

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[Édito p.1](#) [Points clés p.2](#) [Introduction p.3](#) [Décès par suicide p.4](#) [Hospitalisations pour tentatives de suicide p.6](#) [Décès par suicide et hospitalisations – Inégalité départementale p.8](#) [Passages aux urgences pour tentatives de suicide p.9](#) [Conduites suicidaires p.15](#) [Prévention p.22](#) [Méthodologie p.28](#) [Pour en savoir plus p.29](#) [Sigles, comité de rédaction, remerciements et contacts p.30](#)

ÉDITO

Pr Philippe COURTET, chef de service de psychiatrie et de psychologie médicale au CHU De Montpellier
Dr Charly CRESPE, Psychiatre et Médecin Coordonnateur du dispositif Vigilant'S LR au CHU de Montpellier
Dr Anjali MATHUR, Psychiatre praticien Hospitalier, Centre de Thérapie Brève (CHU de Toulouse)
Geneviève ROCQUES-DARROY, Présidente de l'association Prévention du Suicide en Midi-Pyrénées

Le suicide est un phénomène complexe qui touche directement ou indirectement un grand nombre de personnes. En France, 3 fois plus meurtrier que les accidents de la route sa prévention est rapidement devenue un enjeu de santé publique. La diminution continue de la mortalité par suicide en France est encourageante, cependant elle demeure insuffisante. C'est ainsi que la feuille de route en santé mentale présentée par la Ministre de la Santé, intègre un plan d'actions de prévention contre le suicide qui se décline autour d'axes forts que sont la prévention de la contagion médiatique du suicide via le programme Papageno, le déploiement de dispositifs de recontact à destination des individus à haut risque de suicide : Vigilant's et la mise en œuvre d'un nouveau schéma de formation ajustée en 3 modules (intervention de crise, évaluation, sentinelle). La prévention du suicide a été également identifiée par l'ARS Occitanie comme une priorité du plan régional de santé (2018-2022).

La crise suicidaire, définie par la conférence de consensus de la HAS de 2000, correspond à une période limitée dans le temps pendant laquelle un individu présente des idées suicidaires dans un contexte de détresse et de souffrance. Cela nécessite un suivi psychiatrique ou psychologique adapté pour celui qui souffre. Or, il existe un faible taux de suicidants qui bénéficient d'un tel suivi. Ainsi, l'organisation de soins doit améliorer l'articulation entre les services d'urgences et les soins spécifiques, avec des rendez-vous rapides et prenant en compte l'entourage du patient. Cette organisation a été mise en place à Toulouse avec l'ouverture du Centre de Thérapie Brève, un centre de crise ambulatoire à proximité. Le Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques du CHU de Montpellier développe depuis 30 ans une séquence de dispositifs spécifiques pour les sujets à risque : accueil dédié aux urgences, évaluation en psychiatrie de liaison, hospitalisations brèves, suivi ambulatoire rapproché médical et infirmier et Vigilant's. Promouvoir l'alliance thérapeutique et créer un contexte de coopération psychothérapique, voilà l'objectif des dispositifs de soins œuvrant pour la prévention du suicide.

En complément de la prise en charge des suicidants, les associations de proches, d'endeuillés ou d'écouterants permettent d'agir et lutter contre le suicide. A l'occasion de la Journée Nationale de Prévention du Suicide, un événement local est organisé par le milieu associatif, chaque année début février depuis 1997, dans chaque région, afin de lever les tabous et de communiquer sur le suicide et ses actions de prévention.

En Occitanie, l'association Prévention du Suicide en Midi-Pyrénées organise la Journée Régionale, qui propose tables rondes où interviennent les acteurs concernés et stands d'information présentant différents organismes et modes d'intervention. Elle se tient le jeudi 7 février 2019 à Toulouse sur le thème "Violences et suicide", tandis qu'une soirée projection-débat a lieu à Montpellier le mardi 5 février.

Dans cette dynamique de prévention du suicide la recherche médicale possède toute sa place, pour mieux comprendre, mieux prédire, et mieux traiter la crise suicidaire. Ainsi, quand certains travaux recherchent des biomarqueurs, d'autres développent des algorithmes de prédiction ou des applications smartphone tel le projet EMMA ou SmartCrisis. Le traitement pharmacologique de la crise suicidaire est sur le point de connaître un tournant avec la mise sur le marché prochaine espérée de la kétamine.

A travers notre région, toutes ces actions contribuent à l'amélioration des prises en charge des conduites suicidaires. Le suicide demeure un phénomène présent qui frappe de façon hétérogène nos départements et les populations. Ce BSP spécialement dédié au suicide est le fruit d'un travail collectif dirigé par la cellule régionale de Santé publique France en région Occitanie. Il est nécessaire pour la compréhension des enjeux de santé publique et le déploiement des actions de prévention. Nous espérons qu'il vous apportera une meilleure représentation de l'état actuel des conduites suicidaires sur le territoire.

POINTS CLÉS EN OCCITANIE

Décès par suicide des 10 ans et plus (CépiDc – 2015)

- Le taux de décès par suicide est plus élevé chez les hommes, quelle que soit la classe d'âge. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 41 % de la part des suicides.
- La pendaison est le mode de suicide rencontré pour la moitié des décès.

Hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus (PMSI - MCO – 2017)

- Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est en diminution depuis 2010 chez les femmes, qui étaient concernées par près des deux tiers des hospitalisations.
- Le taux d'hospitalisation le plus élevé est observé dans la tranche d'âge des 15-19 ans.
- Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse : 86 % des séjours hospitaliers pour tentative de suicide de 2015 à 2017.

Passages aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus (Oscour® – 2017)

- 6 876 passages aux urgences pour tentative de suicide dans les 66 structures d'urgence d'Occitanie, soit 19 par jour ou 4 tentative de suicide pour 1 000 passages.
- Peu de différences avec les passages toutes causes concernant la répartition par jour de la semaine ou le mois de l'année, mais une différence nette concernant les heures de prises en charge des suicidants, plutôt en soirée et début de nuit (20h-4h),
- Le taux de recours est plus important chez les femmes que chez les hommes.
- Plus de 95% des tentative de suicide correspondent à des intoxications médicamenteuses.

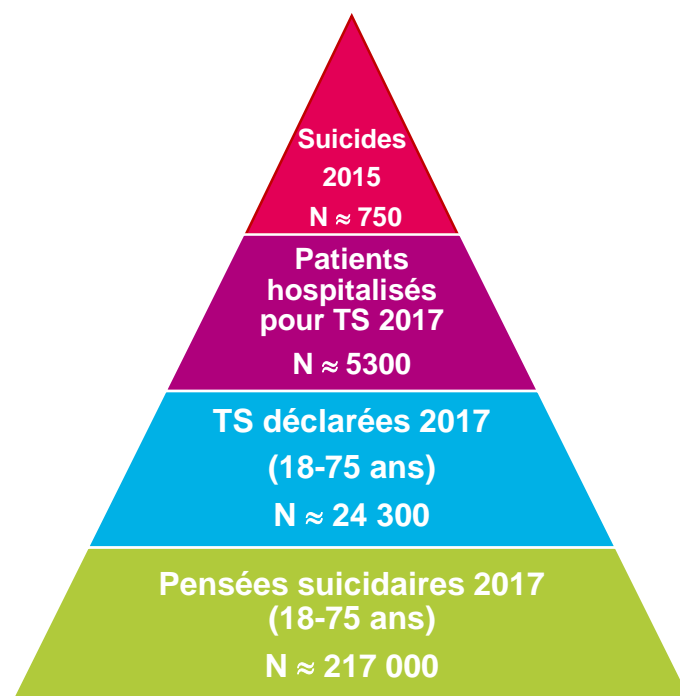
Conduites suicidaires déclarées chez les 18-75 ans (Baromètre de Santé publique France 2017)

- En 2017, 5 % déclaraient avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 mois (prévalence la plus élevée observée en France métropolitaine) et 8 % avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Elles sont plus fréquentes chez les femmes.
- Un état dépressif dans les 12 mois augmente le risque de pensées suicidaires et de tentative de suicide.

Prévention : Préconisations nationales pour la prévention

- Vigilant's est en cours de déploiement en Occitanie depuis 3 ans et s'intègre de plus en plus dans la pratique courante des professionnels de santé mentale. Ils sont 2 400 personnes, de 15 à 98 ans, à avoir bénéficié du dispositif à ce jour.
- Une formation comportant trois modules (sentinelle, évaluateur, intervention de crise), avec pour objectif de créer une véritable chaîne de prévention, est conçue comme un dispositif stratégique permettant l'articulation des différents partenaires sociaux et associatifs avec l'offre de soin. Ce dispositif se mettra en place en 2019 au niveau des territoires.
- Un dispositif d'accompagnement des personnes endeuillées par le suicide d'un proche est mis en place afin de prévenir un état dépressif, voire des idées ou des intentions suicidaires.

Les chiffres-clés régionaux



INTRODUCTION

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

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

Les dernières données publiées dans le rapport de l'ONS 2016 faisaient état de 10 686 décès par suicide en 2012 en France métropolitaine soit un taux standardisé sur l'âge de 16,7 pour 100 000 habitants [6]. Les hommes étaient trois fois plus touchés que les femmes avec un taux de 25,9 décès pour 100 000 hommes contre 7,4 décès pour 100 000 femmes. Se démarquaient également des disparités liées à l'âge avec un taux de suicide qui augmentait fortement au-delà de 75 ans, en particulier chez les hommes (67,1 décès pour 100 000 hommes). Mais c'est parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans que le suicide représentait la part la plus importante de la mortalité (17,0 % contre 1,7 % tous âges confondus). Ce rapport mettait aussi en lumière l'importante hétérogénéité régionale avec une surmortalité suicidaire (2010-2012) dans les régions du quart nord-ouest de la France (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France).

Un rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) met également en lumière les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France (données en 2011) malgré une situation globalement favorable au regard des autres pays de l'OCDE en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres [7].

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

- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide** (CépiDc-Inserm) en 2015 et **séjours hospitaliers pour tentatives de suicide** en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au moins un **passage aux urgences pour tentative de suicide** dans les structures implantées dans la région et adhérant à Oscour[®] en 2017,
- Parmi la population résidente dans la région âgée entre 18 et 75 ans et ayant répondu au **Baromètre de Santé publique France 2017** aux questions relatives aux conduites suicidaires déclarées.

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

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

[1] World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015

[2] Direction générale de la santé. Stratégie nationale d'action face au suicide 2000/2005 [Internet]. 2000. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf

[3] Direction générale de la santé. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2005. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

[4] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2012. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

[5] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Programme national d'action contre le suicide [Internet]. 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf

[6] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf

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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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

Les données de **mortalité** sont issues des causes médicales de décès, établies à partir des certificats de décès.

