

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Édito [p.1](#) **Points clés** [p.1](#) **Introduction** [p.2](#) **Décès par suicide (Source : CépiDC)** [p.3](#) **Hospitalisations pour tentatives de suicide (Source : PMSI-MCO)** [p.5](#) **Préconisations** [p.7](#) **Prévention en Martinique: SOS KRIZ** [p.9](#) **Méthodologie, sigles, remerciements et contacts** [p.10](#) **Pour en savoir plus** [p.11](#)

ÉDITO Dr Marie-Laure AUDEL, pilote du programme de santé mentale, ARS Martinique

Les principales données sur le suicide, disponibles en Martinique étaient celles fournies par l'INSERM (données du Cépidec). Le taux de suicide n'est que la partie émergée de la problématique. En effet, il ne reflète que les tentatives de suicides ayant eu une issue fatale, il faut donc s'intéresser aux tentatives de suicides, afin d'objectiver les contextes et motivations qui génèrent ces passages à l'acte. L'identification des facteurs de risque et l'engagement d'intervention de prévention, demeurent donc, aussi bien à l'échelle régionale que nationale, une priorité de santé publique. De nos jours, le suicide en Martinique, ce sont en moyenne 20 à 30 décès par an. Cette mortalité touche plus particulièrement les hommes que les femmes. Sur 32 décès, 25 sont des décès masculins et 7 sont féminins.

La Martinique est particulièrement concernée par le phénomène des psycho-traumatismes. Notre territoire regroupe quasiment tous les différents événements, qui parfois se superposent et dont les conséquences sur notre santé sont lourdes et coûteuses dans la prise en charge. Pour citer quelques exemples : (1) les catastrophes naturelles (éruption de la Montagne Pelée, les cyclones, les inondations... les algues.. les épidémies) – le dernier cyclone IRMA a marqué à jamais le paysage de St Martin et l'esprit de ses habitants !!!; (2) les situations exceptionnelles (catastrophes aériennes); (3) les violences intrafamiliales; (4) les violences quotidiennes (agressions, violences routières, effet du chômage...). Tous ces traumatismes provoquent des troubles qui sont souvent méconnus, sous-estimés, fréquents, graves, durables, et pèsent lourdement sur la santé des victimes traumatisées et sur leur avenir affectif, social et professionnel. Ils sont difficiles à diagnostiquer, mais représentent un enjeu majeur de santé publique et un grave problème de société.

Aujourd'hui, l'approche stratégique régionale face à ce fléau se doit d'évoluer. C'est la raison pour laquelle l'ARS Martinique soutient toute initiative dans ce domaine qui contribue à la restructuration de la psychiatrie en Martinique :

- Création d'un centre de crise en 2012 (situé en post urgence au CHUM) ;
- Création de l'association d'AFORPOM (association de formation et de recherche en psychiatrie d'outre-mer) ;
- Animations de manifestations et d'émissions ;
- Organisation en octobre 2014 du colloque du GEPS (Groupement d'Etude de Prévention du Suicide) ;
- Début d'une étude en mai 2014, étude épidémiologique, multicentrique descriptive (Martinique/Guadeloupe /Saint Martin et Réunion) de la prise en charge médicosychosociale d'aval des patients admis aux urgences du CHUM à la suite d'une tentative de suicide ou avec idées suicidaires avec antécédents de tentative de suicide ;
- Mise en place d'un dispositif de prévention universelle : Plateforme SOS Kriz ;
- Mise en place de l'évaluation de l'outil de relai des interventions avec les Médecins généraux ;
- Etude sur les représentations du suicide : auprès des médecins libéraux et de 80 000 habitants de la Martinique ;
- Des actions de sensibilisation et de formation régulières ;
- Journée mondiale de prévention du suicide en septembre ;
- Journées Régionales du CFP (Comité français de psychiatrie) en Martinique en décembre.

C'est à travers l'ensemble de ces initiatives que nous aurons la pleine capacité d'intelligence collective et les opportunités pour tracer les priorités, servir les territoires de proximité en matière de modes d'intervention.

