux urgences, ni ceux qui sont hospitalisés directement en psychiatrie sans passage préalable dans un service de médecine. Par ailleurs, les hospitalisations en établissement psychiatrique suite à une TS sont encore très mal renseignées dans le système d'informations hospitalières.

En métropole, les régions du Sud présentent les taux les plus bas par rapport au taux national en 2013. En ce qui concerne les DOM, les taux y sont plus bas que le taux national sauf en Martinique où le taux est particulièrement élevé chez les hommes (16,8 pour 10 000), sans que cette surmorbidité hospitalière n'ait été retrouvée chez

les femmes (7,1 pour 10 000), ce qui pose question. Dans les enquêtes déclaratives en population générale en Martinique, les hommes déclaraient moins souvent des TS que les femmes : dans le Baromètre santé DOM 2014, la prévalence de TS au cours de la vie est respectivement de 2,9 % chez les hommes et 6,2 % chez les femmes. Nous n'avons aucun argument pour penser que le décalage entre les données hospitalières masculines et féminines en Martinique soit le reflet d'une prise en charge hospitalière plus importante des TS masculines. En effet, il semblerait que la surmorbidité hospitalière masculine des TS provienne plutôt d'une erreur de codage des hospitalisations, certains séjours pour intoxication alcoolique chez les hommes ont été codés en hospitalisations pour tentative de suicide par auto-intoxication ou exposition à l'alcool (X65, voir les fiches sur les données infranationales du suicide et des tentatives de suicide dans ce rapport).

Ces résultats montrent que les études issues du PMSI sont importantes pour la surveillance des TS mais elles sont dépendantes du codage par les praticiens des établissements de santé. Par conséquent, il serait utile que des améliorations du codage y soient apportées et que des études de validation des données du PMSI soient mises en place localement dans des établissements, avec un possible retour dans les dossiers médicaux.

FICHE 5

Tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées dans le Baromètre santé des départements d'outre-mer en 2014

Organisme rédacteur : InVS et INPES

Contexte

Les données du Baromètre santé DOM 2014 permettent, pour la première fois, de comparer les prévalences de tentatives de suicide (TS) et de pensées suicidaires (PS) en population générale dans les départements d'outre-mer (DOM : Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion) avec celles de métropole, de caractériser les populations les plus exposées au risque suicidaire et d'étudier les facteurs qui y sont associés. Les enquêtes du Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) permettent de disposer d'une donnée unique sur l'épidémiologie des tentatives de suicide et des pensées suicidaires et d'apporter des éléments d'orientation pour les politiques de prévention du suicide.

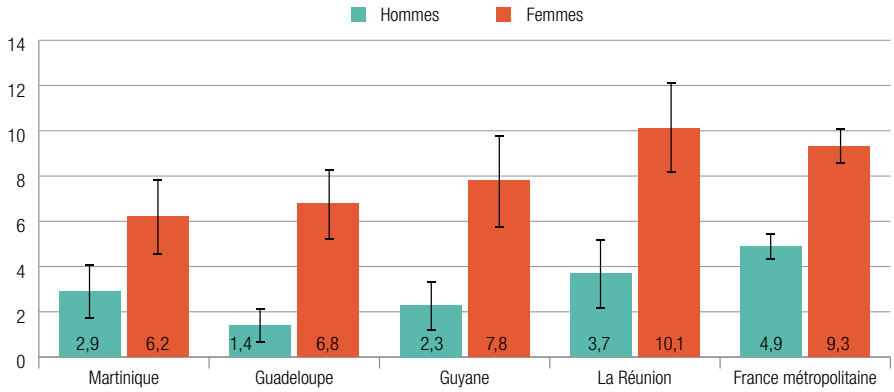
La collecte des données a eu lieu entre avril et octobre 2014 auprès d'un échantillon aléatoire de 2000 individus âgés entre 15 et 75 ans dans chaque DOM. La passation du questionnaire a été réalisée par téléphone par des enquêteurs bilingues français/créole spécialement formés pour cette enquête.

En métropole, la collecte des données a eu lieu entre le 11 décembre 2013 et le 31 mai 2014 auprès d'un échantillon aléatoire de 15 635 individus âgés de 15 à 75 ans.

Prévalences dans les DOM et comparaison avec la métropole

En 2014, chez les répondants âgés de 15 à 75 ans, 4,7 % (n=98/2025) en Martinique, 4,3 % (n=90/2024) en Guadeloupe, 5,1 % (n=115/2012) en Guyane, et 7,0 % (n=159/2093) à La Réunion déclarent avoir tenté de se suicider au cours de la vie – TS (vie) – et respectivement 0,6 % (n=9/2023) en Martinique, 0,6 % (n=10/2019)

Graphique 1 • Prévalences des tentatives de suicide au cours de la vie – TS (vie) – par sexe chez des personnes âgées entre 15 et 75 ans selon le département d'outre-mer et en métropole, en 2014



Champ • DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion) et France Métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Lecture • 2,9 % des hommes en Martinique déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie.
Source • Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, INPES.

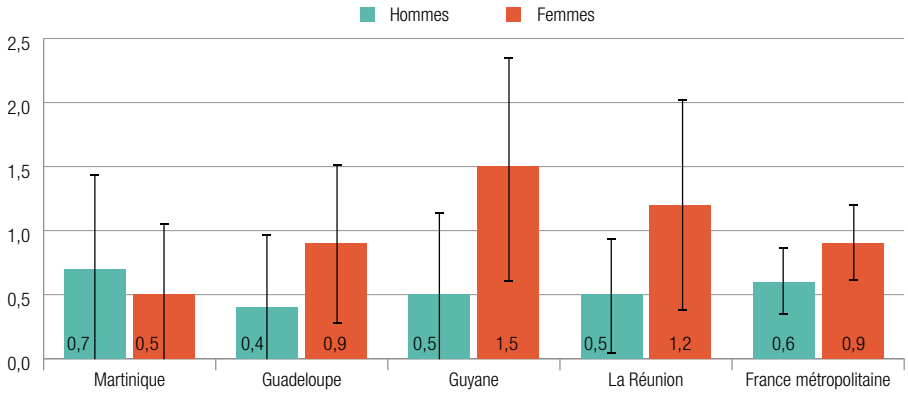
en Guadeloupe, 1,0 % (n=18/2 010) en Guyane et 0,9 % (n=18/2 088) à La Réunion au cours des 12 derniers mois – TS (12 mois). Par ailleurs, dans cette même population la prévalence déclarée de PS au cours des 12 derniers mois – PS (12 mois) – est de 4,4 % (n=84/2 024) en Martinique, 4,2 % (n=87/2 022) en Guadeloupe, 5,5 % (n=109/2 010) en Guyane et 4,7 % (n=99/2 092) à La Réunion.

Les prévalences de TS (vie) déclarées en Martinique (p<0,001)[1], Guadeloupe (p<0,001) et Guyane (p=0,0001) sont significativement plus faibles qu'en France métropolitaine (7,1 %), mais ne diffèrent pas significativement les unes des autres. Ce constat est vérifié chez les hommes comme chez les femmes (**graphique 1**). En revanche, la prévalence enregistrée à La Réunion est comparable à celle de la métropole pour les deux sexes, et significativement plus élevée qu'en Martinique, Guadeloupe et Guyane (**graphique 1**).

La prévalence de TS (12 mois) mesurée en France métropolitaine (0,8 %) ainsi que la prévalence de PS (12 mois) mesurée en France métropolitaine (4,9 %) ne diffèrent pas de celles mesurées dans les DOM. Les prévalences de TS (12 mois) et de PS (12 mois) ne diffèrent pas significativement entre les DOM.

1. Significativité de la différence des prévalences entre la Martinique et la métropole.

Graphique 2 • Prévalences des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois - TS (12 mois) par sexe chez des personnes âgées entre 15 et 75 ans selon le département d'outre-mer et en métropole, en 2014



Champ • DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion) et France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Lecture • 0,7 % des hommes en Martinique déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.
Source • Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, INPES.

