

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[Édito](#) [p.1 Points clés](#) [p.1 Introduction](#) [p.2 Décès par suicide \(Source : CépiDc\)](#) [p.3 Hospitalisations pour tentative de suicide \(Source : PMSI-MCO\)](#) [p.5 Décès par suicide et hospitalisations – Inégalité départementale](#) [p.7 Passages aux urgences pour tentative de suicide \(Source : Oscour®\)](#) [p.8 Conduites suicidaires \(Source : Baromètre de Santé publique France 2017\)](#) [p.14 Prévention](#) [p.21 Méthodologie](#) [p.23 Bibliographie](#) [p.24 Sigles, remerciements et contacts](#) [p.25](#)

ÉDITO

Avec 475 décès dans l'année en 2015 le suicide constitue 1,7 % des décès de la région et est à l'origine d'environ 4 300 hospitalisations par an (données de 2017). La région se situe parmi les régions présentant une situation défavorable en matière de suicide. La disparité entre départements est forte avec un taux de suicide de 9,9 en Côte-d'Or et de 25,9 en Haute-Saône pour 100 000 habitants, avec sans doute des écarts plus grands à un niveau géographique plus fin. On peut noter la situation particulière du Territoire-de-Belfort avec un fort taux d'hospitalisations mais un faible taux de décès.

La population la plus concernée est constituée des adultes de 25 à 59 ans devant les personnes âgées de 60 ans et plus, les adolescents et jeunes adultes de 10 à 24 ans avec la particularité des jeunes filles entre 15 et 19 ans pour les tentatives de suicide. La montée en charge de la surveillance à partir des urgences avec une meilleure complétude de remontée des diagnostics (actuellement de 79 %) et le passage à la troisième version des remontées permettra de compléter l'information dans le futur.

Les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie concernent 6,3 % de la population et les récidives à 6 mois, 9 % des tentatives de suicide admises aux urgences, dont un quart le premier mois. Parmi les nombreux facteurs associés avec la tentative de suicide déclarée dans les 12 derniers mois, un épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois est de loin le plus important (risque multiplié par 8,3). Cela explique les préconisations nationales sur le maintien du contact avec les patients rapidement à la sortie de l'hôpital suite à une tentative de suicide (programmes de type Vigilans) et la formation des médecins généralistes à la prise en charge des troubles dépressifs et au repérage de la crise suicidaire, programmes en cours de développement dans la région.

POINTS CLÉS EN REGION

- La région présentait des **taux supérieurs** à la moyenne nationale, tant pour les décès par suicide de 18,5 pour 100 000 habitants en 2015 que pour les hospitalisations pour tentative de suicide de 187 pour 100 000 en 2017. Le contraste entre départements était important avec des taux de suicide variant d'un facteur de 2,5 entre la Côte-d'Or et la Haute-Saône.
- La **tendance à la baisse** était cependant observée tant pour les suicides que pour les hospitalisations pour tentative de suicide, comme au niveau national.
- La situation était contrastée selon le sexe : une majorité d'**hommes pour les suicides** (74,3 %) et une majorité de **femmes pour les hospitalisations pour tentative de suicide** (61 %) ; les deux modes opératoires les plus fréquemment utilisés par les hommes pour les suicides étaient la pendaison (61 %) et l'usage d'armes à feu (20 %) et ceux pour les femmes étaient la pendaison (39 %) et les auto-intoxications médicamenteuses (27 %).
- La majorité des suicides (2013-2015) concernait **les adultes de 25 à 59 ans** (57 %), devant les personnes de 60 ans et plus (39 %) et les 10-24 ans (4 %). Un même profil a été observé pour les séjours pour tentative de suicide (2015-2017) et les passages aux urgences pour tentative de suicide en 2017 (64 % et 63 % pour les 25-59 ans, 22 % et 21 % pour les 10-24 ans et 15 % et 16 % pour les 60 ans et plus). Un pic a été observé chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans pour les hospitalisations et les passages aux urgences pour tentative de suicide.
- Les tentatives de suicide arrivaient aux urgences à **97 % en provenance du domicile** et conduisaient à des hospitalisations dans 74 % des cas. Les hospitalisations provenaient des urgences dans 94 % des cas (2015-2017).
- **L'arrivée aux urgences** pour tentative de suicide se produisait surtout pour moitié en **soirée** (16-20 h) et en début de nuit (20-24 h).
- **L'absorption de substances médicamenteuses** était le mode le plus utilisé pour les hospitalisations et les passages aux urgences (84 % et 82 %, respectivement). Les classes des médicaments identifiées aux urgences étaient principalement des médicaments délivrés sous prescription mais aussi des médicaments sans prescription (3,5 % par paracétamol des intoxications).
- Les récidives aux urgences constituaient **9 % des tentatives de suicide**. Un quart des récidives à 6 mois se produisaient dans le premier mois.
- La **région était comparable** à la France métropolitaine en 2017 pour les pensées suicidaires (5,1 %), les tentatives de suicide déclarées dans les 12 derniers mois (0,18 %) et au cours de la vie (6,3 %).
- Le facteur le plus associé avec les pensées suicidaires était un **épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois** (risque multiplié par 8,3). Le facteur le plus associé avec les tentatives de suicide au cours de la vie était les attouchements ou rapports sexuels forcés (risque multiplié par 3,7), et ceux associés avec les tentatives de suicide dans les 12 derniers mois étaient un épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois (risque multiplié par 5,0), avoir vécu un harcèlement sexuel (risque multiplié par 3,6), une séparation ou un divorce (risque multiplié par 3,6) et la consommation quotidienne d'alcool (risque multiplié par 3,2).

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la prise en compte du suicide comme véritable problématique de santé publique a conduit à l'élaboration de plans d'actions dans plusieurs pays européens. D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la prévention du suicide, publié en 2014, la France se situait 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'actions 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 faisait état de 10 686 décès par suicide en 2012 en France métropolitaine soit un taux standardisé sur l'âge de 16,7 pour 100 000 habitants (6). Les hommes étaient trois fois plus touchés que les femmes avec un taux de 25,9 décès pour 100 000 hommes contre 7,4 décès pour 100 000 femmes. Se démarquaient également des disparités liées à l'âge avec un taux de suicide qui augmentait fortement au-delà de 75 ans, en particulier chez les hommes (67,1 décès pour 100 000 hommes). Mais c'est parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans que le suicide représentait la part la plus importante de la mortalité (17,0 % contre 1,7 % tous âges confondus). Ce rapport mettait aussi en lumière l'importante hétérogénéité régionale avec une surmortalité suicidaire (2010-2012) dans les régions du quart nord-ouest de la France (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France).

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

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

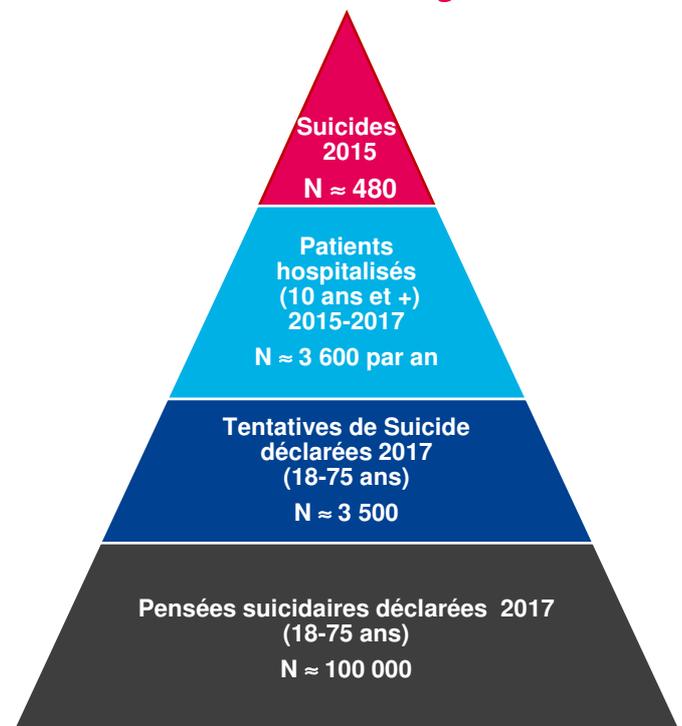
- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 et **séjours hospitaliers** pour tentative de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au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

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.

Les chiffres-clés régionaux

- (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. Les analyses réalisées par l'Inserm-CépiDc et par Santé publique France montrent l'aspect multifactoriel des facteurs de risque de suicide, incluant des dimensions d'âge et de sexe.