POINTS CLÉS

- **La Martinique 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 :**
 - 17^{ème} rang régional sur 18 des taux de mortalité par suicide en France entière en 2015 (6 versus 16 pour 100 000 habitants)
 - 14^{ème} rang régional sur 18 des taux d'hospitalisations pour TS en France entière en 2017 (85 versus 148 pour 100 000 habitants)
- **Comme au niveau national, des profils démographiques différents pour le suicide et les tentatives de suicides :**
 - Les hommes sont majoritaires parmi les suicides (90%) comme au niveau national avec une surreprésentation des hommes dans toutes les classes d'âges en Martinique
 - Tous sexes confondus, les 40-49 ans, représentent la part la plus importante des suicides en Martinique
 - Les hospitalisations pour TS concernent majoritairement les hommes (64%) contrairement au niveau national où les femmes prédominent (61%). Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour TS augmentent avec l'âge (maximum chez les 85 ans et plus, avec 705 /100 000) alors que chez les femmes ces taux diminuaient avec l'âge (maximum chez les 15-19 ans avec 549 pour 100 000)
- **Quelque soit le sexe, le premier mode de suicide est la pendaison (65 %) comme au niveau national (57%)**

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'OCDE en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres (7).

L'objectif de ce Bulletin de santé publique est de faire **un état des lieux régional à partir de plusieurs 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.

Contrairement aux autres régions françaises, les **passages aux urgences pour tentative de suicide** n'ont pu être analysés en l'absence d'établissements hospitaliers adhérant au réseau Oscour® en Martinique.

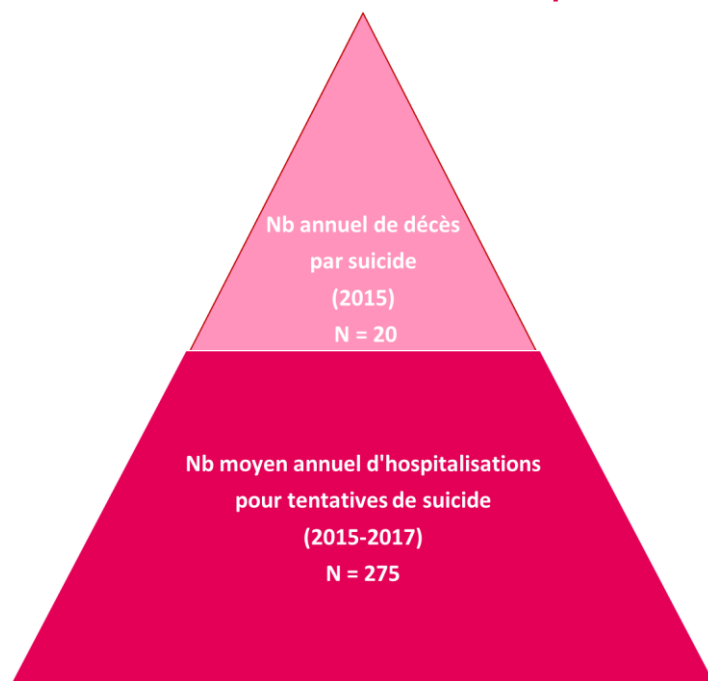
Les données sur les troubles mentaux déclarés du **Baromètre Santé 2017** n'ont pas été présentées car l'étude n'incluait pas les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

Ce travail a été élaboré dans le cadre d'un Groupe d'échanges 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 préconisation pour la prévention** sont rappelés à la fin du document.

Les chiffres-clés en Martinique

- (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 : Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche [Internet]. DREES; 2014. 219 p. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>
- (7) 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>



DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (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.

