BSP Corse

Santé publique France

Bulletin de santé publique. Septembre 2019

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.6 **Passages aux urgences pour tentatives de suicide (source : Oscour®)** p.9 **Passages aux urgences pour récidives (source : Oscour®)** p.12 **Prévention** p.13 **Méthodologie** p.15 **Références** p.16 **Pour en savoir plus** p.16 **Sigles, remerciements et contacts** p.17

EDITO

Près de 10 000 personnes se suicident chaque année en France. C'est trois fois plus que le nombre de morts par accident de la route et aucune communauté n'est épargnée.

Ce Bulletin de santé publique, spécialement dédié au suicide, apporte des estimations de mortalité par suicide, et de prévalence des tentatives de suicides qui permettent de fournir des informations sur les comportements et attitudes de santé en Corse. Ainsi, si les tendances apparaissent en retrait par rapport au niveau national, il reste que cette problématique constitue une priorité de santé publique dont la complexité nécessite des réponses plurielles.

Le Ministère de la Santé a présenté en 2018 une feuille de route en santé mentale qui intègre un plan d'actions de prévention contre le suicide se déclinant autour d'axes forts que sont : la prévention de la contagion médiatique du suicide via le programme Papageno, le déploiement du dispositif de re-contact VigilanS à destination des individus à haut risque de suicide et la mise en œuvre d'un nouveau schéma de formation ajustée en 3 modules (intervention de crise, évaluation et sentinelle).

En Corse, inscrits dans le programme régional de santé 2018–2022 et dans l'un des axes du futur projet territorial de santé mentale, les objectifs de prévention, de formation et de prise en charge vont mobiliser les partenaires sanitaires, médicosociaux et socioéducatifs sur les 4 années à venir. Ainsi, l'organisation des soins doit améliorer l'articulation entre les services d'urgences et les soins spécifiques en prenant en compte l'entourage du patient, le dispositif sentinelle doit se déployer, l'environnement social doit davantage soutenir les initiatives de prévention, etc. C'est aussi la solidarité, le souci de l'autre.

Nous espérons que ce numéro vous apportera une meilleure représentation de l'état actuel des conduites suicidaires sur le territoire.

Dr Jean-Louis Wyart, directeur de la santé publique, ARS de Corse

POINTS CLÉS EN RÉGION

CépiDC : les décès par suicide des personnes âgées de 10 ans et plus

- En Corse en 2015, le taux standardisé de suicides s'élevait à 9,5 pour 100 000 habitants, inférieur au taux national.
- En 2015, le taux standardisé de suicides chez les hommes était plus élevé que chez les femmes (14,0 *vs* 5,7 suicides pour 100 000 habitants). Depuis 2000, une tendance à la baisse des taux annuels chez les hommes, associée à une stabilité chez les femmes, a entrainé une diminution de l'écart observé entre hommes et femmes.

PMSI : les hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus

- En 2017 en Corse, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisé s'élevait à 75,1 suicides pour 100 000 habitants, inférieur au taux national. (148,0 pour 100 000 habitants)
- En 2017, le taux chez les femmes était plus élevé que chez les hommes (90,2 *vs* 59,7 suicides pour 100 000 habitants). Depuis 2008, une tendance à la baisse chez les hommes et les femmes est observée.

Oscour® : les passages aux urgences pour tentative de suicide et récidives de tentatives des 10 ans et plus

- En moyenne, en 2017 en Corse, 1,2 recours quotidien et près de 5 tentatives de suicide pour 1 000 passages aux urgences toutes causes ont été enregistrés.
- En 2017, les femmes étaient majoritaires dans les recours pour tentative de suicide. La classe d'âge des 25-44 ans était la plus représenté chez les hommes tandis que chez les femmes, il s'agissait des 45-64 ans.
- En 2017, 3,1% des personnes ayant fait une tentative de suicide ont récidivé dans les 6 mois.

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. Selon 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 (10e place parmi les 27 pays de l'UE en 2012) [1].

Les dernières données publiées dans le rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS), mis en place en 2013, faisaient état de 10 686 décès par suicide en 2012 en France métropolitaine soit un taux standardisé sur l'âge de 16,7 pour 100 000 habitants [2]. 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 termes de capacités d'hospitalisation en psychiatrie et de densité de psychiatres [3].

Ce bulletin de santé publique fait un **état des lieux régional sur le suicide et les tentatives de suicide (TS)** parmi la population résidente en Corse des 10 ans et plus, à partir des dernières données disponibles suivantes :

- la **mortalité par suicide** (CépiDC-Inserm) en 2015 ;
- les **séjours hospitaliers pour tentative de suicide (TS)** en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) (PMSI-MCO) en 2017 ;
- les **passages aux urgences pour TS** dans les structures implantées dans la région et adhérant à Oscour® en 2017.

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

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

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

Données issues du 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 dernières données disponibles pour le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) sont celles de 2015. Les analyses régionales par sexe et âge ont été effectuées sur la période 2013-2015 afin de disposer d'effectifs suffisants. La méthodologie complète est décrite en page 15.

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

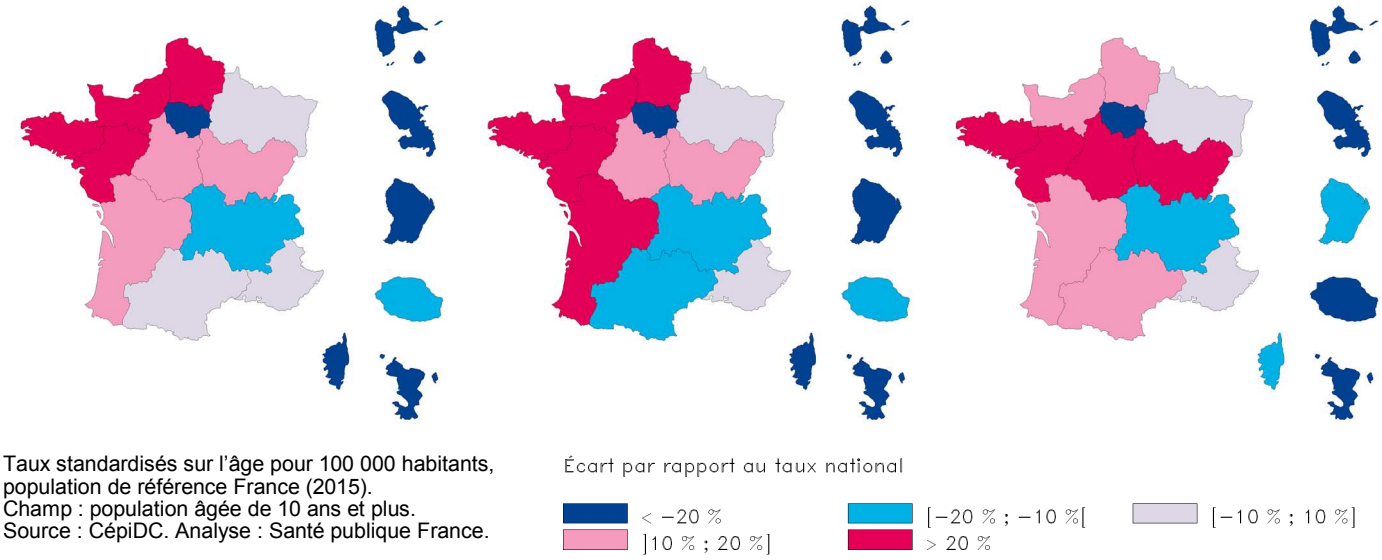
L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide, réalisée en 2006 par l'Inserm, montrait que la Corse avait un taux de sous déclaration estimée du taux de suicide de 13,5 % [2]. Les taux régionaux étaient compris entre 46,0 % (Île-de-France) et 0,3 % (Bretagne). Les indicateurs suivants sont donc à interpréter avec prudence.