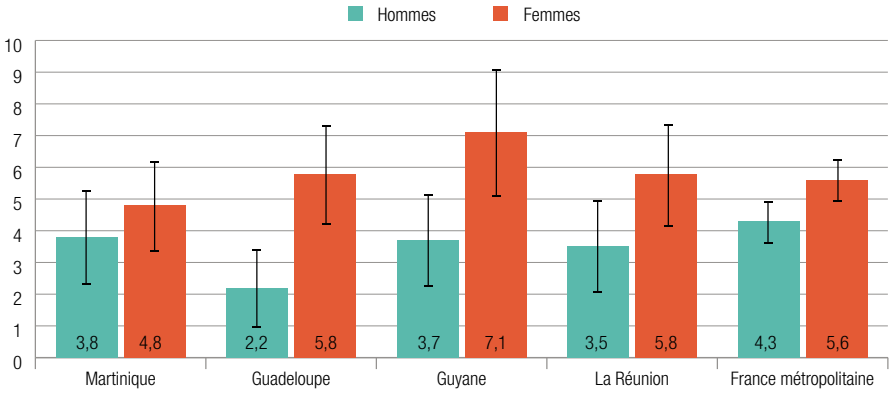
Prévalences selon le sexe et l'âge

Comme en France métropolitaine, les prévalences de TS (vie) et de PS (12 mois) sont significativement plus élevées chez les femmes que chez les hommes dans les quatre DOM. Concernant la prévalence de TS (12 mois), la seule différence significative entre les femmes et les hommes s'observe à La Réunion (**graphiques 1, 2, 3**).

L'analyse des différences de prévalence par âge ne peut se faire que sur des taux calculés sur les 12 derniers mois[2]. La prévalence des TS (12 mois) semble varier en fonction de l'âge, quel que soit le DOM, sans que cet effet ne soit statistiquement significatif. Ainsi, seule la prévalence chez les 15-30 ans apparaît significativement plus élevée que dans les autres classes d'âges, sauf à La Réunion où la prévalence la plus haute est mesurée chez les 61-75 ans.

2. L'analyse par classe d'âges a été menée sur les TS (12 mois) et les PS (12 mois) uniquement. Cet aspect n'a pas été étudié pour les TS (vie). En effet, l'interprétation des résultats est délicate pour plusieurs raisons. L'âge à la dernière TS ne coïncide pas forcément avec l'âge du répondant. Dans ces conditions, il est difficile d'identifier les classes d'âges les plus à risque. Par ailleurs, plusieurs effets dont il est compliqué de mesurer l'ampleur et la part de chacun, sont susceptibles d'être à l'œuvre : effet de génération, biais de mémoire ou réinterprétation du passé.

Graphique 3 • Prévalences des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois – PS (12 mois) – par sexe chez des personnes âgées entre 15 et 75 ans selon le département d'outre-mer et en métropole, en 2014



Champ • DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion) et France Métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Lecture • 3,8 % des hommes en Martinique déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.
Source • Baromètre santé DOM 2014 et Baromètre santé 2014, INPES.

En Guyane comme à La Réunion, les prévalences de PS (12 mois) ne diffèrent pas selon l'âge. En revanche, en Martinique et en Guadeloupe la prévalence de PS (12 mois) est significativement plus élevée chez les 15-30 ans (5,0 % en Martinique et 5,6 % en Guadeloupe) et chez les 31-45 ans (6,8 % en Martinique et 5,0 % en Guadeloupe) que chez les 61-75 ans (1,5 % et 1,0 % respectivement en Martinique et en Guadeloupe). Enfin, les PS (12 mois) semblent plus répandues chez les jeunes femmes des DOM (sauf en Martinique) que chez celles de métropole. On constate en effet qu'en métropole, la prévalence de PS (12 mois) chez les femmes de 15-30 ans (4,0 %) est significativement plus faible qu'en Guadeloupe (8,9 %, p=0,004) et en Guyane (7,3 %, p=0,03). Il en va de même à La Réunion, mais le résultat est moins net (prévalence de 6,8 % chez les femmes de 15-30 ans, mais la différence avec la métropole est à la limite de la significativité, p=0,054).

Facteurs associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois en 2014 dans les DOM

En 2014, chez les 15-75 ans, un seul facteur est significativement associé aux PS (12 mois) dans tous les DOM : le fait d'avoir eu un épisode dépressif majeur dans

les 12 derniers mois – EDM (12 mois) : ORa[3]=7,9 en Martinique ; ORa=5,7 en Guadeloupe ; ORa=7,0 en Guyane ; ORa=7,3 à La Réunion. Une mauvaise perception de sa santé est aussi associée aux PS (12 mois) sauf en Guyane (ORa=4,0 en Martinique, ORa=5,6 en Guadeloupe ; ORa=7,9 à La Réunion). Enfin, d'autres facteurs sont associés aux PS (12 mois), dans certains DOM seulement : le fait d'être une femme en Guadeloupe (ORa=1,9) et à La Réunion (ORa=2,0), le fait d'avoir une consommation d'alcool à risque chronique en Martinique (ORa=3,0) et à La Réunion (ORa=2,8), le fait de vivre seul au cours des 12 derniers mois en Martinique (ORa=2,6) et à La Réunion (ORa=2,9), le fait d'être célibataire ou de vivre en concubinage, en Guyane seulement (ORa=2,0). Être âgé de 61 à 75 ans est associé à un moindre risque de PS (12 mois) (avec pour référence la classe d'âges des 15-30 ans) en Martinique (ORa=0,2[4]) et en Guadeloupe (ORa=0,1), et le fait d'avoir un niveau d'étude équivalent (ORa=0,5) ou supérieur au Bac (ORa=0,4) est associé à un moindre risque de PS (12 mois) à La Réunion seulement.

En raison des faibles effectifs de répondants déclarant une TS (12 mois) dans chacun des DOM, nous n'avons pas construit de modèles multivariés. Néanmoins, les analyses bivariées ont montré que les prévalences de TS (12 mois) varient en fonction de certaines caractéristiques.

La prévalence est significativement plus élevée dans tous les DOM pour certains facteurs :

- chez ceux qui déclarent un EDM (12 mois) par rapport à ceux qui n'en déclarent pas (2,5 % *versus* 0,5 % en Martinique ; 2,8 % *versus* 0,5 % en Guadeloupe ; 4,6 % *versus* 0,8 % en Guyane ; 3,3 % *versus* 0,6 % à La Réunion) ;
- chez ceux qui déclarent des antécédents de TS par rapport à ceux qui n'en déclarent pas (22,4 % *versus* 0,1 % à la Martinique ; 36,3 % *versus* 0,2 % en Guadeloupe ; 35,0 % *versus* 0,04 % en Guyane et 14,0 % *versus* 0,5 % à La Réunion).

Par ailleurs, des prévalences plus élevées sont retrouvées dans tous les DOM, sauf en Martinique, chez ceux qui ont une mauvaise perception de leur santé que chez

3. Ora : odds ratio ajusté. Le fait de déclarer un épisode dépressif majeur augmente le risque d'avoir des pensées suicidaires, ORa>1. Cet odds ratio ajusté est issu d'une régression logistique ayant pour variable dépendante la survenue déclarée de PS au cours des 12 derniers mois et pour variables explicatives les variables sélectionnées suite à une procédure de sélection pas à pas descendante. Au cours de cette procédure, les variables non significatives au seuil de 5 % sont exclues successivement. Ainsi, les modèles finaux ne contiennent que des variables significatives au seuil de 5 %. Un modèle multivarié a été construit pour chaque DOM, l'âge et le sexe ont été intégrés systématiquement dans les modèles. Le modèle final « Martinique » a pour variable explicative : l'âge en tranche, le fait de vivre seul, l'usage d'alcool à risque chronique et le fait de déclarer un EDM et d'avoir une mauvaise perception de sa santé. Le modèle final « Guadeloupe » contient : le sexe, l'âge en tranche, le fait de déclarer un EDM, d'avoir une mauvaise perception de sa santé. Le modèle final « Guyane » contient : le sexe, l'âge en tranche, le statut marital, le fait de déclarer un EDM et le modèle « Réunion » contient : le sexe, l'âge en tranche, le fait de vivre seul, le niveau d'étude, l'usage d'alcool à risque chronique, le fait de déclarer un EDM et d'avoir une mauvaise perception de sa santé.

4. Le fait d'avoir entre 61 et 75 ans diminue le risque d'avoir des pensées suicidaires comparativement à la classe d'âges des 15-30 ans : ORa<1.

ceux qui se déclarent en bonne santé (3,6 % *versus* 0,3 % en Guadeloupe ; 3,4 % *versus* 0,4 % en Guyane ; 3,3 % *versus* 0,5 % à La Réunion).

D'autres facteurs associés sont observés dans certains DOM uniquement :
- en Martinique, la prévalence de TS (12 mois) est significativement plus élevée chez ceux qui déclarent vivre seuls (1,8 %) que chez ceux qui ne vivent pas seuls (0,4 %), et chez ceux qui touchent le RSA (1,7 %) que chez ceux qui ne le touchent pas (0,3 %) ;
- en Guyane, la prévalence de TS (12 mois) est significativement plus élevée chez ceux qui ont une consommation d'alcool à risque chronique (4,1 %) que chez ceux qui n'en ont pas (0,7 %) ;
- à La Réunion, la prévalence de TS (12 mois) est significativement plus élevée chez ceux qui se trouvent trop maigres (3,6 %) que chez ceux qui se trouvent trop gros (0,5 %) ou au bon poids (0,8 %), chez ceux qui déclarent souffrir d'une maladie chronique (1,8 %) que chez ceux qui n'en déclarent pas (0,4 %), et chez ceux qui déclarent être fortement limités dans leurs activités quotidiennes par un problème de santé (5,0 %) que chez ceux qui déclarent être limités mais pas fortement (0,5 %) ou pas limités du tout (0,7 %).