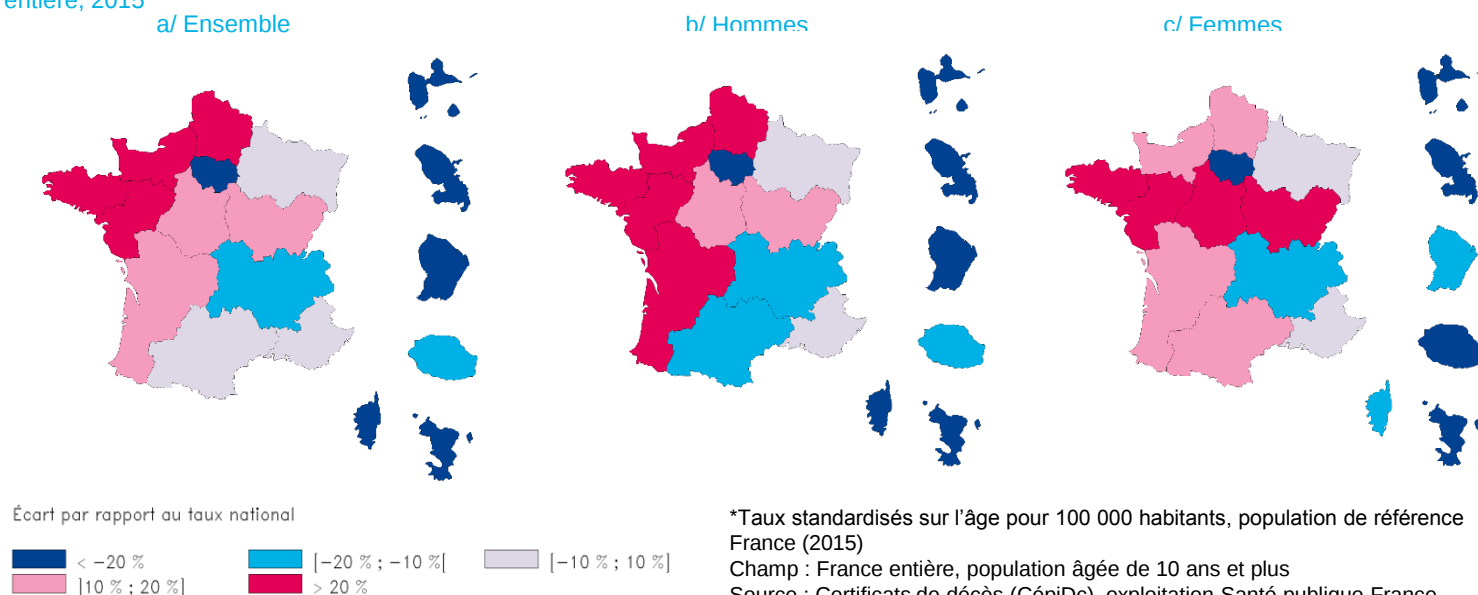
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

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 Île-de-France. En Martinique, aucune étude n'a évalué la sous-déclaration des suicides en Martinique. 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, 20 personnes âgées de 10 ans et plus et résidentes en Martinique se sont suicidées. La quasi-totalité (90,0 %, n=18) d'entre elles étaient des hommes. A noter qu'en 2013 et 2014, ce nombre était respectivement de 26 et 32 décès par suicide. Avec un taux standardisé de mortalité de 5,9 suicides pour 100 000 habitants tous sexes confondus, la Martinique 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 (12,1 pour 100 000) comme chez les femmes (1,0 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



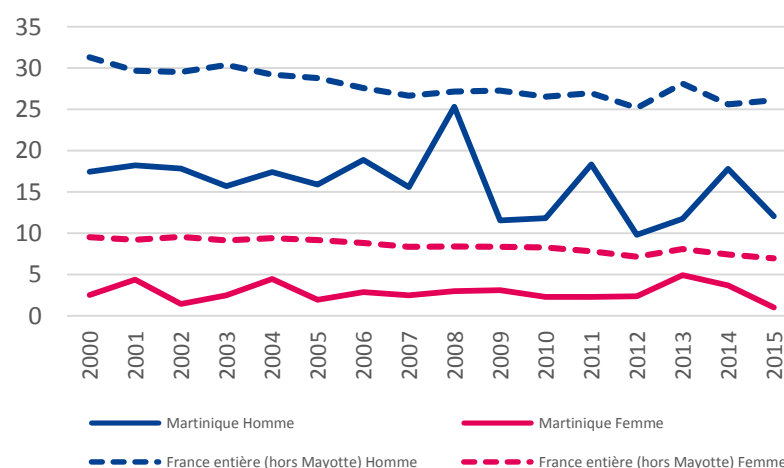
• Evolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux annuel de mortalité par suicide, standardisé sur l'âge, a varié de 9,3 à 5,9 pour 100 000 habitants en Martinique.