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus en 2015

En 2015, 29 personnes résidant en Corse se sont suicidées et 69,0 % d'entre elles étaient des hommes (n = 20). Avec un taux standardisé de 9,5 suicides pour 100 000 habitants, la Corse se situait en dessous du taux national (15,6 pour 100 000). Chez les hommes (14,0 pour 100 000) et chez les femmes (5,7 pour 100 000), les taux en Corse étaient inférieurs aux taux nationaux, respectivement de 26,1 et 6,9 pour 100 000 (figure 1).

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

a/ Hommes et femmes confondus b/ Chez les hommes c/ Chez les femmes



Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015).
Champ : population âgée de 10 ans et plus.
Source : CépiDC. Analyse : Santé publique France.

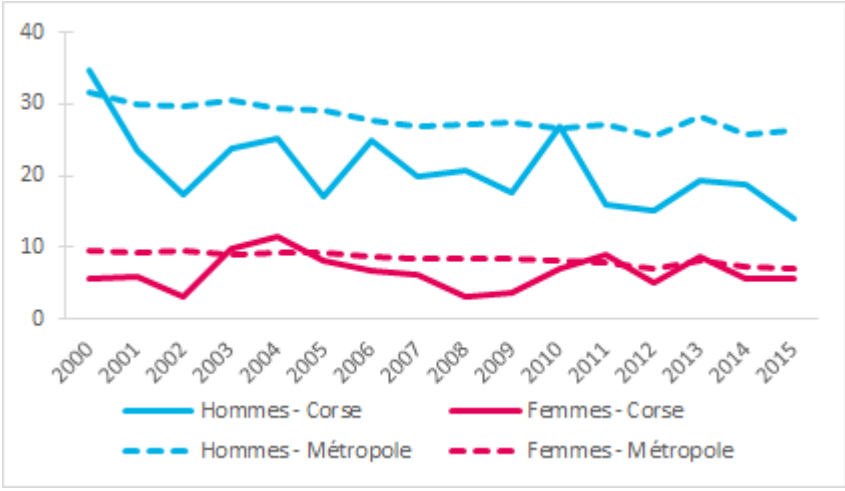
• Évolution annuelle des taux de mortalité de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a varié de 19,1 à 9,5 pour 100 000 habitants en Corse.

Malgré des chiffres fluctuants, une tendance à la baisse est observée chez les hommes avec un taux standardisé variant de 34,7 en 2000 à 14,0 pour 100 000 personnes en 2015 (figure 2). Chez les femmes, on note une relative stabilité avec des taux standardisés s'élevant à 5,5 suicides en 2000 et à 5,7 pour 100 000 personnes en 2015.

Sur la période 2000-2015, le différentiel de mortalité liée au suicide entre hommes et femmes a été divisé par 2,5, le taux de mortalité chez les hommes se rapprochant du taux de mortalité chez les femmes.

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



Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : CépiDC. Analyse : Santé publique France.

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

• Répartition par sexe et âge (2013-2015)

Sur la période 2013-2015, 105 suicides ont été recensés en Corse, soit un taux standardisé sur l'âge de 12,0 suicides pour 100 000 habitants. Les hommes représentaient 70,4 % (74/105) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge. Cette répartition étant similaire à celle du niveau national [4].

Répartition des décès par suicide par classe d'âge

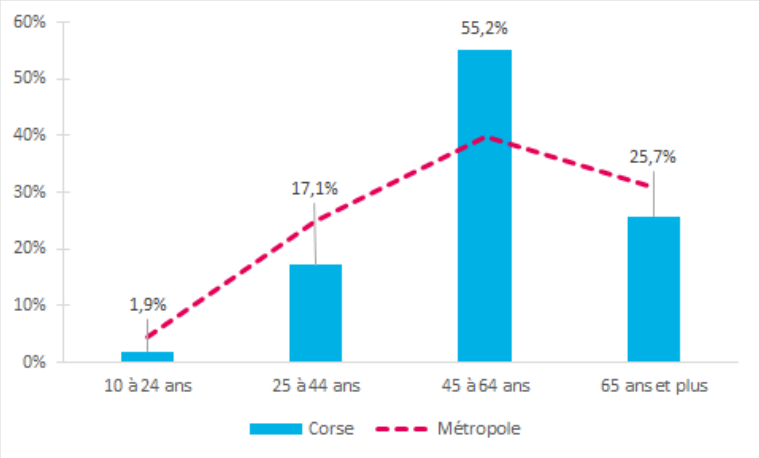
Sur la période 2013-2015, la classe d'âge des 45-64 ans représentait plus de la moitié des décès par suicide (n = 58) (figure 3). Celle des 45-64 ans était surreprésentée en Corse par rapport à la métropole, tandis qu'il existait une sous-représentation des autres classes d'âge.

Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes

Sur la période 2013-2015 en Corse, les suicides représentaient 1,1 % (n = 105) des décès toutes causes confondues contre 1,6 % (n = 27 467) au niveau national (tableau 1). Chez les hommes, ce pourcentage était plus faible en Corse qu'au niveau national alors que chez les femmes, il était comparable.

Chez les hommes, 10,0 % des décès toutes causes étaient des suicides (n = 13/130) dans la classe d'âge des 25-44 ans. Chez les femmes, ce pourcentage s'élevait à 8,3 % pour la classe d'âge des moins de 25 ans (n = 1/12) et 8,2 % chez les 25-44 ans (n = 5/61). Seuls 0,3 % des décès chez les 65 ans et plus étaient des suicides (n = 27/7 733).

Figure 3 : Répartition en pourcentage des décès par suicide par classe d'âge, Corse, 2013-2015 (n = 105)



Champ : population âgée de 10 ans et plus.
Source : CépiDC. Analyse : Santé publique France.

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes par classe d'âge et par sexe, Corse, 2013-2015 (n = 105)

	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
10 à 24 ans	4,3	2,9	8,3
25 à 44 ans	9,4	10,0	8,2
45 à 64 ans	4,7	4,7	4,7
65 ans et plus	0,3	0,6	0,1
Tous âges* (Corse)	1,1	1,6	0,7
Tous âges* (Métropole)	1,6	2,5	0,8

* Population âgée de 10 ans et plus.
Source : CépiDC. Analyse : Santé publique France.

• Modes de suicide (2013-2015)

Le mode de suicide le plus fréquent enregistré en Corse était l'utilisation d'arme à feu (n = 37 soit 35,2 %), suivi par la pendaison (n = 32 soit 30,5 %) (tableau 2).