Discussion - conclusion

Au vu des analyses sur les TS (vie), il semble que ces dernières soient moins fréquentes dans les DOM qu'en métropole. Toutefois, La Réunion fait figure d'exception puisque la prévalence de TS (vie) y est comparable à celle de la métropole.

Concernant les TS (12 mois), on n'identifie pas de différence entre les prévalences dans les DOM et celles de métropole. Cependant, il faut être prudent dans l'interprétation de ce dernier résultat. En effet, les échantillons sur lesquels nous avons travaillé sont de tailles très limitées (9 répondants déclarent une TS (12 mois) en Martinique, 10 en Guadeloupe, 18 en Guyane et 18 également à La Réunion). Ainsi il n'est pas possible, pour des questions de puissance statistique, de conclure à la présence ou à l'absence de différence significative entre les prévalences de TS (12 mois) dans les DOM et en métropole.

Enfin, pour les PS (12 mois), le constat est différent puisque les prévalences dans les DOM sont comparables à celle de métropole. Cependant, l'analyse stratifiée sur l'âge et le sexe montre que les jeunes femmes déclarent significativement plus de PS (12 mois) dans les DOM (sauf en Martinique) qu'en métropole.

Les facteurs associés aux PS (12 mois) et TS (12 mois) dans les DOM semblent similaires à ceux qui sont classiquement identifiés dans la littérature et en métropole. Comme en métropole, le fait de souffrir d'un EDM semble être un facteur

prépondérant. Ce facteur est significativement associé aux PS (12 mois) et aux TS (12 mois) dans chacun des DOM avec une certaine force comme en témoigne la valeur des ORa. Le Baromètre santé DOM ne contient pas de question sur les violences subies. Par conséquent ce facteur, qui est fortement associé aux TS (12 mois) dans le Baromètre santé 2010, n'a pas pu être étudié. Par ailleurs, il est possible que certains facteurs n'aient pas été identifiés comme étant associés aux PS (12 mois) ou aux TS (12 mois) en raison du manque de puissance statistique.

Références

- **Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saias T.,** 2011, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (47-48), 488-92.
- **Bernal M., Haro J.M., Bernert S., Brugha T., de Graaf R., Bruffaerts R. *et al.*,** 2007, « Risk Factors for Suicidality in Europe : Results from the ESEMED Study », *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27-34.
- **Hardt J., Bernert S., Matschinger H., Angermeier M.C., Vilagut G., Bruffaerts R. *et al.*,** 2015 « Suicidality and its Relationship with Depression, Alcohol Disorders and Childhood Experiences of Violence : Results from the ESEMED Study », *Journal of Affective Disorders*.175C, 168-74.

FICHE 6

Prévalences et évolutions des comportements suicidaires en France métropolitaine en 2014

Organisme rédacteur : INPES

Contexte

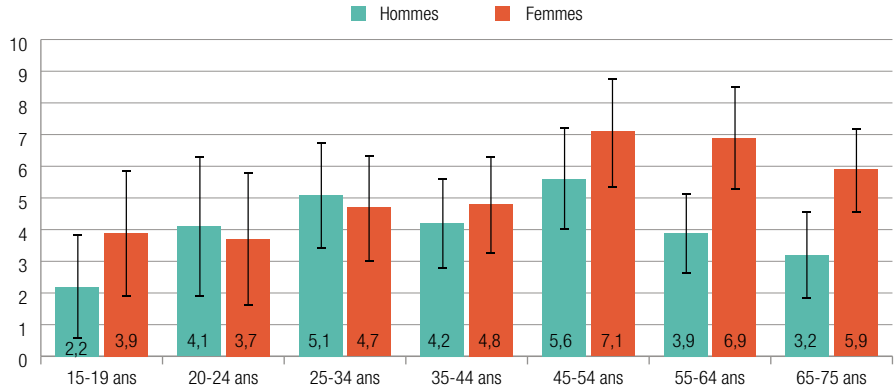
Le Baromètre santé de l'INPES est la seule enquête qui permet de suivre l'évolution des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées en population générale, et ce depuis 2000. Les données du Baromètre permettent non seulement d'estimer la prévalence de ces conduites suicidaires, mais aussi d'en étudier les facteurs associés. Cette fiche vise à présenter les principaux résultats du Baromètre santé 2014 relatifs à la prévalence déclarée des pensées suicidaires et des tentatives de suicide, de leurs évolutions et des facteurs associés, sur un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans vivant en France métropolitaine.

Prévalences et évolutions

En 2014, 5,0 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois – PS (12 mois) –, les femmes étant en proportion plus nombreuses que les hommes ($p<0,01$). Ces différences selon le sexe restent uniquement observées chez les plus de 55 ans ; pour les 55-64 ans, les proportions sont de 3,9 % chez les hommes et de 6,9 % chez les femmes ($p<0,01$), et pour les 65-75 ans, elles sont respectivement de 3,2 % et 5,9 % ($p<0,01$). La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois varie également selon la classe d'âges ($p<0,01$), avec un pic noté chez les 45-54 ans (6,4 %), ce qui est aussi bien observé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 5,6 % et 7,1 %)[1] (**graphique 1**).

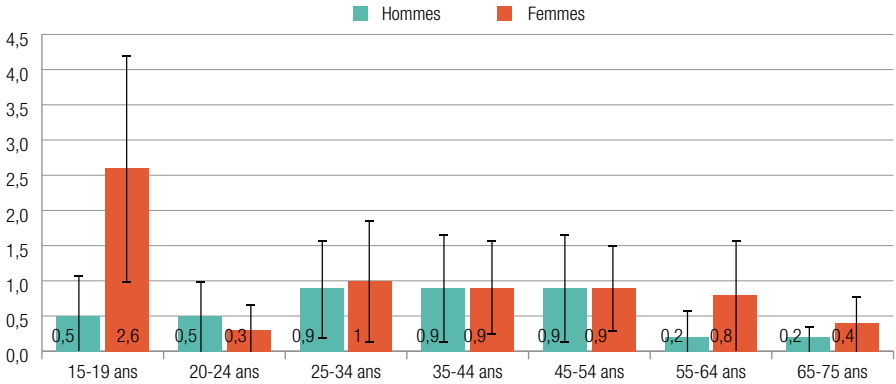
1. Chez les femmes, une différence significative a été observée entre les prévalences de PS (12 mois) selon l'âge ($p<0,05$), mais pas chez les hommes.

Graphique 1 • Prévalences déclarées des PS (12 mois) selon le sexe chez les 15-75 ans, en France métropolitaine, en 2014



*Ces résultats sont à mettre en regard des données de décès par suicide, où ce sont les plus âgés et les hommes qui enregistrent les niveaux les plus élevés.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Lecture • 2,2 % des hommes âgés de 15 à 19 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.
Source • Baromètre santé 2014, INPES.

Graphique 2 • Prévalences déclarées des TS (12 mois) selon le sexe chez les 15-75 ans, en France métropolitaine, en 2014



*Ces résultats sont à mettre en regard des données de décès par suicide, où ce sont les plus âgés et les hommes qui enregistrent les niveaux les plus élevés.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Lecture • 0,5 % des hommes âgés de 15 à 19 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.
Source • Baromètre santé 2014, INPES.

En 2014, 7,1 % des personnes de 15-75 ans ont déclaré avoir effectué une tentative de suicide au cours de la vie, la prévalence étant plus élevée chez les femmes (9,3 %) que chez les hommes (4,9 %) (p<0,001). Au sein de cette population, 37,7 % ont déclaré au moins une récidive.

En 2014, 0,8 % des individus déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois – TS (12 mois). Aucune différence significative n'a été notée selon le sexe (hommes : 0,6 % *versus* femmes : 0,9 %), sauf pour les 15-19 ans, où la prévalence observée chez les femmes est nettement supérieure à celle observée chez les hommes (2,6 % contre 0,5 %, p<0,05). Ainsi, si le niveau de la prévalence globale de TS (12 mois) chez les jeunes de 15-19 ans est élevé (1,5 %) par rapport aux autres classes d'âges, il est surtout porté par le pic observé chez les femmes de cet âge (2,6 %). Contrairement aux femmes qui présentent un pic chez les 15-19 ans, chez les hommes, la prévalence beaucoup plus faible à ces âges (0,5 % pour les 15-19 ans comme pour les 20-24 ans), augmente à partir de 25 ans (0,9 % chez les 25-34, 35-44 et 45-54 ans), puis baisse au-delà de 54 ans (0,2 % chez les 55-64 ans et les 65-75 ans)[2] (**graphique 2**).