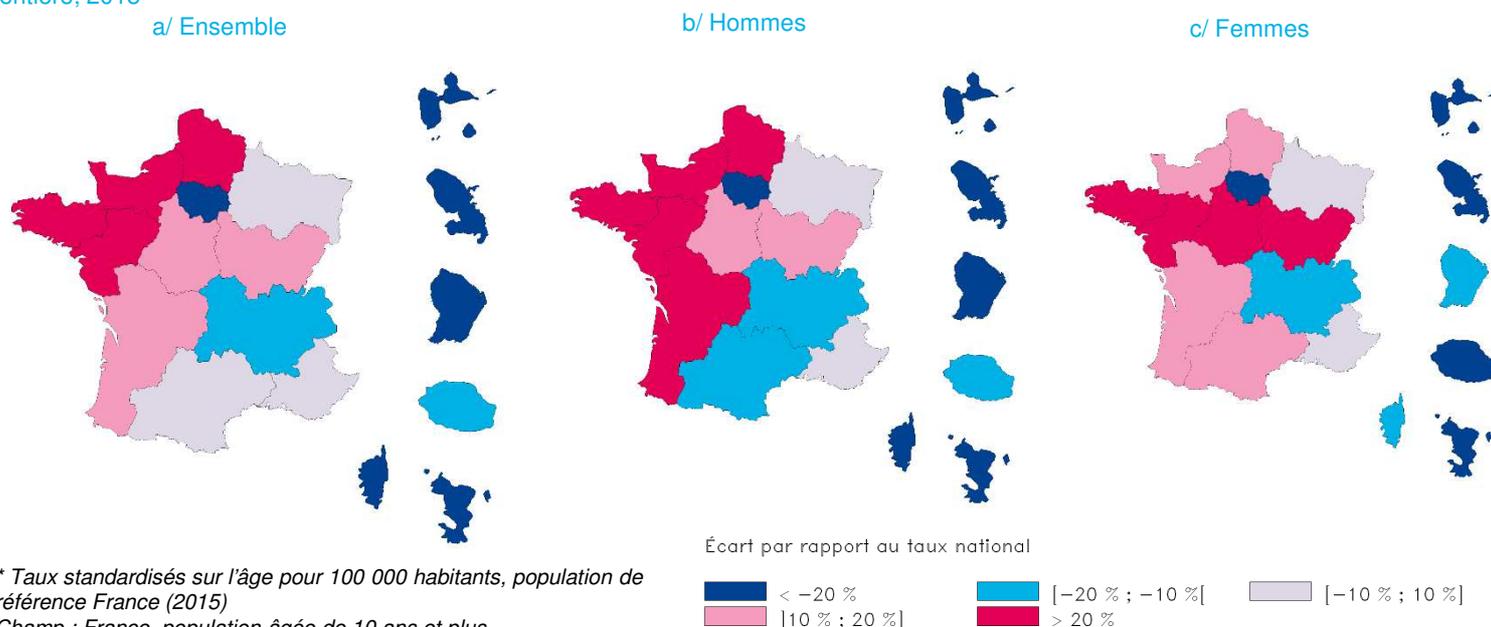
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm montrait que les anciennes régions Bourgogne et Franche-Comté avaient respectivement des taux de sous-déclaration estimée du taux de suicide de 5,9 % et 3,9 %. Les taux régionaux de sous-déclaration étaient compris entre 46 % (Île-de-France) et 0,3 % (Bretagne). Dans ce contexte, les indicateurs présentés doivent être interprétés avec prudence. [Source : rapport de l'ONS, 2016]

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Bourgogne Franche-Comté

En 2015, 475 personnes résidant en Bourgogne Franche-Comté se sont suicidées et 74,3 % d'entre elles étaient des hommes (n=353). Avec un taux standardisé de 18,5 suicides pour 100 000 habitants, la Bourgogne Franche-Comté se situait parmi les régions avec un **taux supérieur** à celui du taux national (15,6 pour 100 000 habitants) sans être parmi celles présentant les taux les plus importants. Chez les hommes (29,6 pour 100 000 vs 26,1 pour 100 000 - France entière) comme chez les femmes (8,8 pour 100 000 vs 6,9 pour 100 000 - France entière), les taux de suicide en Bourgogne Franche-Comté étaient au-dessus des taux observés en France, particulièrement chez les femmes (Figure 1).

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



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

Champ : France, population âgée de 10 ans et plus

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

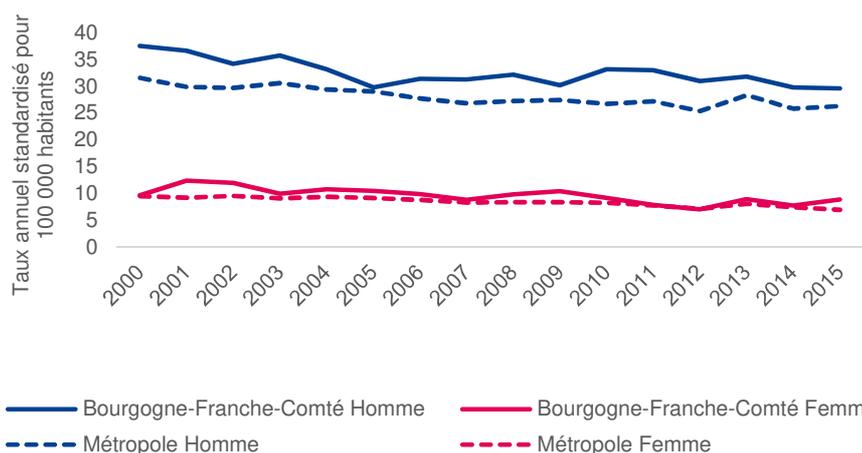
• Evolution temporelle de 2000 à 2015

En Bourgogne Franche-Comté, le **taux standardisé sur l'âge de suicide variait de 23,3 (en 2001) à 18,5 (en 2015) pour 100 000 habitants, tous sexes confondus.**

Une tendance à la baisse s'observait également selon le sexe depuis 2000 (Figure 2). Chez les hommes, le taux standardisé a en effet varié de 37,5 en 2000 à 29,6 pour 100 000 hommes en 2015. Chez les femmes, il s'élevait à 9,6 suicides en 2000 et à 8,8 suicides pour 100 000 femmes en 2015.

A l'échelle départementale, une tendance à la baisse chez les hommes était observée en Côte-d'Or et le Territoire-de-Belfort et chez les femmes dans la Nièvre. Ces 3 départements ont atteint en 2015 le plus petit taux observé depuis 2000.

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



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

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

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

DÉCÈS PAR SUICIDE

• Répartition par sexe et âge

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

En Bourgogne Franche-Comté, entre 2013 et 2015, les **hommes représentaient 75,9 % (1 085/1 429) des suicides** et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, **les 50-54 ans représentaient par ailleurs la part des suicides la plus importante** (11,9 %, n=170) et les 10-14 ans la plus petite (0,3 %, n=4). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à eux 6,9 % des suicides (n=99) (Figure 3). Les jeunes (10 à 24 ans) représentaient 4,4 %, les personnes de 60 ans et plus 38,8 % et les 25-59 ans 56,8 % .

En revanche, **les suicides représentaient la part la plus importante des causes de décès chez les 30-34 ans** (20,5 %). Chez les plus jeunes (10-14 ans), les suicides constituaient 9,5 % des décès et seulement 0,3 % chez les plus âgés (85 ans et plus) (Tableau 1).

Entre 2013 et 2015, les suicides représentaient 1,7 % (n=1 429) des décès toutes causes confondues contre 1,6 % (n=27 965) au niveau national.

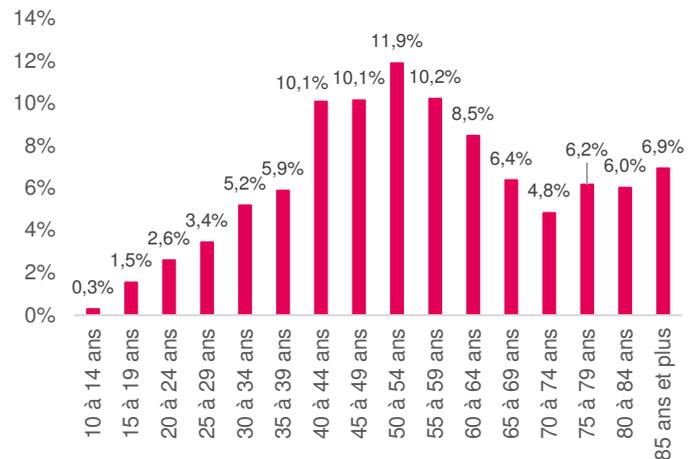
Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 2,5 % (n=1 085) dans la région, ce qui était équivalent au niveau national (2,5 % ; n=21 152). Chez les femmes, elle était de 0,8 % (n=344), ce qui était comme pour les hommes équivalent au niveau national (0,8 % ; n=6 813).

• Modes de suicide

Comme au niveau national, **le premier mode de suicide enregistré en Bourgogne Franche-Comté était la pendaison** (55,4 % *versus* 56,6 %) et ceci aussi bien chez les hommes (60,5 %) que chez les femmes (39,2 %).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (19,6 %) et chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (27,3 %).