Chez les hommes, le principal mode était l'usage d'arme à feu (47,3 %) et le deuxième la pendaison (32,4 %). Chez les femmes, il s'agissait de la pendaison (25,8 %) suivi de l'auto-intoxication médicamenteuse (22,6 %).

Tableau 2 : Part de la mortalité par suicide parmi les décès toutes causes par sexe, Corse, 2013-2015 (n = 105)

Modes de tentatives de suicide	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Arme à feu	35,2	47,3	6,5
Pendaison	30,5	32,4	25,8
Auto-intoxication médicamenteuse	11,4	6,8	22,6
Saut dans le vide	7,6	4,1	16,1
Auto-intoxication par d'autres produits	5,7	4,1	9,7
Noyade	1,9	1,4	3,2
Objet tranchant	0,0	2,7	0,0
Collision intentionnelle	0,0	0,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,0	0,0	0,0
Mode non précisé	8,6	5,4	16,1

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : CépiDC. Analyse : Santé publique France.

DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE DÉPARTEMENTALE (SOURCE : CÉPIDC)

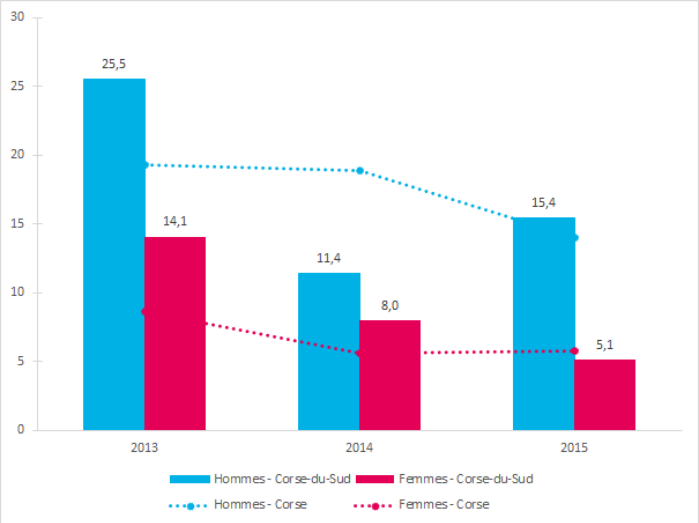
• Évolution annuelle des taux de mortalité par suicide selon le sexe (2013-2015)

En Corse-du-Sud, le taux de mortalité par suicide tend à diminuer entre 2013 et 2015 chez les femmes (figure 4a). Chez les hommes, si la tendance semble aller dans le même sens, on note de fortes variations entre les années.

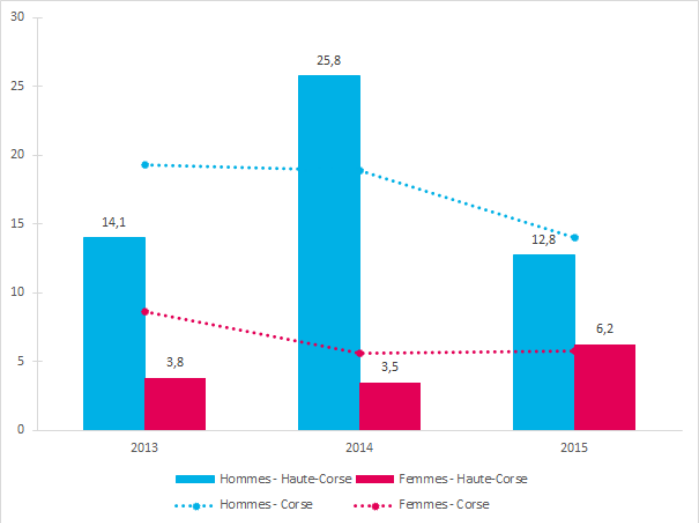
En Haute-Corse, chez les femmes, les taux sont restés globalement stables sur la période. Chez les hommes, il est difficile de déterminer une tendance en raison de fortes variations annuelles (figure 4b).

Figure 4 : Évolution des taux annuels départementaux et régionaux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants) selon le sexe, Corse, 2013-2015

a/ Corse-du-Sud



b/ Haute-Corse



Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : population âgée de 10 ans et plus.
Source : CépiDC. Analyse : Santé publique France.

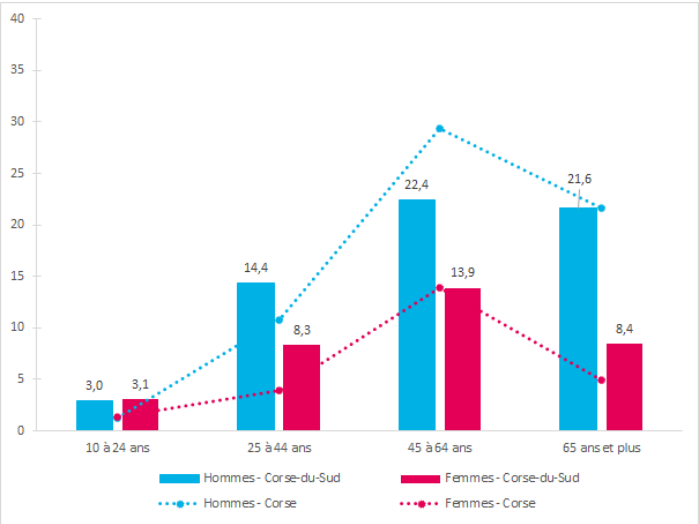
• Taux de mortalité par suicide selon l'âge et par sexe (2013-2015)

En Corse-du-Sud, sur la période 2013-2015, les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient plus élevés pour les classes d'âge 45-64 ans et 65 ans et plus avec respectivement 22,4 et 21,6 pour 100 000 habitants. Chez les femmes, la classe d'âge 45-64 ans était la plus touchée (13,9 pour 100 000 habitants) (figure 5a).

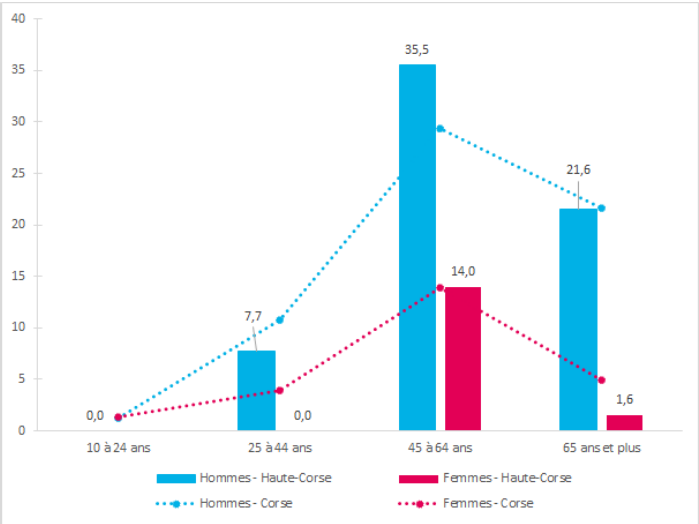
En Haute-Corse, le taux de mortalité par suicide était plus élevé pour la classe d'âge 45-64 ans que ce soit chez les hommes (35,5 pour 100 000 habitants) ou chez les femmes (14,0 pour 100 000 habitants) (figure 5b).