Entre 2010 et 2014, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans a augmenté de 26,0 %, passant de 4,0 % à 5,0 % (p<0,001)[3]. Cette évolution a été observée chez les hommes (2010 : 3,5 % *versus* 2014 : 4,3 %, p<0,05) comme chez les femmes (2010 : 4,5 % *versus* 2014 : 5,6 %, p<0,01), avec une hausse respective de 28,0 % et 24,0 %.

Une hausse a également été observée sur la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie entre 2010 et 2014 (respectivement 5,8 % et 7,1 %, p<0,01), chez les hommes (2010 : 3,4 % *versus* 2014 : 4,9 %, p<0,01) comme chez les femmes (2010 : 8,0 % *versus* 2014 : 9,3 %, p=0,07). Une stabilité de ces prévalences avait été rapportée sur la période 2000-2010 (données Baromètres santé). Pour les TS (12 mois), une augmentation entre 2010 et 2014 n'est observée que chez les hommes (2010 : 0,3 % *versus* 2014 : 0,6 %, p<0,05)[4]. Sur la période 2005-2010, une hausse significative avait été globalement observée (hommes et femmes réunis, données Baromètres santé).

2. Chez les femmes déclarant une TS (12 mois), une différence a été mise en évidence selon la classe d'âges (p<0,05), mais pas chez les hommes. Il est important de bien garder en tête que ces analyses ont été conduites sur de faibles effectifs (n=94 pour les TS (12 mois)). Ainsi, observer un écart non significatif peut aussi découler d'un manque de puissance.
3. En 2010, l'enquête interrogeait des personnes âgées de 15 à 85 ans. La comparaison a donc été restreinte aux 15-75 ans.
4. Les évolutions au global (hommes et femmes) et chez les femmes seules ne sont pas significatives.

Motifs et intentionnalité suicidaires

En 2014, chez les 15-75 ans déclarant avoir eu une pensée suicidaire, 81 % l'associent à une raison personnelle, 27,3 % à une raison professionnelle et 1,9 % à un problème de santé mentale.

Parmi les individus déclarant une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, 67 % évoquent une raison familiale, 56 % une raison sentimentale et 12 % une raison professionnelle. En termes d'intentionnalité, 42,9 % parlent de leur tentative comme d'un appel à l'aide, 35,2 % déclarent avoir été vraiment décidés à mourir et 19,7 % avoir souhaité mourir tout en sachant que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace. Aucune différence n'est observée selon le sexe.

Facteurs de risque associés aux comportements suicidaires[5]

Quel que soit le sexe, le fait d'être « maigre », mesuré par l'Indice de masse corporelle (IMC)[6] est le facteur de risque le plus associé aux pensées suicidaires (OR[hommes][7] : 3,2 et OR[femmes] : 2,4), suivi du fait de vivre seul (OR[hommes] : 2,8 et OR[femmes] : 1,9). Déclarer une maladie chronique et être limité dans ses activités augmentent le risque de déclarer une pensée suicidaire, mais de façon moindre. D'autres facteurs ne concernent que les femmes, comme le fait d'avoir une mauvaise perception de sa situation financière (OR=2,4) ou d'avoir une consommation à risque chronique d'alcool mesurée par l'Audit-C. Chez les hommes, la consommation quotidienne de tabac et le fait d'être au chômage ou inactif (retraités, hommes au foyer, invalides…) sont associés à un risque plus élevé de déclarer une pensée suicidaire.

En ce qui concerne les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, chez les hommes, les facteurs associés sont la consommation quotidienne de tabac (OR=4,3) et le fait de vivre seul (OR=2,4). Chez les femmes, les facteurs associés aux

5. Une régression logistique a été conduite pour l'analyse des facteurs de risque avec pour variables explicatives : âge en classes, vivre seul ou non, niveau de diplôme, situation professionnelle, perception financière, consommation quotidienne de tabac ou non, consommation à risque d'alcool au sens de l'Audit-C ou non, existence d'une maladie chronique, limitation des activités ou non, IMC en classes. Les mêmes variables ont été intégrées pour les PS (12 mois) et les TS (12 mois). Lorsque les variables ne sont pas citées comme associées à une déclaration de PS (12 mois) ou TS (12 mois), cela signifie qu'elles ne ressortent pas comme facteurs associés. Pour l'analyse des facteurs de risque, le travail sur de faibles effectifs limite aussi les interprétations. Ainsi, certains facteurs dont les effets ne seraient pas très marqués peuvent ne pas ressortir comme associés aux indicateurs étudiés.

6. Seuils définis pour l'Indice de masse corporelle : « <18,5 : Maigreur », « >=18,5 et <25 : Normal », « >=25 Surpoids (ou obésité) ».

7. Lecture : Chez les hommes, le fait d'être « maigre », mesuré par l'IMC, multiplie par 3,2 le risque de développer une PS (12 mois) par rapport au fait d'être « normal ». OR : odds ratio.

TS (12 mois) sont la consommation à risque chronique d'alcool (OR=5,1) et la consommation quotidienne de tabac (OR=3,5).

Synthèse et limites

En 2014, près d'une personne sur vingt a déclaré avoir eu une pensée suicidaire au cours des 12 derniers mois, plus d'une sur quinze, une tentative de suicide au cours de la vie et près d'une sur cent au cours des 12 derniers mois. Sur la période 2010-2014, on a observé une hausse des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie et, pour les hommes seulement, des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois. Ces résultats semblent confirmer l'évolution à la hausse déjà rapportée entre 2005 et 2010 des tentatives de suicide déclarées dans l'année[8].

Les grandes catégories de facteurs associés aux pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois dans les enquêtes précédemment conduites en France métropolitaine ont été retrouvées en 2014. Ainsi, vivre seul, fumer quotidiennement et avoir une consommation d'alcool à risque chronique sont associés aux pensées suicidaires et tentatives de suicide, avec des nuances selon le sexe. L'impact de la situation socio-économique est également observé sur les pensées suicidaires (situation professionnelle et perception financière). D'autres variables dont les associations avaient été identifiées en population âgée (Baromètre santé 2010), telles que la limitation fonctionnelle ou la maladie chronique, ou en population jeune (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense-Escapad), telle que la perception ou l'image du corps (approchée dans le Baromètre 2014 par la mesure de l'IMC), sont également retrouvées comme étant associées aux pensées suicidaires.

8. Ce résultat n'est pas contradictoire avec la baisse des TS hospitalisées entre 2010 et 2013 (fiche 4), le champ et le mode de recueil étant différents.

FICHE 7

Surveillance de la mortalité par suicide à l'échelle d'une entreprise ou d'une institution : exemple de l'administration pénitentiaire

Organisme rédacteur : InVS et DAP

Les agents de l'administration pénitentiaire (AP) travaillent dans un environnement professionnel particulier et sont exposés à des nuisances professionnelles spécifiques (stress, insécurité, etc.). Bien que peu d'études épidémiologiques concernent ce groupe professionnel, quelques travaux (France, Canada) ont mis en évidence une fréquence élevée de plusieurs pathologies ou problèmes de santé, notamment en termes de santé mentale (par exemple, symptômes dépressifs, anxiété).

Dans le cadre de ses missions qui visent à contribuer au développement, dans les entreprises et les institutions, d'un système permettant le suivi épidémiologique de leurs salariés, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a réalisé, en collaboration avec l'administration pénitentiaire, une étude de cohorte rétrospective de la mortalité des agents pénitentiaires en France. Cette étude a pour objectif de caractériser leur mortalité depuis 1990 – y compris après le départ à la retraite – selon les différentes filières professionnelles, métiers et caractéristiques professionnelles ; le suicide a été une des causes de décès analysées.

Indicateurs

Mortalité observée

Parmi les 43 865 personnes (32 728 hommes et 11 137 femmes) ayant travaillé au moins un an à l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008, un total de 1 754 décès a été recensé entre 1990 et 2008 (1 606 chez les hommes et 148 chez les femmes).

Sur la base des informations issues des certificats de décès, les tumeurs malignes représentent dans cet ensemble la première cause de mortalité (1 décès sur 3),

devant les morts violentes (accidents, suicide, etc., 1 sur 5) et les maladies cardiovasculaires (1 sur 6). En particulier, 196 décès par suicide (184 chez les hommes et 12 chez les femmes) ont été identifiés sur la période d'étude. Cela représente en moyenne 10 décès par an entre 1990 et 2008.

