

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.2 Introduction p.3 Décès par suicide Guadeloupe (Source CépiDc) p.5 Décès par suicide Saint-Martin et Saint-Barthélemy (Source CépiDc) p.7 Hospitalisations pour tentative de suicide Guadeloupe (Source PMSI-MCO) p.9 Hospitalisations pour tentative de suicide Saint-Martin et Saint-Barthélemy (Source PMSI-MCO) p.11 Passages aux urgences pour tentative de suicide (Source : Oscour®) p.17 Prévention p.19 Méthodologie p.20 Pour en savoir plus p.21 Sigles, remerciements et contacts

ÉDITO Dr Jessica Lacroix, médecin de santé publique, pôle offre de soins, ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

Bien que la Guadeloupe soit l'une des régions où la mortalité par suicide est la plus basse de France, le suicide est la deuxième cause externe de décès chez les moins de 65 ans, après les accidents de la route. Par ailleurs, les collectivités d'outre-mer (COM) de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy présentent des taux de mortalité par suicide parmi les plus élevés du territoire national. Au regard du nombre très faible de décès répertoriés dans ces territoires sur la période d'étude, ces taux sont à interpréter avec précaution. Des analyses complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces premières tendances. A ces titres, la prévention du suicide apparaît comme un enjeu de santé publique sur l'ensemble de nos territoires.

La journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés est organisée chaque année en février. Elle est l'occasion de faire le point sur les suicides, tentatives de suicide ayant donné lieu à un passage aux urgences et/ou à une hospitalisation, et des conduites suicidaires déclarées en population générale.

Ce bulletin de santé publique fait également un focus sur la prévention, en synthétisant les interventions efficaces et les préconisations institutionnelles. Cette approche complémentaire apporte un éclairage du phénomène du suicide dans son ensemble. Elle constitue une ressource permettant aux ARS de mieux définir leur politique de prévention du risque suicidaire, et à l'ensemble des acteurs de mettre en œuvre des actions au plus près des besoins des populations locales. Bonne lecture

POINTS CLÉS

- **La Guadeloupe présentait les taux de mortalité par suicide et d'hospitalisations pour tentatives de suicide parmi les plus faibles de France, inférieure de plus de 20% des taux nationaux :**
 - 16^{ème} rang régional sur 18 des taux de mortalité par suicide en France entière en 2015 (7 versus 16 pour 100 000 habitants)
 - 17^{ème} rang régional sur 18 des taux d'hospitalisations pour TS en France entière en 2017 (21 versus 148 pour 100 000 habitants)
- **Les Collectivités d'Outre Mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy présentaient les taux de mortalité par suicide parmi les plus élevés de France* et les taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide parmi les plus faibles de France**
 - 3^{ème} rang départemental sur 101 des taux de mortalité par suicide en France entière en 2015 pour Saint-Martin (27 pour 100 000) et 16^{ème} rang départemental pour Saint-Barthélemy (23 pour 100 000)
 - Après Mayotte et la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy présentaient les taux d'hospitalisations pour TS les plus faibles de France entre 2015-2017 (30,6 pour 100 000 et 34,8 pour 100 000 respectivement)
- **Les profils démographiques différents pour le suicide et les tentatives de suicides en Guadeloupe :**
 - Les hommes sont majoritaires parmi les suicides (76%) comme au niveau national avec une surreprésentation des hommes dans toutes les classes d'âges excepté chez les 15-19 ans
 - Tous sexes confondus, les 55-59 ans, représentent la part la plus importante des suicides en Guadeloupe
 - Les hospitalisations pour TS concernent majoritairement les femmes (59%) comme le niveau national (61%).
 - Les adolescentes âgées de 15-19 ans sont surreprésentées (taux d'hospitalisation pour TS annuel de 146,2 / 100 000 alors que chez les hommes le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé concernait les 30-34 ans (170,1/100 000)
- **A Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, les profils démographiques pour le suicide et les tentatives de suicides :**
 - Les hommes sont majoritaires parmi les suicides comme au niveau national
 - Tous sexes confondus, les adultes quadragénaires (40-44 ans à Saint-Martin et 40-49 ans à Saint-Barthélemy) représentent la part la plus importante des suicides
 - Comme observé à l'échelle nationale, les hospitalisations pour TS dans les COM entre 2015 et 2017 concernaient majoritairement les femmes
- **Quelque soit le sexe, le premier mode de suicide est la pendaison (65 %) comme au niveau national (57%)**

* Taux de mortalité suicidaire à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs sur la période d'étude

INTRODUCTION

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

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

Les dernières données publiées dans le rapport de l'ONS 2016 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 de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) met également en lumière les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France (données en 2011) malgré une situation globalement favorable au regard des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres (7).

L'objectif de ce travail est de faire **un état des lieux régional avec 3 sources de données** :

- **La mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 de la population des 10 ans et plus et résidente dans la région,
- **Les séjours hospitaliers** pour tentative de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (**PMSI-MCO**) en 2017 de la population des 10 ans et plus et résidente dans la région,
- **Les passages aux urgences pour tentatives de suicide** de la population des 10 ans et plus, dans les structures implantées dans la région et adhérant à **Oscour®** en 2017,

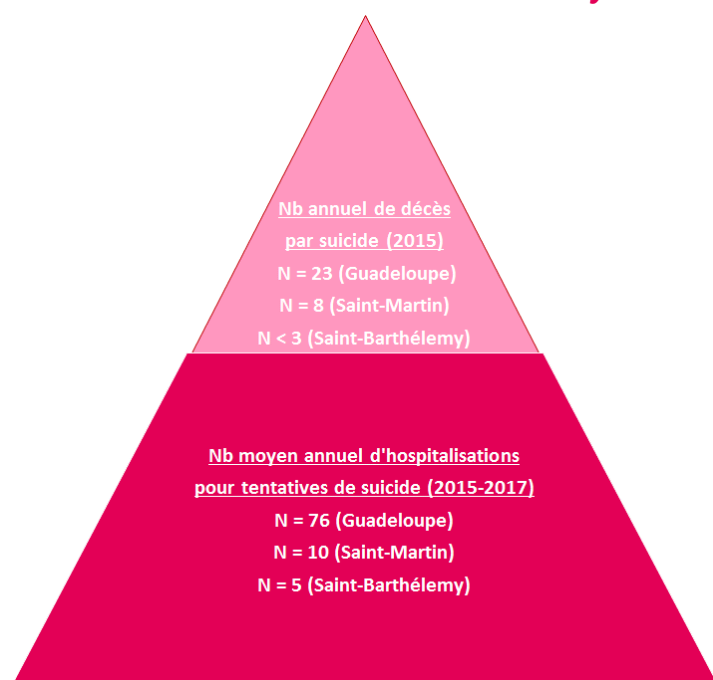
Les données sur les troubles mentaux déclarés du **Baromètre Santé 2017** n'ont pas été présentées car l'étude n'incluait pas les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

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.

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

- (1) World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015
- (2) Direction générale de la santé. Stratégie nationale d'action face au suicide 2000/2005 [Internet]. 2000. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf
- (3) Direction générale de la santé. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2005. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
- (4) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2012. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
- (5) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Programme national d'action contre le suicide [Internet]. 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf
- (6) Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- (7) Institut de recherche et documentation en économie de la santé. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf>

Les chiffres-clés en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy



DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE GUADELOUPE (SOURCE : CÉPIDC)

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

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

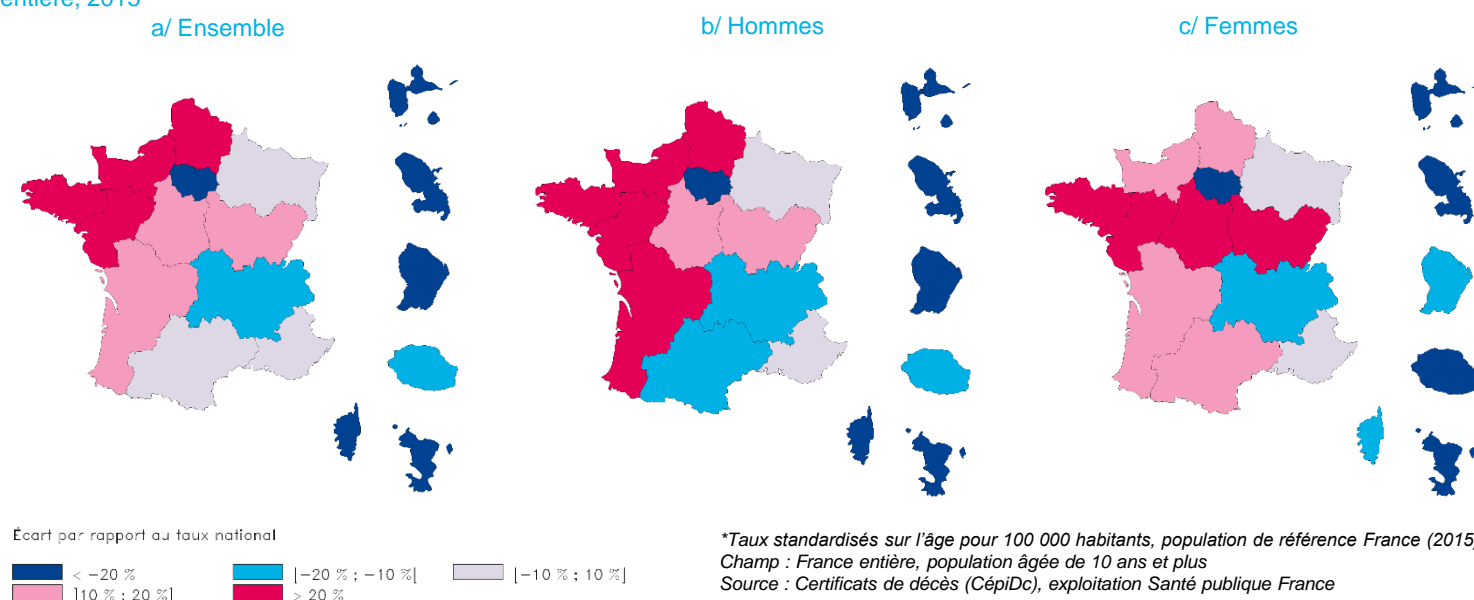
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

Les données relatives au nombre de décès par suicide présentent un défaut d'exhaustivité global estimé à 10% en France métropolitaine par l'Inserm-CépiDc en 2006. Cette sous-estimation varie selon les régions et atteint 46% en Ile-de-France. En Guadeloupe, aucune étude n'a évalué la sous déclaration des suicides. Il faut donc rester prudent sur l'interprétation des indicateurs présentés [Source : [rapport de l'ONS, 2016](#)].

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, 2015

En 2015, 23 personnes résidant en Guadeloupe se sont suicidées et 69,5 % d'entre elles étaient des hommes (n=16). A noter qu'en 2013 et 2014, ce nombre était respectivement de 39 et 25 décès par suicide. Avec un taux standardisé de mortalité de 7,0 suicides pour 100 000 habitants tous sexes confondus, **la Guadeloupe se situait parmi les régions les plus faiblement touchées avec une mortalité suicidaire inférieure à 20% à la mortalité suicidaire nationale (15,8/100 000)**. Chez les hommes (11,3 pour 100 000) comme chez les femmes (3,6 pour 100 000), les taux standardisés de suicide étaient également parmi les plus faibles de France (versus 36,3 et 6,9 pour 100 000 chez les hommes et femmes respectivement en France entière) (Figure 1).

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



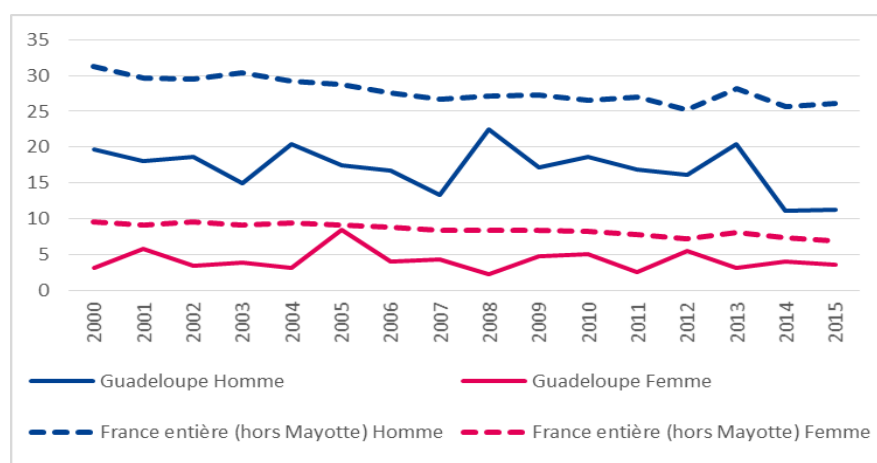
• Evolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux annuel de mortalité par suicide, standardisé sur l'âge, a diminué passant de 10,5 à 7,0 pour 100 000 habitants en Guadeloupe.

Chez les hommes, le taux annuel a varié de 19,6 en 2000 à 11,3 pour 100 000 hommes en 2015 traduisant une tendance à la baisse sur l'ensemble de la période d'étude.

Chez les femmes, ce taux était stable dans le temps variant entre 3,2 suicides en 2000 et 3,6 suicides pour 100 000 femmes en 2015. (Figure 2).

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



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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE GUADELOUPE (SOURCE : CEPIDC)

• Répartition par sexe et âge, 2013-2015

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

En Guadeloupe, entre 2013-2015, 87 décès par suicide ont été enregistrés; les **hommes** représentaient 75,8% (66/87) d'entre eux et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge sauf chez les 15-19 ans.

En termes de répartition par classes d'âge, les **55-59 ans** représentaient la part des suicides la plus importante (14,9%, n=13). Chez les 80 ans et plus, aucun décès par suicide n'a été enregistré (Figure 3).

En revanche, les suicides représentaient la plus grosse part des causes de décès chez les 30-34 ans, tous sexes confondus (10,5%). Chez les plus jeunes (10-14 ans) les suicides constituaient 6,7% des décès et seulement 0,4% chez les 75-79 ans. A noter que chez les 80 ans et plus, la part des suicides parmi les décès toutes causes est nulle (Tableau 1).

Entre 2013-2015, les suicides ont représenté 1,0% (n=87) des décès toutes causes confondus contre 1,6% (n=27467) au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 1,4% (n=66) dans la région contre 2,5% (n=20759) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,5% (n=21) contre 0,8% (n=6708) au niveau national.

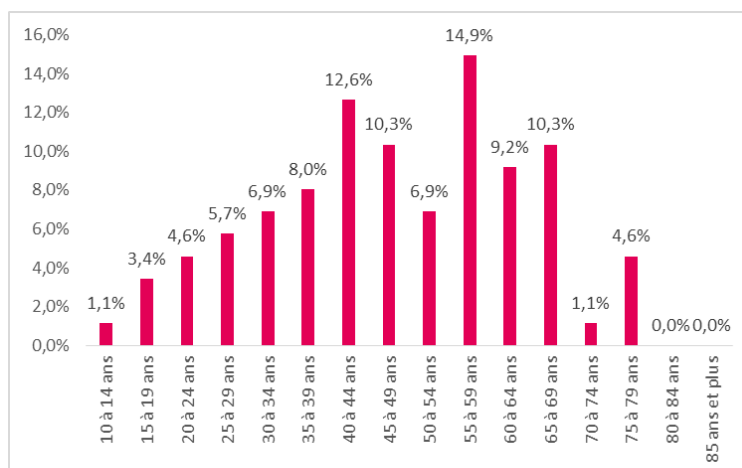
• Modes de suicide, 2013-2015

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Guadeloupe était la **pendaison** (70,1% au niveau régional versus 56,6% au niveau national) et ceci aussi bien chez les hommes (75,8%) que chez les femmes (52,4%).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'auto-intoxication par d'autres produits (12,1%) et chez les femmes il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (28,6%) (Tableau 2).

A noter que les modes de suicide ne sont pas exclusifs.

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Guadeloupe, 2013-2015 (n=87)



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 Guadeloupe, 2013-2015 (n=87)

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

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

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes en Guadeloupe, 2013-2015 (n=87)

Mode de suicide	Ensemble	Femmes	Hommes
	n	%	%
Auto-intoxication médicamenteuse	9	10,3%	28,6%
Objet tranchant	1	1,1%	0%
Auto-intoxication par d'autres produits	11	12,6%	14,3%
Pendaison	61	70,1%	52,4%
Saut dans le vide	4	4,6%	4,8%
Arme à feu	1	1,1%	0%
Noyade	0	0%	0%
Collision intentionnelle	0	0%	0%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	1	1,1%	0%
Mode non précisé	2	2,3%	0%

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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHÉLEMY (SOURCE : CÉPIDC)

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

Les données de **mortalité** sont issues des causes médicales de décès, établies à partir des certificats de décès. Les analyses réalisées par l'Inserm-CépiDc et par Santé publique France montrent l'aspect multifactoriel des facteurs de risque de suicide, incluant des dimensions d'âge et de sexe. Les données antérieures à 2013 ne sont pas disponibles pour les collectivités d'outre mer (COM) de Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Pour ces territoires à faible densité, les données suivantes seront présentées de manière préférentielle par taux ou proportion par respect du secret statistique en raison des faibles effectifs concernant les décès répertoriés sur une année; .

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, 2015

Quand on rapporte ce nombre de suicides identifiés en 2015 à la population résidente des 2 îles âgée de 10 ans et plus, **les taux de mortalité par suicide à Saint-Martin** (27,2 suicides / 100 000 hab.) et à **Saint-Barthélemy** (23,2 suicides / 100 000 hab.) étaient **parmi les plus élevés de France** avec une mortalité suicidaire de 50% supérieure à la mortalité suicidaire nationale (15,8/100 000).

Cette surmortalité élevée était observée en particulier chez les hommes avec des taux de mortalité par suicide chez les hommes parmi les plus élevés du territoire national en 2015 (avec 43,6 / 100 000 à Saint-Barthélemy et 58,9 / 100 000 à Saint-Martin versus 26,1 / 100 000 France entière).

Il est important de souligner que ces taux concernent un nombre brut de décès très faibles (inférieur à 10 à Saint-Martin et inférieur à 5 pour Saint-Barthélemy) ne permettant pas une analyse fine par respect du secret statistique. Ces taux peuvent varier de manière considérable en fonction d'un décès de plus ou de moins répertorié sur une année donnée au vu de la faible densité des territoires concernés. Ces taux sont donc à interpréter avec prudence.

Répartition par sexe et âge, 2013-2015

A **Saint-Martin**, entre 2013-2015, 18 décès par suicide ont été enregistrés; les **hommes** représentaient près de 9 suicides sur dix (89%) observés sur cette période. En termes de répartition par âge, les **40-44 ans** représentaient la part des suicides la plus importante (27,8 %). Aucun décès n'a été enregistré sur cette période chez les moins de 25 ans, tous sexes confondus. (Figure 1)

A **Saint-Barthélemy**, entre 2013-2015, 7 décès par suicide ont été enregistrés; les **hommes** représentaient la quasi-totalité des suicides sur cette période. En termes de répartition par âge, aucun décès n'a été enregistré chez les moins de 20 ans et chez les plus de 55 ans. Les **40-49 ans** représentaient la part des suicides la plus importante (57,1 %). (Figure 2)

Figure 1 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennal à Saint-Martin, 2013-2015 (n=18)

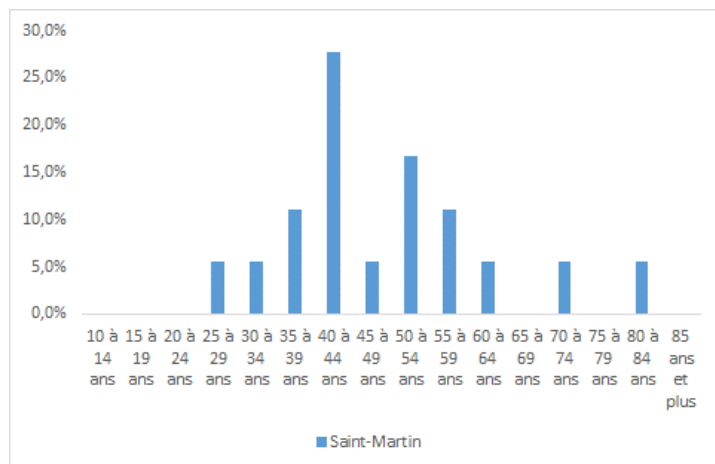
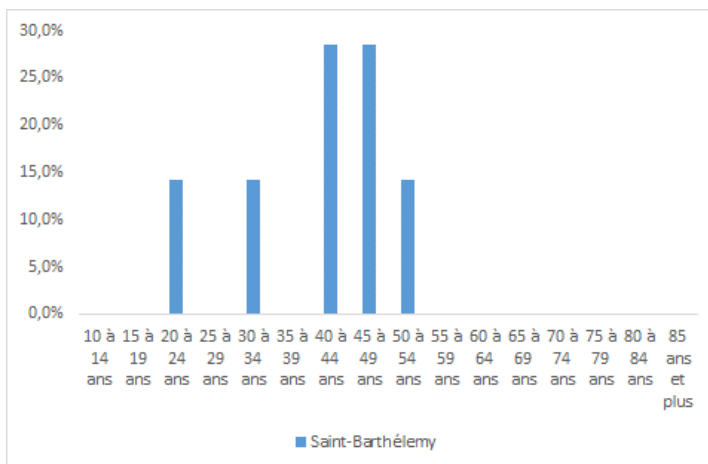


Figure 2 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennal à Saint-Barthélemy, 2013-2015 (n=7)



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

Nota : la répartition par classe d'âges des décès ne permet pas de présenter les chiffres bruts par respect du secret statistique (inférieur à 3 selon les classes)

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHÉLEMY (SOURCE : CÉPIDC)

Entre 2013-2015, les suicides ont représenté respectivement 4,3 % (18/417) et 5,3 % (7/132) de l'ensemble des décès (toutes causes confondues) à **Saint-Martin** et à **Saint-Barthélemy** contre 1,6% au niveau national (27 965 / 1 704 985). Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 6,7 % à Saint-Martin et à 8,2% à Saint-Barthélemy contre 2,5 % au niveau national. Chez les femmes, la part des suicides se rapprochait davantage du niveau national (0,8 %) représentant 1,1 % de l'ensemble des décès à Saint-Martin et 1,7 % à Saint-Barthélemy.

Entre 2013-2015, les suicides représentaient plus d'un quart des causes de décès chez les 40 à 44 ans, tous sexes confondus à **Saint-Martin** (26,3 %) et la moitié des décès toutes causes à **Saint-Barthélemy** (50,0 %). A noter que la part des suicides parmi les décès toutes causes est plus élevée chez les hommes, quelque soit la classe d'âge, à Saint-Martin comme à Saint-Barthélemy (Tableau 1).

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes chez les hommes et chez les femmes à Saint-Martin (n=18) et à Saint-Barthélemy (n=7), 2013-2015

	Saint-Martin	Hommes	Femmes	Saint-Barthélemy	Hommes	Femmes
	Total (%)	%	%	Total (%)	%	%
10 à 14 ans	-	-	-	-	-	-
15 à 19 ans	-	-	-	-	-	-
20 à 24 ans	-	-	-	33,3	50,0	-
25 à 29 ans	12,5	14,3	-	-	-	-
30 à 34 ans	6,7	12,5	-	50,0	50,0	-
35 à 39 ans	22,2	28,6	-	-	-	-
40 à 44 ans	26,3	33,3	-	50,0	66,7	-
45 à 49 ans	4,2	5,9	-	25,0	25,0	25,0
50 à 54 ans	9,1	11,1	6,7	14,3	25,0	-
55 à 59 ans	5,6	10,5	-	-	-	-
60 à 64 ans	2,1	-	5,6	-	-	-
65 à 69 ans	-	-	-	-	-	-
70 à 74 ans	3,0	4,5	-	-	-	-
75 à 79 ans	-	-	-	-	-	-
80 à 84 ans	2,4	5,3	-	-	-	-
85 ans et plus	-	-	-	-	-	-
Total	4,3	6,7	1,1	5,3	8,2	1,7

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

Les valeurs nulles sont marquées d'un trait « - »

• Modes de suicide, 2013-2015

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré dans les COM entre 2013-2015 était la **pendaison** avec 72,2 % des suicides à Saint-Martin et l'ensemble des suicides répertoriés à Saint-Barthélemy contre 56,6 % au niveau national et ceci aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

A Saint-Martin, les autres modes de suicide identifiés étaient l'auto-intoxication par d'autres produits (11,1%), l'auto-intoxication médicamenteuse, saut dans le vide, et l'utilisation d'une arme à feu (5,6% respectivement pour les trois modes). Ces autres modes de suicides ne concernaient uniquement les hommes (Tableau 2).

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes à Saint-Martin (n=18) et à Saint-Barthélemy (n=7), 2013-2015

	Saint-Martin			Saint-Barthélemy		
	Femmes	Hommes	%	Femmes	Hommes	%
Auto-intoxication médicamenteuse			5,6%	-		6,3%
Objet tranchant			-	-		-
Auto-intoxication par d'autres produits			11,1%	-		12,5%
Pendaison			72,2%	100%		68,8%
Saut dans le vide			5,6%	-		6,3%
Arme à feu			5,6%	-		6,3%
Noyade			-	-		-
Collision intentionnelle			-	-		-
Exposition aux fumées, gaz ou flammes			-	-		-
Mode non précisé			-	-		-

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE – ANALYSE GUADELOUPE (SOURCE : PMSI – MCO)

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

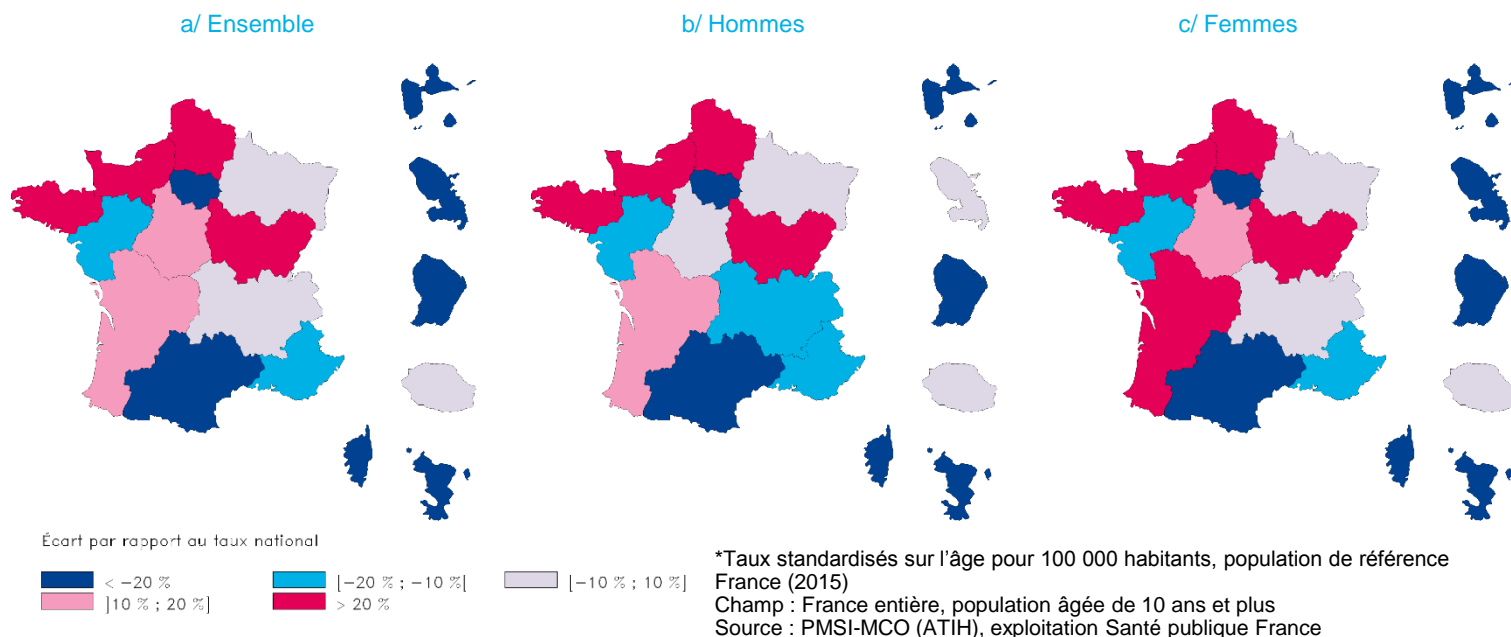
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir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

• Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, 2017

Entre 2008 et 2017, 126 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Guadeloupe 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 TS de 20,6 pour 100 000 habitants en 2017, la région Guadeloupe se situait largement en-dessous du taux national (148,0 pour 100 000 habitants). **Après Mayotte, la Guadeloupe présentait le second taux d'hospitalisation pour TS le plus bas de toutes les régions de France** (Figure 1).

Figure 1 : Ecart des taux régionaux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2017



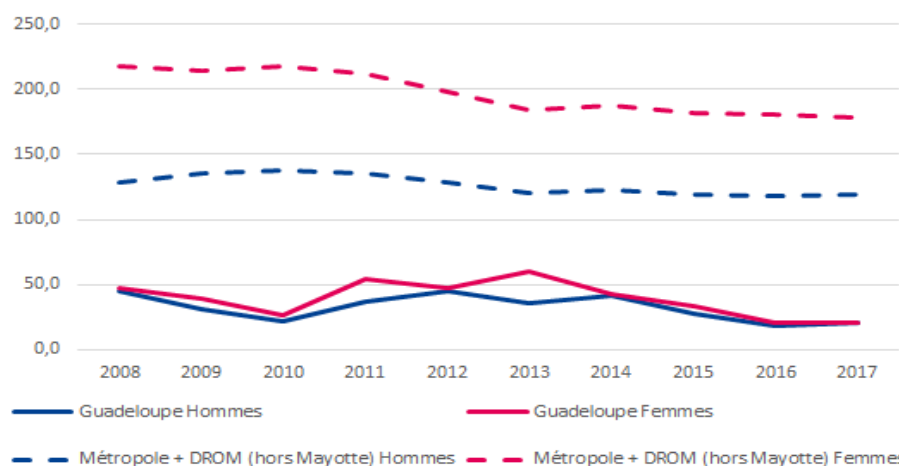
• Evolution temporelle, 2008-2017

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

En Guadeloupe, les taux d'hospitalisations pour TS sont faibles par rapport au niveau national avec une tendance globale à la baisse observée depuis 2013, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les taux d'hospitalisations pour TS sont comparables chez les deux sexes depuis 2014 jusqu'en 2017 (avec 20,7/100 000 femmes et 21,3/100 000 hommes en 2017) (Figure 2).

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



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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE – ANALYSE GUADELOUPE (SOURCE : PMSI – MCO)

• Répartition par sexe et âge, 2015-2017

Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS en Guadeloupe concernaient majoritairement les **femmes** : elles représentaient près de (58,4%, 142/243) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. Le taux d'hospitalisation pour TS était, sur cette période, chez les hommes de 64,4 / 100 000 et chez les femmes de 74,7/100 000.

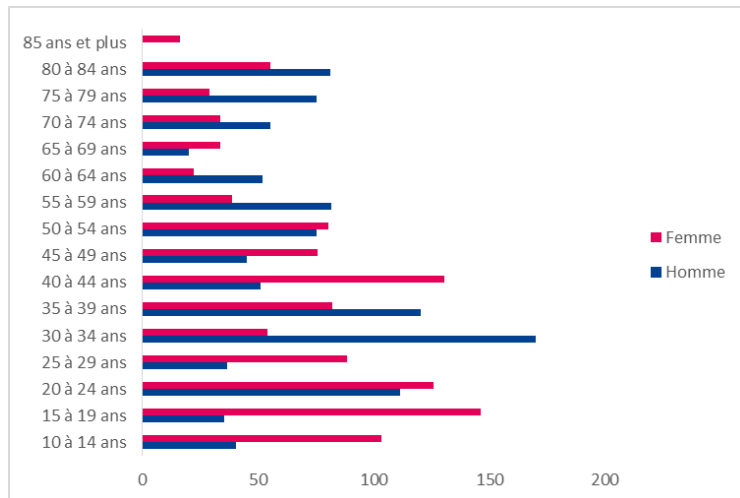
Chez les femmes, les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés étaient observés chez les **adolescentes de 15 à 19 ans** (146,2 /100 000) et chez les quadragénaires entre 40 et 44 ans (130,7 /100 000). Chez les hommes, les taux augmentaient avec l'âge atteignant un maximum chez les 30-34 ans (170,1 pour 100 000, taux le plus élevé de Guadeloupe) puis diminuaient chez les 65-69 ans (20,0/100 000, taux le plus faible) pour remonter ensuite dans les âges extrêmes (> 70 ans), dépassant les taux d'hospitalisation pour TS observés chez les femmes (Figure 3).

• Mode de tentative de suicide et létalité, 2015-2017

Les **intoxications médicamenteuses volontaires (IMV)** constituaient le mode de TS le plus fréquent en Guadeloupe (47,7% des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017). Les autres modes de TS les plus fréquents étaient l'auto-intoxication par d'autres produits (16,9%), puis par objet tranchant (4,9%), la pendaison (3,7%), le saut dans le vide (2,5%), l'exposition aux fumées, gaz ou flammes (1,6%), par arme à feu (0,8%) et la noyade et la collision intentionnelle (0,4%). A noter que pour 28,4% des hospitalisations, le mode de TS n'était pas précisé (Tableau 1).

Au total, 9 décès ont été rapportés à l'issue des 243 hospitalisations pour TS recensées en Guadeloupe de 2015 à 2017, soit un taux de létalité de 37 pour 1 000 hospitalisations pour TS variant de 69 pour 1 000 chez les hommes et de 14 pour 1 000 chez les femmes. Les taux de létalité les plus élevés ont été observés pour les TS par pendaison (111 décès pour 1 000 hospitalisations) et par mode inconnu (101 décès pour 1 000 hospitalisations). Le troisième et dernier taux de létalité était par auto-intoxication par d'autres produits (73 décès pour 1000 hospitalisations). Aucun décès n'avait été enregistré pour les autres modes de TS.

Figure 3 : Taux bruts annuels des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe et âge en Guadeloupe, 2015-2017, Guadeloupe (n=243)



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

• Caractéristiques des séjours hospitaliers, 2015-2017

Parmi les 243 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 84,7% ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 73,6% des cas. Le deuxième mode de sortie était le transfert vers une unité de psychiatrie (11,9%) et le troisième mode était le transfert vers une unité de soins de courte durée (5,3%).

La durée médiane des séjours était de 2 jours pour tous âges (Tableau 1). Les durées médianes les plus élevées étaient observées chez les 70-74 ans (15 jours) et les 85 ans et plus (10 jours). La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par arme à feu (9,5 jours) (Tableau 1).

Tableau 1 : 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) en Guadeloupe, 2015-2017, (n=243)

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	116	47,7%	54,9%	37,6%	2,0	0,0
Objet tranchant	12	4,9%	4,9%	5,0%	2,5	0,0
Auto-intoxication par d'autres produits	41	16,9%	15,5%	18,8%	3,0	73,2
Pendaison	9	3,7%	3,5%	4,0%	2,0	111,1
Saut dans le vide	6	2,5%	0,0%	5,9%	5,5	0,0
Arme à feu	2	0,8%	0,0%	2,0%	9,5	0,0
Noyade	1	0,4%	0,0%	1,0%	0,0	0,0
Collision intentionnelle	1	0,4%	0,7%	0,0%	1,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	4	1,6%	2,8%	0,0%	0,0	0,0
Mode non précisé	69	28,4%	26,1%	31,7%	4,0	101,5

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE – ANALYSE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHÉLEMY (SOURCE : PMSI – MCO)

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

Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Pour Saint-Martin, les données sont issues du Centre Hospitalier de Louis Fleming ne prenant pas en compte les hospitalisations du service psychiatrie. Les données du PMSI proviennent de l'Hôpital local Irénée Bruyn pour Saint-Barthélemy. Par respect du secret statistique, les résultats d'analyse du PMSI pour ces COM seront préférentiellement présentés sous forme de proportions ou de taux en raison des faibles effectifs concernant les tentatives de suicides répertoriés sur ces petits territoires.

Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, 2008-2017

Entre 2008 et 2017, en moyenne chaque année, 7 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés à **Saint-Martin** et 3 séjours à **Saint-Barthélemy** chez les résidents âgés de 10 ans et plus.

Sur la période d'étude, huit hospitalisations pour TS sur dix (82,6 %) pour des résidents de **Saint-Martin** ont été prises en charge au sein du CH Louis Fleming, unique structure hospitalière de l'île; les autres hospitalisations pour TS ont eu lieu au CHU de Pointe-à-Pitre (10,7 %) ou dans d'autres structures hospitalières de métropole (6,7 %). A **Saint-Barthélemy**, près de trois quart des hospitalisations pour TS (72,4 %) ont eu lieu au sein de l'hôpital local d'Irénée Bruyn, les autres ayant eu lieu à Saint-Martin (10,3 %), au CHU de Pointe-à-Pitre (6,9 %), dans d'autres régions de métropole (6,9 %) ou au CHU de Martinique (3,5 %).

En 2017, **les taux d'hospitalisation standardisés pour TS chez les résidents âgés de 10 ans et plus** à Saint-Martin (30,6 pour 100 000) et à Saint-Barthélemy (34,8 pour 100 000) se situaient **largement en-dessous du taux national** (148,0 pour 100 000 habitants). Après Mayotte et la Guadeloupe, les collectivités d'outre mer présentaient les taux d'hospitalisation pour TS les plus bas de France.

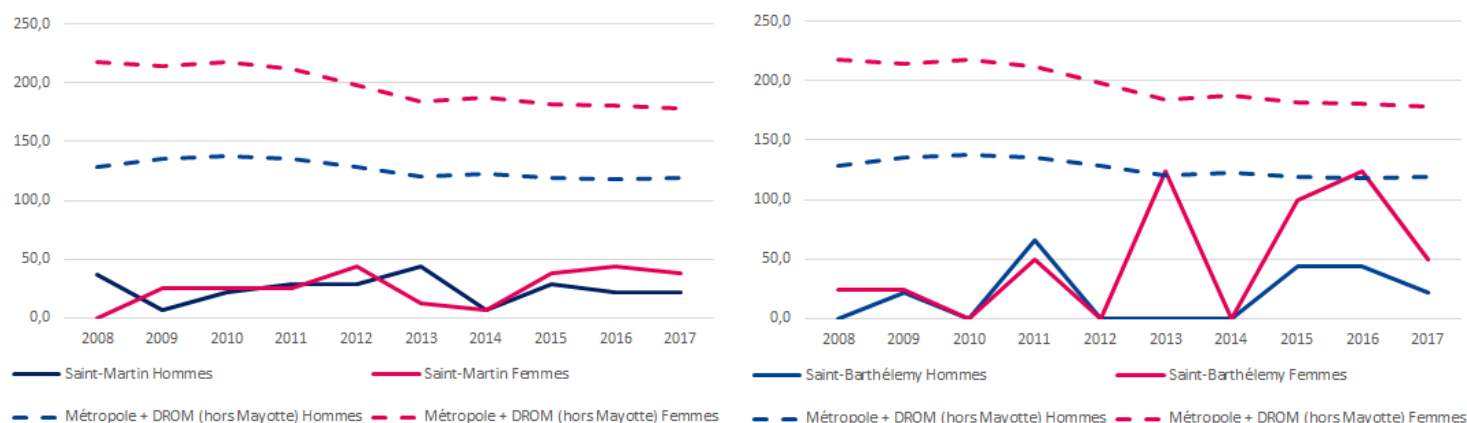
• Evolution temporelle, 2008-2017

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

Entre 2008-2017, les taux d'hospitalisations pour TS à **Saint-Martin** sont faibles quelque que soit le sexe par rapport au niveau national et sont globalement stables au cours du temps mise à part une légère baisse observée entre 2012 et 2015 tant chez les hommes que chez les femmes (Figure 3).

A **Saint-Barthélemy**, les taux d'hospitalisations pour TS sont davantage fluctuants au cours du temps avec des différences marquées selon le sexe. Deux pics sont observés chez les femmes en 2013 puis en 2016 avec un taux d'hospitalisation pour TS de 123,8 /100 000, taux comparable à celui observé chez les hommes en France entière (excepté Mayotte). Chez les hommes, les taux d'hospitalisations pour TS sont faibles par rapport au niveau national avec des taux annuels compris entre 0 et 65,4 / 100 000 sur l'ensemble de la période d'étude (Figure 4).

Figure 3 et 4 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés* sur l'âge, par sexe à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy et en France, 2008-2017



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

Champ : Saint-Martin, Saint-Barthélemy, population âgée de 10 ans et plus; Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE – ANALYSE POUR SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHÉLEMY (SOURCE : PMSI – MCO)

• Répartition par sexe et âge, 2015-2017

Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS dans les COM entre 2015 et 2017 concernaient majoritairement les **femmes** : elles représentaient 68,8% et 65,5% respectivement des hospitalisations pour TS à **Saint-Barthélemy** et à **Saint-Martin**.

Entre 2015-2017, les taux d'hospitalisation pour TS dans les COM étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes avec un facteur 2,5 à Saint-Barthélemy (90,8 / 100 000 femmes versus 36,4/100 000 hommes) et d'un facteur 1,6 à Saint-Martin (40,0 / 100 000 femmes versus 24,5/ 100 000 hommes).

Chez les femmes, les taux d'hospitalisation pour TS à **Saint-Barthélemy** augmentaient avec l'âge atteignant un maximum chez les **75-79 ans** (119,8 /100 000). Chez les hommes, le taux le plus élevé concernait les 65-69 ans (73,1/100 000) (Figure 5). A **Saint-Martin**, le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé concernait les hommes âgés de **75 à 79 ans** (150,6 / 100 000). Contrairement aux hommes, les hospitalisations pour TS chez les femmes concernaient la quasi-totalité des classes d'âges, excepté au-delà de 70 ans, avec des taux d'hospitalisations variant entre 0 et 24,7/100 000 (Figure 6).

• Mode de tentative de suicide et létalité, 2015-2017

Les **intoxications médicamenteuses volontaires** (IMV) constituaient le mode le plus fréquent des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017 à **Saint-Barthélemy** (68,8 %) comme à **Saint-Martin** (41,4 %). Les autres modes de TS identifiés concernaient l'auto-intoxication par d'autres produits que ce soit à Saint-Barthélemy (37,5 %) ou à Saint-Martin (37,9 %). Aucun autre mode n'a été identifié pour Saint-Barthélemy. Des lésions par objet tranchant ont concerné deux TS (6,9 %) à Saint-Martin au cours de la période et le mode TS n'a pas été précisé pour quatre autres TS.

Aucun décès n'a été rapporté à l'issue des 16 et 29 hospitalisations pour TS recensées respectivement à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin de 2015 à 2017.

• Caractéristiques des séjours hospitaliers, 2015-2017

Parmi les 16 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017 à **Saint-Barthélemy**, la majorité des patients a été hospitalisée directement à partir de leur domicile (81,3%) et quelques uns avec un passage aux urgences en amont (18,2%). A l'inverse, parmi les 29 séjours hospitaliers enregistrés sur la période d'étude à **Saint-Martin**, la majorité des hospitalisations pour TS a fait l'objet d'un passage aux urgences en amont (86,2%) et quelques uns directement à partir de leur domicile (13,8%).

Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans la quasi-totalité des cas que ce soit à Saint-Barthélemy (93,8%) ou à Saint-Martin (86,2%). Le deuxième mode de sortie était le transfert vers une unité de soins de courte durée (6,3% à Saint-Barthélemy et 13,8% à Saint-Martin).

La durée médiane des séjours était de 2,5 jours à Saint-Barthélemy et de 2 jours à Saint-Martin, tous âges confondus. Les durées médianes les plus élevées étaient observées chez les 75-79 ans (5 jours) à Saint-Martin et les 45-49 ans à Saint-Barthélemy (5,5 jours).

Figure 5 : Taux bruts annuels des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe et âge à Saint-Barthélemy, 2015-2017 (n=16)

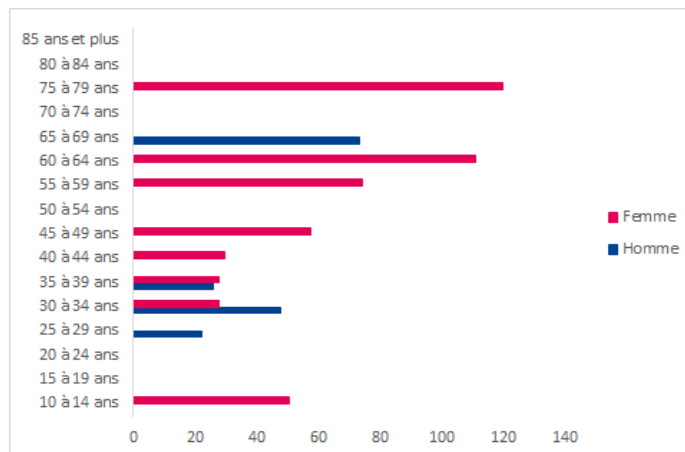
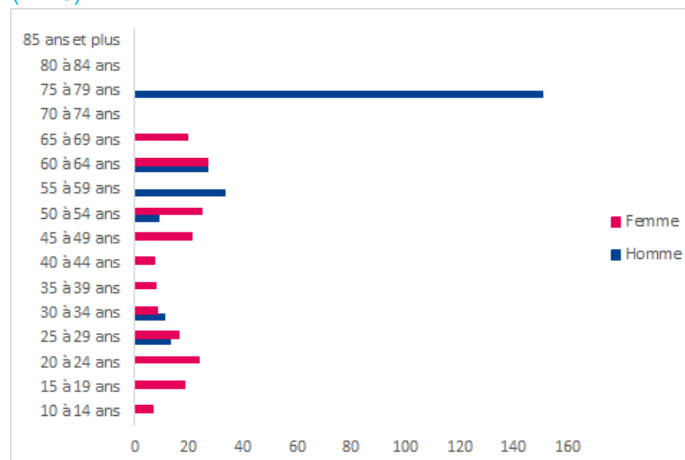


Figure 6 : Taux bruts annuels des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe et âge à Saint-Martin, 2015-2017 (n=29)



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

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

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

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

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

Caractéristiques et qualité du dispositif régional Oscour®

En **Guadeloupe**, la couverture du réseau Oscour® est de 75% reposant sur 3 des 4 structures d'urgences (SU) présentes sur l'archipel à savoir : le CHU de Pointe-à-Pitre, le CH de Basse Terre (CHBT) et la Clinique des Eaux claires. Le CH de Marie galante est l'unique structure non couverte par le réseau Oscour®. En 2017, 92,4 % des 127 282 passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#) (SAE) étaient intégrés dans le réseau Oscour®.

A **Saint-Martin**, le réseau Oscour® repose sur le CH Louis Fleming, unique structure d'urgence de l'île, et couvrait en 2017 plus de trois-quarts (77,6%) des 20 713 passages aux urgences déclarés à la SAE.

A **Saint-Barthélemy**, la couverture du réseau Oscour® est exhaustive intégrant les RPU de l'unique structure d'urgence de l'île à savoir l'hôpital local Irénée Bruyn. Il n'a pas été possible de calculer la couverture du réseau par rapport aux données transmises à la SAE (pas de données disponible en 2017).

En termes de qualité des données transmises en 2017, la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU est quasi-exhaustive à Saint-Barthélemy (96 %) et représente plus de 8 RPU sur 10 transmis sur en Guadeloupe (81,2%). En revanche, le codage des diagnostics était appliqué pour moins de 2/3 (64,5%) des RPU à Saint-Martin (Tab.1).

Tableau 1 : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 2017.

Département et collectivités	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Guadeloupe	3/4 (75%)	81,2 %
Saint-Martin	1/1 (100%)	64,5 %
Saint-Barthélemy	1/1 (100%)	95,8 %

DP: Diagnostic principal; DA: Diagnostic associé., source : Oscour®, 2017

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 le département-région de Guadeloupe et des collectivités de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy.

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

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 2, a été défini par un groupe de travail composés d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des 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 de santé publique.

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.

L'analyse présentée ci-dessous concerne les recours pour tentative de suicide en 2017 dans les structures d'urgences de Guadeloupe, Saint-Martin et de Saint-Barthélemy pour des patients résidant ou non dans la région.

Tableau 2 : 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® 2017.

Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy en 2017

➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour tentative de suicide

Au total, en 2017, 237 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 3 SU de **Guadeloupe** participant au réseau Oscour®, soit en moyenne près de 1 recours par jour et 2,5 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre de passages aux urgences pour TS en Guadeloupe représente moins de 1 % du total national (n=71 174 recours aux urgences pour TS en France métropolitaine). A **Saint-Martin**, 7 recours aux urgences pour TS au CH Louis Fleming ont été déclarés contre 4 recours pour TS à **Saint-Barthélemy** en 2017 soit moins de 1 TS pour 1000 passages aux urgences toutes causes pour les deux collectivités.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondues en **Guadeloupe** met en évidence une augmentation marquée des passages aux urgences pour TS en juillet et août représentant un quart (24,5%) de l'ensemble des recours pour TS en 2017 (Figure 1).

L'analyse quotidienne pointe l'augmentation des recours pour TS le mercredi, le samedi et dimanche (Figure 1bis) et la répartition horaire met en évidence une recrudescence des passages pour TS davantage au cours de l'après midi et en début de soirée (près de 50% des recours pour TS de 12h à 20h) alors qu'on observe une tendance inverse pour les recours toutes causes (Figure 1ter).

A **Saint-Martin** comme à **Saint-Barthélemy**, au vu des petits effectifs, la répartition temporelle (mensuelle, quotidienne et horaire) des recours aux urgences pour TS est aléatoire et n'a pas fait l'objet d'analyses fines.

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

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



Source : Oscour®, 2017. Champ : Population âgée de 10 ans et plus

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

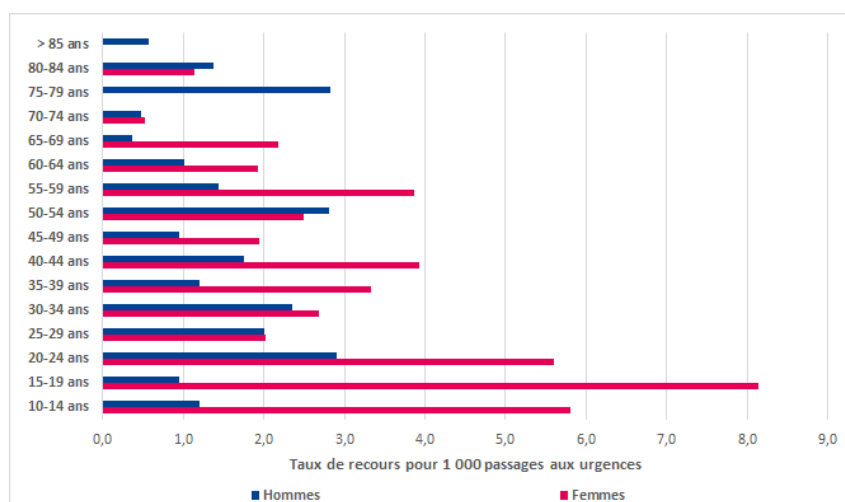
En 2017, la quasi-totalité (n=233, 98%) des recours pour TS dans les SU de **Guadeloupe** concernaient des personnes résidant dans le département; seuls 4 recours pour TS (n=2%) résidaient dans d'autres régions de France métropolitaine. A **Saint-Martin**, les sept patients ayant eu recours pour TS sont tous résidents de l'île. A **Saint-Barthélemy**, deux patients sur les quatre recours pour TS identifiés en 2017 résidaient sur l'île, un vivait à l'étranger et un autre dans une région de France métropolitaine.

En **Guadeloupe**, les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (n = 170, 72 %) alors que le sexe ratio (SR) H/F est plus équilibré dans les recours aux urgences toutes causes confondues (SR = 0,8). La répartition par sexe et classes d'âges retrouve une sur-représentation des femmes dans la quasi-totalité des classes d'âges dans les recours pour TS excepté chez les 75 ans et plus. Près de la moitié des femmes ayant eu un recours aux urgences pour TS (n= 74, 44%) étaient âgées de moins de 25 ans. Rapporté au nombre total de passages aux urgences toutes causes confondues, les moins de 25 ans, les 40-44 ans et les 55-59 ans sont les classes d'âges présentant les taux de recours pour TS les plus importants parmi les femmes. Chez les hommes, la distribution par âge est plus aléatoire avec des taux de recours pour TS les plus importants identifiés chez les 20-24 ans, les 50-54 ans et les 75-79 ans. (Figure 2).

A **Saint-Martin**, la majorité des recours pour TS étaient également des femmes (71,4%) et la totalité des recours pour TS étaient âgées de moins de 30 ans. A **Saint-Barthélemy**, trois quart des recours (75,0%) pour TS identifiés en 2017 étaient des femmes âgées entre 25 et 50 ans.

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

Figure 2 : Taux de recours pour tentative de suicide pour 1 000 passages toutes causes confondues par classe d'âges et par sexe, SU Guadeloupe , 2017



Source : Oscour®, 2017

➤ Modes de tentative de suicide

La quasi-totalité des recours pour TS (n=230, 97%) en **Guadeloupe** résultent d'intoxications médicamenteuses et ce quelque que soit le sexe. Près de la moitié des recours pour TS par intoxications médicamenteuses (n=106, 46%) concernent les moins de 30 ans. Les modes de TS violents (pendaisons, sauts dans le vide, arme à feu, ...), parce qu'ils sont mortels le plus souvent, sont rares dans les recours aux urgences pour TS. La répartition des modes de TS sont présentés dans le tableau ci-dessous (Tableau 3).

Parmi les intoxications médicamenteuses, les principales classes médicamenteuses représentaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 17 % (n=38/230) des recours dont 100 % (n=38/38) d'intoxications aux benzodiazépines (T424),
- autres psychotropes (T43) : 13 % (n=30/230) des recours,
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (codes CIM-10 : T39) : 6 % (n=13/230) des recours dont 38% pour le paracétamol (T391) (n=5/13).

A **Saint-Martin** comme à **Saint-Barthélemy**, la totalité des recours pour TS résultaient d'intoxications médicamenteuses. Les principales classes médicamenteuses déclarées concernaient les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants et les psychotropes.

Tableau 3 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Guadeloupe , passages aux urgences, 2017

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	165 (96,5%)	65 (97,0%)	230 (97,1%)
Objets tranchants, contondants	-	1 (1,5%)	1 (0,4%)
Pendaisons	2 (1,2%)	-	2 (0,8%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	1 (0,6%)	1 (1,5%)	2 (0,8%)
Sauts dans le vide	2 (1,2%)	0	2 (0,8%)
Armes à feu	-	-	-
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	1 (0,6%)	-	1 (0,4%)
Noyades	-	-	0
Collisions intentionnelles	-	-	-
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	-	-	-

Source : Oscour® 2017. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Nota : les modes de TS ne sont pas exclusifs

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

➤ *Provenance et orientation des recours aux urgences pour tentative de suicide*

En **Guadeloupe**, lorsque la provenance était renseignée (n=129/237, 54%), la TS avait eu lieu au domicile dans plus de la moitié des cas (n=73, 57%).

Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans la plupart des cas (n=179/237, 76%). Les autres recours pour TS parvenaient aux urgences par leurs propres moyens (n=57/237, 24%).

Lorsque le mode de sortie était renseigné (97% des recours), près de 2 suicidants sur 3 (n=148, 64,3 %) ont eu un retour à domicile et plus d'un tiers (n=82, 35,7%) a été hospitalisé soit dans l'établissement de recours (n=72) soit dans un autre établissement de soins (n=10). Ces hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS (n=82) étaient majoritairement (n=68, 93%) réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) et moins d'un recours pour TS sur dix étaient hospitalisés en unités psychiatriques (n=4) ou en soins de suites et de réadaptation (SSR, n=1).

La majorité des hospitalisations renseignées (n=68/82, 83%) étaient orientées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (n=34, 50%) et l'autre moitié était répartie en soins intensifs ou soins continus (n=21, 30%) ou en unité de réanimation (n=13, 20%).

Les données concernant la provenance, le transport et les orientations ne sont renseignées pour aucun des 7 recours pour TS ayant été répertoriés en 2017 à **Saint-Martin**.

A **Saint-Barthélemy**, les 4 TS identifiées en 2017 ont toutes eu lieu à domicile et 3 sur 4 des patients ont été hospitalisés et transférés dans le service MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) du CHU de Pointe-à-Pitre.

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

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

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

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

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

Au total, 233 passages aux urgences pour TS, correspondant à 220 patients résidant en Guadeloupe ont été recensés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans les SU de **Guadeloupe** participant au réseau Oscour®.

Parmi ces 220 patients, seuls 13 (6%) d'entre eux ont réitéré au moins une fois leur geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017. Il s'agissait de 7 femmes et de 6 hommes. Rapporté au nombre total de recours pour TS identifiés en 2017, le taux global de récurrence apparaît supérieur chez les hommes (10%, n=6/60) que chez les femmes (4%, n=7/160).

En termes de répartition par classes d'âges, 6 récidivistes sont âgés entre 10 et 39 ans et les 7 autres sont âgés entre 40 et 69 ans. Rapporté au nombre total de recours pour TS identifiés en 2017, le taux de récurrence varie selon la classe d'âge avec un maximum observé chez les hommes âgés entre 50 et 59 ans (n=3/11, 27%) et chez les femmes âgées entre 40 et 49 ans (n=3/19, 16%).

Le délai à la 1^{ère} récurrence est globalement similaire quel que soit le sexe. La quasi-totalité des patients récidivistes réitèrent leur geste suicidaire dans le 1^{er} mois suivant un premier recours aux urgences.

Aucune récurrence n'a été répertoriée à **Saint-Martin** ou à **Saint-Barthélemy** sur la période d'étude.

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

Discussion, conclusion

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

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données 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 sont identiques, seul le passage le plus récent est conservé dans la base de données. Cette méthode est utilisée pour éliminer les doublons, définis comme deux passages aux urgences sont considérés comme identiques si l'établissement de passage, la date de naissance, le sexe, le code postal et la date d'entrée (mais pas l'heure) sont identiques. De ce fait, il est possible que cette caractéristique du dispositif ait pu entraîner l'élimination de certains recours pour un même patient sur une même journée et conduire à une sous-estimation probablement mineure des récurrences de TS immédiatement après la sortie avec ou sans consentement du patient.

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

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

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

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 tentative 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 tentative de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

Préconisations et orientations institutionnelles

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

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

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

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

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

PREVENTION

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

Les documents en bref

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

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

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

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

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

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

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

Les interventions mentionnées par document

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

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

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

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

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

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

Méthodologie

Source de données :

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour les données de mortalité par suicide [années 2000-2015] excepté pour les collectivités d'outre mer (COM) de Saint-Barthélemy et Saint-Martin [2013-2015]
- 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]

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont considérées dans les analyses CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®;
- Seules les personnes résidant dans la région sont considérées dans les analyses CépiDc et PMSI-MCO. Pour Oscour®, ce sont les personnes se présentant dans les établissements hospitaliers de la région ou du département;
- 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 et Oscour® sont analysées au niveau de la région et du département ;
- 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 ;

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

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

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

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

Récidive

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

Prévention des comportements suicidaires

- *Références mentionnées dans les pages dédiées*

SIGLES

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

REMERCIEMENTS

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

CONTACT

Santé publique France, Cire Antilles / antilles@santepubliquefrance.fr / (+596) 5 96 39 43 54