Figure 5 : Taux départementaux et régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) par classe d'âge et selon le sexe, Corse, 2013-2015

a/ Corse-du-Sud



b/ Haute-Corse



Taux bruts pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : CépiDC.
Analyse : Santé publique France.

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

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

Les données d'hospitalisations pour TS sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les dernières données disponibles pour le PMSI datent de 2017. Les analyses régionales par sexe et âge portent sur la période 2015-2017 afin de disposer d'effectifs suffisants. La méthodologie complète est décrite en page 15.

Point de vigilance pour l'interprétation des résultats

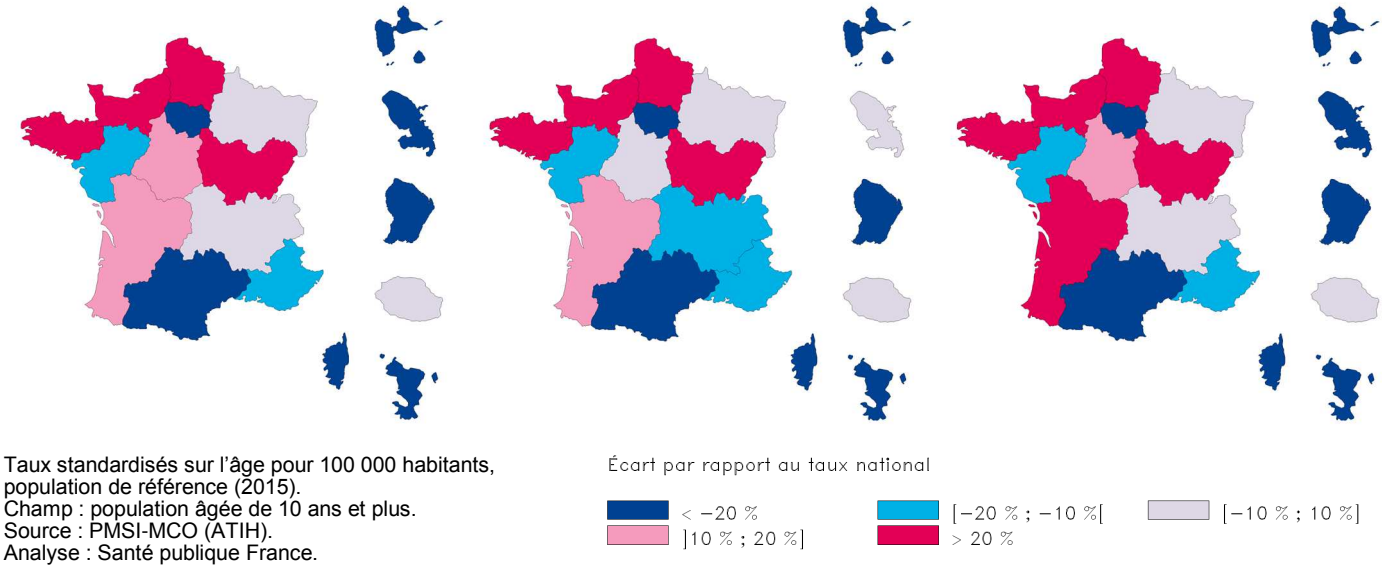
Ces données ne permettent pas d'obtenir une vision complète du phénomène car elles n'incluent pas les hospitalisations en psychiatrie et ne donnent pas d'informations sur les TS non hospitalisées. Cependant, elles présentent l'avantage d'être collectées en routine et de permettre une exploitation nationale, régionale et départementale.

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

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 75,1 pour 100 000 habitants en 2017, la Corse se situe en-dessous du taux national (148,0 pour 100 000 habitants) et ceci pour les deux sexes (figure 6).

Figure 6 : Écart des taux régionaux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2017

a/ Hommes et femmes confondus | b/ Chez les hommes | c/ Chez les femmes



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

• Évolution annuelle des taux d'hospitalisation de 2008 à 2017

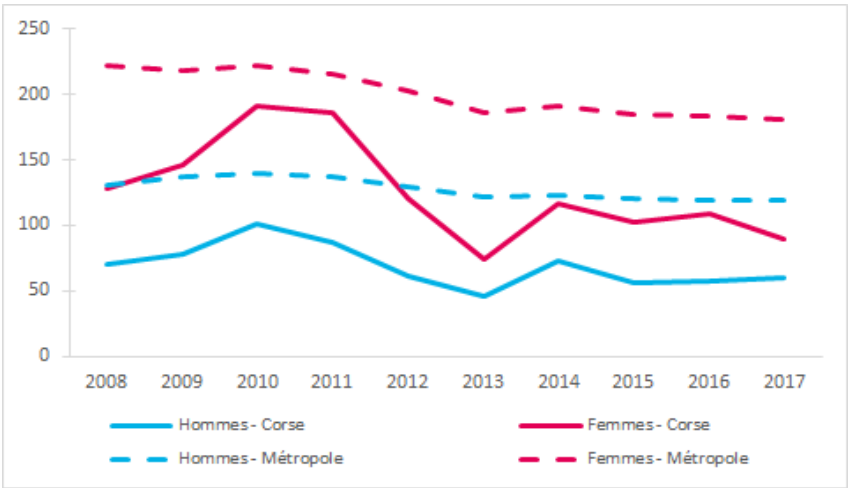
Entre 2008 et 2017, 2 786 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en Corse chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 97,1 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de Corse.

Au niveau national comme en Corse, le taux d'hospitalisations pour TS était en diminution depuis 2010 (figure 7).

En Corse, chez les hommes, le taux standardisé a varié de 101,7 en 2010 à 59,7 pour 100 000 personnes en 2017. Chez les femmes, le taux standardisé a diminué de 191,1 suicides en 2000 à 90,2 pour 100 000 personnes en 2015.

Depuis 2010, l'écart entre les taux d'hospitalisations pour TS chez les hommes et les femmes a diminué.

Figure 7 : Évolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants), selon le sexe, Corse et France métropolitaine, 2008-2017



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

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

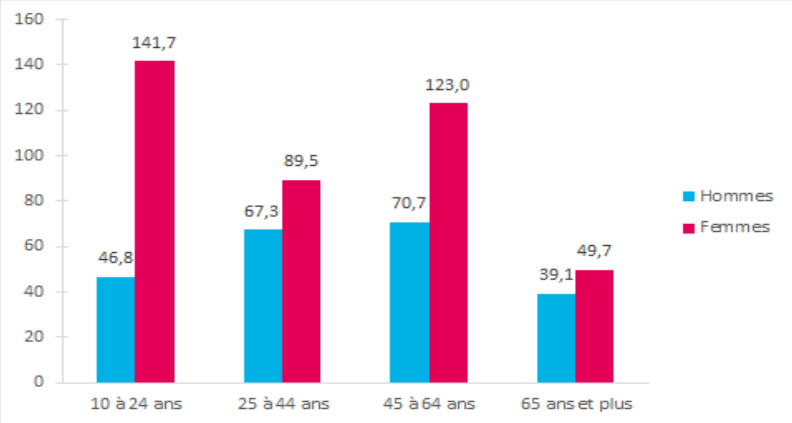
• Répartition par sexe et âge (2015-2017)

Comme observé à l'échelle nationale [2], les hospitalisations pour TS en Corse concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet 64,2 % (n = 446/695) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017.