Comparaison de la mortalité avec la population française

Comme souvent dans les études portant sur des populations de travailleurs, une sous-mortalité générale des agents ou ex-agents est observée par rapport à la population française (SMR[1]=0,84 chez les hommes et SMR=0,82 chez les femmes). Cependant, on constate en même temps un excès de suicides statistiquement significatif de 21 % chez les hommes (SMR=1,21 ; 184 décès observés pour 152 attendus), mais pas chez les femmes (SMR=0,95 ; 12 décès observés pour 13 attendus, **tableau 1**). L'étude ne révèle pas d'aggravation ou d'atténuation récente de ce constat.

Au sein de l'administration pénitentiaire, les agents sont répartis dans cinq filières professionnelles : surveillance, insertion et probation, administration, service technique et encadrement. Le métier de surveillant est, comme attendu, le plus représenté chez les hommes (89 % des agents concernés) comme chez les femmes (46 %). L'excès de mortalité par suicide est en particulier observé parmi les hommes de la filière surveillance (SMR=1,22, **tableau 1**). Une analyse détaillée chez ces agents montre un nombre de décès plus important qu'attendu chez les 35-44 ans et 45-54 ans. L'excès de suicides est en fait observé parmi tous les métiers de la filière surveillance mais il n'est statistiquement significatif que chez les agents qui sont ou ont été surveillants (SMR=1,22 ; 160 décès observés pour 132 attendus) et non chez ceux qui sont ou ont été premiers surveillants ou officiers (**tableau 1**). Même si cela porte sur de petits effectifs, un excès de suicides est également observé parmi les agents et ex-agents ayant travaillé dans la filière technique (SMR=2,85).

Des comparaisons de mortalité ont été effectuées suivant certains indicateurs disponibles caractérisant les conditions ou les contraintes professionnelles des surveillants. Il n'a pas été observé de différence de risque de suicide dans certains types d'établissements par rapport à d'autres (par exemple, maison d'arrêt, maison centrale), ni d'augmentation du risque avec un taux d'occupation carcérale important.

1. Un SMR (ou ratio standardisé de mortalité) est le rapport entre un nombre de décès observé dans une population et un nombre de décès attendu, compte tenu de ses caractéristiques (d'effectif hommes et femmes, d'âge) et du temps de suivi dans la population étudiée, si la mortalité était la même dans la population étudiée et dans la population générale française. Un SMR supérieur à 1 indique donc qu'il est observé un excès de décès dans la population étudiée par rapport à la population française.

Synthèse

Dans le cadre de cette première étude analysant les causes de décès (y compris après le départ à la retraite) de l'ensemble des agents de l'administration pénitentiaire, sur la période 1990-2008, un excès significatif de suicides est observé chez les hommes surveillants pénitentiaires par rapport à la population générale (160 décès observés contre 132 attendus). Cette observation est en cohérence avec la littérature française et internationale. L'excès de suicides n'a probablement pas une origine unique et les données disponibles dans l'étude ne permettent pas

Tableau • Ratio standardisé de mortalité (SMR) par suicide chez les agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire selon le sexe, la filière professionnelle et le métier exercé sur la période 1990-2008

	Hommes				Femmes			
	Obs, n	Att, n	SMR	IC 95 %	Obs, n	Att, n	SMR	IC 95 %
Dans l'ensemble	184	152	1,21	1,04-1,40	12	13	0,95	0,49-1,66
En fonction de la filière[1]								
Administration	2	3	0,60	0,07-2,17	2	5	0,44	0,05-1,58
Direction	1	1	0,91	0,02-5,09	0	<1	0,00	0,00-16,56
Sociale	3	4	0,70	0,14-2,04	2	3	0,67	0,08-2,41
Surveillance	166	136	1,22	1,04-1,42	6	5	1,33	0,49-2,90
Technique	10	4	2,85	1,37-5,25	0	<1	0,00	0,00-55,82
Plurifilière	2	3	0,59	0,07-2,13	2	<1	6,88	0,83-24,84
En fonction du métier[2]								
Adjoint technique	8	4	2,12	0,92-4,18	0	<1	0,00	0,00-53,83
Agent/adjoint d'administration	2	3	0,65	0,08-2,35	4	4	0,99	0,27-2,54
Attaché d'administration	0	1	0,00	0,00-5,42	0	<1	0,00	0,00-19,05
Conseiller d'insertion et probation	3	5	0,65	0,13-1,91	2	2	1,27	0,15-4,58
Directeur technique	1	1	0,98	0,02-5,48	0	<1	0,00	0,00-391,87
Officier	9	8	1,18	0,54-2,24	0	<1	0,00	0,00-10,25
Premier surveillant	22	21	1,04	0,65-1,57	1	1	1,46	0,04-8,15
Secrétaire administratif	0	2	0,00	0,00-1,60	1	1	0,92	0,02-5,14
Surveillant	160	132	1,22	1,04-1,42	8	4	1,82	0,79-3,59
Technicien	2	2	1,34	0,16-4,85	0	<1	0,00	0,00-296,27

1. Définie comme le fait d'avoir travaillé uniquement dans la filière.
2. Défini comme le fait d'avoir travaillé au moins une fois dans ce regroupement de métiers. Seuls les métiers les plus fréquents sont présentés.
Note • Obs : observés ; Att : attendus ; SMR : ratio standardisé de mortalité ; IC : intervalle de confiance.

d'explorer la part des facteurs personnels et des facteurs professionnels pouvant être à l'origine de l'excès observé. Ceci étant, les résultats renforcent l'intérêt de poursuivre le suivi épidémiologique et les mesures de prévention déjà mises en place par l'administration pénitentiaire : création d'un groupe de travail sur les suicides, mise en place d'un numéro vert et d'outils d'information en direction des médecins du travail et des préventeurs, et tenue d'un séminaire sur les rythmes de travail. L'exemple de l'administration pénitentiaire montre qu'il est possible de mettre en œuvre une démarche épidémiologique à l'échelle d'une institution ou d'une entreprise et que cette démarche permet à l'institution ou à l'entreprise de disposer de données quantifiées et objectives sur l'état de santé de ses salariés.

Champs
Individus ayant travaillé au moins 1 an à l'administration pénitentiaire entre le 1er janvier 1990 et le 31 décembre 2008.

Sources
Bureau de la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (RH3) et bureau de l'organisation des services (SD2) de l'administration pénitentiaire, Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc).

Mode de construction de l'indicateur
Effectifs, ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide (standardisation sur l'âge par tranche de 5 ans et sur l'année calendaire), population de référence : population française (CépiDc). Pour les suicides ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 : X60-X84 et CIM-9 : E950-E958.

Limites et biais
Les causes externes (dont le suicide) ne sont pas toujours correctement renseignées dans les certificats de décès. Ainsi, le nombre total de suicides dans la cohorte est probablement sous-estimé. Cependant, dans le calcul des SMR, le nombre de décès observés est comparé à un nombre de décès attendus calculé à partir des données présentant la même sous-estimation. Ce SMR n'est donc, en principe, pas biaisé.
Aucune donnée individuelle extraprofessionnelle sur les agents n'était disponible dans cette étude, puisqu'elles ne sont bien évidemment pas présentes dans les sources utilisées (fichiers du personnel). Ainsi, plusieurs facteurs associés au risque de suicide en population, comme le statut marital, le nombre d'enfants ou des antécédents de traumatismes n'étaient pas disponibles, ce qui ne permet pas d'explorer les associations avec ces facteurs dans les analyses.

Références

• **Marchand J.L., Dourlat T., Moisan F.**, 2015, *Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire. Analyse de la mortalité par cause entre 1990 et 2008*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 62 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr

• **Marchand J.L., Dourlat F., Moisan F.**, 2015, *Mortalité des agents de l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008 : description et analyse. Synthèse des résultats*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 8 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS P.61

BILAN DES PLANS D'ACTIONS P.157

DONNÉES LOCALES P.177

FICHES P.411

ANNEXES

SOMMAIRE

Annexe 1 • Textes fondateurs de l'Observatoire 461

Annexe 2 • Recueils numériques sur le surendettement et le suicide et sur la thématique du suicide 467

Annexe 3 • Réunions de l'Observatoire national du suicide en 2015 471

ANNEXE 1
TEXTES FONDATEURS DE L'OBSERVATOIRE

1. Décret de création de l'Observatoire national du suicide

2. Arrêté portant nomination à l'Observatoire national du suicide

3. Arrêté fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

1. Décret de création de l'Observatoire national du suicide

10 septembre 2013 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 3 sur 44

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013
portant création de l'Observatoire national du suicide

NOR : *AFSE1322721D*

Publics concernés : *parlementaires ; administrations ; professionnels de santé ; experts ; chercheurs ; associations.*

Objet : *création d'un Observatoire national du suicide.*

Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

Notice : *le décret crée un Observatoire national du suicide auprès du ministre chargé de la santé. Il définit ses missions et sa composition. L'Observatoire national du suicide est indépendant et pluridisciplinaire. Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est notamment composé de parlementaires, des directeurs des principales administrations centrales et opérateurs concernés, d'experts, de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des associations. L'observatoire élaborera chaque année un rapport qu'il rendra public.*

Références : *le présent décret peut être consulté sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat,

Décrète :

Art. 1er. – Il est créé, pour une durée de quatre ans, auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national du suicide, indépendant et pluridisciplinaire, dont les missions sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Art. 2. – L'Observatoire national du suicide est présidé par le ministre chargé de la santé.