Une légère tendance à la baisse s'observait selon le sexe:

- chez les hommes, il a varié de 17,5 en 2000 à 12,1 pour 100 000 hommes en 2015;
- chez les femmes, il s'élevait à 2,5 suicides en 2000 et à 1,0 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 Martinique et en France métropolitaine, 2000-2015



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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

• 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 Martinique, entre 2013-2015, 78 décès par suicide ont été enregistrés; les hommes représentaient 76,9% (60 / 78) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes de répartition par âge, les 40-49 ans représentaient la part des suicides la plus importante (24,3%, n=19). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à elles 3,8% des suicides (n=3). Aucun décès n'a été enregistré sur cette période chez les 10-14 ans, tous sexes confondus. (Figure 3).

Les suicides représentaient la plus grosse part des causes de décès chez les 30-34 ans tous sexes confondus (14,3%). Chez les plus jeunes (10-14 ans) aucun décès par suicide n'a été enregistré et chez les plus âgés (85 ans et plus), les suicides constituaient 0,1% des décès (Tableau 1).

Entre 2013-2015, les suicides ont représenté 0,9% (n=78) des décès toutes causes confondues en Martinique contre 1,6% (n=27467) au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 1,3% (n=60) en Martinique contre 2,5% (n=20 759) en métropole. Chez les femmes, elle était de 0,4% (n=18) contre 0,8% (n=6 708) au niveau national.

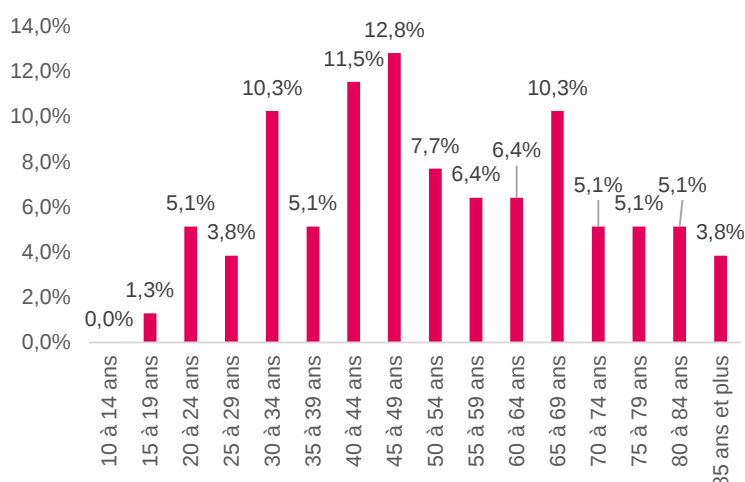
• Modes de suicide, 2013-2015

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Martinique était la pendaison (65,4% en Martinique versus 56,6% au niveau national) et ceci aussi bien chez les hommes (68,3%) que chez les femmes (55,6%).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était le saut dans le vide (11,7%) et chez les femmes il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (16,7%).

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

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Martinique, 2013-2015 (n=78)



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 Martinique, 2013-2015 (n=78)

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

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

Tableau 2 : Part des modes de suicide chez les hommes et chez les femmes en Martinique, 2013-2015 (n=78)

Mode de suicide	Ensemble	Femmes	Hommes
	n	%	%
Auto-intoxication médicamenteuse	5	6,4%	16,7%
Objet tranchant	4	2,6%	6,7%
Auto-intoxication par d'autres produits	3	3,8%	1,7%
Pendaison	51	65,4%	68,3%
Saut dans le vide	9	11,5%	11,7%
Arme à feu	3	3,8%	5,0%
Noyade	0	0,0%	0,0%
Collision intentionnelle	0	0,0%	0,0%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	2	2,6%	1,7%
Mode non précisé	2	2,6%	3,3%

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : PMSI – MCO)

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

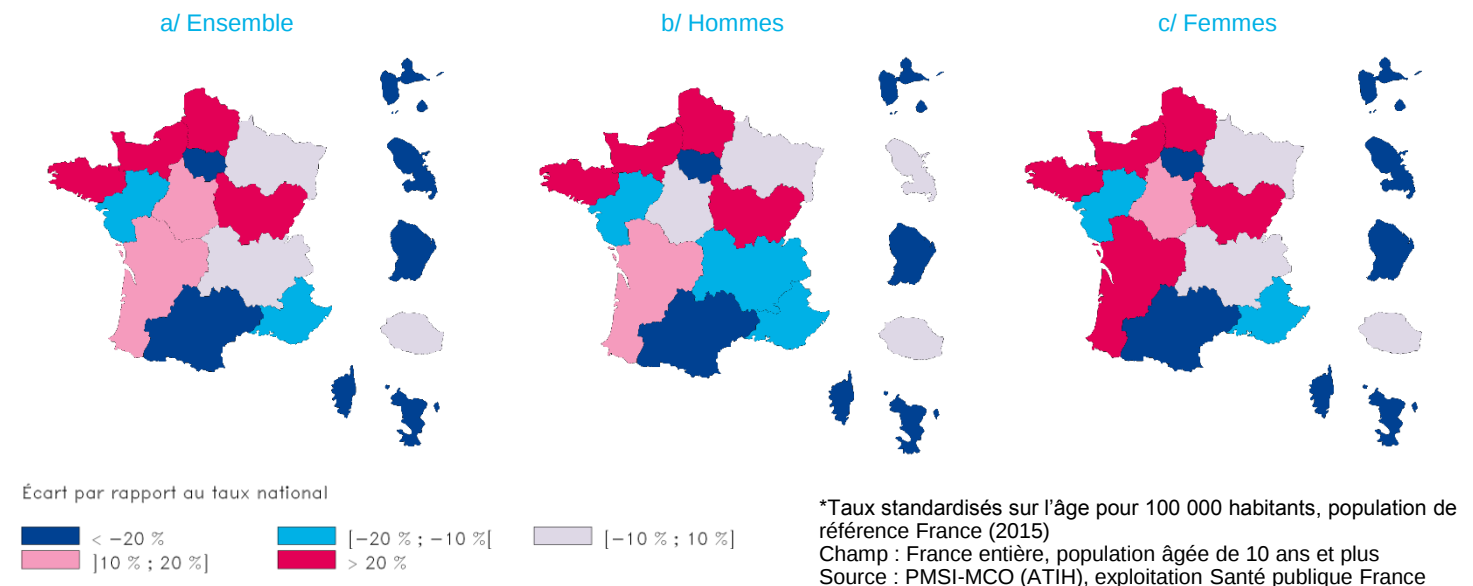
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir 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, 338 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Martinique chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 99 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 84,6 pour 100 000 habitants en 2017, la région Martinique se situe en-dessous du taux national (148,0 pour 100 000 habitants). Avec Mayotte, la Guadeloupe, la Guyane et la Corse, la région Martinique se situe dans les plus bas taux d'hospitalisation pour TS et présente un différentiel négatif par rapport au taux national (< -20%) (Figure 1).