Chez les femmes, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé dans la classe d'âge des moins de 25 ans, suivi par celle des 45-64 ans (figure 8). Chez les hommes, le taux le plus élevé était observé dans les classes d'âge 45-64 ans et 25-44 ans.

Un écart important entre le taux chez les hommes et celui chez les femmes existait chez les moins de 25 ans (ratio F/H = 3,0).

Figure 8 : Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants) par classe d'âge et selon le sexe, Corse, 2015-2017 (n = 695)



Taux bruts pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH). Analyse : Santé publique France.

• Mode de tentative de suicide et létalité (2015-2017)

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 83,5 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Ce constat s'observait aussi bien chez les hommes (72,3 %) que chez les femmes (89,7 %). Les autres modes de TS les plus fréquemment rapportés étaient les auto-mutilations par objets tranchants (6,3 %) suivies par les intoxications non médicamenteuses (4,3 %) (tableau 3).

Au total, parmi les 695 hospitalisations, 16 décès ont été rapportés soit une létalité de 23 pour 1 000 hospitalisations pour TS, avec des chiffres de 40,2 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et 13,5 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. La létalité la plus élevée était observée pour les TS par arme à feu (277,8 décès pour 1 000 hospitalisations), suivie par l'auto-intoxication médicamenteuse et l'utilisation d'objet tranchants (tableau 3). À noter une létalité non négligeable pour les causes de TS non précisées.

Tableau 3 : Part des modes de tentatives de suicide par sexe, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour tentatives de suicide), Corse, 2015-2017 (n = 695)

Modes de tentatives de suicide	Total	Hommes	Femmes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1 000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	83,5	72,3	89,7	1,0	10,3
Objet tranchant	6,3	9,2	4,7	1,0	22,7
Auto-intoxication par d'autres produits	4,3	6,0	3,4	1,0	33,3
Arme à feu	2,6	6,8	0,2	3,5	277,8
Saut dans le vide	1,6	0,8	2,0	13,0	90,9
Pendaison	1,2	2,8	0,2	1,0	0,0
Collision intentionnelle	0,4	0,8	0,2	0,0	0,0
Noyade	0,1	0,4	0,0	1,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,1	0,4	0,0	25,0	0,0
Mode non précisé	3,9	4,8	3,44	3,0	111,1

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH). Analyse : Santé publique France.

• Caractéristiques des séjours hospitaliers (2015-2017)

Parmi les 695 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 95,0 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont (n = 660). Un retour à domicile a été décidé à l'issue du séjour dans 48,9 % des cas (n = 340) et 35,8 % ont été transférés ou mutés vers un service psychiatrique (n = 249).

La durée médiane des séjours pour TS en Corse était d'une journée tous âges confondus. Cette durée médiane était la plus élevée pour les TS par exposition aux fumées, gaz ou flammes (25 jours *versus* 4 jours pour la France entière).

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

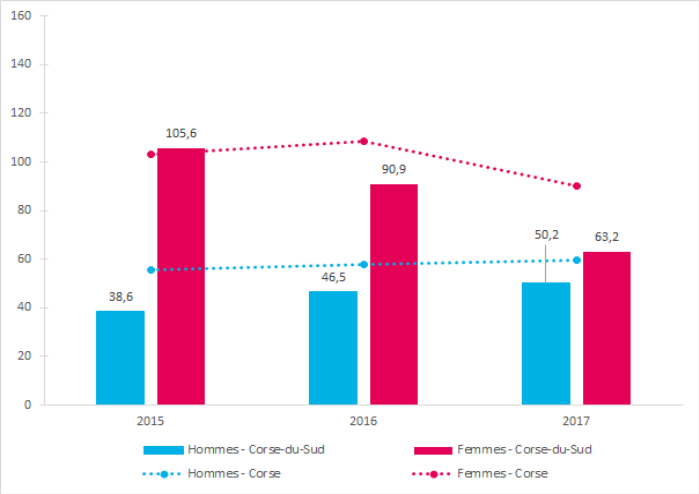
• Évolution annuelle des taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide par sexe (2015-2017)

En Corse-du-Sud, les taux d'hospitalisation pour TS chez les hommes avaient tendance à augmenter entre 2015 et 2017 alors que chez les femmes, ils diminuaient (figure 9a). Ainsi, l'écart des taux d'hospitalisations pour TS entre hommes et femmes en Corse-du-Sud a diminué avec un ratio F/H passant de 2,7 en 2015 à 1,3 en 2017. Les taux départementaux observés en 2016 et 2017 étaient inférieurs aux taux régionaux, quel que soit le sexe.

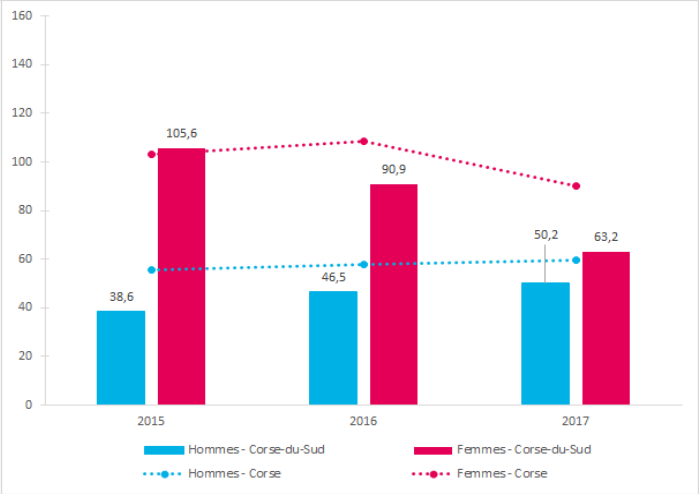
En Haute-Corse, une tendance à la stabilité des taux d'hospitalisation pour TS chez les hommes est observée entre 2015 et 2017 tandis que chez les femmes, ils fluctuent selon les années (figure 9b). L'écart entre hommes et femmes en Haute-Corse est resté sensiblement comparable, avec un ratio F/H variant de 1,4 à 1,8 entre 2015 et 2017. Les taux départementaux observés en 2016 et 2017 étaient supérieurs aux taux régionaux, quel que soit le sexe.

Figure 9 : Évolution des taux départementaux et régionaux d'hospitalisation pour tentatives de suicide standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants) selon le sexe, Corse, 2015-2017

a/ Corse-du-Sud



b/ Haute-Corse



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

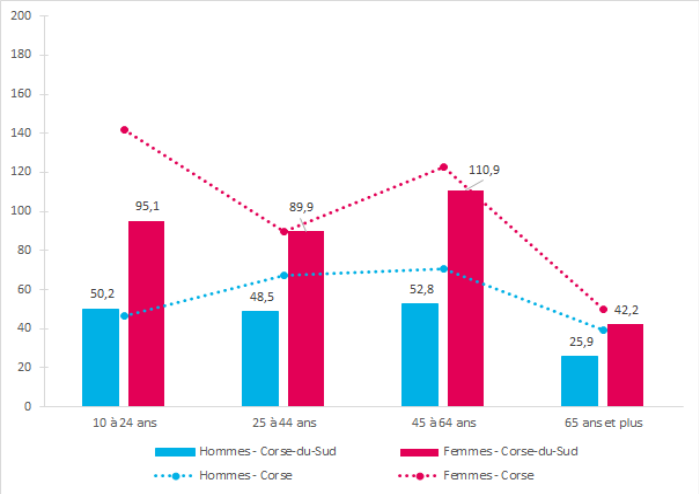
• Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon l'âge et par sexe (2015-2017)

En Corse-du-Sud, les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés entre 2015 et 2017 sont retrouvés dans la classe d'âge 45-64 ans chez les hommes et chez les femmes (figure 10a). Les taux observés en Corse-du-Sud sont inférieurs aux taux régionaux, sauf pour les hommes de la classe d'âge des moins de 25 ans.