Il comprend :

- deux députés et deux sénateurs respectivement désignés par le président de l'Assemblée nationale et le président du Sénat ;
- le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur général de la santé ou son représentant ;
- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant ;

- le directeur général du travail ou son représentant ;
- le directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur de l'administration pénitentiaire ou son représentant ;
- le directeur général de la police nationale ou son représentant ;
- le directeur général de l'enseignement scolaire ou son représentant ;
- le directeur de l'évaluation, de la prospective et de la performance ou son représentant ;
- le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle ou son représentant ;
- le secrétaire général du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt ou son représentant ;
- un représentant d'une agence régionale de santé désigné par le ministre chargé de la santé ;
- un représentant du conseil d'orientation sur les conditions de travail ;
- un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- un représentant du régime social des indépendants ;
- un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- un représentant de chacun des organismes suivants :
  - Institut de veille sanitaire ;
  - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
  - Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire ;
  - Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
  - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
  - Institut de recherche en santé publique ;
- un représentant de chacun des centres d'études et de recherches suivants :
  - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
  - Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;
  - Fédération nationale des observatoires régionaux de santé ;
  - Institut national des études démographiques ;
  - Fédération régionale Nord - Pas-de-Calais de recherche en santé mentale ;
- huit représentants d'associations susceptibles d'intervenir dans le champ du suicide, dont la liste et les modalités de représentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- trois psychiatres, un médecin généraliste, un médecin urgentiste, un médecin du travail, un médecin scolaire, un gérontologue et un médecin légiste désignés pour quatre ans par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- deux personnalités qualifiées désignées pour quatre ans par arrêté du ministre chargé de la santé.

La présidence déléguée est assurée par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques assure le secrétariat de l'observatoire.

Art. 3. – L'Observatoire national du suicide se réunit sur convocation de son président, qui arrête le programme annuel de travail et fixe l'ordre du jour des séances.

L'Observatoire peut, au titre de ses missions, constituer en son sein des groupes de travail chargés, notamment, du suivi des indicateurs ou de la réalisation d'études.

L'Observatoire élabore chaque année un rapport qu'il rend public. Ce rapport comprend un bilan et est alimenté par les travaux des groupes de travail.

Art. 4. – Le ministre de l'éducation nationale, la garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 9 septembre 2013.

JEAN-MARC AYRAULT

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

Le ministre de l'éducation nationale,
VINCENT PEILLON

La garde des sceaux,
ministre de la justice,
Christiane Taubira

Le ministre de l'intérieur,
Manuel Valls

Le ministre du travail, de l'emploi,
de la formation professionnelle
et du dialogue social,
Michel Sapin

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
Geneviève Fioraso

Le ministre de l'agriculture,
de l'agroalimentaire et de la forêt,
Stéphane Le Foll

2. Arrêté portant nomination à l'Observatoire national du suicide

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la santé

Arrêté du 03 FEV 2014

Portant nomination à l'Observatoire national du suicide

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1er

Les personnes suivantes sont nommées pour quatre ans à l'Observatoire national du suicide :

- Guillaume Vaiva, psychiatre ;
- Jean-Louis Terra, psychiatre ;
- Christophe Dejours, psychiatre ;
- Bruno Beauchamp, médecin généraliste ;
- Esther Simon-Libchaber, médecin urgentiste ;
- Bernard Salengro, médecin du travail ;
- Jeanne-Marie Urcun, médecin scolaire ;
- Christophe Arbus, gérontologue ;
- Michel Debout, médecin légiste.

Les personnes suivantes sont nommées pour quatre ans à l'Observatoire national du suicide au titre des personnalités qualifiées :

- Didier Bernus ;
- Christian Baudelot.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 03 FEV 2014

Marisol TOURAINE

3. Arrêté fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la santé

Arrêté du 03 FEV 2014

Fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1er

Les associations suivantes sont représentées à l'Observatoire national du suicide :

- Union nationale pour la prévention du suicide ;
- Groupement d'étude et de prévention du suicide ;
- Phare enfants-parents ;
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- Collectif interassociatif sur la santé ;
- S.O.S amitié ;
- Le Refuge ;
- Association Nationale des Maisons des Adolescents.

Chacune de ces associations désigne un représentant.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 03 FEV 2014

Marisol TOURAINE

ANNEXE 2
RECUEILS NUMÉRIQUES SUR LE SURENDETTEMENT ET LE SUICIDE ET SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Au cours de la deuxième année d'existence de l'Observatoire national du suicide, un recueil numérique intitulé « Surendettement & suicide » a été élaboré par Monique Carrière de la Mission Recherche de la DREES puis complété et validé par Richard Gaillard, maître de conférences en sociologie à l'université d'Angers. Ce recueil propose un focus sur le suicide en lien avec la situation du surendettement. Il complète le recueil numérique générique « La thématique du suicide », régulièrement actualisé, depuis sa présentation dans le premier rapport de l'Observatoire national du suicide.

À l'origine, ce deuxième recueil numérique a été exclusivement réalisé sur la thématique du surendettement. Cependant, les travaux de l'Observatoire ont pointé des corrélations entre les situations du surendettement et le suicide. C'est pourquoi cette problématique a été ciblée.

Pour le droit, le surendettement est l'incapacité pour un individu de bonne foi, de faire face à ses charges, qu'il s'agisse du paiement du loyer, de l'électricité, des impôts ou du remboursement de crédits, d'une façon durable, l'incitant souvent à recourir à un endettement supplémentaire aggravant sa situation[1].

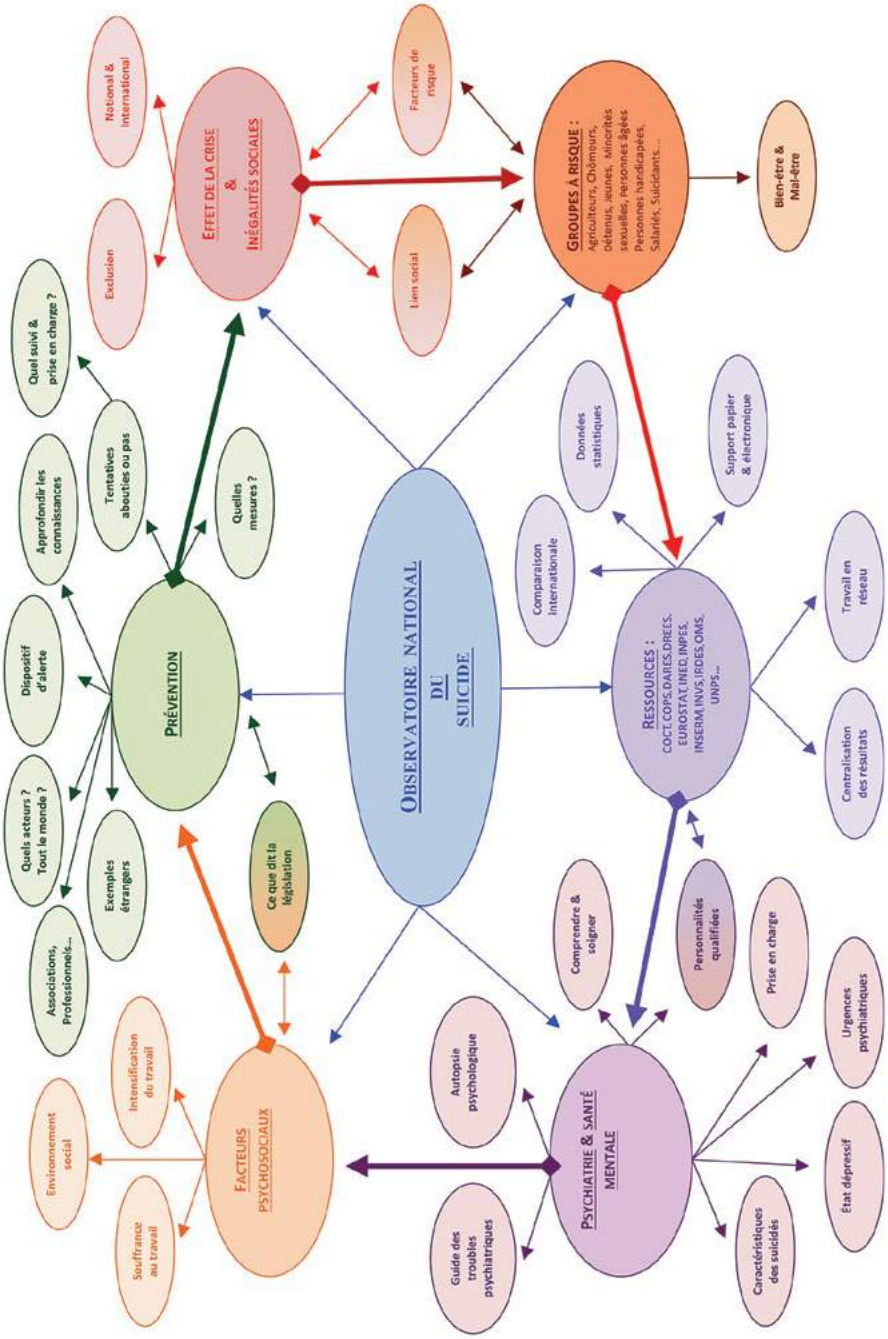
Les situations avérées de surendettement créent ou aggravent des situations d'exclusion sociale et, à l'étranger, auraient un impact sur l'évolution du taux de suicide.