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



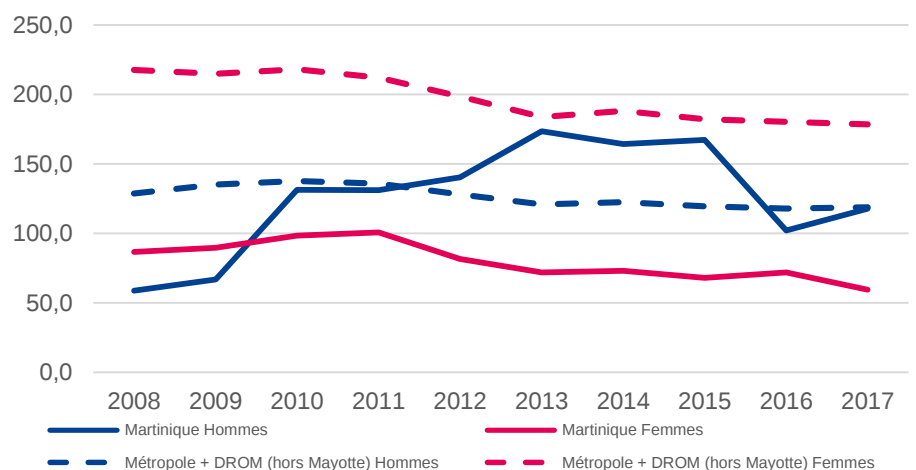
• Evolution temporelle, 2008-2017

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

En Martinique, une tendance globale à la hausse est observée chez les hommes depuis 2008 alors que la tendance chez les femmes suit celle du niveau national, en baisse depuis 2011 (Figure 2).

A noter que par rapport à ce qui est observé chez les hommes au niveau national, on note une hausse importante des taux d'hospitalisation pour TS de 2009 (66,9) à 2013 (173,5). Ce taux s'est maintenu entre 2013- 2015 puis a diminué en 2017 pour être légèrement inférieur au taux national (117,7 en Martinique contre 118,8 /100 000 hommes en France hors Mayotte)

Figure 2 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés* sur l'âge, par sexe en Martinique et en France métropolitaine + DROM (hors Mayotte), 2008-2017 des 10 ans et plus



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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : PMSI – MCO)

• Répartition par sexe et âge, 2015-2017

Contrairement à ce qui est observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS en Martinique concernaient majoritairement les hommes avec 64 % (599 / 937) des hospitalisations pour TS identifiées entre 2015 et 2017. La répartition par âge des taux d'hospitalisations pour TS retrouve une prédominance d'hommes dans la majorité des classes d'âges excepté chez les moins de 30 ans chez qui les taux sont plus élevés chez les femmes.

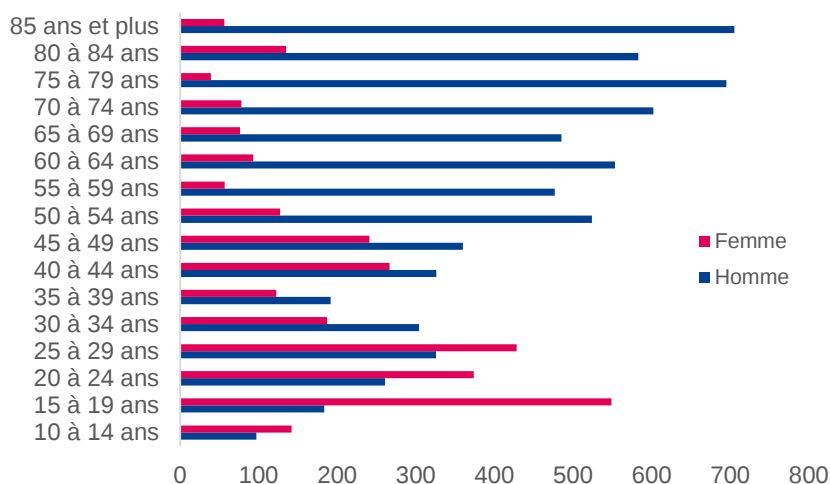
On observe une inversion des taux d'hospitalisation pour TS en Martinique en fonction du sexe et de l'âge sur la période d'étude. Chez les hommes, les taux augmentaient avec l'âge atteignant un maximum dans les âges extrêmes (avec 705 pour 100 000 chez les 85 ans et plus) alors que chez les femmes ces taux diminuaient avec l'âge avec un maximum observé avant 20 ans (avec 549 pour 100 000 chez les 15-19 ans) (Figure 3).

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

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) qui concernait 57,2 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient l'auto-intoxication médicamenteuse (37,0 %) l'automutilation (2,5 %), la lésion auto-infligée par saut dans le vide (1,9 %) et la lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation (1,7%) (Tableau 1).

Au total, 26 décès ont été rapportés à l'issue des 937 hospitalisations pour TS recensées en Martinique de 2015 à 2017, soit un taux de létalité de 28 pour 1 000 hospitalisations pour TS variant de 38 pour 1 000 chez les hommes et de 9 pour 1 000 chez les femmes. Les taux de létalité les plus élevés ont été observés pour les TS par pendaison (125 décès pour 1 000 hospitalisations) et par saut dans le vide (56 décès pour 1 000 hospitalisations). Enfin, l'auto-intoxication médicamenteuse présentait un taux de létalité de 3 décès pour 1 000 hospitalisations.

Figure 3 : Taux bruts des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par sexe et âge en Martinique, 2015-2017, (n=937)



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

• Caractéristiques des séjours hospitaliers, 2015-2017

Parmi les 937 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 95,7 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 71,1 % des cas. Le deuxième mode de sortie était une mutation vers une unité de psychiatrie (9,9%) et le troisième mode était un transfert vers une unité de soins de suite ou de réadaptation (6,0%)

La durée médiane des séjours était de 2 jours (tous âges) avec deux valeurs maximales chez les 85 ans et plus (7 jours) et les 10-14 ans (5 jours). La médiane des séjours était plus élevée pour les TS par exposition aux fumées, gaz ou flammes (32 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par auto-intoxication médicamenteuse. (Tableau 1)

Tableau 1 : Part des modes de tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS) en Martinique, 2015-2017, (n=937)

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	347	37,0%	70,7%	18,0%	1,0	2,9
Objet tranchant	23	2,5%	3,3%	2,0%	3,0	0,0
Auto-intoxication par d'autres produits	536	57,2%	23,1%	76,5%	3,0	41,0
Pendaison	16	1,7%	0,9%	2,2%	2,5	125,0
Saut dans le vide	18	1,9%	3,0%	1,3%	7,5	55,6
Arme à feu	4	0,4%	0,3%	0,5%	10,5	0,0
Noyade	1	0,1%	0,0%	0,2%	2,0	0,0
Collision intentionnelle	1	0,1%	0,0%	0,2%	24,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	6	0,6%	0,9%	0,5%	32,0	0,0
Mode non précisé	15	1,6%	2,4%	1,2%	4,0	0,0

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

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

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 recommandations, le projet territorial de santé mentale (2017), le plan priorité prévention 2018 et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 en fixent le cadre opérationnel.

Les documents en bref

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

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

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

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

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

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

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

Les interventions mentionnées par document

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

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

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

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

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

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

PREVENTION EN MARTINIQUE : SOS KRIZ

PR L JEHEL, DR JM SIGWARD, F SAINTE-ROSE, S. LE BARS



L'Association **SOS KRIZ** a pour objet de mettre en œuvre tous moyens, ayant pour objectif la création, le fonctionnement d'une plateforme téléphonique et d'un site web, animés par des bénévoles, orientés vers la prévention du suicide et le soutien aux personnes en souffrance et en crise ; ainsi que toute action permettant la réalisation du présent objectif. En 2018 un numéro GRATUIT a été créé 0800 100 811, avec le soutien de Orange Caraïbes.

Présentation de l'action SOS KRIZ

SOS KRIZ est l'unique association de Martinique qui œuvre 7/7 à la prévention du suicide dans une articulation étroite avec les urgences psychiatrique du CHUM, le centre de crise et les médecins généralistes de l'Ile via l'URML.

SOS KRIZ remplit plusieurs missions : elle recrute des préventeurs qu'elle forme à l'intervention de crise par le repérage du type de crise, la désescalade de la crise et la mise en place d'un plan d'action adaptée à la crise repérée, sur le format de l'intervention de crise du Pr Séguin et N Chawqui (Montréal).

Si la plate-forme d'écoute se trouve à Bellefontaine, les formations se passent à Fort-de-France ou dans les institutions qui en font la demande. SOS KRIZ a formé 220 personnes à l'intervention de crise. Si, seulement une partie d'entre-elles se sont engagées dans l'écoute active bénévole, elles sont toutes du fait de la formation dispensée des veilleurs dans la population qui peuvent alerter en cas de crise suicidaire ou de tentative d'homicide. Ces intervenants de crise ont répondu depuis l'ouverture de sa plateforme téléphonique le 12 septembre 2016 à plus de 5 600 appels.

SOS KRIZ organise avec ses partenaires, les Rencontres SOS KRIZ, la JMPS (Journée Mondiale de Prévention du Suicide) chaque année. Ces manifestations sont des temps de formation pour les intervenants de crise et les professionnels (secteurs médical, social, éducatif...) et de sensibilisation de la population générale.

SOS KRIZ travaille en étroite collaboration avec le SAMU, les pompiers, la police. Ces institutions transfèrent vers la plateforme d'écoute téléphonique les appels de crise ne présentant pas de caractère d'urgence. Elles se mobilisent lorsqu'elles sont informées par un préventeur d'un risque de passage à l'acte violent. L'appel de ces instances se faisant toujours avec l'accord de l'appelant, l'appel étant enregistré.

Une action particulière a été conduite dans des institutions exposées. L'établissement pénitentiaire de Martinique (CP de Ducos) où, des rencontres ouvertes ont été proposées vers les personnels pénitentiaires d'une part et d'autre part vers les familles des détenus. Une démarche est en cours pour permettre un accès téléphonique des détenus pour joindre SOS KRIZ, d'autant que plusieurs suicides ont été déplorés en 2018.

La mise à disposition de la ligne SOS KRIZ a été également diffusée spécifiquement pour les personnels du CHUM en collaboration avec les professionnels dédiés à ces missions.

SOS KRIZ participe aux actions de santé communautaire en particulier en portant l'action Karib Trauma depuis septembre 2017. Karib Trauma a pour mission de développer des actions soutenant l'intervention des CUMP, puis après la fin de la mission de celles-ci de mettre en place des actions solidaires coordonnées pour aider à faire face aux suites d'une catastrophe impliquant un nombre important de personnes. L'action de prévention du suicide est particulièrement importante après une situation de catastrophe.

SOS KRIZ participe aussi à des actions de promotion de la santé et du mieux-être en Martinique dans le cadre de manifestations (Village Santé, Tour des Yole etc,...) mais aussi dans les autres DOM et dans l'Hexagone.

Public bénéficiaire

- Les personnes résident en Martinique et leurs proches ;
- Les personnes âgées, les enfants, les jeunes, les détenus et leur famille, les aidants familiaux, les personnes victimes de violences, d'inceste, de violences conjugales, de harcèlement, les auteurs de violences ;
- Les médecins généralistes et les professionnels de santé ;
- Les intervenants de première ligne : personnels de l'éducation nationale, personnels pénitentiaires, éducateurs, assistants sociaux... ;
- Les associations, les institutions, les élus politiques...

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]

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

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.

Précisions méthodologiques :

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont considérées dans les analyses CépiDc, PMSI-MCO ;
- Seules les personnes résidant dans la région sont considérées dans les analyses CépiDc et PMSI-MCO ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour ;
- 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 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 ;

REMERCIEMENTS

- Avec une contribution de Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, du Roscoät Enguerrand, 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
- 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 Régionale de Santé de Martinique

SIGLES

ARS	Agence Régionale de Santé
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
TS	Tentatives de suicides
ONS	Observatoire National des Suicides
Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

CONTACT

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

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 et Oscour® et Baromètre Santé – Données nationales

- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- Baromètre Santé : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, 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*