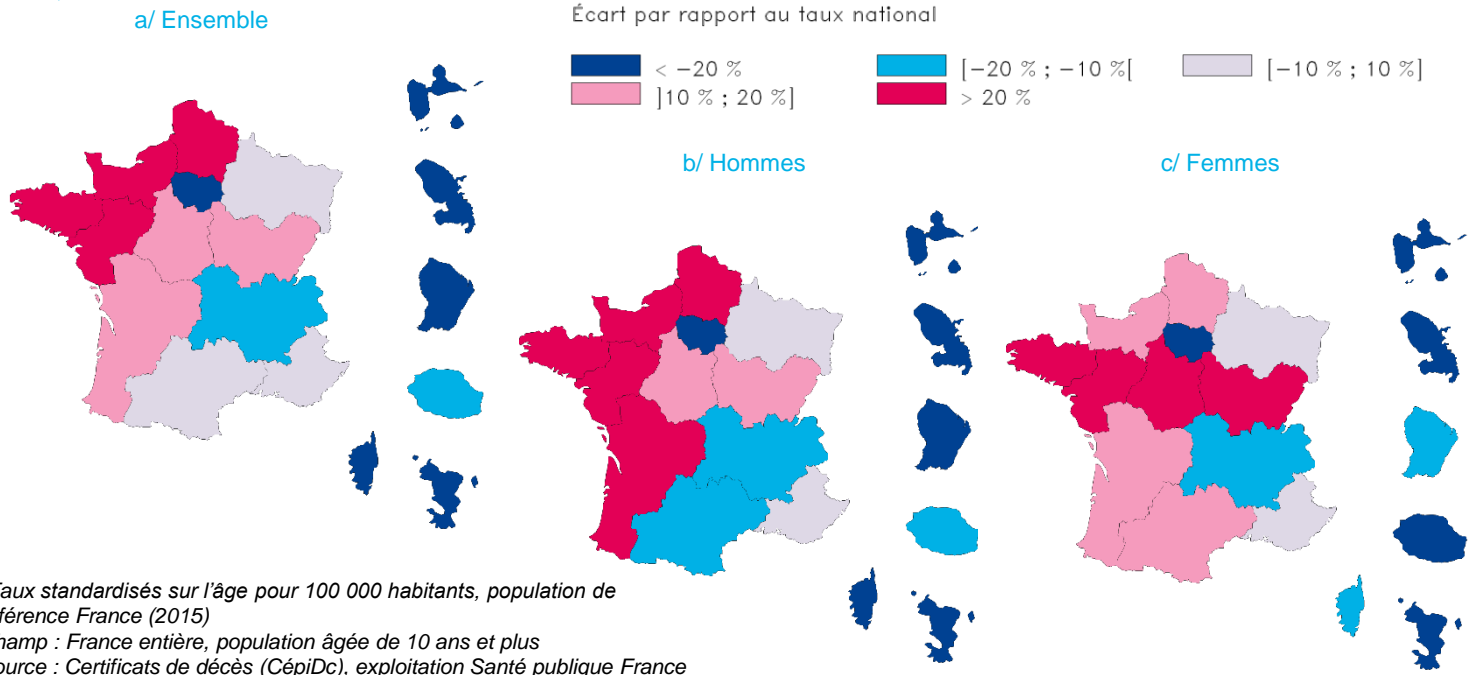
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm montrait que les anciennes régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées avaient respectivement des taux de sous déclaration estimée du taux de suicide de 3,6 % et 14,7 %. Les taux de sous déclaration régionaux étant compris entre 46 % (Île-de-France) et 0,3 % (Bretagne). Dans ce contexte, les indicateurs présentés doivent être interprétés avec prudence. [Source : rapport de l'ONS, 2016]

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Occitanie

En 2015, 747 personnes résidant en Occitanie se sont suicidées et 72,6 % d'entre elles étaient des hommes (n=532). Avec un taux standardisé de 14,1 suicides pour 100 000 habitants, l'Occitanie se situait parmi les régions proches du taux national (Figure 1). Chez les hommes (21,8 pour 100 000) comme chez les femmes (7,7 pour 100 000), les taux de suicide en Occitanie étaient également proches des taux nationaux (respectivement 26,1 et 6,9 pour 100 000).

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

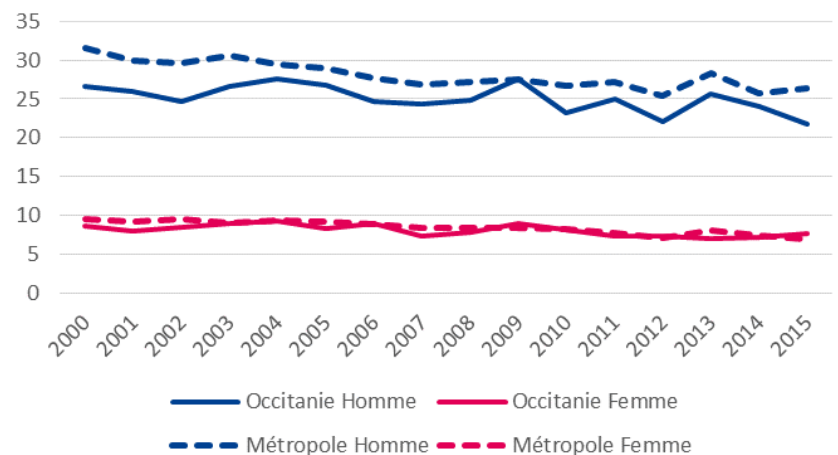


• Evolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a varié de 16,1 à 14,1 pour 100 000 habitants en Occitanie.

Une tendance à la baisse s'observait également selon le sexe (Figure 2). Chez les hommes, le taux standardisé a en effet varié de 25,6 en 2000 à 22,1 pour 100 000 hommes en 2015. Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge s'élevait à 8,7 suicides en 2000 et à 7,4 pour 100 000 femmes en 2015.

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



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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

• Répartition par sexe et âge

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

En Occitanie, entre 2015-2017, les hommes représentaient 74,0 % (1 729/2 535) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les 45-49 ans représentaient par ailleurs la part des suicides la plus importante (11,3 %, n=264) et les 10-14 ans la plus petite (0,4 %, n=9). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à elles 8,0 % des suicides (n=187) (Figure 3). Les jeunes de moins de 25 ans représentaient 4,9 % et les personnes de 60 ans et plus 41 % des suicides .

En revanche, les suicides représentaient la plus grosse part des causes de décès chez les 20-24 ans (18,1 %). Chez les plus jeunes (10-14 ans), les suicides constituaient 10,2 % des décès et seulement 0,2 % chez les plus âgés (85 ans et plus) (Tableau 1).

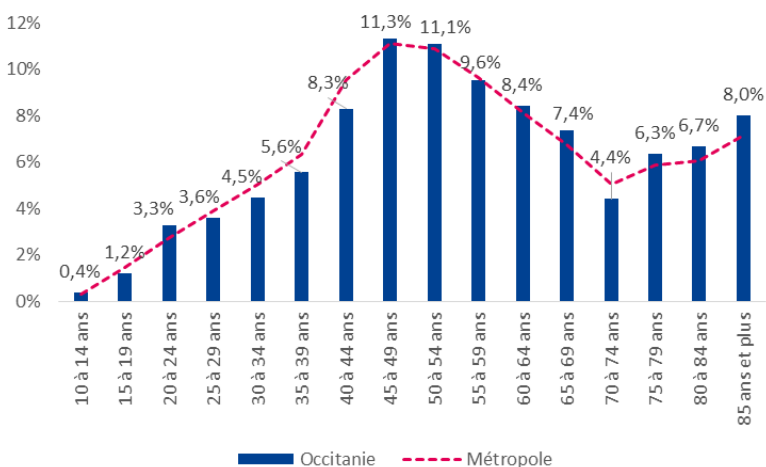
Entre 2015-2017, les suicides ont représenté 1,4 % (n=2 335) des décès toutes causes confondus contre 1,6 % (n=27 965) au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 2,1 % (n=1 729) dans la région contre 2,5 % (n=21 152) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,7 % (n=606) contre 0,8 % (n=6 813) au niveau national.

• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Occitanie, était la pendaison (51,5 % versus 56,6 %) et ceci aussi bien chez les hommes (54,9 %) que chez les femmes (41,7 %).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (22,0 %) et chez les femmes il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (26,6 %).

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Occitanie, 2013-2015 (n=1967)



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

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

	Ensemble	Homme	Femme
	%	%	%
10 à 14 ans	10,2	9,8	10,8
15 à 19 ans	9,4	8,6	11,4
20 à 24 ans	18,1	18,2	17,5
25 à 29 ans	16,7	18,2	13,2
30 à 34 ans	16,6	17,9	13,4
35 à 39 ans	13,9	14,8	12,0
40 à 44 ans	12,2	13,5	9,8
45 à 49 ans	9,6	11,4	6,1
50 à 54 ans	6,2	7,2	4,5
55 à 59 ans	3,7	4,0	3,2
60 à 64 ans	2,3	2,6	1,9
65 à 69 ans	1,7	1,7	1,6
70 à 74 ans	1,0	1,0	0,8
75 à 79 ans	0,9	1,2	0,5
80 à 84 ans	0,6	0,9	0,3
85 ans et plus	0,2	0,5	0,1
Total	1,4	2,1	0,7

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

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes, 2013-2015, Occitanie (n=2 394)

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Auto-intoxication médicamenteuse	292	12,5	26,6	7,6
Objet tranchant	27	0,8	0,8	1,3
Auto-intoxication par d'autres produits	42	1,8	3,3	1,3
Pendaison	1 203	51,5	41,7	54,9
Saut dans le vide	121	5,2	9,9	3,5
Arme à feu	402	17,2	3,6	22,0
Noyade	76	3,3	6,6	2,1
Collision intentionnelle	50	2,1	2,0	2,2
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	19	0,8	1,0	0,8
Mode non précisé	162	6,9	8,6	6,4

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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

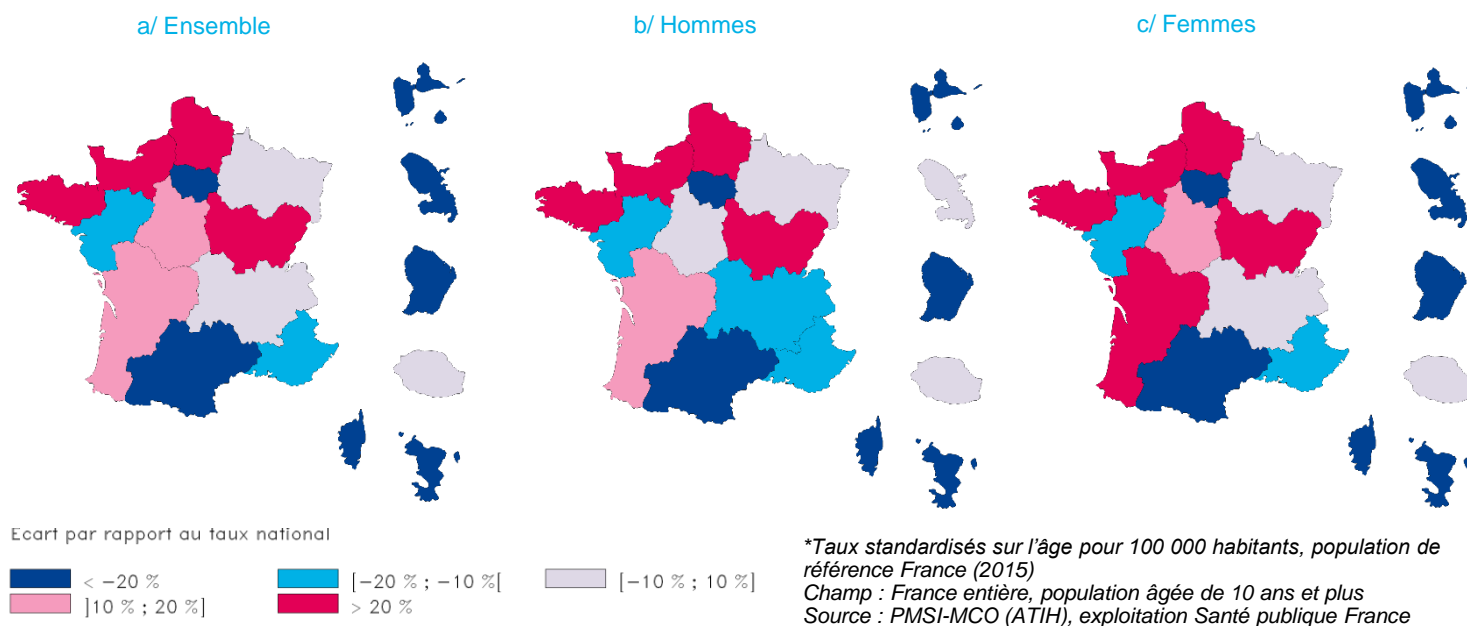
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir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

• Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, Occitanie

Entre 2008 et 2017, 6 215 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Occitanie chez des personnes résidant dans la région. Parmi elles, 96 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 113,5 pour 100 000 habitants pendant la période 2015-2017, l'Occitanie se situe à moins de 20 % du taux national (148,0 pour 100 000 habitants), Avec l'Île-de-France, la Corse, la Guadeloupe, la Martinique, la Réunion et Mayotte, elle présente l'un des plus importants différentiel par rapport au taux national (20 % de moins) (Figure 4).

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

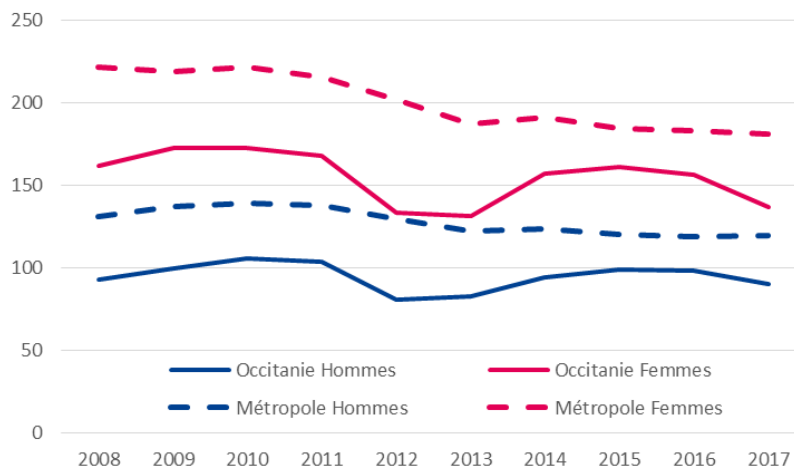


• Evolution temporelle

A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisation pour TS est en diminution depuis 2010. En Occitanie, cette tendance globale à la baisse s'observe uniquement chez les femmes (Figure 5).

A l'échelle départementale (*données non présentées*), une tendance à la baisse est observée dans les Pyrénées Orientales (depuis 2008) et plus récemment dans le Lot (2012), l'Aveyron (2013) et les Hautes-Pyrénées (2014). Une tendance à l'augmentation est observée dans l'Aude (depuis 2013) et le Tarn-et-Garonne (2014). En Haute-Garonne, ce taux est en augmentation de 2012 à 2016 puis en baisse en 2016. Dans les autres départements, il présente des fluctuations, sans tendances réellement marquées.

Figure 5 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge, par sexe en Occitanie et en France métropolitaine, 2008-2017 des 10 ans et plus



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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

• Répartition par sexe et âge

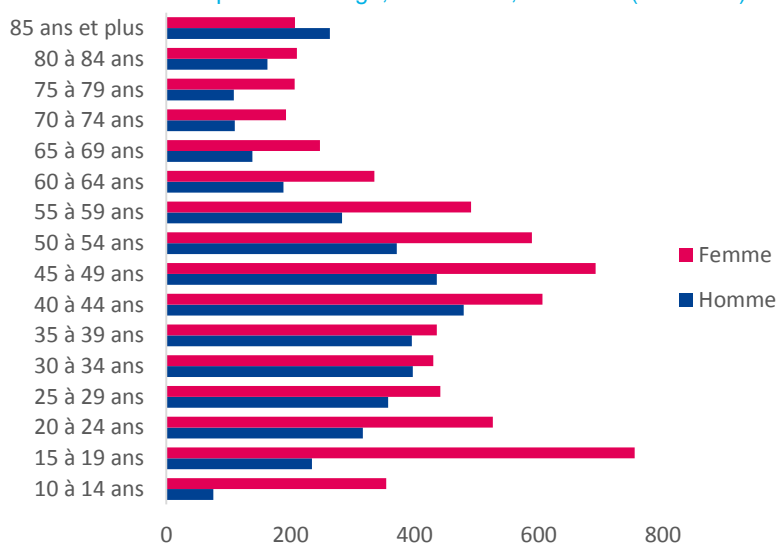
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 62,5 % (11 797/18 864) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. Pendant cette période de 3 ans, en termes d'âge, le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées 15-19 ans (755 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 40-44 ans (479 pour 100 000 habitants). Le second taux le plus élevé concernait les 45-49 ans aussi bien chez les femmes (692 pour 100 000 habitants) que chez les hommes (436 pour 100 000 habitants) (Figure 6).

• Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 86 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017, dont 10,1 % (n=1 631) correspondaient à des intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les intoxications non médicamenteuses (7 %), les automutilations par objets tranchants (6 %) puis les pendaisons (2 %) (Tableau 3).

Au total, 259 décès ont été rapportés parmi les 18 864 hospitalisations soit un taux de létalité de 14 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 23 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 8 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les TS par arme à feu (209 décès pour 1 000 hospitalisations) et par pendaison (183 décès pour 1 000 hospitalisations). La collision intentionnelle avait un taux de létalité nul et l'auto-intoxication médicamenteuse ou par d'autres produits ainsi que les automutilations présentaient des taux de létalité les plus faibles (de 6 à 9 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS).

Figure 6 : Taux bruts des séjours hospitaliers pour 100 000 habitants pour tentatives de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Occitanie (n=18 864)



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

• Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 18 864 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 75 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 63 % des cas.

La durée médiane des séjours était de 3,2 jours tous âges confondus. La durée médiane la plus forte était observée pour les 80-84 ans et les 85 ans et plus (9 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée en cas de saut dans le vide. Elle était d'un jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire.

Tableau 3 : Part des modes de tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS), 2015-2017, Occitanie (n=18 864)

Modes de TS	TS		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation nombre de jours	Létalité nombre de décès pour 1000 hospitalisations
	n	%				
Auto-intoxication médicamenteuse	16 204	85,9	90,1	78,9	1,0	6,1
Objet tranchant	1 096	5,8	5,0	7,1	1,0	9,1
Auto-intoxication par d'autres produits	1 296	6,9	5,3	9,5	1,0	8,5
Pendaison	399	2,1	1,0	3,9	2,0	183,0
Saut dans le vide	265	1,4	1,2	1,8	9,0	79,2
Arme à feu	110	0,6	0,2	1,3	3,0	209,1
Noyade	30	0,2	0,1	0,2	1,0	33,3
Collision intentionnelle	42	0,2	0,1	0,4	2,5	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	39	0,2	0,1	0,4	5,0	128,2
Mode non précisé	426	2,3	2,0	2,7	2,0	49,3

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

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

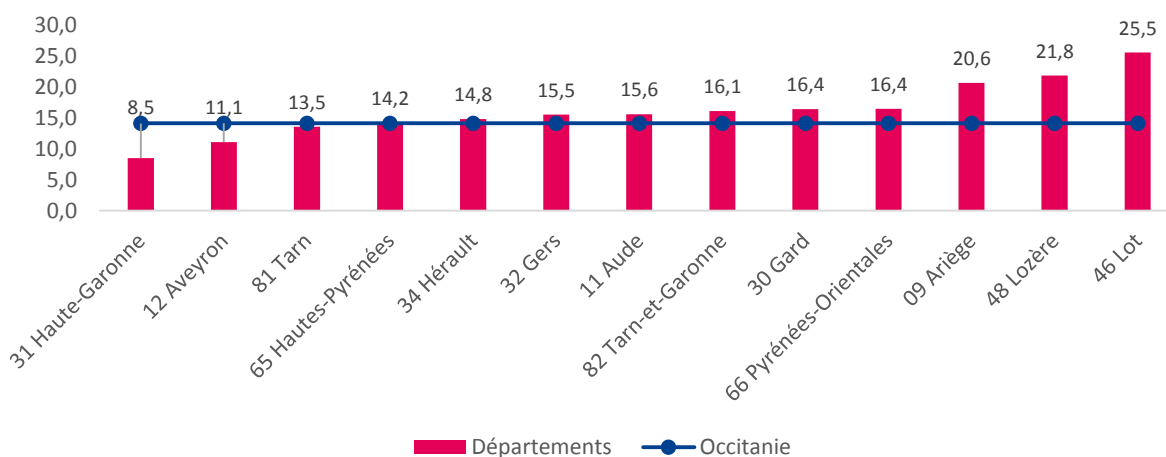
Situation en 2015

En Occitanie, les taux standardisés de mortalité par suicide et le taux d'hospitalisation pour TS variaient selon les départements (Figures 7 et 8). Les inégalités territoriales observées n'étaient pas toujours identiques pour les suicides et les TS.

- La Lozère présentait le 2^{ème} taux de mortalité par suicide le plus élevé mais un taux d'hospitalisation pour TS inférieur à la moyenne régionale (110,8 vs 130,0 pour 100 000 habitants).
- Le Lot et l'Ariège présentaient quant à eux des taux de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour TS parmi les plus élevés de la région.
- A l'inverse, l'Aveyron présentait un taux de mortalité par suicide (11,1 pour 100 000 habitants) et d'hospitalisation pour TS (110,8 pour 100 000 habitants) inférieurs aux taux régionaux.
- Le Gard et l'Hérault présentaient des taux très proches du niveau régional, aussi bien pour les taux de mortalité par suicide que ceux d'hospitalisation pour TS.