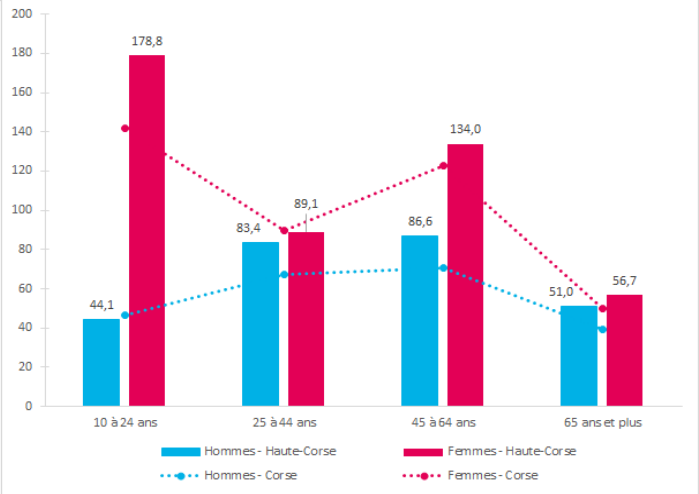
En Haute-Corse, le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé est retrouvé dans la classe d'âge 45-64 ans chez les hommes et celle des moins de 25 ans chez les femmes (figure 10b). Les taux observés en Haute-Corse, sauf pour les hommes de moins de 25 ans, sont supérieurs aux taux régionaux.

Figure 10 : Taux départementaux et régionaux d'hospitalisation pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants) par classe d'âge et selon le sexe, Corse, 2015-2017

a/ Corse-du-Sud



b/ Haute-Corse



Taux bruts pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH). Analyse : Santé publique France.

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

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

Les données de passages aux urgences pour TS sont issues des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au réseau Oscour®.

Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité du dispositif régional Oscour®

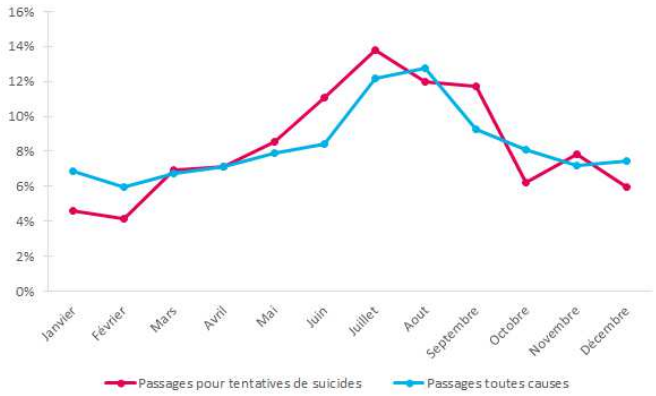
En 2017 en Corse, le réseau Oscour® reposait sur les 4 SU, couvrant 93,4 % des 102 498 passages aux urgences répertoriés [5]. La complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis était meilleure en Haute-Corse (94,9 %) qu'en Corse-du-Sud (83,4 %). Cette analyse n'a pas pour ambition d'estimer la prévalence des TS ou de comparer les régions entre elles, mais de décrire les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des TS identifiées dans réseau Oscour® en Corse. La méthodologie complète est décrite en page 15.

• Répartition temporelle des passages aux urgences pour tentatives de suicide en 2017

En 2017 en Corse, 434 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 4 SU participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 1,2 recours quotidien et près de 5 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Les passages aux urgences pour TS en Corse représentaient 0,6 % du total national (434 / 72 572 France entière).

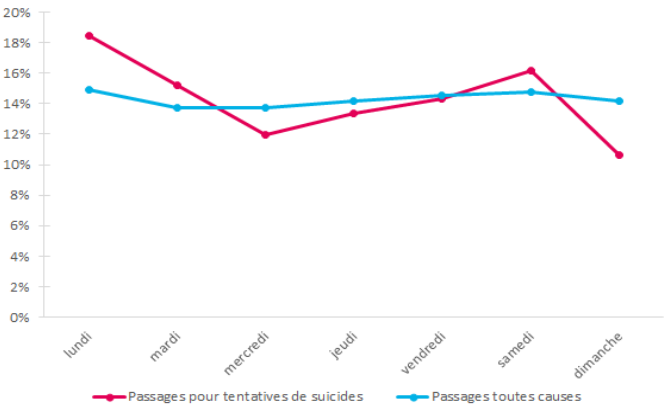
Figure 11 : Répartitions par mois (a), par jour (b) et par créneaux horaire (c) des recours toutes causes et des recours pour tentative de suicide dans les structures d'urgence de Corse participant au réseau Oscour®, 2017 (n = 434)

a)



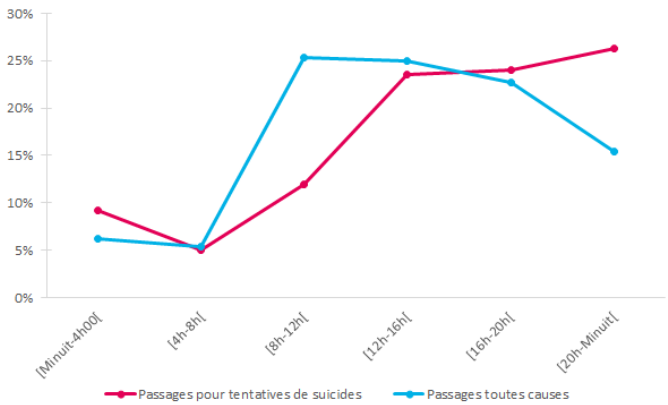
L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et de l'ensemble des passages aux urgences toutes causes confondues montre une tendance comparable. Une augmentation des recours pour TS par rapport aux recours toutes causes est observée en début et fin d'été (juin à septembre) et une diminution en hiver (décembre à février) (figure 11a).

b)



L'analyse quotidienne fait ressortir une augmentation des recours pour TS le lundi et une diminution le dimanche alors que les recours toutes causes confondues sont assez stables au fil des jours de la semaine (figure 11b).

c)



L'analyse selon l'heure d'entrée aux urgences montre une augmentation des passages pour TS durant l'après-midi et en début de nuit (20h à 0h) alors qu'on observe une activité élevée pour les recours toutes causes confondues durant la journée (figure 11c).

Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

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

• Caractéristiques sociodémographiques des recours aux urgences pour TS en 2017

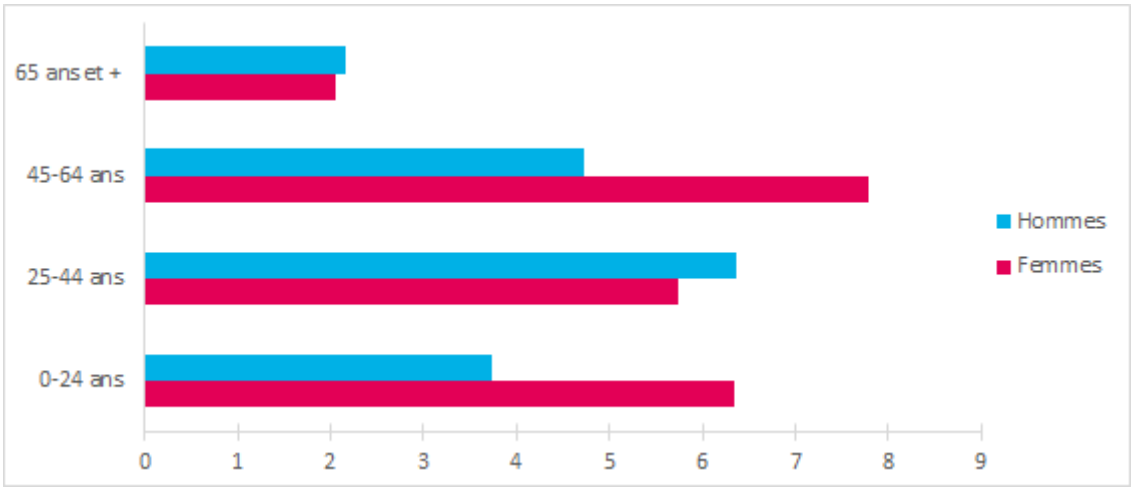
Près de 91 % des recours pour TS dans les SU de Corse concernaient des personnes résidant dans la région, 7,2 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine et 1,9 % des ressortissants de pays étrangers (dans la limite de la validité des codes postaux renseignés dans les données considérées).

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (54,6 %, n = 237) alors que la distribution H/F était équilibrée dans les recours toutes causes confondues. La répartition par sexe et classes d'âges montrait une surreprésentation des femmes dans les recours aux urgences pour TS dans les classes d'âge des moins de 25 ans et des 45-64 ans (figure 12).

Chez les hommes, la distribution des recours pour TS montre un pic de recours dans la classe d'âge des 25-44 ans (6,4 passages pour TS pour 1 000 passages toutes causes).

Chez les femmes, le taux de recours pour TS le plus élevé est observé pour la classe d'âge des 45-64 ans (7,8 passages pour TS pour 1 000 passages toutes causes), mais ce taux est aussi élevé dans les classes d'âge des moins de 25 ans et des 25-44 ans.

Figure 12 : Taux de recours pour tentatives de suicide (pour 1 000 passages toutes causes confondues) par classe d'âge et par sexe, services d'urgence de Corse, 2017 (n = 434)



Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

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

• Mode de tentative de suicide en 2017

Selon les diagnostics médicaux renseignés par les médecins, la majorité des recours pour TS résultaient d'intoxications médicamenteuses (70,0 %), suivi par l'utilisation d'objets tranchants ou contondants (23,0 %) (tableau 4). Les modes de TS violents (pendaisons, armes à feu, sauts dans le vide ou collisions, etc.), souvent mortels, étaient rares dans les recours aux urgences pour TS, mais plus fréquemment cités au travers des diagnostics médicaux chez les hommes.

Parmi les intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses retrouvées étaient :
- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 64,1 % (195/304) ;
- les intoxications aux benzodiazépines (T424) : 60,9 % (185/304) ;
- autres psychotropes (T43) : 18,1 % (55/304) ;
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) : 9,9 % (30/304) ;
- le paracétamol (T391) : 8,2 % (25/304).

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

Tableau 4 : Modes de tentatives de suicide selon le sexe, services d'urgence de Corse, 2017 (n = 434)

Modes de tentatives de suicide	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Auto-intoxication médicamenteuse	70,1	56,9	81,0
Objet tranchant, contondant	23,0	33,5	14,4
Pendaison	3,5	7,6	0,0
Auto-intoxication non médicamenteuse	1,2	1,5	0,9
Saut dans le vide	1,2	0,5	1,7
Arme à feu	0,5	1,0	0,0
Noyade	0,2	0,0	0,4
Collision intentionnelle	0,0	0,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,0	0,0	0,0
Autre mode non précisé* et séquelle de lésion auto-infligée**	1,2	0,5	1,7

* X83 et X84. ** Y870.
Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

• Provenance et orientation des recours aux urgences pour TS en 2017

Lorsque la provenance était renseignée (96,8 % des recours), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (96,0 %). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés (VSAB)) dans deux cas sur trois (66,7 %).

Concernant le mode de sortie (renseigné à 100 %), 73,3 % des TS ont été hospitalisés dans l'établissement de recours (68,2 %) ou dans un autre établissement de soins (5,1 %). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) (89,0 %), suivi par les unités psychiatriques (10,7 %). Près de 90 % des hospitalisations (renseignées à 84,6 %) ont été orientées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 4,1 % en chirurgie ou en médecine.

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

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

Les données de passages aux urgences pour TS sont issues des RPU transmis par les SU participant au réseau Oscour®. Les taux et délais de récidive à 6 mois présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récidive identifiée dans les 6 mois suivant un premier recours pour TS, enregistré en 2017.

• Récidives de TS identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018

Au total, 434 recours aux urgences pour TS, dont 360 patients résidant en Corse, ont été recensés du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 dans les SU de Corse participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 11 (3,1 %) ont réitéré au moins une fois leur geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017.

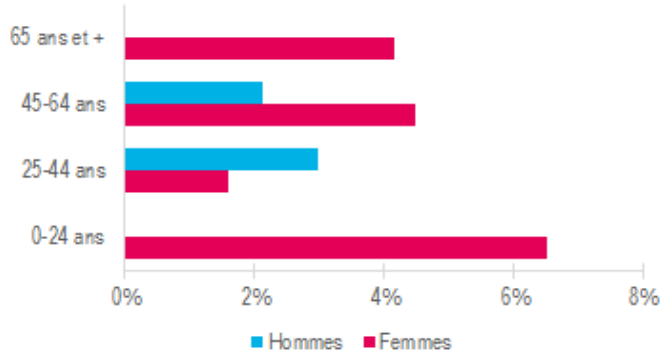
• Principales caractéristiques des récidives de TS

Les effectifs étant faibles, ces résultats sont à interpréter avec grande prudence.

Le taux de récidive était plus élevé chez les femmes (4,0 %, n = 8/200) que chez les hommes (1,9 %, n = 3/160), variant selon la classe d'âge.

Le taux de récidive le plus élevé chez les femmes est observé dans la classe d'âge des moins de 25 ans (6,5 %) et pour les hommes dans celle des 25-44 ans (3,0 % de récidives) (figure 13). Le taux de récidive est plus élevé chez les femmes que chez les hommes pour toutes les classes d'âge sauf celle des 25-44 ans.