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Bourgogne Franche-Comté, 2013-2015 (n=1 429)



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 Bourgogne Franche-Comté, 2013-2015

	Ensemble	Femmes	Hommes
	%	%	%
10 à 14 ans	9,5%	16,7%	4,2%
15 à 19 ans	16,4%	14,6%	17,2%
20 à 24 ans	16,7%	11,1%	18,1%
25 à 29 ans	17,9%	11,4%	20,6%
30 à 34 ans	20,5%	9,9%	24,1%
35 à 39 ans	19,3%	12,3%	22,8%
40 à 44 ans	16,4%	10,3%	19,7%
45 à 49 ans	10,9%	7,3%	12,6%
50 à 54 ans	7,6%	6,0%	8,5%
55 à 59 ans	4,4%	3,7%	4,8%
60 à 64 ans	2,6%	2,0%	2,8%
65 à 69 ans	1,6%	1,4%	1,7%
70 à 74 ans	1,2%	1,1%	1,3%
75 à 79 ans	1,0%	0,6%	1,3%
80 à 84 ans	0,6%	0,3%	0,9%
85 ans et plus	0,3%	0,1%	0,6%
Total	1,7%	0,8%	2,5%

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

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes, en Bourgogne Franche-Comté, 2013-2015

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	791	55,4%	39,2%	60,5%
Arme à feu	221	15,5%	2,3%	19,6%
Auto-intoxication médicamenteuse	157	11,0%	27,3%	5,8%
Saut dans le vide	77	5,4%	9,3%	4,1%
Noyade	66	4,6%	11,9%	2,3%
Auto-intoxication par d'autres produits	45	3,1%	5,5%	2,4%
Collision intentionnelle	21	1,5%	1,7%	1,4%
Objet tranchant	12	0,7%	0,9%	0,8%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	10	0,7%	0%	0,9%
Mode non précisé	78	5,5%	7,3%	4,9%

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 TENTATIVE DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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

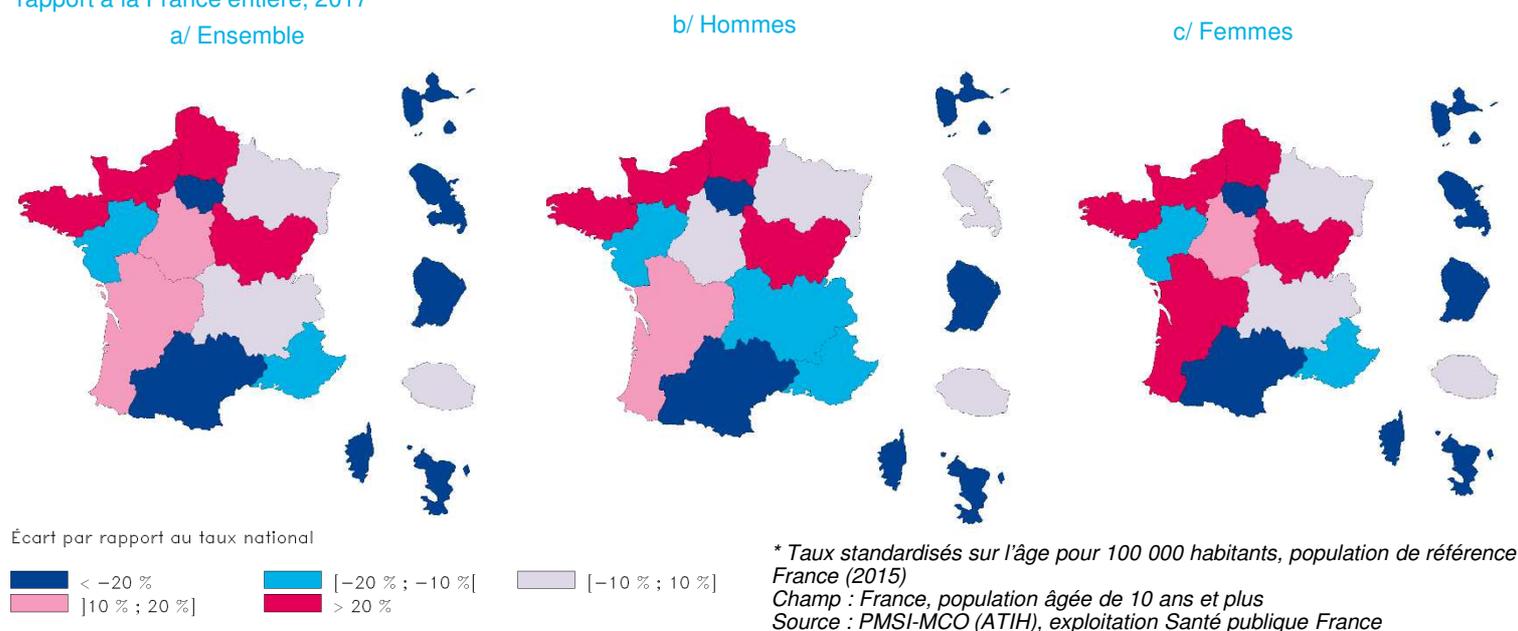
Les données d'hospitalisations pour tentative de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir une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

• Hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Bourgogne Franche-Comté

Entre 2008 et 2017, 4 948 séjours hospitaliers pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne chaque année en Bourgogne Franche-Comté chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 97 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour tentative de suicide de 187,0 pour 100 000 habitants en 2017, la région **Bourgogne Franche-Comté se situait au-dessus du taux national** (148,0 pour 100 000 habitants). Avec la Bretagne, les Hauts-de-France et la Normandie, elle présentait l'un des plus importants différentiels par rapport au taux national (plus de 20 %) aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Figure 4).

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



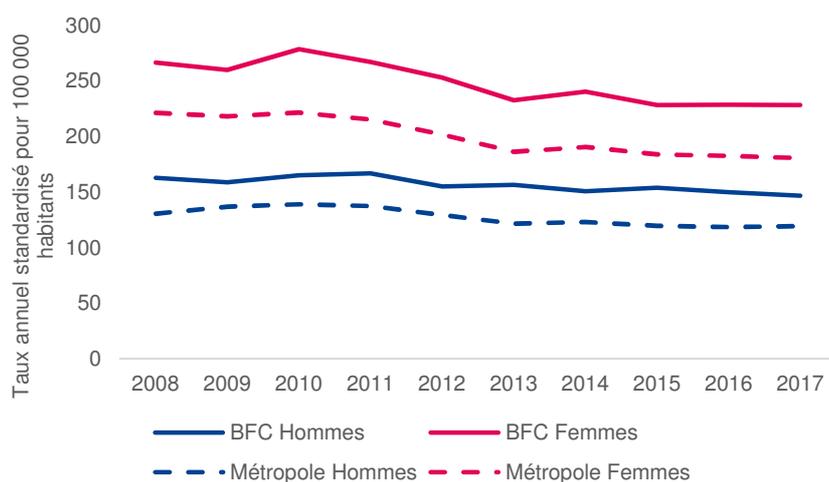
• Evolution temporelle

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

En région, une **tendance à la baisse** était également observée chez les hommes à partir de 2012 et chez les femmes entre 2011 et 2014 puis une stabilisation du taux depuis 2015 (Figure 5).

A l'échelle départementale, une tendance à la baisse était observée en Haute-Saône. Pour 3 départements (Territoire de Belfort, Nièvre et Saône-et-Loire), le taux d'hospitalisations pour TS était en diminution constante et a atteint le taux le plus bas en 2017. La situation de la Côte-d'Or, du Doubs et de l'Yonne était stable depuis 2015. Dans le Jura, la situation était dépendante de l'année.

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



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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

• Répartition par sexe et âge

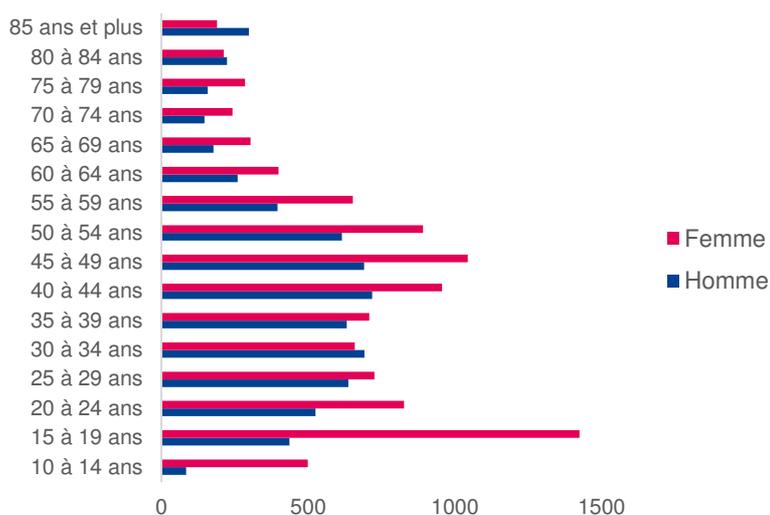
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour tentative de suicide de la région Bourgogne Franche-Comté concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 61 % (8 355/13 701) des hospitalisations pour tentative de suicide entre 2015 et 2017. Pendant cette période de 3 ans, en terme d'âge, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (1 424 pour 100 000). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 40-44 ans (717 pour 100 000). Le second taux le plus élevé concernait les 45-49 ans chez les femmes (1 043 pour 100 000) et chez les 30-34 ans chez les hommes (691 pour 100 000) (Figure 6).

• Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 84 % des séjours hospitaliers pour tentative de suicide enregistrés entre 2015 et 2017. Parmi ces séjours, 10,2 % (n=1 172) correspondait à des intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de tentatives de suicide les plus fréquents étaient les automutilations par objets tranchants (7 %) puis les auto-intoxications non médicamenteuses (5 %) et les pendaisons (3 %) (Tableau 3).

Au total, 167 décès ont été rapportés parmi les 13 701 hospitalisations soit un **taux de létalité de 12 pour 1 000 hospitalisations pour tentative de suicide**. Ce taux était de 21 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 6 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les tentatives de suicide par arme à feu (379 décès pour 1 000 hospitalisations) et par pendaison (125 décès pour 1 000 hospitalisations). **L'auto-intoxication médicamenteuse et l'automutilation par objets tranchants présentaient les taux de létalité les plus faibles** (respectivement 3,7 et 4,8 décès pour 1 000 hospitalisations pour tentative de suicide).

Figure 6 : Taux bruts* des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Bourgogne Franche-Comté (n=13 701)



* Taux pour 100 00 habitants

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

• Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 13 701 séjours hospitaliers enregistrés entre 2015 et 2017, 94 % avaient fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile était observé à l'issue du séjour dans 65 % des cas. Une mutation/transfert vers une unité psychiatrique était observé dans 20 % des cas et 12 % en unité de soins de courte durée.

La durée médiane des séjours était de 1 jour pour tous âges. La durée médiane la plus forte était observée pour les 10-14 ans et 80-84 ans avec 3 jours et les 85 ans et plus avec 4 jours.

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les tentatives de suicide par exposition à la fumée, aux flammes, au gaz et aux explosifs et les sauts dans le vide. Elle était de 1 jour pour les auto-intoxications médicamenteuses volontaires (Tableau 3).

Tableau 3 : Part des modes de tentative 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, Bourgogne Franche-Comté (n=13 701)

	Ensemble		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	11 544	84,3%	87,6%	79,0%	1,0	3,7
Objet tranchant	1 043	7,6%	7,4%	8,0%	1,0	4,8
Auto-intoxication par d'autres produits	651	4,8%	3,7%	6,4%	1,0	18,4
Pendaison	392	2,9%	1,6%	4,8%	1,0	125,0
Saut dans le vide	198	1,4%	1,3%	1,6%	3,0	65,7
Arme à feu	87	0,6%	0,1%	1,4%	2,0	379,3
Noyade	54	0,4%	0,4%	0,4%	1,0	74,1
Collision intentionnelle	58	0,4%	0,2%	0,7%	1,0	17,2
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	44	0,3%	0,3%	0,4%	7,5	45,5
Mode non précisé	225	1,6%	1,5%	1,9%	2,0	31,1

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

DÉCÈS PAR SUICIDE ET HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE - INEGALITE DEPARTEMENTALE

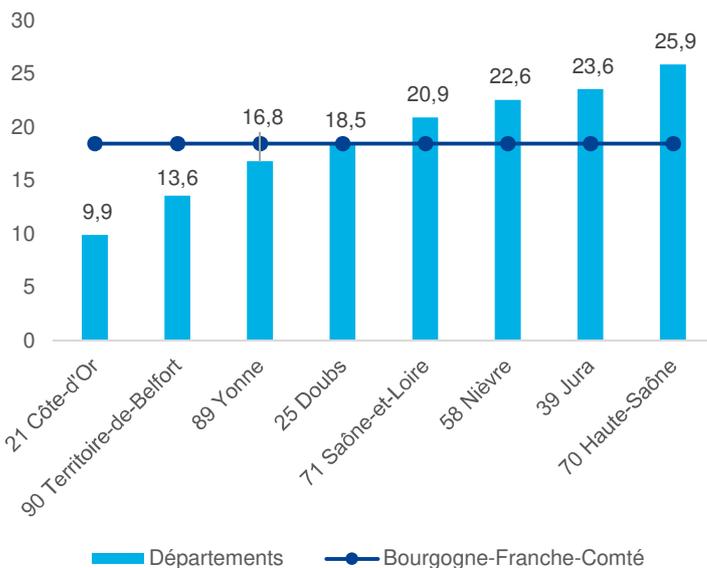
Situation en 2015

En Bourgogne Franche-Comté, les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisation pour tentative de suicide (TS) variaient selon les départements (Figures 7 et 8). Cependant, les inégalités territoriales observées n'étaient pas identiques pour les suicides et les TS, en particulier pour le département du Territoire-de-Belfort. Les taux de suicide variaient de 9,9 à 25,9 pour 100 000 habitants selon les départements (Figure 7).

- Le **Territoire-de-Belfort** présentait l'un des plus faibles taux de suicide (13,6 pour 100 000) mais le plus fort taux d'hospitalisation pour TS (235,2 pour 100 000).
- Les départements de la **Nièvre** et du **Jura** étaient des territoires parmi les plus touchés en terme de mortalité par suicide et avaient des taux d'hospitalisation proches du taux régional.
- La **Côte-d'Or** était le territoire le moins touché avec un taux très inférieur au taux régional pour les suicides et présentait un taux dans la moyenne régionale pour les hospitalisations pour TS.
- La **Saône-et-Loire** ne se distinguait pas de la situation régionale pour les deux indicateurs.
- La **Haute-Saône** était le territoire le plus touché en terme de mortalité par suicide et présentait un taux dans la moyenne régionale pour les hospitalisations pour TS.
- Le **Doubs** avait des taux proches des taux régionaux pour les suicides et les hospitalisations pour TS.

Figure 7 : Taux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Bourgogne Franche-Comté (n=475)

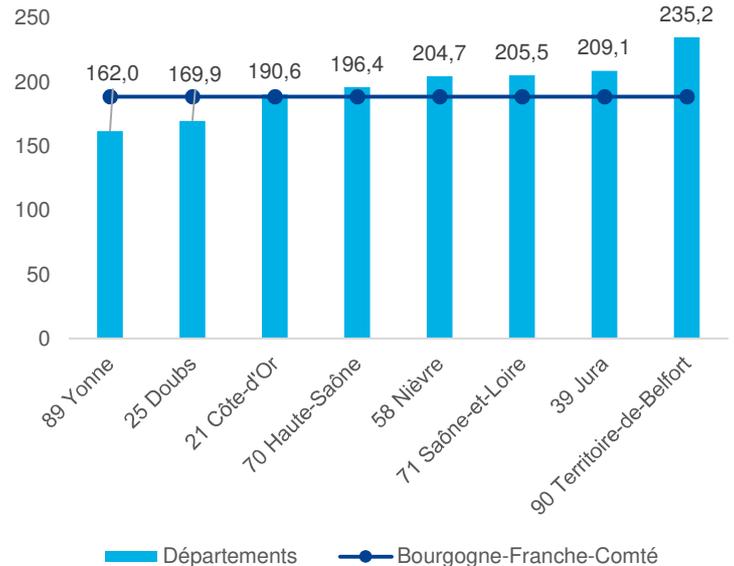
Taux régional = 18,5 pour 100 000
Taux national (métropole) = 15,8 pour 100 000



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

Figure 8 : Taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Bourgogne Franche-Comté (n= 4 623)

Taux régional = 188,9 pour 100 000
Taux national (métropole) = 152,0 pour 100 000



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

Un territoire...des territoires

Que ce soit en termes de mortalité par suicide ou d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie (MCO) pour tentative de suicide, la situation en Bourgogne Franche-Comté est plus défavorable qu'en France métropolitaine. Les moyennes départementales peuvent masquer des hétérogénéités infra départementales qu'il pourrait être intéressant d'étudier, sous réserve de disposer d'effectifs suffisants pour obtenir une précision suffisante des estimateurs.

Dans une perspective de prévention ciblée au plus près des territoires, un travail est en cours et sera prochainement disponible. D'autres indicateurs tels que les récidives ou les sorties sans avis psychiatrique seraient à mobiliser et à intégrer.

Le rapport [publié en 2014](#) dénotait qu'après une hospitalisation index pour tentative de suicide, les taux de réadmission pour TS à 2 ans des patients résidant en Franche-Comté, en Picardie et en Bretagne avaient les taux les plus élevés aussi bien chez les hommes (respectivement de 18,5 %, 18,8 % et 19,3 %) que chez les femmes (respectivement de 18,4 %, 18,2 % et 20,5 %). Les taux de réadmission des patients résidant en Bourgogne étaient de 17,8 % chez les hommes et 17,2 % chez les femmes.

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE

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

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

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

Caractéristiques et qualité du dispositif régional Oscour®

En Bourgogne Franche-Comté, le réseau Oscour® s'appuyait sur les 33 structures d'urgence (SU) de la région et couvrait, en 2017, 82,3 % des 931 930 passages aux urgences (Source : [statistique annuelle des établissements de soins](#)).

Si la couverture des établissements était exhaustive (100 % des établissements de Bourgogne Franche-Comté transmettaient leur données) en 2017, la complétude et la qualité du codage des champs « diagnostic » principal (DP) ou associés (DA) des RPU transmis s'étaient améliorées mais demeuraient hétérogènes entre les départements (Tableau 4). Les structures d'urgence en 2017 étaient de type généralistes, pédiatriques en Bourgogne Franche-Comté. Une structure d'urgence traumatique dans le département du Doubs participait également à ce dispositif. Dans le Territoire-de-Belfort, la complétude et la conformité des champs diagnostiques (c'est-à-dire les diagnostics interprétables) de la seule structure d'urgence concernaient moins de la moitié des RPU transmis (42 %). Dans les autres départements, le pourcentage de diagnostics interprétables variait de 63 % (Doubs) à 92 % (Yonne et Haute-Saône).

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

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

Départements	Couverture SU	% diagnostic interprétable (DP ou DA)
Côte-d'Or (21)	5/5	84,9 %
Doubs (25)	2/2	63,1 %
Jura (39)	5/5	78,3 %
Nièvre (58)	4/4	74,6 %
Haute-Saône (70)	4/4	91,6 %
Saône-et-Loire (71)	6/6	79,1 %
Yonne (89)	6/6	92,1 %
Territoire-de-Belfort (90)	1/1	42,3 %
Bourgogne Franche-Comté	33/33	78,9 % (moyenne pondérée)

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Identification des passages aux urgences pour tentative 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 tentative 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 tentative de suicide dans la base de données du PMSI-MCO.

L'analyse présentée ci-dessous concerne les recours pour tentative de suicide en 2017 dans les structures d'urgences de Bourgogne Franche-Comté 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, Bourgogne Franche-Comté en 2017

• Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

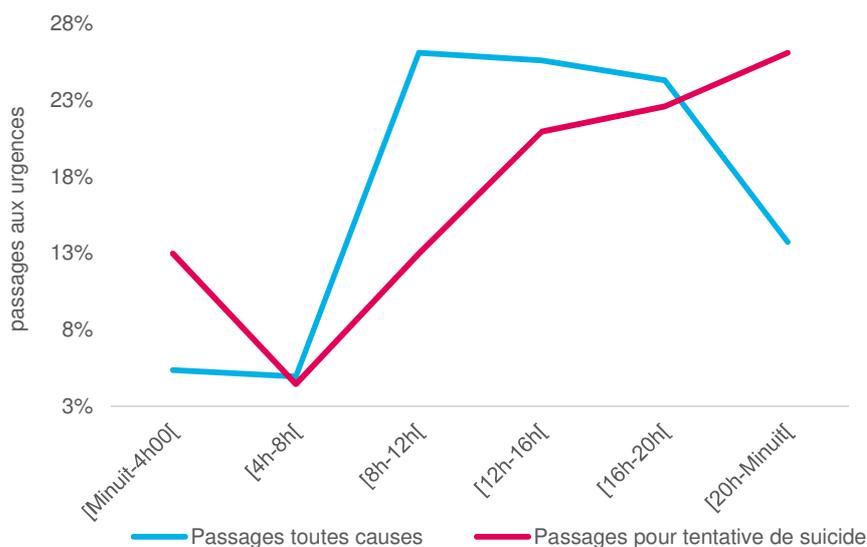
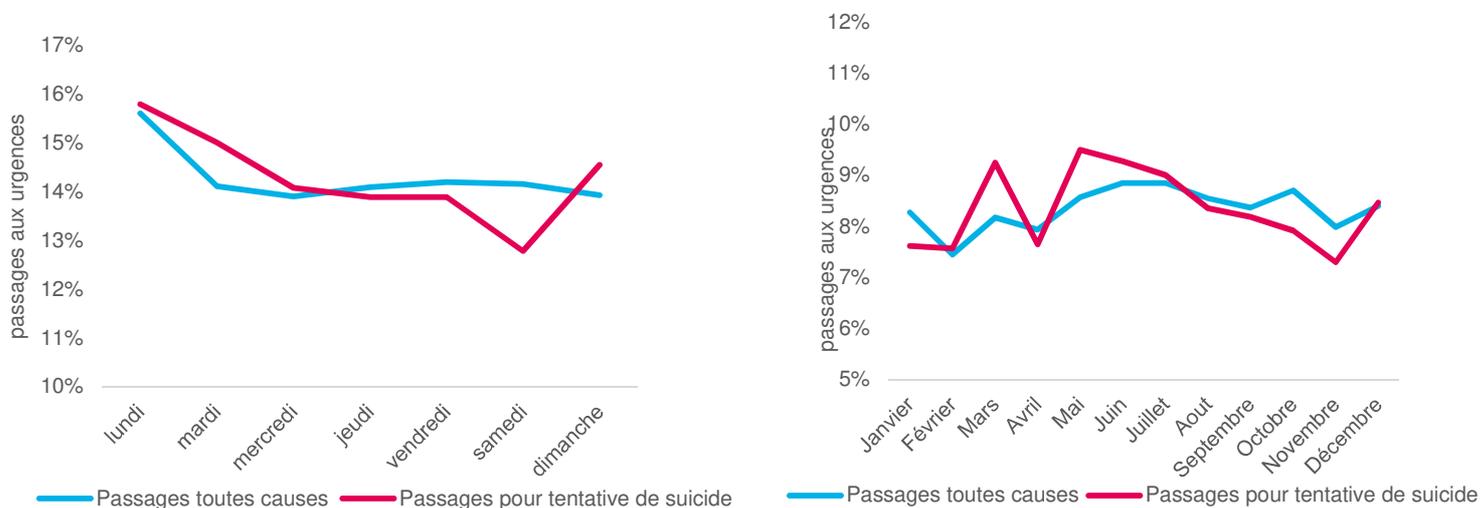
Au total, en 2017, 3 678 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans 31 des 33 SU de Bourgogne Franche-Comté participant au réseau Oscour®, soit **en moyenne 10 recours quotidiens** et près de **5 TS pour 1 000 passages** aux urgences toutes causes. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représentait environ 5 % du total national.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondus a mis en évidence une augmentation modérée des passages aux urgences pour TS en mars et au début de l'été (mai à juin) (Figure 9).

L'analyse quotidienne a pointé l'augmentation des recours pour TS le dimanche (Figure 9bis) et la répartition horaire la recrudescence importante des **passages pour TS en soirée et au début de nuit** (près de 50 % des recours pour TS de 16h à 0h) alors qu'une tendance inverse était observée pour les recours toutes causes (Figure 9ter).

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Figures 9, 9bis et 9ter : Répartitions quotidienne, mensuelle et horaire de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicide dans les structures d'urgence (SU) de Bourgogne Franche-Comté participant au réseau Oscour®, 2017 (échelles différentes)



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

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

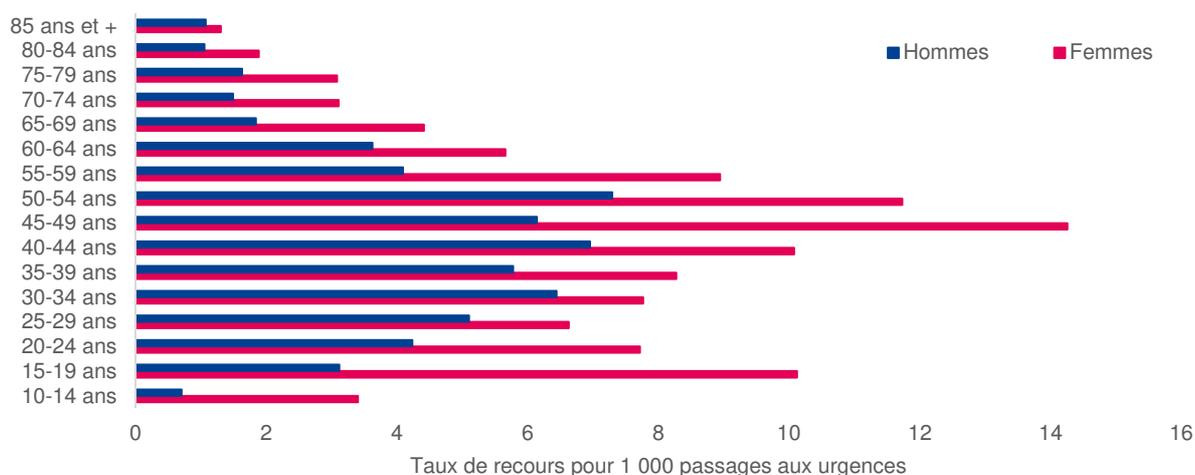
Près de 96 % des recours pour TS dans les SU de Bourgogne Franche-Comté concernaient des personnes résidant dans la région, 4 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine et moins de 1 % des ressortissants de pays étrangers.

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (61,5 %, n = 2 260) alors que dans les recours toutes causes confondues les hommes étaient majoritaires. La répartition par sexe et classes d'âges retrouvait une sur-représentation des femmes dans toutes les classes d'âges dans les recours pour TS avec 2 pics, chez les adolescentes (15-19 ans) d'une part et chez les 40-54 ans, d'autre part (Figure 10). Chez les hommes, la distribution des recours pour TS augmentait régulièrement avec un pic de recours observé chez les 50-54 ans (Figure 10).

Les passages aux urgences pour tentative de suicide représentaient 63 % pour les 25-59 ans (contre 43 % passages toutes causes), 21 % pour les 10-24 ans (contre 22 %) et 16 % pour les 60 ans et plus (contre 35 %).

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

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



Source : Oscour® (Santé publique France)

• Modes de tentative de suicide

Près de neuf recours pour TS sur 10 (85 %) résultaient d'intoxications médicamenteuses (85 %) ou non médicamenteuses (<1 %) (Tableau 6). Leur fréquence élevée quel que soit le sexe variait de 73 à 89 % selon la classe d'âge.

Parmi les auto-intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses représentaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 38 % (1 195/3 146) des recours, dont 95 % (1 133/1 195) d'intoxication aux benzodiazépines (T424),
- autres psychotropes (T43) : 13 % (400/3 146),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) : 6 % (201/3 146), dont 55 % (110/201) pour le paracétamol (T391). Le paracétamol était à l'origine de 3,5 % des auto-intoxications médicamenteuses (110/3 146).

Ces résultats étaient non mutuellement exclusifs, certaines intoxications pouvant être polymédicamenteuses.

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

Tableau 6 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Bourgogne Franche-Comté, passages aux urgences, 2017

Modes de tentative de suicide	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Ensemble n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	2 002 (88%)	1 144 (80%)	3 146 (85%)
Objets tranchants, contondants	104 (5%)	117 (8%)	221 (6%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	12 (1%)	34 (2%)	46 (1%)
Pendaisons	12 (1%)	16 (1%)	28 (1%)
Sauts dans le vide	8 (0%)	12 (1%)	20 (1%)
Armes à feu	3 (0%)	6 (0%)	9 (0%)
Noyades	3 (0%)	5 (0%)	8 (0%)
Expositions aux fumées, aux flammes, aux vapeurs, au gaz	3 (0%)	1 (0%)	4 (0%)
Collisions intentionnelles	2 (0%)	2 (0%)	4 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	127 (6%)	98 (7%)	225 (6%)

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

• Provenance et orientation des recours aux urgences pour tentative de suicide

Lorsque la provenance était renseignée (64 % des recours), la TS avait eu lieu au domicile dans la quasi-totalité des recours (97 %). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans environ 82 % des cas (82,2 %).

Lorsque le mode de sortie était renseigné (86 % des recours), près de 3 suicidants sur 4 (74 %) étaient hospitalisés dans l'établissement de recours (67 %) ou dans un autre établissement de soins (7 %). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (94 %) réalisées en MCO (services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) et pour 5 % d'entre eux en unités psychiatriques. La majorité des hospitalisations pour lesquelles l'orientation était renseignée (84 %) étaient effectuées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et près de 4,5 % en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

• Principales caractéristiques des récidives de tentative de suicide 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 tentative de suicide, définies par l'enregistrement de plusieurs recours pour TS pour un même patient sur une période d'étude de 18 mois (01/01/2017 au 30/06/2018).

Seuls les patients avec un primo-recours aux urgences pour TS en 2017 ont été pris en compte dans l'analyse. L'élargissement de la période d'étude du 01/01/2018 au 30/06/2018 visait à recenser et étudier les 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 Bourgogne Franche-Comté 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, **3 678 recours aux urgences pour TS, correspondant à 3 111 patients résidant en Bourgogne Franche-Comté** ont été estimés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans les SU de Bourgogne Franche-Comté participant au réseau Oscour®.

Parmi ces 3 111 patients, 281 (9 %), **soit une personne suicidante sur 10**, a réitéré au moins une fois son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017.

Le taux de récidive dans les 6 mois le plus faible était observé dans le Jura (où le dispositif de recontact des suicidants - Vigilans est en place depuis 3 ans) avec 4 % et les taux les plus élevés en Haute-Saône (12 %) et en Côte-d'Or (13 %) (Tableau 7).

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, Bourgogne Franche-Comté

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récidive à 6 mois
Côte-d'Or (21)	728	97	13%
Doubs (25)	432	39	9%
Jura (39)	184	8	4%
Nièvre (58)	199	17	9%
Haute-Saône (70)	333	39	12%
Saône-et-Loire (71)	646	46	7%
Yonne (89)	542	32	6%
Territoire-de-Belfort (90)	47	3	6%
Bourgogne Franche-Comté	3 111	281	9%

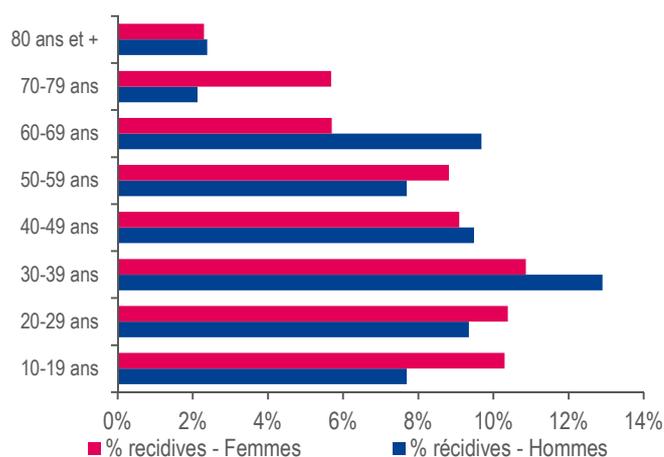
TS = Tentative de suicide - Champ : Population âgée de 10 ans et plus
Source : Oscour® (Santé publique France)

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Le taux de récurrence dans les 6 mois était équivalent chez les hommes et les femmes (environ 9 %) et il variait selon la classe d'âge. Il était maximum pour les 2 sexes chez les trentenaires (Figure 11). Les femmes de 70 ans et plus récidivaient plus que les hommes de cet âge. Le taux de récurrence était élevé chez les femmes de moins de 30 ans.

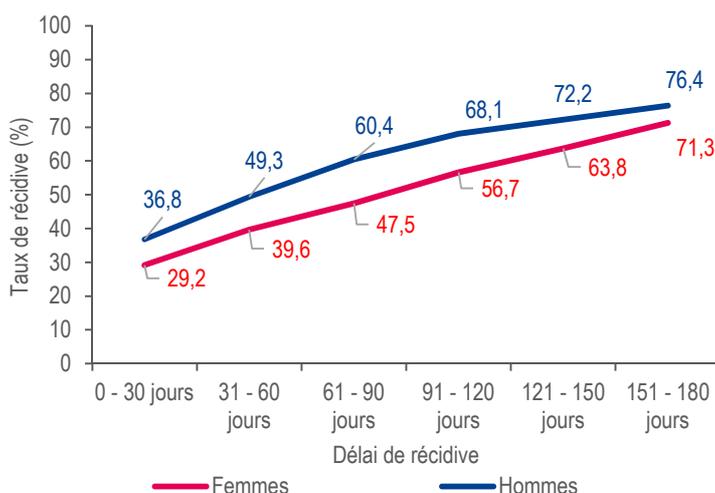
Le délai à la 1^{ère} récurrence était globalement similaire quel que soit le sexe. Les patients récidivistes à 6 mois réitéraient leur geste suicidaire pour 32 % d'entre eux lors du premier mois. Le délai médian à la première récurrence était plus court (2 mois) chez les femmes que chez les hommes (3 mois) (Figure 12).

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



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

Figure 12 : Distribution cumulée du délai à la 1^{ère} récurrence de tentative de suicide selon le sexe, SU de Bourgogne Franche-Comté, du 01/01/2017 au 30/06/2018



Discussion, conclusion

Les principales caractéristiques épidémiologiques des recours pour tentative de suicide dans les SU de la région, étaient cohérentes et complémentaires à celles décrites dans les autres sources de données (CépiDc et PMSI-MCO) présentées dans ce bulletin.

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données de surveillance, les recours aux urgences pour tentative 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). De ce fait, il est possible que cette caractéristique du dispositif ait pu entraîner l'élimination de certains recours pour un même patient sur une même journée et conduire à une sous-estimation probablement mineure des récurrences de TS immédiatement après la sortie avec ou sans consentement du patient.

S'agissant du regroupement syndromique « Geste suicidaire » défini dans Oscour®, la perspective d'un nouveau format du Résumé de passage aux urgences, 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 tentative de suicide, 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 à 6 mois 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 Santé abordent les différents comportements et attitudes de santé en France, dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées, constituent un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance (PMSI-MCO, CépiDc et 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 Bourgogne Franche-Comté, 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 Bourgogne Franche-Comté

En Bourgogne Franche-Comté, 1 133 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 4,5 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi elles, 519 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 91, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 573. Enfin, les 55-75 ans comptaient 468 individus.

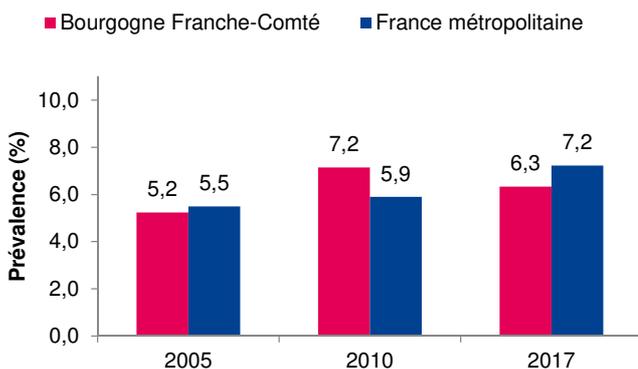
Evolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en 2005, 2010 et 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois n'a pas évolué de façon significative en Bourgogne Franche-Comté** entre 2005 (p=4,0 %), 2010 (p=4,5 %) et 2017 (p=5,1 %). En France métropolitaine, la prévalence a diminué de façon significative entre 2005 et 2010 puis augmenté significativement entre 2010 et 2017 pour retrouver un niveau comparable à 2005 (Figure 13).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie n'a pas évolué de façon significative en Bourgogne Franche-Comté** entre 2005 (p=5,2 %), 2010 (p=7,2 %) et 2017 (p=6,3 %). En revanche, au niveau national, cette prévalence a augmenté significativement entre 2005 et 2017 (Figure 14).

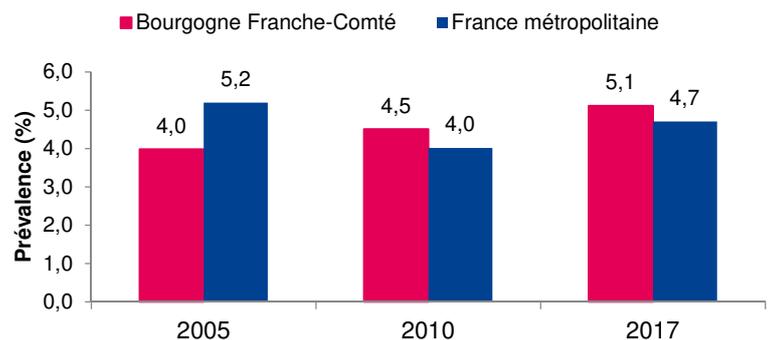
La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois a augmenté significativement entre 2005 et 2010 puis a diminué significativement en Bourgogne Franche-Comté** pour atteindre une valeur de 0,18 % en 2017 (Figure 15) soit le niveau comparable à 2005. Cette tendance n'est pas observée au niveau national.

Figure 14 : Evolution de la prévalence* des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, en Bourgogne Franche-Comté et en France métropolitaine



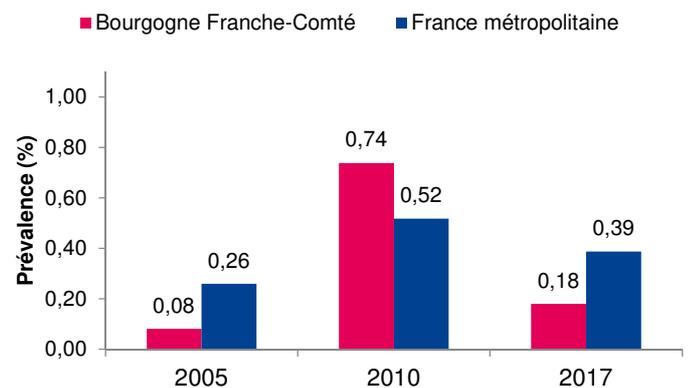
*Prévalence pour 100 habitants
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire
Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

Figure 13 : Evolution de la prévalence* des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en Bourgogne Franche-Comté et en France métropolitaine



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

Figure 15 : Evolution de la prévalence* des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en Bourgogne Franche-Comté et en France métropolitaine



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

CONDUITES SUICIDAIRES

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

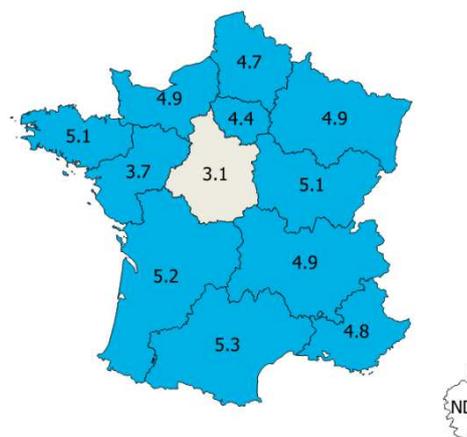
• Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois en Bourgogne Franche-Comté était estimée à 5,1 % (Figure 16a). **Cette prévalence ne différait pas significativement de celles des autres régions.** Elle était de 4,7 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En Bourgogne Franche-Comté, chez les hommes, la prévalence était de 4,2 % (Figure 16b), et chez les femmes, elle était de 6,0 % (Figure 16c). **Ces deux prévalences n'étaient pas significativement différentes entre elles, et n'étaient pas différentes de celles observées en France métropolitaine** (4,0 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes).

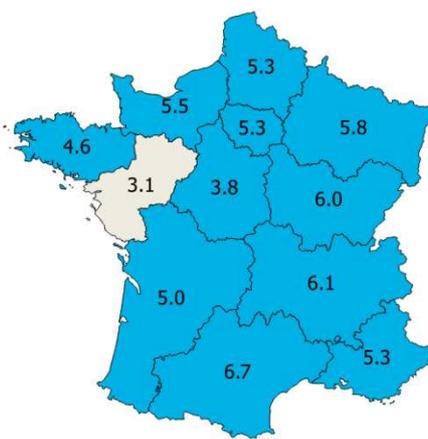
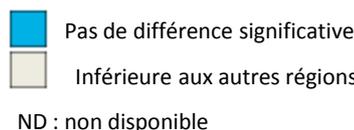
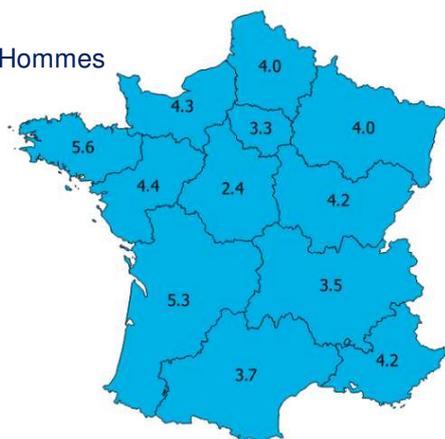
Figure 16 : Prévalence standardisée* des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine

a/ Ensemble



c/ Femmes

b/ Hommes



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

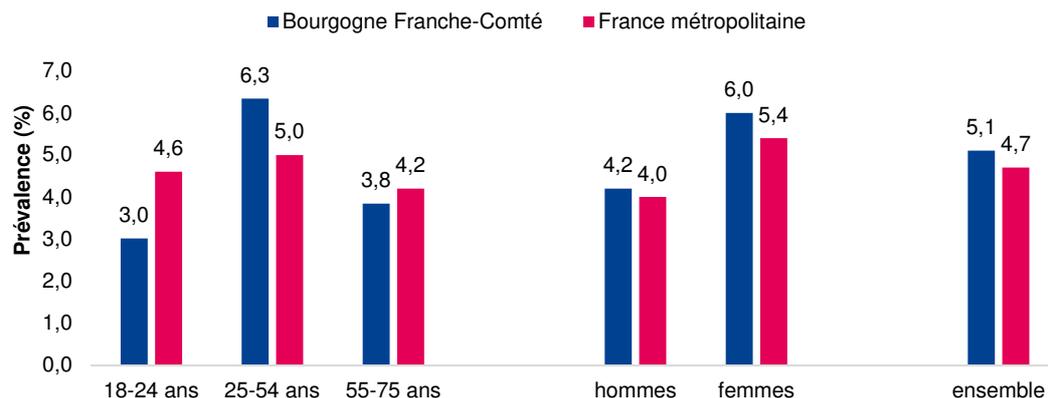
**Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

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

• Comparaison selon le sexe et l'âge

En Bourgogne Franche-Comté, la **prévalence apparaissait plus élevée chez les 25-54 ans** (6,3 %), puis chez les 18-24 ans (3,0 %) (Figure 17). La prévalence chez les 55-75 ans était de 3,8 %. La distribution des prévalences par âge et sexe était identique en Bourgogne Franche-Comté et en France métropolitaine.

Figure 17 : Prévalence standardisée* des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en Bourgogne Franche-Comté 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 ménage ordinaire - 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).

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 [Odd-Ratio=8,3],
- 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 semblait 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 semblaient pas significativement liés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.

CONDUITES SUICIDAIRES

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

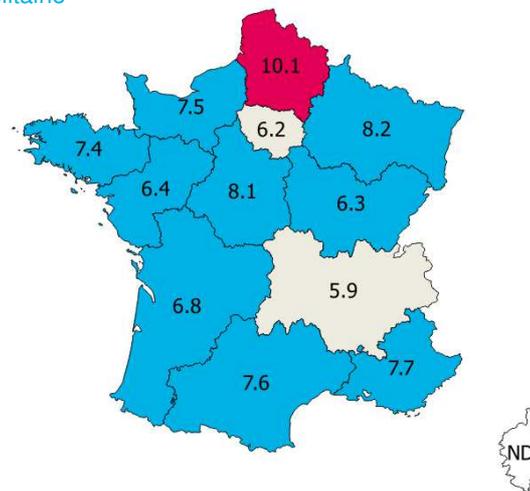
• Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** en Bourgogne Franche-Comté était estimée à 6,3 % (Figure 18a). **Cette prévalence ne différait pas significativement de celles de la majorité des autres régions.** Elle était de 7,2 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

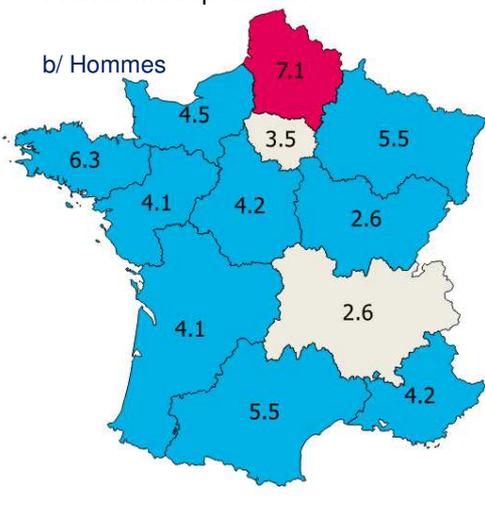
En Bourgogne Franche-Comté, chez les hommes, la prévalence était de 2,6 % (Figure 18b), et chez les femmes, elle était de 9,8 % (Figure 18c). Les prévalences étaient respectivement de 4,4 % chez les hommes et 9,9 % chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

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

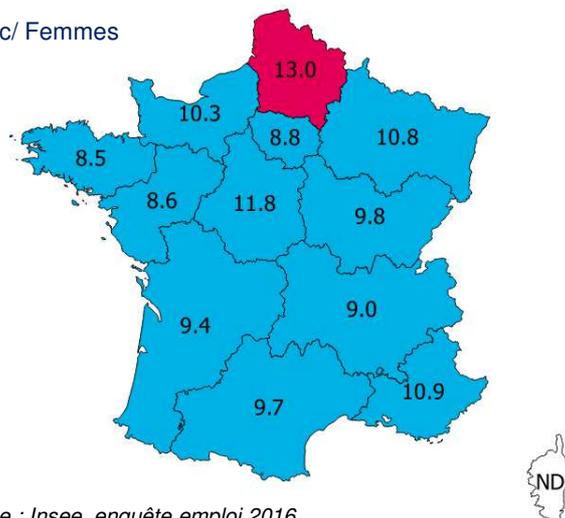
a/ Ensemble



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%

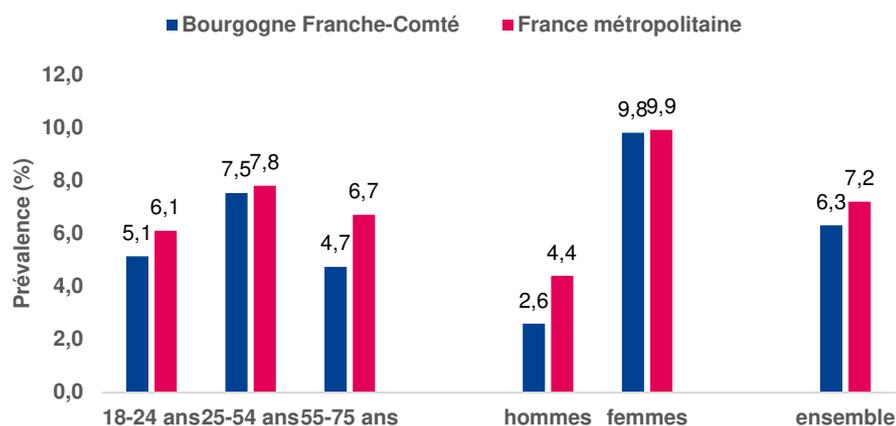
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

• Comparaison selon le sexe et l'âge

En Bourgogne Franche-Comté, la **prévalence apparaissait la plus élevée chez les 25-54 ans (7,5 %)**. Elle était de 5,1 % chez les 18-24 ans et de 4,7 % chez les 55-75 ans (Figure 19). La répartition par classes d'âge en Bourgogne Franche-Comté ne différait pas de celle de la France métropolitaine.

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

Figure 19 : Prévalence standardisée\$ des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en Bourgogne Franche-Comté 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 ménage ordinaire - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

CONDUITES SUICIDAIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

Au niveau national, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissaient 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 semblait diminuer le risque de tentatives de suicide, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile.

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

CONDUITES SUICIDAIRES

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

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** en Bourgogne Franche-Comté était estimée à 0,18 % (Figure 20). Aucune différence significative n'était observée sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

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

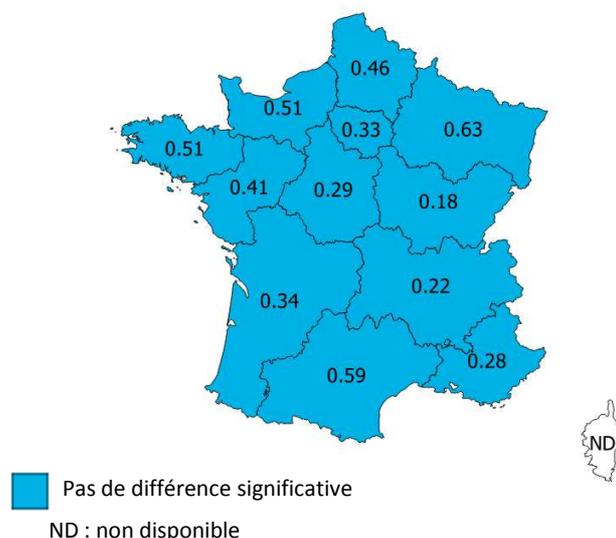
Au niveau national, les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois apparaissaient liées aux facteurs suivants :

- 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 semblait diminuer le risque de tentatives de suicide (Tableau 10).

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

Figure 20 : Prévalence standardisée* des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, 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 ménage ordinaire
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Tableau 10 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, 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	***		
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n=7216)	0,8	- 1 -	
2 nd tercile (n=8259)	0,2	0,4*	[0,2-0,8]
3 ^{ème} tercile (élevé) (n=8604)	0,1	0,3*	[0,1-0,7]
NSP/Refus (n=1172)	0,6	1,3	[0,4-4,0]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18516)	0,4	1	[0,5-2,0]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois	***		
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
Consommation quotidienne d'alcool	**		
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19278)	0,2	- 1 -	
Oui (n=5938)	0,8	1,5	[0,8-3,1]

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Discussion

Tendance

En France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2010 et 2017. En Bourgogne Franche-Comté, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie n'a pas évolué entre 2005, 2010 et 2017. En revanche, la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois a augmenté significativement entre 2005 et 2010 puis a diminué significativement pour atteindre une valeur de 0,18 % en 2017.

Situation en 2017

- Prévalence et effectif

En 2017, 5,1 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en Bourgogne Franche-Comté déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 100 000 personnes), et 6,3 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois était de 0,18 %, soit environ 3 500 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 [1].

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

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** sont plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales sont cohérentes avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et 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 au cours des douze derniers mois**. Le fait d'être un fumeur quotidien est également lié à un risque plus élevé de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours de la vie.

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

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

Limites

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

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

PREVENTION

Contexte en France

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

Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

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

Les stratégies de prévention du suicide

Interventions efficaces

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

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

Préconisations et orientations institutionnelles

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

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

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

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

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

PREVENTION

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

Les documents en bref

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

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

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

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

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

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

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

Les interventions mentionnées par document

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

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

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

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

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

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

MÉTHODOLOGIE

Source de données

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques

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

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

- **Recueil des données** : les données ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu), par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Un échantillon représentatif de 25 319 personnes âgées de **18 à 75 ans** vivant en France métropolitaine a été constitué entre janvier et juillet 2017.
- **Indicateurs** : Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.
- **Analyses statistiques** : Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi² de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariée. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (OR_a) avec un intervalle de confiance à 95 %, et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %.

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

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

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

Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French
- 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 : 51 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195

Prévention des comportements suicidaires

- *Références mentionnées dans les pages dédiées*

SIGLES

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

REMERCIEMENTS

- Avec une contribution de Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, Marie-Michèle Thiam de Santé publique France
- Aux collègues de leurs équipes de la Direction, Appui, Traitements et Analyses des données (DATA), la Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT) et la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) et le groupe du Baromètre Santé 2017 de Santé publique France et au GEPP Santé Mentale
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Les structures d'urgence et tous les partenaires participant activement au développement et au bon fonctionnement du réseau Oscour®
- Observatoire régional des urgences
- Groupe d'experts pour définir le regroupement syndromique utilisé dans les analyses Oscour® et particulièrement les Docteurs Alain Kalis, Médecin urgentiste, DIM Hospices de Beaune, Pierre Lorriot, Psychiatre, CH de Chalon-sur-Saône et SU hôpital général et le Docteur Agnès Barondeau-Leuret, Directrice Médicale du Réseau Urgences Bourgogne RUB et Vice-Présidente de la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU)
- 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
- Le Docteur Pierre Vandiel, Psychiatre, CHU Besançon
- L'Agence Régionale de Santé

CONTACT

Santé publique France, Cire Bourgogne Franche-Comté : cire-bfc@santepubliquefrance.fr