1. Code de la consommation : Partie législative : Livre III Endettement : Titre III Traitement des situations de surendettement.

Comme pour le premier recueil « La thématique du suicide », ce second recueil « Surendettement & suicide » s'appuie sur le fonds documentaire Ress@c du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dans le respect du droit d'auteur, il comporte l'accès en ligne à des sites Web institutionnels et associatifs, des émissions de radio et de télévision, des revues scientifiques et à des données chiffrées validées par la Banque de France. Un cadre juridique, lié au surendettement, regroupant les principaux textes législatifs et réglementaires, est également proposé. Enfin, outre les travaux parlementaires, la sélection bibliographique est composée de références à des articles scientifiques d'une part, de la littérature grise et des ouvrages d'autre part. Sans chercher à être exhaustif, il recense la documentation française et internationale relative au surendettement en lien avec le suicide sur la période 2006-2015, à laquelle s'ajoutent quelques références plus anciennes, en raison de leur intérêt.

Enfin, pour mémoire, dans le recueil numérique sur la thématique du suicide, la sélection bibliographique a permis de dégager cinq thématiques phares qu'illustre la carte mentale ci-jointe.

Les deux recueils numériques sont disponibles sous un format électronique, sur le site Web de l'Observatoire national du suicide. Ils répondent à la mission confiée à l'Observatoire de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, afin d'en favoriser la prévention.



Monique Carrière, 2016

ANNEXE 3
RÉUNIONS DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE EN 2015

En 2015, l'Observatoire national du suicide s'est réuni deux fois en séance plénière et trois fois en groupes de travail.

Séance plénière du 12 juin 2015

Cette séance s'est organisée autour des points suivants :

• **Allocutions d'ouverture** par Franck von Lennep, directeur de la DREES et président délégué de l'ONS et par François Bourdillon, directeur général de l'InVS et de l'INPES.

• **Présentations par la Direction générale de la santé**
Laure Salomé et Marie-Hélène Dechaux de la DGS ont présenté une synthèse du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et des actions régionales menées par les agences régionales de santé.
Deux actions du programme 2011-2014 ont ensuite été présentées de façon plus détaillée :
– « *Sensibiliser les étudiants en journalisme sur le thème du suicide* » : présentation du programme Papageno par Charles-Edouard Notredame, interne en psychiatrie au CHU de Lille, référent évaluation du programme ;
– « *Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire* » (action 24) : présentation du réseau des équipes mobiles de psychiatrie adolescents par Vincent Garcin, président de l'Association des Équipes Mobiles en Psychiatrie.

• **Activités 2015 de l'Observatoire national du suicide**
– *Retour sur l'appel à projets de l'IRESP*
Claire-Isabelle Coquin, secrétaire générale de l'IRESP, a présenté les caractéristiques des projets reçus en réponse à l'appel à recherche lancé à la demande de l'ONS. La sélection des projets a eu lieu en juillet 2015.

– *Présentation d'une sollicitation concernant l'évolution de la nomenclature des comportements suicidaires*
Christine Chan-Chee de l'InVS a présenté une demande adressée à l'ONS par M. Goodfellow, psychiatre au CHS de Nouméa. Son projet est d'élaborer un glossaire international et interculturel des comportements suicidaires, à partir d'une interrogation des professionnels de terrain de différents pays, sur le vocabulaire utilisé pour désigner ces comportements. M. Goodfellow est ainsi à la recherche d'un « référent nomenclature suicide » dans chaque pays. Il est proposé que l'ONS soit le référent pour la France. L'ONS serait ainsi la porte d'entrée pour le questionnaire, le relais vers les spécialistes et le lieu d'examen et de discussion de la réponse française. Jean-Pierre Soubrier et Jean-Luc Roelandt se portent volontaires pour participer à un groupe de travail, piloté par l'InVS, qui sera en charge de la réponse française.

Séance plénière du 13 novembre 2015

Cette séance a été l'occasion d'aborder les points suivants :

• **Présentation par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) des actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide chez le personnel de l'administration pénitentiaire par Lydie Barnet**
Lydie Barnet de la DAP a présenté les mesures mises en place pour améliorer la prévention du suicide des personnels pénitentiaires (38 000 agents). Les outils mis en place (téléphonie, prévention des risques psychosociaux, formation des chefs d'établissements et de l'encadrement intermédiaire, réflexion sur la chronobiologie du travail des surveillants, recrutement de 60 psychologues, etc.) ont été décrits et discutés.

• **Présentation et discussion du présent rapport**

• **Définition du programme de travail de l'Observatoire pour l'année 2016**
En 2016, le groupe de travail sur la surveillance épidémiologique poursuivra l'organisation des réunions du sous-groupe mis en place avec les instituts de médecine légale (IML) et le CépiDc de l'Inserm, dont l'objectif est d'étudier la possibilité de développer un dispositif de surveillance des suicides fondé sur les données des services de médecine légale. De même, il réunira le sous-groupe mis en place avec les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) sur l'amélioration du système de surveillance des tentatives de suicide. Un bilan de l'avancée des sous-groupes sera présenté lors d'une réunion du groupe de travail sur la surveillance épidémiologique.

Le groupe de travail sur les axes de recherche fera un point sur la recherche sur la santé mentale et le suicide des jeunes.

Les enjeux éthiques de la prévention du suicide seront abordés en séance plénière.

Groupes de travail du 6 février 2015

• **Groupe de travail « Surveillance épidémiologique »**
Après avoir dressé un état des lieux de l'existant sur la surveillance épidémiologique des suicides et des tentatives de suicide au niveau national lors de la première année de l'Observatoire national du suicide, il est apparu nécessaire de consacrer la deuxième année à la surveillance infranationale (régionale, départementale, etc.) afin de mieux connaître les attentes, enjeux et besoins mutuels, de contribuer à une meilleure articulation entre niveau national et niveau infranational, et de proposer des recommandations.

La réunion a ainsi été dédiée à la surveillance infranationale des suicides et des tentatives de suicide (TS) autour de quatre présentations :

– Rémy Mas, DREES ; Christine Chan-Chee, InVS
  État des lieux du dispositif régional mené auprès des ARS.

– Nicole Miroglio, pilote régional de programmes de prévention, ARS Paca (présentation faite par C. Chan-Chee)
  Exemple d'une politique régionale en matière de surveillance et prévention des suicides et tentatives de suicide.

– Laurent Plancke, F2RSM Lille
  Surveillance de la TS dans la région Nord - Pas-de-Calais à partir des données de recours aux urgences, SAMU-Centre 15 et hospitalisations.

– Valérie Guagliardo, ORS Paca
  Étude « Conditions de travail de personnes ayant fait une tentative de suicide » menée aux urgences.

• **Groupe de travail « Axes de recherche »**
La thématique de la réunion a porté sur les facteurs de risque liés aux conduites suicidaires. Les facteurs de risque sont des caractéristiques qui augmentent la probabilité que des individus envisagent ou tentent de se suicider, ou décèdent par suicide. Les comportements suicidaires sont complexes. Il existe une multitude de facteurs contributifs et de chemins causaux. Généralement, une seule cause ou

un seul facteur ne permet pas d'expliquer un acte suicidaire. La littérature montre que les facteurs de risque fonctionnent en interaction les uns avec les autres (l'impact d'un facteur peut être différent en présence ou en l'absence d'autres facteurs) et que le cumul de différents facteurs accentue le risque de suicide.

La réunion s'est articulée autour de trois interventions qui ont pour point commun de chercher à identifier des facteurs spécifiques de risque de comportements suicidaires et d'approfondir la compréhension des mécanismes du processus suicidaire.