Figure 7 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, 2015, Occitanie (n=578)

Taux régional = 14,1 pour 100 000 habitants



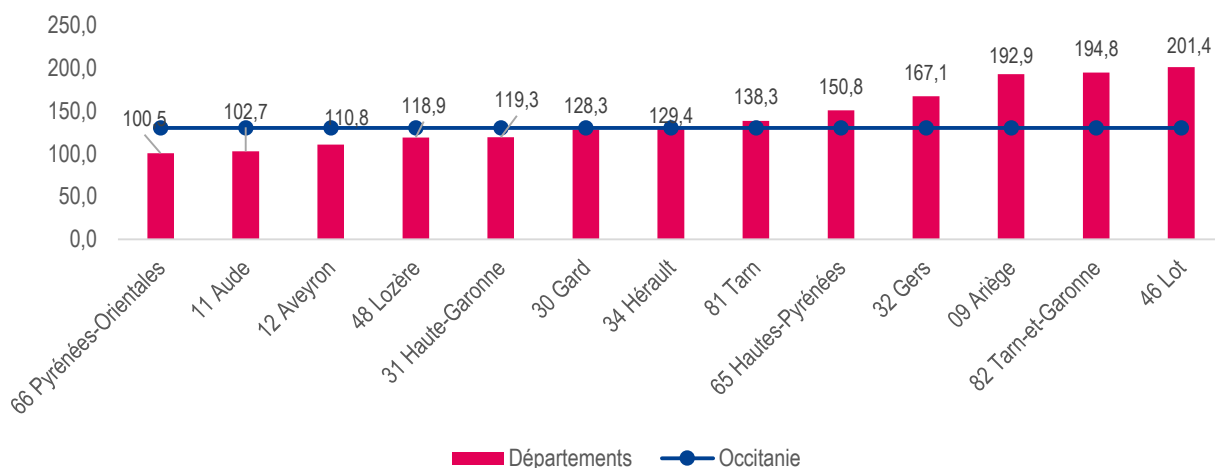
*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)

Champ : Population âgée de 10 ans et plus

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

Figure 8 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisés sur l'âge par département, 2015, Occitanie (n=578)

Taux régional = 130,0 pour 100 000 habitants



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

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

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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

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

Aucune des sources de données de surveillance des suicides et tentatives de suicides, présentées dans ce bulletin (causes médicales de décès et séjours hospitaliers enregistrés dans le PMSI) n'étant exhaustive, les passages aux urgences pour TS constituent une source complémentaire de surveillance et les résultats présentés ci-dessous doivent être mis en perspective avec ceux issus des autres sources de données.

Caractéristiques et qualité du dispositif régional Oscour®

En Occitanie, le réseau Oscour® repose sur l'ensemble des 66 structures d'urgences (SU). Si l'on s'en réfère à la [statistique annuelle des établissements de soins](#), les établissements d'Occitanie ont déclaré 1 694 644 passages aux urgences en 2017, alors qu'Oscour® en contient 1 743 510 (soit 103 %).

Si 100 % des établissements fournissent des données, la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis demeure hétérogène entre les départements en 2017 (Tableau 4). C'est dans le Gers et la Lozère qu'elle est la plus faible, alors qu'elle dépasse les 75 % dans 8 des 13 départements de la région.

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

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

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Ariège	3/3 (100%)	95,6
Aude	5/5 (100%)	84,6
Aveyron	5/5 (100%)	67,2
Gard	5/5 (100%)	86,6
Haute-Garonne	10/10 (100%)	92,2
Gers	2/2 (100%)	26,4
Hérault	13/13 (100%)	77,0
Lot	4/4 (100%)	95,0
Lozère	1/1 (100%)	0,9
Hautes-Pyrénées	5/5 (100%)	58,8
Pyrénées-Orientales	5/5 (100%)	86,9
Tarn	5/5 (100%)	95,6
Tarn-et-Garonne	3/3 (100%)	60,0

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

Identification des passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le regroupement syndromique « geste suicidaire », correspondant aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 5, a été défini par un groupe de travail composés d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des passages aux urgences pour tentatives de suicide. Ce regroupement est appliqué pour les recours aux urgences de personnes âgées de 10 ans et plus, pour lesquelles il existe un consensus sur l'intentionnalité des gestes suicidaires au même titre que pour les autres sources de données présentées dans ce bulletin.

Au final, les codes diagnostiques retenus dans le regroupement syndromique Oscour® « geste suicidaire » correspondent aux codes également utilisés pour le recensement des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide dans la base de données du PMSI.

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

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

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

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

Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Occitanie

➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

Au total, en 2017, 6 876 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 66 SU d'Occitanie participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 19 recours quotidiens et près de 4 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes confondues. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représente 9,5 % du total national.

L'analyse quotidienne pointe une diminution des recours pour TS le samedi et une augmentation le dimanche, alors que le recours toutes causes confondues est assez stable au fil des jours de la semaine (Figure 9).

L'analyse comparative de la répartition mensuelle des recours pour TS et de l'ensemble des passages aux urgences montre que les TS suivent à peu près les mêmes tendances que les passages toutes causes confondues, à l'exception du mois de décembre 2017, où le nombre de TS diminuait légèrement (Figure 9bis).

L'analyse selon l'heure d'entrée aux urgences met en évidence une nette différence de répartition des parts de passages : les recours aux urgences pour TS impactent plus nettement les tranches horaires de soirée et début de nuit (20-0h et 0h-4h) que les passages aux urgences toutes causes confondues (Figure 9ter).

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

Figures 9 : Répartition quotidienne (1), mensuelle (1 bis) et horaire (1 ter) de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicides dans les structures d'urgences (SU) d'Occitanie participant au réseau Oscour®, 2017



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

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

Plus de 97 % des recours pour TS dans les SU d'Occitanie concernaient des personnes résidant dans la région, 2 % venaient d'autres régions de France métropolitaine et 0,4 % étaient des ressortissants de pays étrangers (dans la limite de la validité des codes postaux renseignés dans les données considérées).

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (65 %, n=4 482) alors que le sexe ratio H/F est plutôt équilibré dans les recours aux urgences toutes causes confondues.

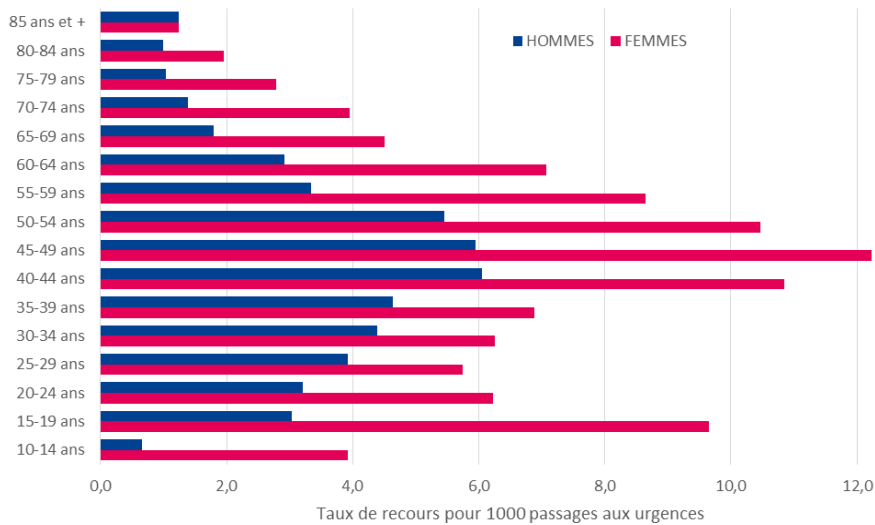
La répartition par sexe et classe d'âge montre que le taux de recours aux urgences pour TS est quasi systématiquement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, en dehors des personnes âgées de 85 ans et plus, où il est équivalent pour les deux sexes (Figure 10).

Chez les femmes, les taux de recours les plus élevés sont retrouvés pour la classe d'âge des 45 à 49 ans (et plus largement, de 40 à 54 ans), mais ce taux est remarquablement élevé aussi chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans.

Chez les hommes, le taux de recours augmente progressivement jusqu'aux 40-44 ans, reste relativement stable jusqu'aux 50-54 ans, puis diminue jusqu'aux 75-79 ans, pour ensuite ré-augmenter chez les hommes de 85 ans et plus.

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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



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

➤ Modes de tentatives de suicide

Selon les diagnostics médicaux renseignés par les médecins, la majorité des recours pour TS résultent d'intoxications médicamenteuses (96 %). Dans des proportions très faibles, on retrouve ensuite les objets tranchants ou contondants (2 %), puis les auto-intoxications non médicamenteuses ainsi que les pendaisons (respectivement 1 % chacun) (Tableau 6). On notera que les modes de TS violents (objets tranchants et pendaisons), parce qu'ils sont mortels le plus souvent, sont rares dans les recours aux urgences pour TS, mais qu'ils sont plus fréquemment cités au travers des diagnostics médicaux chez les hommes que chez les femmes.

Parmi les intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses représentées étaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 en T42) : 50 % des recours (3 317/6 619), parmi lesquels 93 % (3 100/3 317) d'intoxications aux benzodiazépines (T424),
- autres psychotropes (T43) : 14 % (934/6 619),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants : 10 % (675/6 619), parmi lesquels 52 % correspondaient à du paracétamol (T391) (349/675).

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

Tableau 6 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Occitanie, passages aux urgences, Oscore®, 2017

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxication médicamenteuse	4373 (95%)	2246 (92%)	6619 (96%)
Objet tranchant, contondant	62 (1%)	72 (3%)	134 (2%)
Auto-intoxication non médicamenteuses	25 (1%)	25 (1%)	50 (1%)
Pendaison	7 (<1%)	38 (2%)	45 (1%)
Saut dans le vide	6 (<1%)	3 (<1%)	9 (<1%)
Arme à feu	0	3 (<1%)	3 (<1%)
Noyade	1 (<1%)	1 (<1%)	2 (<1%)
Collision intentionnelle	0	0	0
Exposition aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	2 (<1%)	1 (<1%)	3 (<1%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	150 (3%)	63 (3%)	213 (4,3%)

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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

Lorsque la provenance était renseignée (40 % des recours), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (98 %). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, Smur, VSAB) dans plus des trois quarts des cas (77 %),

Lorsque le mode de sortie était renseigné (94 % des recours), 57 % des personnes ont été hospitalisés dans l'établissement de recours et 5 % dans un autre établissement de soins. Trois hospitalisations sur quatre pour TS vues aux urgences allaient dans un service MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) et seuls 3,5 % en unité psychiatrique. La majorité des hospitalisations renseignées étaient effectuées en unités d'hospitalisation de courte durée, (UHCD, 78 %) et 4,5 % en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

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

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

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

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

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

Au total, 6 876 recours aux urgences pour TS, dont 5 686 patients résidant en Occitanie, ont été recensés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans les SU d'Occitanie participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 520, soit un peu moins d'une personne suicidante sur 10 (9,1%), a réitéré au moins une fois son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017.

L'Hérault, les Pyrénées-Orientales, le Tarn et la Haute-Garonne avaient ainsi les taux de récidive dans les 6 mois les plus élevés. Ils étaient évalués par cette méthode à plus de 10 % de récidives (Tableau 7), alors qu'il était inférieur à 5 % dans les Hautes-Pyrénées.

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

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récidive
Ariège	131	7	5,3%
Aude	472	27	5,7%
Aveyron	165	10	6,1%
Gard	794	48	6,0%
Haute-Garonne	1 574	161	10,2%
Gers	42	3	7,1%
Hérault	1 170	139	11,9%
Lot	66	0	-
Lozère	<i>Non exploitable</i>	<i>Non exploitable</i>	-
Hautes-Pyrénées	65	3	4,6%
Pyrénées-Orientales	554	60	10,8%
Tarn	411	44	10,7%
Tarn-et-Garonne	239	18	7,5%

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

Le taux de récurrence dans les 6 mois est légèrement supérieur chez les femmes (9,6 %, soit 355/3 709) que chez les hommes (8,4 %, soit 165/1 977) et il varie selon la classe d'âge. Il est maximum pour les 2 sexes chez les trentenaires (Figure 11). Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes de 10 à 69 ans. A contrario, chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, les récurrences de TS présentaient des taux plus importants chez les hommes que chez les femmes.

La fréquence de 1^{ère} récurrence est plus importante chez les hommes que chez les femmes et ce, dès le 1^{er} mois suivant la 1^{ère} prise en charge aux urgences (Figure 12). La moitié des hommes récidivistes réitèrent leur geste suicidaire dans les 2 mois [31 à 60 jours] suivant un premier recours pour TS alors que la moitié des femmes réitèrent leur gestes dans les 3 mois [61-90 jours].

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

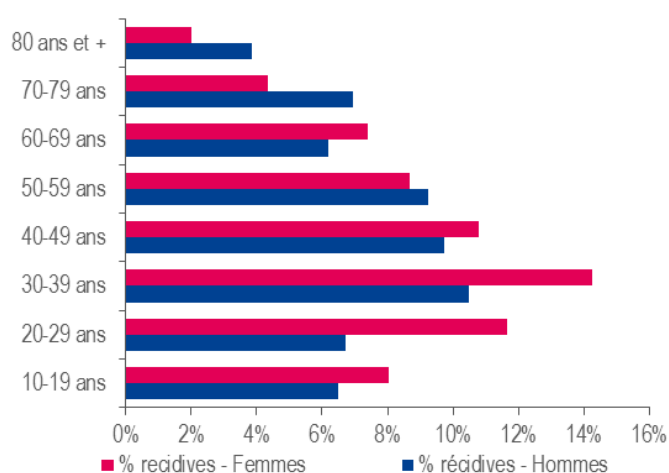
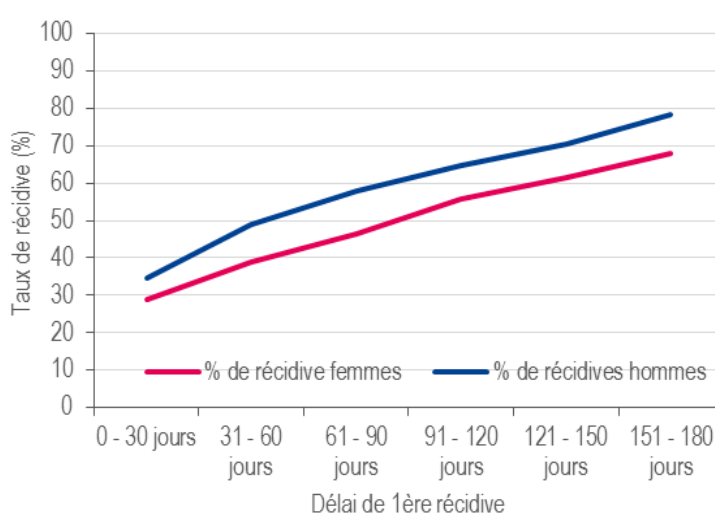


Figure 12 : Distribution cumulée du délai à la 1^{ère} récurrence de TS selon le sexe, SU d'Occitanie, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



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

Discussion, conclusion

Les principales caractéristiques épidémiologiques des recours pour TS dans les SU d'Occitanie, sont cohérentes et complémentaires à celles décrites dans les autres sources de données (CépiDc et PMSI) présentées dans ce bulletin.

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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Données issues du Baromètre de Santé publique France

Mis en place dans les années 1990 et aujourd'hui portés par Santé publique France, les Baromètres de Santé publique France abordent les différents comportements et attitudes de santé en France, dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées, constituent un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance (PMSI, CépiDc, Oscour®). Elles permettent, d'une part, de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide en population générale et, d'autre part, d'approfondir l'étude des facteurs associés, notamment en termes de profils sociodémographiques. Ce travail présente une estimation de la prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine, et plus particulièrement en région Occitanie, à partir de l'exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Les évolutions des prévalences à trois temps de mesure (2005, 2010 et 2017) sont présentées aux niveaux national et régional. Par ailleurs, les associations avec d'autres facteurs sont aussi présentées.

Description de l'échantillon en région Occitanie

Pour la région Occitanie, 2 371 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 9,4 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 1 071 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 178, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 1 162. Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 1 030 individus.

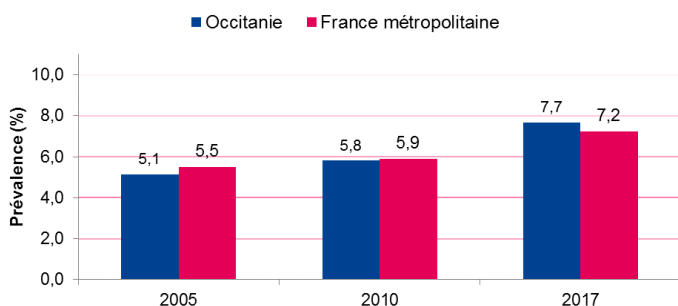
Evolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées en 2005, 2010 et 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** n'a pas évolué de façon significative en région Occitanie entre 2005 (4,3 %), 2010 (3,9 %) et 2017 (5,2 %). En France métropolitaine, la prévalence a diminué de façon significative entre 2005 et 2010 puis augmenté significativement entre 2010 et 2017 pour retrouver un niveau comparable à 2005 (Figure 13).

La prévalence des **tentatives de suicide déclarées au cours de la vie** a augmenté significativement en région Occitanie de 2005 (5,1 %) à 2017 (7,7 %). La tendance est significative entre 2005 et 2010 pour le niveau national (Figure 14).

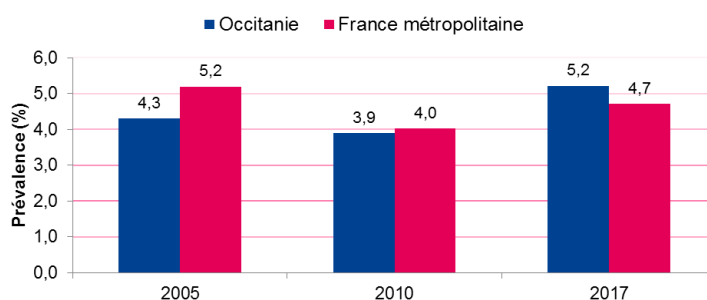
La prévalence des **tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois** n'a pas augmenté significativement entre 2005 (0,2 %), 2010 (0,3 %) et 2017 (0,6 %) en région Occitanie (Figure 15). Cette tendance est significative au niveau national.

Figure 14 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, en Occitanie et en France métropolitaine



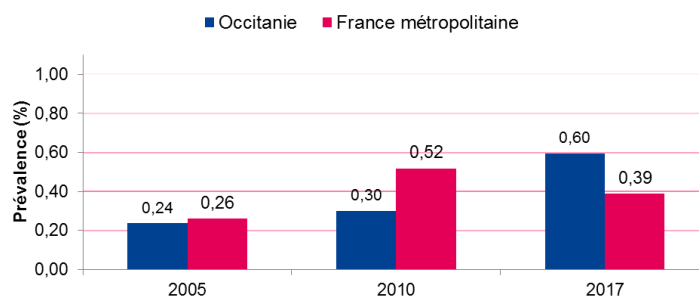
Prévalence pour 100 habitants
 Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires
 Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

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



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

Figure 15 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en Occitanie et en France métropolitaine



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

CONDUITES SUICIDAIRES

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

Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois en Occitanie était estimée à 5,3 % (Figure 16a). Cette prévalence est la plus élevée de toutes les régions. Elle était de 4,7 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

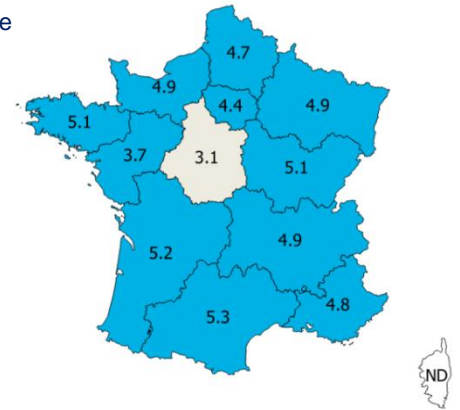
En région Occitanie, chez les hommes, la prévalence était de 3,7 % (Figure 16b), et chez les femmes de 6,7 % (Figure 16c). Ces deux prévalences ne sont pas significativement différentes entre elles, et avec celles observées en France métropolitaine (4,0 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes), malgré la prévalence élevée et supérieure à celle des autres régions chez les femmes.

b/ Hommes

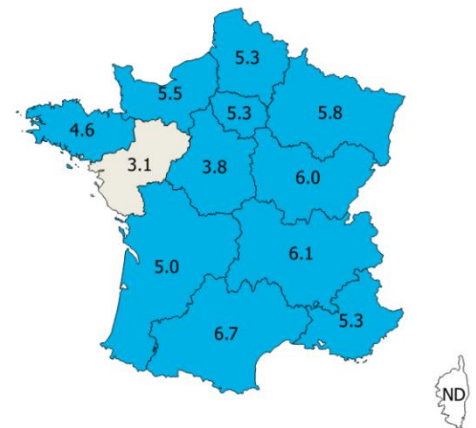


■ Pas de différence significative
 ■ Inférieure aux autres régions*
 ND : non disponible

a/ Ensemble



c/ Femmes



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

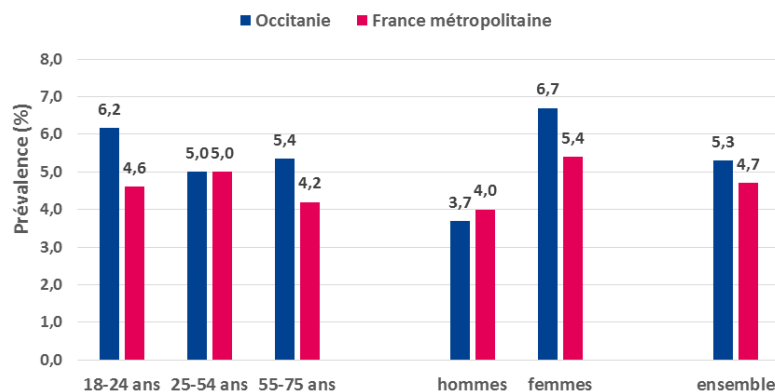
* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

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

Comparaison selon le sexe et l'âge

En région Occitanie, la prévalence apparaît plus élevée chez les 18-24 ans (6,2 %) puis chez les 55-75 ans (5,4 %), (Figure 17). La prévalence chez les 25-54 ans était de 5,0 %. En Occitanie, la distribution des prévalences chez les 18-24 ans et les 55-75 ans et chez les femmes est plus élevée qu'en France métropolitaine.

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



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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Facteurs associés aux pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois

Tableau 8 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine, N=25 038

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
Age	*		
18-24 ans (réf.) (n=2274)	4,6	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	5,0	1,3	[1,0-1,8]
55-75 ans (n=9909)	4,2	1,3	[0,9-1,8]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9597)	5,1	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	4,1	0,8*	[0,6-1,0]
Supérieur au Bac (n=10223)	4,4	1,1	[0,9-1,3]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs ¹ (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7237)	6,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	3,8	0,7***	[0,6-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	3,1	0,7***	[0,5-0,8]
NSP/Refus (n=1181)	3,8	0,8	[0,5-1,2]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24744)	4,4	- 1 -	
Oui (n=549)	14,8	1,4	[0,9-2,1]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
Consommation quotidienne d'alcool	***		
Non (réf.) (n=22581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

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

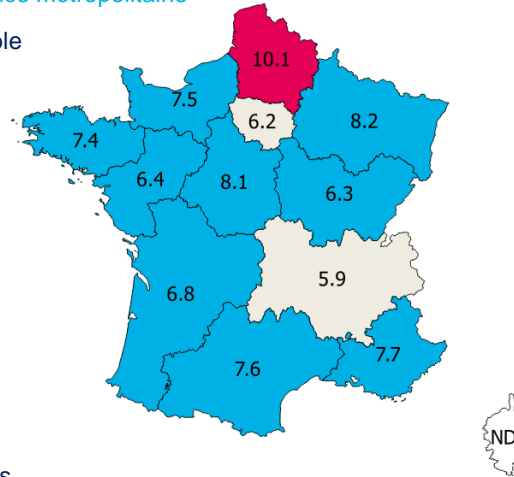
Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **tentatives de suicide déclarées au cours de la vie** en Occitanie était estimée à 7,6 % (Figure 19a). Cette prévalence ne diffère pas significativement de celles de la majorité des autres régions. Elle était de 7,2 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

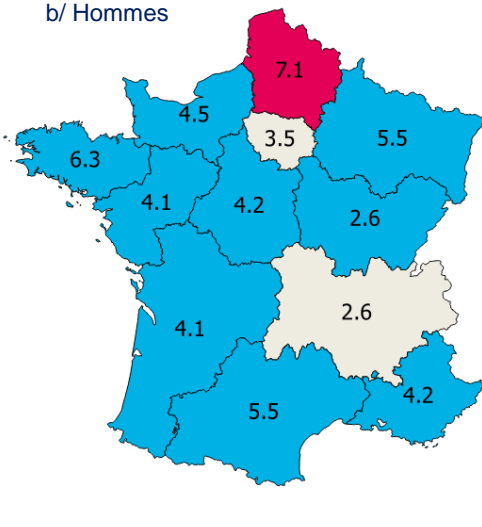
En région Occitanie, chez les hommes, la prévalence était de 5,5 % (Figure 19b), et chez les femmes, elle était de 9,7 % (Figure 19c). Les prévalences étaient respectivement de 4,4 % chez les hommes et 9,9 % chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Figure 19 : Prévalence (%) des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine

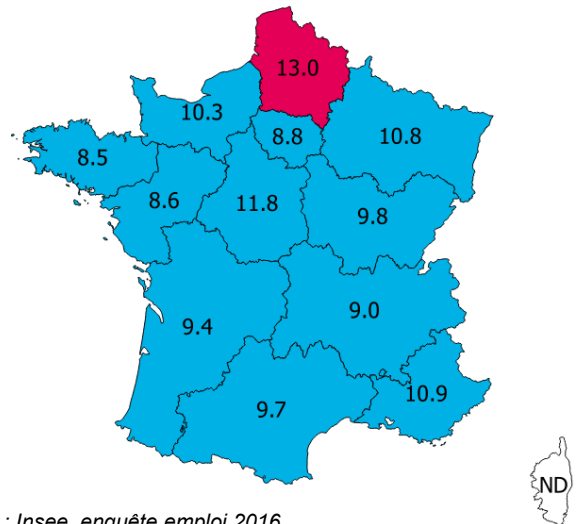
a/ Ensemble



b/ Hommes



c/ Femmes



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

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

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

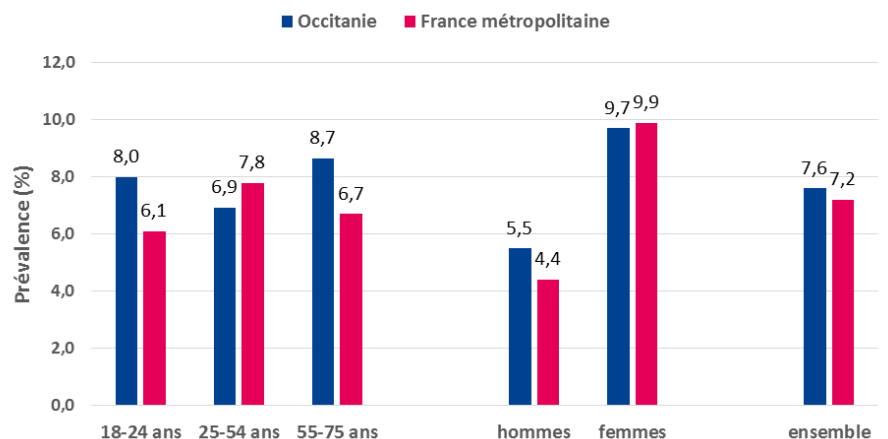
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Comparaison selon le sexe et l'âge

En Occitanie, la prévalence apparaissait la plus élevée chez les 55-75 ans (8,7 %). Elle était de 8,0 % chez les 18-24 ans et de 6,9 % chez les 25-54 ans (Figure 20). La répartition par classes d'âge en Occitanie ne différait pas significativement de celle de la France métropolitaine.

La prévalence chez les femmes (9,7 %) était significativement plus élevée que celle des hommes (5,5 %).

Figure 20 : Prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Occitanie et en France



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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées au cours de la vie

Tableau 9 : Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées au cours de la vie, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 903)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Les tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017 : prévalence, facteurs associés

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois** en région Occitanie était estimée à 0,59 % (Figure 21). On ne note pas de différence significative sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

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

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

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

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

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

Figure 21 : Prévalence (%) des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, France métro

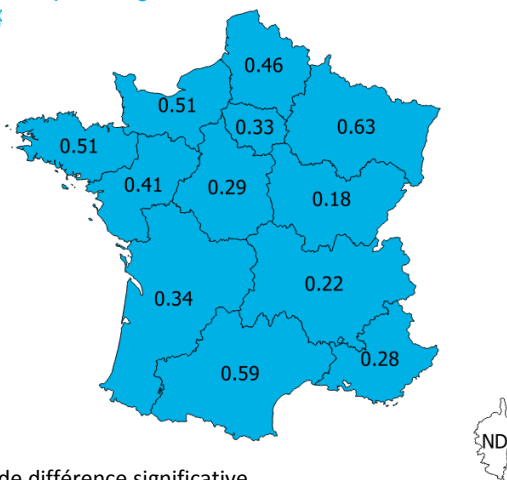


Tableau 10 : Facteurs associés aux tentatives de suicide cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 997)

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

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

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

ND : non disponible

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Discussion

Tendance

En France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2010 et 2017. En région Occitanie, les prévalences des tentatives de suicide déclarées respectivement au cours de la vie et au cours des douze derniers mois ont significativement augmenté respectivement entre 2010 et 2017 et entre 2005 et 2017.

Situation en 2017

- Prévalence et effectif

En 2017, 5,1 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en région Occitanie déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 217 000 personnes) et 7,6 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois était de 0,59 %, soit environ 24 300 personnes.

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie étaient plus importantes chez les 25-54 ans. Par ailleurs, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

- Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

D'après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblent plus enclins aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide : c'est le cas notamment de facteurs socio-économiques tels que vivre seul, être au chômage ou inactif. Ces résultats sont aussi retrouvés en ce qui concerne la prévalence de l'état dépressif caractérisé [8].

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

Les **tentatives de suicide déclarées au cours de la vie** sont plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales sont cohérentes avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et positions sociales selon le sexe. Les femmes pourraient être notamment plus exposées au stress. Une autre explication possible est le fait que les hommes admettraient moins facilement leur mal-être, et rapporteraient moins aisément des pensées suicidaires. La mesure de l'état de santé étant déclarative, on peut s'interroger sur l'équivalence des prédispositions des hommes et des femmes à identifier et verbaliser une situation de mal-être mental.

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

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

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

Limites

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

PREVENTION

Contexte en France

La France se situe à la 10^{ème} place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3^e rapport de l'ONS](#) [9]. En 2009, le coût financier annuel des suicides et tentatives de suicide (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités... et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros [10]. Les coûts humains, sociaux, sanitaires et financiers des conduites suicidaires ont conduit à inscrire la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

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

Les stratégies de prévention du suicide

Interventions efficaces

Une revue de littérature [11, 12] conduite pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, Santé publique France depuis 2016), présentait les conclusions suivantes concernant les principales catégories d'intervention visant la réduction des conduites suicidaires :

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (il prend la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;
- 3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;
- 4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se centraient sur le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs ;
- 5) **Les programmes en milieu scolaire** : les programmes ayant montré un effet sur la réduction des conduites suicidaires semblent être des programmes visant la sensibilisation et l'information de l'ensemble des élèves ainsi que la formation de professionnels dans les établissements scolaires ;
- 6) **L'organisation de la prise en charge** : elle est efficace lorsqu'elle assure la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital ou qu'elle engage une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier ;
- 7) **L'information du public** : dans cette catégorie d'intervention, les expériences ayant montré un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de tentatives de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

Les préconisations d'interventions visant la prévention des conduites suicidaires à l'échelle nationale sont fondées sur une analyse de la littérature, des consensus d'experts (HCSP, CNSM) et la volonté politique de structurer une politique nationale de prévention du suicide dont les axes prioritaires ont été retranscrits dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.

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

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

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

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

PREVENTION

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

Les documents en bref

Rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016 [13]

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017 [14]

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

Plan Priorité prévention, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018 [15]

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

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018 [16]

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

Les interventions mentionnées par document

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

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

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

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

[15] Priorité prévention. Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018. 33 p.

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

LA PREVENTION DU SUICIDE EN REGION OCCITANIE

Dans la droite ligne de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie publiée au mois de juin 2018, l'Agence Régionale de Santé en Occitanie, notamment au travers de son projet régional de santé de seconde génération 2018-2022, soutient **une approche globale de la santé mentale** et veille à ce qu'un **continuum d'actions soient mises en place dans les territoires** au bénéfice des habitants de la région.

L'ambition majeure est d'apporter l'appui et les compensations nécessaires à toute personne, quel que soit son besoin : actions de **promotion de la santé mentale**, actions de **repérage et de prise en charge précoces** des troubles, amélioration de **l'accès aux soins spécialisés et aux accompagnements de réhabilitation psycho-sociale nécessaires**, amélioration des conditions de vie et de **l'inclusion sociale** des personnes vivant avec un trouble psychique. Une attention particulière est portée aux **populations vulnérables**: enfants-adolescents-jeunes, personnes en situation de précarité, personnes âgées ou en situation de handicap, personnes sous main de justice. Cette attention croise un constat récurrent dans l'analyse épidémiologique des pensées suicidaires: les personnes en situation d'isolement social (personnes seules à leur domicile, personnes au chômage) ainsi que les personnes ayant été victimes de violences ou d'événements de vie traumatiques sont les personnes les plus souvent concernées par des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide.

Ainsi, la politique de prévention du suicide s'envisage comme une **politique multimodale**, globale dans la mesure où elle doit embrasser l'ensemble des étapes du parcours de santé des personnes concernées, et ciblée dans la mesure où il convient d'apporter une réponse plus intense aux populations repérées comme les plus vulnérables.



Elle comporte un premier bloc d'actions intégrées et territorialisées de prévention du suicide en cours de développement et/ou de rénovation (en référence au « kit territorialisé de prévention du suicide » développé par la direction générale de santé) reposant sur trois piliers:

- Le déploiement du **dispositif de recontact des suicidants, Vigilans** (*cf article p25*). Déployé depuis 2016 sur Occitanie Est, il a vocation à se généraliser à toute la région d'ici 2021-2022, selon un calendrier national qui sera prochainement finalisé.
- Le déploiement de **nouveaux modules de formation au repérage de la souffrance psychique et à la prévention du suicide** (*cf article p26*), dans l'objectif de soutenir la mise en place d'une meilleure coordination entre les acteurs pertinents des territoires, depuis les cercles sociaux et de solidarité immédiate des personnes, jusqu'aux acteurs du soin. Tout l'enjeu dans le démarrage de ce déploiement, est de faire en sorte que cet outil soit mis à disposition des échelles de territoires, des cibles populationnelles, et des groupes d'acteurs les plus pertinents au regard des enjeux épidémiologiques que ce bulletin de santé publique contribue grandement à mettre en évidence.
- Le soutien d'une **journée annuelle à l'attention du grand public et des professionnels**, visant à lever les tabous sur le suicide, et plus globalement sur la maladie psychique, et à mettre en avant les actions, réflexions, initiatives de prévention, portées dans la région.



Mais elle s'appuie également sur un certain nombre d'actions plus globales de renforcement des compétences individuelles et collectives, et de la capacité de repérage précoce de la souffrance psychique et d'orientation vers les acteurs du soins, parmi lesquelles on peut citer notamment :

- La généralisation de la mise en place de **programmes de renforcement des compétences psycho-sociales menées en direction des enfants âgés de 0 à 6 ans** (https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/08/ars-occitanie_projet-rjional-de-sant_schma-rjional-de-sant.pdf - page 307-)
- La poursuite d'**actions de repérage précoce de la dépression chez l'adolescent en milieu scolaire** (programme Pare-Chocs expérimenté depuis 2015 en Occitanie Ouest) et le démarrage d'actions de psychologie communautaire en Occitanie Est depuis la rentrée 2018 visant à prévenir les phénomènes de boucs-émissaires dans les collèges.
- Le renforcement des maisons des adolescents de la région, dans le but d'**offrir à tout adolescent de la région l'accessibilité à un lieu d'écoute immédiate et inconditionnelle** en capacité de déclencher dans des délais courts une réponse pluriprofessionnelle adaptée à la problématique du jeune, qui s'exprime dans plus de la moitié des cas par une situation de mal-être. (https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/08/ars-occitanie_projet-rjional-de-sant_schma-rjional-de-sant.pdf - page 245-)
- Le développement des **conseils locaux de santé mentale**, rassemblant à une échelle de proximité, les élus, la psychiatrie publique, et les usagers pour élaborer des actions en faveur d'une meilleure information de la population sur les outils favorisant une meilleure attention à sa santé mentale, d'une amélioration du repérage et de la prise en charge précoce des troubles psychiques, et d'une déstigmatisation de la maladie psychique. Il est à noter que certains conseils locaux de santé mentale de la région se sont d'ores et déjà emparés des sujets du meilleur repérage de la dépression, ou de la prévention du suicide des jeunes dans le but d'améliorer la coordination des acteurs locaux.

LA PREVENTION DU SUICIDE EN REGION OCCITANIE

Vigilan's : vers une 3ème année de fonctionnement en Occitanie Est

Dr Charly Crespe, Psychiatre, Médecin Coordonnateur du dispositif Vigilans LR

La prévention du suicide est un enjeu de santé publique qui se décline en plusieurs grands axes, tels que la restriction de l'accès aux moyens létaux, la meilleure prise en charge de la santé mentale, la formation des professionnels de santé et l'amélioration du traitement médiatique pour limiter l'effet de contagion.

Au sein des champs de la prévention demeure celui de la prévention ciblée auprès des individus à fort risque de décès par suicide (par ex emple, antécédents familiaux de décès par suicide, antécédent personnel de maladie mentale, antécédent personnel de tentative de suicide). Parmi eux, les personnes ayant déjà effectué une tentative de suicide présentent un risque de passage à l'acte suicidaire bien plus élevé que la population générale, ils constituent une population cible pour conduire des actions de prévention qui visent à garder un lien avec les soins. En effet, après une tentative de suicide, près d'un patient sur deux quitte le service des urgences qui l'a accueilli dans les 24h et la majorité n'a pas de suivi dans les mois qui suivent le geste. Pourtant, cette période est décrite comme à fort risque de nouveau passage à l'acte (13% réitèrent dans les 12 mois).

C'est à partir de ce constat qu'est né Vigilans, dans le but de favoriser le lien avec les patients et permettre le partage de l'inquiétude avec les professionnels de premiers recours. Vigilans utilise 3 moyens de prise de contact ayant un effet de protecteur vis-à-vis du passage à l'acte.

- Le premier est la **carte contact** remise au patient. Elle met ce dernier en lien avec un centre de crise où des infirmières et psychologues spécialement dédiés sont à son écoute, lui permettant de trouver des solutions pour gérer sa situation.
- Le deuxième outil consiste en un **rappel téléphonique entre le 10^{ème} et 21^{ème} jour** suivant leur sortie de l'hôpital (prévu pour les patients réitérants) qui permet de prendre des nouvelles et d'orienter vers un suivi si nécessaire.
- Enfin, lorsque les patients sont injoignables, **une série de 4 cartes postales mensuelles** leur est adressée pour rappeler que nous nous soucions d'eux, et susciter un contact s'ils le souhaitent.

En parallèle, à chacun des échanges entre le patient et le dispositif Vigilans, **le médecin généraliste et le psychiatre traitant sont informés par courrier**. Parfois, un appel téléphonique direct peut faciliter l'adaptation de la prise en charge et du suivi.

Développé à l'origine par le Pr Vaiva et le Dr Debien en région Nord-Pas-de-Calais, le dispositif a été mis en test dans plusieurs régions (Hauts-de-France, Normandie, Bretagne et Languedoc-Roussillon). Son principe devrait être généralisé à l'ensemble du territoire.

Sur l'Occitanie-Est (Languedoc-Roussillon), le dispositif fonctionne depuis 2016 à l'initiative du Pr Courtet, avec une ouverture progressive des différents centres. Il y a eu une très forte progression du nombre de patients en 2018 (+118%), soit plus de patients qu'entre 2016 et 2017 réunis (figure 21). Cela témoigne d'une meilleure implantation du dispositif sur le territoire et surtout d'une plus grande intégration du dispositif dans la pratique courante des professionnels de santé mentale depuis les urgences.

A ce jour, ce sont près de 2400 personnes en Occitanie qui ont bénéficié du dispositif.

En 2018, 1388 patients sont entrés dans le dispositif depuis les centres actifs de la région (figure 22). Le dispositif est ouvert aux mineurs qui représentent pour cette année 81 patients (5,8%). Les âges extrêmes sont 15 et 98 ans avec une moyenne à 41,9 ans et une médiane à 43 ans. Il y a une prédominance de femmes (67%) dans le dispositif. En revanche, il y a presque autant de primo-suicidants que de réitérants soit respectivement 48% et 52%.

Figure 22 : Nombre cumulé d'inclusions dans Vigilans en Occitanie est depuis la mise en place du dispositif, de mai 2016 à décembre 2018

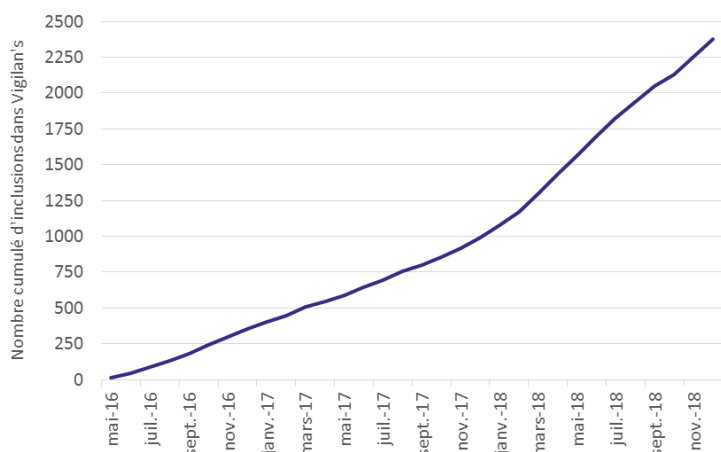
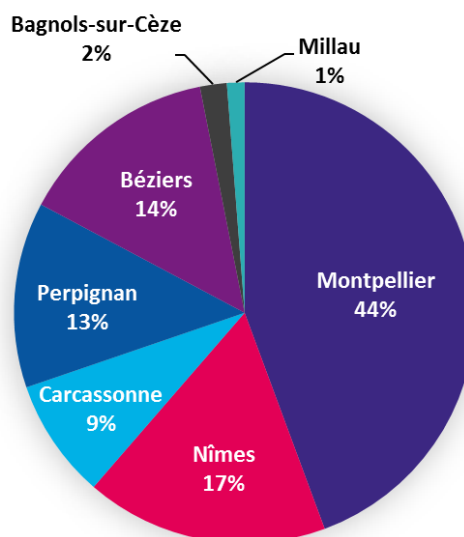


Figure 23 : Répartition des inclusions dans Vigilans en Occitanie est, par centre pour l'année 2018



LA PREVENTION DU SUICIDE EN REGION OCCITANIE

La formation des professionnels : une évolution des contenus pour qu'ils soient des outils au service d'une chaîne de prévention du suicide et de repérage de la souffrance psychique

Dr Anjali MATHUR, Psychiatre praticien Hospitalier, Centre de Thérapie Brève (CHU de Toulouse)

La formation à la prévention de la crise suicidaire des professionnels vient d'être remaniée.

Cette formation, créée initialement par Monique Seguin, professeur et chercheuse canadienne et Jean-Louis Terra, professeur de psychiatrie à Lyon, dispensée dans toute la France, et dans la région Midi-Pyrénées entre 2012 et 2017 (2245 personnes ont été formés), était destinée à toute personne susceptible de rencontrer une personne en crise suicidaire. A ce titre, elle était dispensée à des cliniciens et des non cliniciens : des ambulanciers, des travailleurs sociaux, des psychiatres... Cette multidisciplinarité amenait une grande richesse dans les groupes de formation, mais se montrait trop exigeante pour certains, trop généralistes pour d'autres. Son homogénéité a pu se révéler être un obstacle à la construction d'un parcours cohérent et efficace pour qu'une personne souffrante reçoive des soins dimensionnés à l'urgence de sa détresse.

Après plusieurs années d'expérience et de feedback, la formation a été repensée et reformatée sous l'égide de la Direction Générale de la Santé et du GEPS (Groupement d'Etude pour la Prévention du Suicide). Ainsi, il ne s'agit plus d'une formation mais de trois différentes formations, taillées de manière à ce que chaque participant puisse être renforcé dans ses compétences fonction de sa profession, de son positionnement institutionnel, et de son rôle dans son cercle social et/ou le dispositif de soins. La formation comporte maintenant trois modules, avec l'objectif de créer une véritable chaîne de prévention. Cette chaîne de prévention est conçue comme un **dispositif stratégique permettant l'articulation des différents partenaires sociaux et associatifs avec l'offre de soin. Elle découlera d'un travail territorial d'identification et de coordination des acteurs engagés et/ou concernés.**

Le niveau de prévention premier est celui de la « **sentinelle** ». Le module sentinelle, s'adresse à des personnes, simples citoyens ou professionnels non cliniciens, en mesure et disposés à repérer et appréhender la souffrance psychologique et la problématique suicidaire au sein de leur milieu de vie. Il vise à consolider le premier maillon de la chaîne de prévention pour les personnes en souffrance en facilitant leur accès aux soins. A la fin de la formation, le participant se voit renforcé et équipé dans son rôle de sentinelle pour repérer les personnes en souffrance au sein de sa communauté de vie, aller vers elle et les accompagner ou les orienter vers les ressources appropriées, tout en connaissant le champ et les limites de son action et en prenant soin de sa propre santé mentale.

Pour une évaluation du risque suicidaire, c'est la formation **évaluateur**, destinée aux professionnels de première ligne qui est la plus appropriée. Celle-ci s'appuie sur les fondements de la formation antérieure, en insistant sur l'évaluation du degré d'urgence et de danger car toutes les personnes qui ont des idées suicidaires ne sont pas en crise suicidaire. Les médecins généralistes, les psychologues, les infirmiers, entre autres, sont les cibles idéales de cette formation.

C'est finalement le dernier maillon de la chaîne, le troisième module s'adressant aux professionnels en contact avec des patients en crise suicidaire, qui met l'accent sur **l'intervention de crise** avec des techniques précises s'inspirant de la psychothérapie. La visée est de **désescalader** l'état de la personne ou de son environnement. Plus de temps est consacré à la technique d'entretien et l'importance d'établir et maintenir le lien de confiance avec la personne en crise, en insistant sur la validation des émotions. Les psychiatres et les infirmiers des urgences et des services de crise y verront un enrichissement de leur pratique.

Les trois modules conservent comme points communs, comme dans la formation initiale, un enseignement interactif et l'utilisation de jeux de rôle, outil précieux, dont, je parie que ceux qui ont déjà fait dans les formations initiales, s'en souviennent encore.

Les **formations seront déployées de manière échelonnée entre 2019 et 2022 sous le pilotage de l'ARS avec l'appui des deux formateurs nationaux pour la région Occitanie (Dr Anjali Mathur, CHU de Toulouse et Dr Charly Crespe, CHU de Montpellier)**. L'association MSA Services assurera l'ingénierie de déploiement de ces sessions de formation. Un important travail préparatoire aura lieu en 2019 sur les territoires, pour permettre le respect de deux principes clés du déploiement :

- la mise à disposition de ces outils aux territoires et/ou milieux ciblés comme les plus à risque
- l'identification préalable des ressources qui pourront être mobilisées par les sentinelles lorsqu'elle repéreront une personne à risque ou une personne en situation de détresse psychique.

LA PREVENTION DU SUICIDE EN REGION OCCITANIE

Groupe d'accompagnement au deuil après le suicide d'un proche

Geneviève ROCQUES-DARROY, Présidente association Prévention du Suicide en Midi-Pyrénées, Chargée de mission ASP

Projet initié dans le cadre de l'association Recherche et Rencontres en 2016, puis repris par l'ASP, Association pour les Soins Palliatifs en 2018, à Toulouse (31).

Constat initial

Le suicide d'un proche représente une double épreuve traumatique : la perte brutale d'un être cher avec lequel une relation affective est engagée, d'une part, la confrontation avec un acte violent et souvent incompréhensible qui engendre une complexité de sentiments contradictoires (tristesse, colère, peur, rejet, désespoir, insécurité, injustice, soulagement, culpabilité, honte, impuissance...). Le travail de deuil en est d'autant plus long et difficile, laissant les personnes endeuillées dans un état de choc, de souffrance intense, de vulnérabilité, d'isolement profond.

Le suicide est ressenti comme une transgression des lois naturelles, transgression longtemps stigmatisée par la société, par la loi, par les religions. Il est d'autant plus difficile d'en parler que personne n'a envie d'en entendre parler.

Dispositif

L'accompagnement des personnes endeuillées par le suicide d'un proche propose de suivre un cheminement partagé avec d'autres, eux-mêmes endeuillés, de franchir ensemble les étapes du processus de deuil en s'autorisant à exprimer ce qui est éprouvé, en se donnant du temps et des échéances, d'accéder à une croissance personnelle au travers d'une élaboration psychique guidée et avec l'étayage du groupe. Libérer sa parole malgré l'horreur éprouvée face à l'événement, mettre en commun avec des pairs ce vécu particulier, en assimiler la charge émotionnelle, traverser et surmonter la souffrance incontournable qu'il génère, admettre la part de mystère que comporte le suicide et l'absence de réponse à certaines questions, intérioriser la relation vécue avec le défunt, réinvestir sa propre vie et des projets personnels, se décider à prendre soin de soi, (re)trouver un apaisement intérieur, constituent les phases-clefs de cette démarche accompagnée.

Trois groupes d'accompagnement au deuil ont été mis en œuvre depuis 2016, à raison d'un groupe par an. Ces groupes sont animés par une ou deux cliniciennes formées à la spécificité de ce travail psychothérapeutique, élaboré par le Dr Michel HANUS : « Le deuil après suicide ». Ils se sont réunis à raison d'une séance mensuelle de 2 heures pour 3 à 10 adultes endeuillés. Le groupe est ouvert à toute personne adulte endeuillée par le suicide d'un proche (parent, enfant, conjoint, sœur ou frère, ami) et désireuse de s'investir dans cette démarche.

Les participants sont adressés par un médecin généraliste ou psychiatre, un psychologue, un travailleur social, une association d'aide ou par le "bouche-à-oreille". Un entretien individuel préalable est proposé à chaque candidat participant avant le démarrage du groupe, afin d'évaluer son engagement personnel dans la démarche groupale et l'indication de ce travail psychothérapeutique en groupe, en fonction de son état psychique. Chaque participant tient un carnet de bord personnel qu'il conservera et verse une participation financière symbolique forfaitaire. Depuis 2016, une quinzaine de personnes, de 25 à 72 ans, dont 12 femmes et 3 hommes, ont bénéficié de ce dispositif.

Ce dispositif s'inscrit dans les actions de postvention. Beaucoup de participants révèlent un état dépressif, voire des idées ou des intentions suicidaires. Une orientation médicale leur est préconisée, en parallèle du groupe. Pour eux, il est question de s'autoriser à continuer de vivre, en intégrant l'événement traumatique dans leur parcours de vie.

Méthodologie

Source de données :

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour les données de mortalité par suicide [années 2000-2015]
- Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (PMSI-MCO) pour les données d'hospitalisation [années 2008-2017]
- Dispositif Oscour® pour les données des urgences hospitalières [année 2017 et les 6 premiers mois de 2018 pour l'analyse spécifique des récidives]
- Baromètre de Santé publique France 2017

Codage des suicides et tentatives de suicide (CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®)

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et tentatives de suicide ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées du chapitre XX de la CIM-10 :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse (analgésiques, anti-épileptiques, narcotiques et psychodysléptiques, autres substances pharmacologiques, substances biologiques) ;
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu (arme de poing, fusil et arme à feu) ;
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78, X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant ou contondant ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81, X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle (sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement, collision d'un véhicule à moteur) ;
- X83, X84 : lésion auto-infligée par un autre moyen ou moyen non précisé.

Pour la base Oscour®, la liste des codes basée sur la CIM-10 définie par des experts nationaux (médecins de département d'information médicale, psychiatres, urgentistes et épidémiologistes) présentée dans ce document a été appliquée que le code ait été utilisé en diagnostic principal ou associé. Elle intègre les codes classiquement utilisés (ceux présentés ci-dessus excepté le X65 : auto-intoxication par l'alcool) auxquels ont été ajoutés des codes correspondant aux intoxications sans que l'intentionnalité de l'acte ne soit clairement indiqué.

Précisions méthodologiques :

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont considérées dans les analyses CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®;
- Seules les personnes résidant dans la région sont considérées dans les analyses CépiDc et PMSI-MCO. Pour Oscour®, ce sont les personnes se présentant dans les établissements hospitaliers de la région ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour ;
- L'analyse d'Oscour® présentée ici est réalisée en terme de nombre de passages pour tentative de suicide aux urgences implantés dans la région et des patients récidivistes. Les récidives pour Oscour® ont été définies ainsi « Patients ayant effectué un premier passage aux urgences en 2017 avec une récidive dans les 6 mois »
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide au vu de la sous-déclaration ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO sont analysées au niveau de la région et du département ; les données Oscour® et du Baromètre de Santé publique France 2017 au niveau de la région ;
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France, 2015, permettant de comparer le niveau de mortalité et d'hospitalisation de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;

Exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

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

- Indicateurs : Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.
- Analyses statistiques : Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (χ^2 de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariée. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (OR_a) avec un intervalle de confiance à 95 %, et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %.

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>

Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf

Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-et-hiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

CépiDc / PMSI et Oscour® et Baromètre Santé – Données nationales

Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.

http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf

Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.

http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195

Baromètre Santé : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>

Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.

Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011 ;(47-78):488-92. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>

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

Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf>].

Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>

INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>

Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(3-4):36-86. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html

ORS Midi-Pyrénées. Suicide et tentatives de suicide en Midi-Pyrénées. Septembre 2015. <http://www.orsmip.org/fckdoc/file/DossierSUICIDES30-09-2015.pdf>

Récidive

Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

SIGLES

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

COMITÉ DE RÉDACTION

- Leslie Banzet, Caroline Six, Christine Chan Chee, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, Francis Chin, Marie-Michèle Thiam, Damien Mouly de Santé publique France
- Professeur Philippe Courtet et docteur Charly Crespe du CHU de Montpellier, docteur Anjali Mathur du CHU de Toulouse, Geneviève Rocques-Darroy, de l'association Prévention du suicide en Midi-Pyrénées et Frédérique Pélangéon de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

REMERCIEMENTS

- Stéphanie Rivière de Santé publique France Occitanie
- La Direction, Appui, Traitements et Analyses des données (DATA), la Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT), la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), la direction de la communication (DirCOM), le groupe du Baromètre Santé 2017 et le GEPP Santé Mentale de Santé publique France
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Les structures d'urgence et tous les partenaires participant activement au développement et au bon fonctionnement du réseau Oscour®
- Le Groupe d'experts pour le regroupement syndromique utilisé dans les analyses Oscour®
- Les départements d'information médicale des établissements de la région pour les données du PMSI-MCO
- Les services des états-civils pour les données de mortalité
- Frédérique Pélangéon de l'Agence régionale de santé Occitanie,
- Professeur Philippe Courtet et docteur Charly Crespe du CHU de Montpellier
- Docteur Anjali Mathur du CHU de Toulouse
- Geneviève Rocques-Darroy de l'association Prévention du suicide en Midi-Pyrénées

CONTACT

Santé publique France, Cire Occitanie : occitanie@santepubliquefrance.fr