Figure 13 : Pourcentages de récidives de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âges et selon le sexe, services d'urgence de Corse, du 01/01/2017 au 30/06/2018 (n = 11)



Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

PRÉVENTION

• Contexte en France

La France se situe à la 10e place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés [6]. En 2009, le coût financier annuel des suicides et TS (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités, etc. ; et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros [7]. 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 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, etc.) 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 conduite pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2012, présentait les conclusions suivantes concernant les principales catégories d'intervention visant la réduction des conduites suicidaires [8-9] :

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 règlementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;

2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (il prend la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;

3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;

4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se centraient sur le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs ;

5) **Les programmes en milieu scolaire** : les programmes ayant montré un effet sur la réduction des conduites suicidaires semblent être des programmes visant la sensibilisation et l'information de l'ensemble des élèves ainsi que la formation de professionnels dans les établissements scolaires ;

6) **L'organisation de la prise en charge** : elle est efficace lorsqu'elle assure la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital ou qu'elle engage une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier ;

7) **L'information du public** : dans cette catégorie d'intervention, les expériences ayant montré un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de tentatives de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

PRÉVENTION

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

Les documents en bref

Rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016 [10]

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017 [11]

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

Plan Priorité prévention, ministère des solidarités et de la santé, mars 2018 [12]

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

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018 [13]

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 ».

MÉTHODOLOGIE

Source de données

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) pour la mortalité par suicide : années 2000 à 2015 ;
- Programme de médicalisation des systèmes d'information MCO (PMSI-MCO) pour les hospitalisation : années 2008 à 2017 ;
- Dispositif Oscour® pour les urgences hospitalières : année 2017 et les 6 premiers mois de 2018 pour l'analyse des récidives.

Codage des suicides et tentatives de suicide

Pour les bases CépiDC et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10e 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 psychodysleptiques, 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 utilisée est basée sur la CIM-10 et a été définie par des experts nationaux (médecins de département d'information médicale, psychiatres, urgentistes et épidémiologistes). Les codes ont été utilisé en diagnostic principal ou associé. La liste intègre les codes classiquement utilisés (ceux présentés ci-dessus excepté le X65 : auto-intoxication par l'alcool), auxquels ont été ajoutés les codes suivants correspondant aux intoxications sans que l'intentionnalité de l'acte ne soit clairement indiqué :

- T39 : intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants ;
- T42 : intoxication pas anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkisoniens ;
- 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.

Précisions méthodologiques

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont inclues dans les analyses CépiDC, PMSI et Oscour®, pour lesquelles il existe un consensus sur l'intentionnalité des gestes suicidaires ;
- Seules les personnes résidant dans la région sont inclues dans les analyses CépiDC et PMSI. Pour les passages aux urgences d'Oscour®, ce sont les personnes se présentant dans les établissements hospitaliers de la région, qu'ils résident ou non dans la région ; pour les récidives, seuls les patients résidant et pris en charge en Corse ont été inclus 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 ;
- L'unité statistique des analyses PMSI est le séjour ;
- L'analyse d'Oscour® est réalisée en terme de nombre de passages pour TS aux urgences dans la région. Lorsque plusieurs passages présentaient les mêmes caractéristiques de date d'entrée, date de naissance, code postal et âge, mais avec une heure d'entrée différente, seul le passage le plus récent était conservé (algorithme de gestion des doublons). Il est possible que certains recours pour un même patient sur une même journée ait ainsi été supprimés, conduisant à une sous-estimation probablement mineure des récidives de TS ;
- 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 ». 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). Cet identifiant a permis de repérer les récidives de TS, de manière probabiliste, définies par l'enregistrement de plusieurs passages pour TS pour un même patient sur une période d'étude de 18 mois (01/01/2017 au 30/06/2018). Seuls les patients avec un primo-recours aux urgences pour TS en 2017 ont été pris en compte dans l'analyse. L'élargissement de la période d'étude du 01/01/2018 au 30/06/2018 visait à recenser et étudier les récidives jusqu'à 6 mois pour les patients suicidants passés aux urgences durant les 6 derniers mois de l'année 2017 ;
- 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 sont analysées au niveau de la région et du département ; les données Oscour® au niveau de la région ;
- Les taux de mortalité standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population française de 2015 permettant de comparer le niveau de mortalité de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les TS ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item.

RÉFÉRENCES

[1] Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801

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

[3] Coldefy M, Le Neindre C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : une vision segmentée à une approche systémique. Rapport n°558. Paris : Irdes, 2014. Disponible sur : https://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

[4] Direction de la recherche, des étude, de l'évaluation et des statistiques et Santé publique France. L'état de santé de la population. Rapport 2017. Drees et Santé publique France, 2017. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

[5] Direction de la recherche, des étude, de l'évaluation et des statistiques. Statistique annuelle des établissements de soins. Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,432,433,708

[6] Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence

[7] Vinet MA, Le Jeanic A, Lefèvre T, *et al*. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014;62(S2):62-3.

[8] du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention:a literature review. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013;61(4):363-74.

[9] du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. Sante Homme (INPES). 2012;(422):4-6.

[10] Haut comité de santé publique. Evaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Rapport. Paris : Haut comité de santé publique, 2016. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger%3FNomFichier%3Dhcspr20160303_evaluationplansuicide20112014.pdf

[11] 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 (JORF n°0176 du 29 juillet 2017, texte n°16). Legifrance : le service public de la diffusion du droit. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035315389&categorieLien=id

[12] Ministère des solidarités et de la santé. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris : ministère des solidarités et de la santé, 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Données nationales

– 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. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2014. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf

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

– Santé publique France. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2019 n°3-4. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-fevrier-2019-n-3-4

– Santé publique France. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011 n°47-48. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2011. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr//Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-47-48-2011

– Santé publique France. La dépression, du mal être à la maladie. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2018 n°32-33. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119666/file/152124_2018-32-33-1.pdf

Récidives

– Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. Les sources d'infromation sur les tentatives de suicide dans le Nord—Pas-de-Calais, apports et limites. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014;62(6):351-60.

SIGLES

ARS	Agence régionale de santé	OCDE	Organisation de coopération et de développement
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	OMS	Organisation mondiale de la santé
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	ONS	Observatoire nationale des suicides
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10ème révision	Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
CNSM	Conseil national de la santé mentale	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
DATA	Direction, appui, traitements et analyses des données	RPU	Résumé des passages aux urgences
DMNTT	Direction des maladies non transmissibles et traumatismes	SFMU	Société française de médecine d'urgence
DPPS	Direction de la prévention et de la promotion de la santé	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
Gepp	Groupe d'échange de pratiques professionnelles	SU	Structure d'urgence
HCSP	Haut conseil de la santé publique	TS	Tentative de suicide
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	UE	Union européenne
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	VSAB	Véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique		

REMERCIEMENTS

- aux équipes qui ont contribué à l'élaboration de bulletin de santé publique 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), le groupe du Baromètre Santé 2017 de Santé publique France et les participants du 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®
- le groupe d'experts pour le regroupement syndromique utilisé dans les analyses Oscour®
- les départements d'information médicale des établissements de la région pour les données du PMSI-MCO
- les services des états-civils pour les données de mortalité
- l'agence régionale de santé de Corse

CONTACT

Santé publique France Paca-Corse : paca-corse@santepubliquefrance.fr