- Philippe Courtet, université et CHU de Montpellier
  Biomarqueurs des conduites suicidaires.

- Christine Le Clainche, DREES - ENS Cachan
  Les facteurs de risque de comportements suicidaires : revue de littérature (2003-2013).

- Michel Nguyen, CHS de la Sarthe ; Sylvie Bastard, direction territoriale de la Sarthe ; Véronique Blanchier, ARS Pays de la Loire
  Déterminants et facteurs précipitants des décès par suicide dans le département de la Sarthe : réalisation d'une étude pilote en population générale utilisant la méthodologie d'autopsie psychologique.

Groupes de travail du 16 avril 2015 : séance commune des groupes de travail « Surveillance épidémiologique » et « Axes de recherche »

Cette séance a visé à examiner les informations collectées par les associations et la façon dont on peut les mobiliser et a proposé de détailler certaines interventions ou études menées par les associations.

- Françoise Facy et Marc Fillatre, UNPS
  Une typologie du réseau associatif.

- Laetitia Chareyre, INPES
  Présentation du projet collaboratif piloté par l'INPES de prévention et d'aide à distance en santé avec focus sur les dispositifs de prévention du suicide et du mal-être.

- Pascale Dupas, Jean-Paul Baraille, Suicide Écoute ; Thérèse Hannier, PHARE Enfants-Parents ; Magalie Gavend, SOS Suicide Phénix ; Gilles Rivière, SOS Amitié

Table ronde des associations d'écoute – Présentation des données recueillies sur l'année 2014.

– Christine Vacquier et Jacques Védrinne, Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, institut régional Jean Bergeret
Fonctionnement du groupe de soutien aux personnes endeuillées par suicide.

– Isabelle Chollet, Le Refuge
Mise en place d'une enquête auprès des jeunes s'adressant au Refuge.

Groupes de travail du 5 octobre 2015

• Groupe de travail « Surveillance épidémiologique »
Cette réunion a proposé de poursuivre la réflexion sur la surveillance infranationale. Cette session s'est organisée autour de présentations courtes sur l'état des lieux de la surveillance des suicides et TS en région, suivies d'une table ronde sur des initiatives régionales concernant les TS et le travail.

Données infranationales sur les suicides et tentatives de suicide
– Christine Chan-Chee, InVS
Présentation de quelques données sur le suicide et les hospitalisations pour TS.
– Hélène Martineau, FNORS
Présentation des travaux des ORS : des approches originales développées dans les ORS, avec un rappel des travaux plus traditionnels.

Table ronde : Tentatives de suicide et travail, en région : des connaissances à la prévention, modérateur : Imane Khireddine-Medouni
– Basse-Normandie : Dr Michel Géhin, médecin du travail ; Dr Muriel Raoult-Monestel, Direccte-MIRT
– Pays de la Loire : Pr Yves Roquelaure, LEEST ; Dr Véronique Tassy, Direccte-MIRT

• Groupe de travail « Axes de recherche »
Ce groupe de travail s'est consacré à l'évaluation des effets des traitements médicamenteux et des psychothérapies sur les comportements suicidaires et le traitement de la dépression :
– Pierre Verger (ORS Paca) a présenté des résultats sur les déterminants et les pratiques de prise en charge de la dépression et des patients suicidaires par les médecins généralistes à partir du panel des médecins généralistes de la DREES et d'une étude qualitative. 80 % des médecins ont été confrontés à une tentative de suicide dans leur patientèle au cours des cinq dernières années, 43 % à un suicide.

Peu de médecins proposent des psychothérapies et peu sont satisfaits de leur collaboration avec les professionnels de santé mentale ;
– Marie Tournier (Université de Bordeaux) a présenté une revue de littérature de l'impact des médicaments psychotropes sur les conduites suicidaires. Alors que les sels de lithium et la clozapine ont un effet « antisuicide » avéré, des doutes subsistent pour les antidépresseurs. L'effet des benzodiazépines, qui sont fréquemment prescrits, a été peu étudié ;
– Deborah Ducasse (CHU de Montpellier) a présenté des travaux sur l'impact des psychothérapies sur les comportements suicidaires. Elle a évoqué en particulier l'effet prometteur de la thérapie d'acceptation et d'engagement, qui vise à modifier les rapports des patients à leurs événements mentaux, sur la diminution du lien entre pensées suicidaires et passage à l'acte ;
– enfin, Jean-Michel Thurin (Inserm) a présenté des travaux sur l'effet des psychothérapies psychodynamiques, d'orientation psychanalytique et dont l'objectif est d'aider le patient à surmonter ses résistances internes, sur les conduites suicidaires des personnes atteintes.

Contributeurs

Rapport réalisé sous la direction de Nathalie Fourcade et Franck von Lennep (DREES)
et sous la coordination scientifique de Christine Chan-Chee
et Imane Khireddine-Medouni (InVS),
Valérie Carrasco, Monique Carrière, Muriel Moisy et Valérie Ulrich (DREES)

Ce rapport a bénéficié de la collaboration de l'ensemble des membres de l'Observatoire national du suicide ainsi que des membres des groupes de travail « Surveillance épidémiologique » et « Axes de recherche ».

Contributeurs :
CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) : Mireille Eb, Grégoire Rey ;
CHU de Montpellier et Fondation FondaMental : Philippe Courtet ;
CRES (Centre de ressources en suicidologie) : Jean-Pierre Soubrier ;
DAP (Direction de l'administration pénitentiaire)
DGS (Direction générale de la santé) : Geneviève Castaing, Marie-Hélène Dechaux, Laure Salomé ;
DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) : Valérie Carrasco, Monique Carrière, Nathalie Fourcade, Christine Le Clainche, Muriel Moisy, Albert Vuagnat, Valérie Ulrich ;
FNORS (Fédération des observatoires régionaux de santé) : Hélène Martineau ;
INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) : Laetitia Chareyre, Enguerrand du Roscoät, Maëlle Robert ;
Institut régional Jean Bergeret : Christine Vacquier, Jacques Védrinne ;
InVS (Institut de veille sanitaire) : Nathalie Beltzer, Christine Chan-Chee, Laurence Chérié-Challine, Virginie Gigonzac, Claire Gourier-Fréry, Imane Khireddine-Medouni, Frédéric Moisan, Louis-Marie Paget ;
IRESP (Institut de recherche en santé publique) : Claire-Isabelle Coquin, Mathilde Dalmier ;
Le Refuge : Isabelle Chollet ;
MSA (Mutualité sociale agricole) : Nadia Berson, Colette Macquart, Veronique Maeght Lenormand, Mathias Tourne ;
PHARE Enfants-Parents : Thérèse Hannier ;
SOS Amitié : Gilles Rivière ;
SOS Suicide Phénix : Magalie Gavend, Mario Galena ;
Suicide Écoute : Jean-Paul Baraille, Pascale Dupas ;
UNPS (Union nationale de la prévention du suicide) : Françoise Facy, Marc Fillatre.

Ont également collaboré :
DREES : Magali Beffy, Gwennaëlle Brilhault, Michèle Coste, Ghislaine Vertueux.

Ce rapport a été édité par le bureau Publication de la DREES :
Responsable d'édition : Carmela Riposa
Correction : Reine Bellivier
Conception et réalisation graphique : Philippe Brulin

Contacts :
DREES : drees-ons@sante.gouv.fr
InVS : invs-ons@invs.sante.fr
Site Internet :
http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons

SUICIDE

Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives

2E RAPPORT / FÉVRIER 2016

Avec près de 10 000 décès par an et plus de 200 000 tentatives, les conduites suicidaires restent une préoccupation majeure en France. Face à ces chiffres préoccupants, l'Observatoire national du suicide, créé en 2013, poursuit sa réflexion pour mieux comprendre et prévenir ce fléau de santé publique.

Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide. Il propose, enfin, les dernières statistiques disponibles et un suivi des recommandations énoncées dans le premier rapport. Celles-ci sont complétées par de nouvelles perspectives et pistes de réflexion.

Paru en novembre 2014, le premier rapport avait établi un état des lieux des connaissances sur le suicide en décrivant les systèmes d'information, le programme national d'actions ainsi que les interventions auprès de populations spécifiques comme les personnes en milieu carcéral ou les agriculteurs. Il avait aussi permis d'identifier les zones d'ombre en matière de recherche, ce qui a conduit au lancement d'un appel à recherche en février 2015.

L'Observatoire national du suicide (ONS) a été installé en septembre 2013 par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, pour faire avancer, avec l'ensemble des acteurs concernés, la prévention du suicide dans toutes ses dimensions.

N° ISBN : 978-2-11-139560-2
N° Diffusion : S16-064
N° Dicom : 16-001

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE