

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 Passages aux urgences pour tentatives de suicide (Source : Oscour®) p.7 Prévention p.12 Méthodologie p.14 Pour en savoir plus p.15 Sigles, remerciements et contacts p.16

ÉDITO

Le suicide représente un enjeu de santé publique car il s'agit de mortalité évitable (et de morbidité évitable pour les proches endeuillés lorsque malheureusement cette volonté de mettre fin à ses jours aboutit).

Depuis les années 2000 il existe en France une stratégie nationale de lutte contre le suicide dont le point de départ a été la conférence de consensus de la HAS « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Depuis, cette mobilisation a été confirmée par la création de l'Observatoire National du Suicide en 2013 et plus récemment par l'identification d'actions de prévention clairement définies dans la feuille de route « Santé Mentale et Psychiatrie » parue en juin 2018. Celle-ci prévoit, outre un programme d'action en milieu scolaire, la mise en place dans chaque région, sous l'égide des ARS, d'un « kit de prévention du suicide » composé de cinq actions prioritaires: le recontact des suicidants à la sortie de l'hôpital, la formation des Médecins Généralistes au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire et de la dépression, l'identification d'un numéro d'appel national pour une ligne d'écoute et d'intervention à l'usage des personnes en difficulté à risque suicidaire, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public.

Bien que la problématique du suicide soit moins importante à La Réunion qu'en France Métropolitaine, ce département est le plus impacté des territoires ultramarins. Les actions préconisées au niveau national y trouvent donc toute leur pertinence et commencent d'ailleurs à se mettre en place progressivement.

Cependant le suicide est un phénomène complexe s'exprimant différemment d'un pays à l'autre, et même d'une région à l'autre dans un pays donné, voire d'un sous-groupe populationnel à l'autre.

La Réunion est un territoire particulier, avec notamment une société à transition économique et culturelle rapide pour laquelle il est indispensable de disposer d'indicateurs fiables et de données régulièrement actualisées afin de guider les actions de prévention de manière plus ciblée et en accroître l'efficacité.

Ce Bulletin de Santé Publique consacré aux conduites suicidaires à La Réunion arrive ainsi à point nommé pour nous éclairer sur la situation du phénomène suicidaire dans notre territoire aujourd'hui, au moment où cette stratégie nationale de prévention doit se décliner au niveau local.

Dr GOKALSING Erick Jean-René
Psychiatre Coordonnateur du dispositif Vigilans Océan Indien

POINTS CLÉS EN REGION

- En 2015, près de 100 personnes sont décédées par suicide dont plus de la moitié par pendaison. La Réunion présentait un taux de mortalité par suicide (13,6 pour 100 000 habitants) en dessous du taux national.
- Entre 2008 et 2017, **le taux régional d'hospitalisations pour tentative de suicides (TS) a nettement augmenté** pour être comparable à celui observé au niveau national en 2017 (142 vs 148 hospitalisations pour 100 000 habitants).
- Comme au niveau national, les profils démographiques diffèrent respectivement pour les suicides et les TS :
 - **Les hommes sont majoritaires parmi les suicides**: 4 suicides sur 5 concernaient un homme (80%)
 - Tous sexes confondus, **les 45-49 ans représentent la part la plus importante des suicides** dans la région (15%)
 - **Les adolescentes sont largement surreprésentées parmi les TS** : chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, le taux annuel d'hospitalisations pour TS calculé sur 2015-2017 s'élevait à 1 601 pour 100 000.
- **Les intoxications médicamenteuses volontaires, première cause de TS** : en 2017, elles volontaires concernaient près de 9 recours aux urgences pour TS sur 10 et 73 % des hospitalisations pour TS dans la région.
- **La moitié des récidives de TS survenue dans les 2 mois suivant le premier passage aux urgences** : en 2017, 6,6 % des suicidants admis aux urgences à la Réunion ont réitéré leur geste dans les 6 mois ; la moitié d'entre eux dans les 2 mois.
- **La dimension des conduites suicidaires est multifactorielle** : facteurs socio-économiques, événements négatifs de la vie, violences, antécédents de troubles mentaux ou état dépressif caractérisé...

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

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

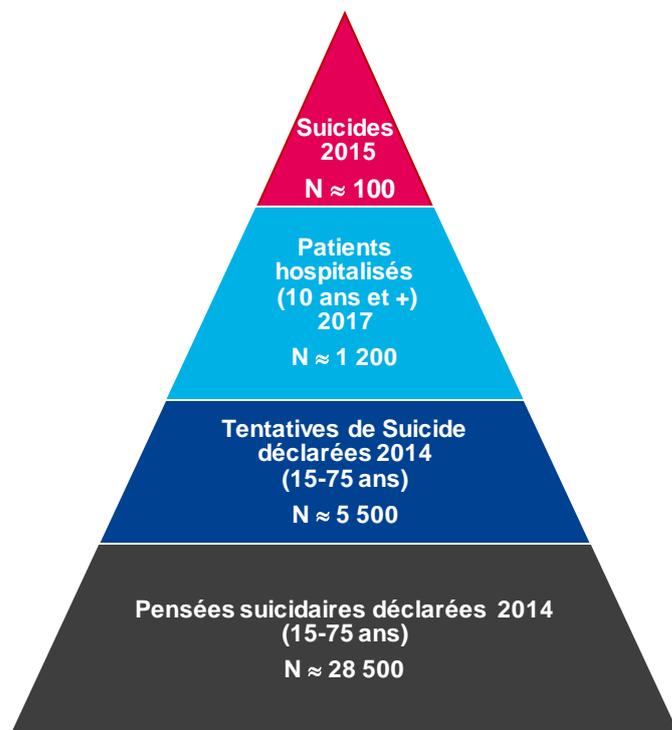
- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 et **séjours hospitaliers** pour tentatives de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au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

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

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

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

Les chiffres-clés régionaux



DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

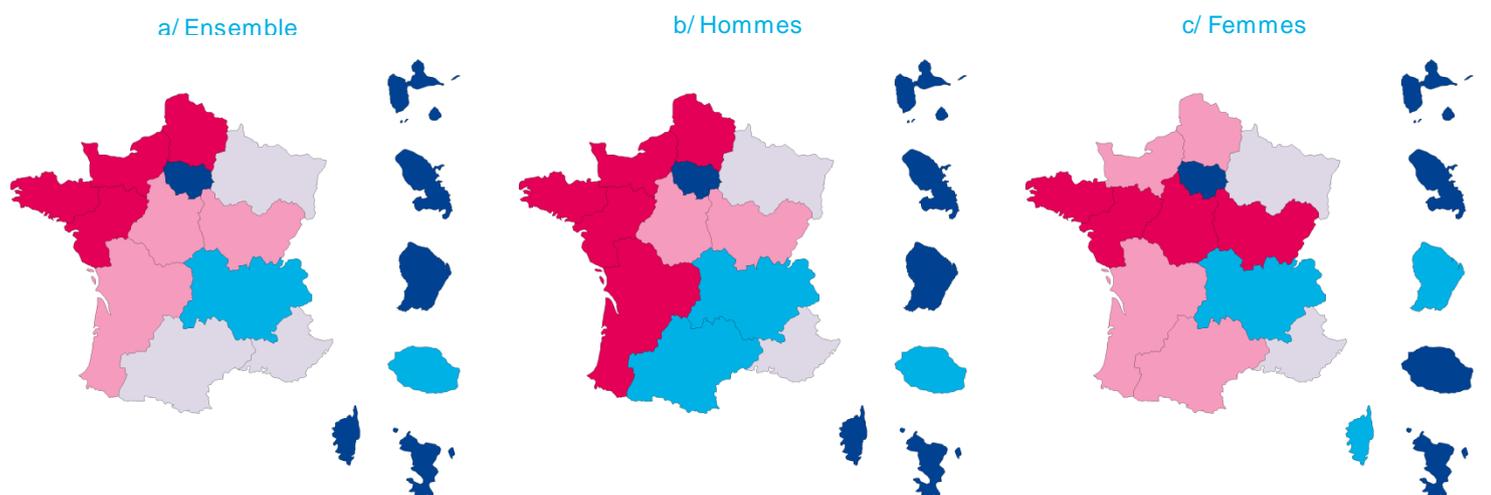
Données issues du CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

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, de sexe.

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Réunion

En 2015, 99 personnes résidant à la Réunion se sont suicidées et 79,8 % d'entre elles étaient des hommes (n=79). Avec un taux standardisé de 13,6 suicides pour 100 000 habitants, la Réunion se situait en dessous de la moyenne nationale (15,6 pour 100 000). Chez les hommes (23,1 pour 100 000) comme chez les femmes (5,1 pour 100 000), les taux de suicide à la Réunion étaient également inférieurs à ceux de la 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



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

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

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

Écart par rapport au taux national

< -20 %	[-20 % ; -10 %[[-10 % ; 10 %]
]10 % ; 20 %]	> 20 %	

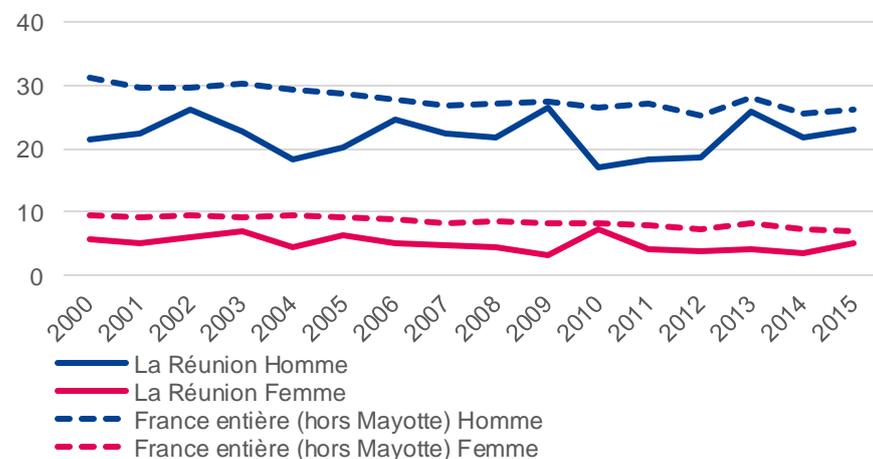
• Evolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide tous sexes confondus a peu varié, de 13,2 à 13,6 pour 100 000 habitants à la Réunion.

Malgré des variations sur la période d'étude, une légère tendance à la hausse a été observée en particulier chez les hommes où le taux standardisé a varié de 21,4 en 2000 à 23,6 pour 100 000 en 2015 (Figure 2).

Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge a légèrement diminué, de 5,7 suicides en 2000 à 5,1 suicides pour 100 000 femmes en 2015.

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



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

Champ : Réunion, population âgée de 10 ans et plus

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

DÉCÈS PAR SUICIDE

• Répartition par sexe et âge

A la Réunion, entre 2013-2015, **les hommes représentaient 81,7% (223/273) des suicides** et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

Les décès par suicide concernaient principalement les quadragénaires (27,5%, 75/273) et dans une moindre mesure les personnes âgées de 30 à 39 ans (19%, 52/273), et de 50 à 59 ans (17,2%, 47/273). Aux âges extrêmes, c'est-à-dire dans les tranches d'âges des 10-14 ans et 85 ans et plus le part des décès par suicide était faible avec respectivement 0,4% et 0,7% (Figure 3).

Si on considère la part relative des suicides dans les décès toutes causes confondues, **les suicides représentaient 1 décès sur 5 chez les 25-29 ans** (Tableau 1). Chez les femmes, 1 décès sur 4 était en lien avec un suicide entre 25 et 29 ans et 1 décès sur 5 entre 30 et 34 ans. La part des décès par suicide était de 23,5% chez les hommes âgés de 15 à 19 ans.

Entre 2013-2015, les suicides ont représenté 2,1% (n=273) des décès toutes causes confondues contre 1,6% (n=27 759) au niveau national.

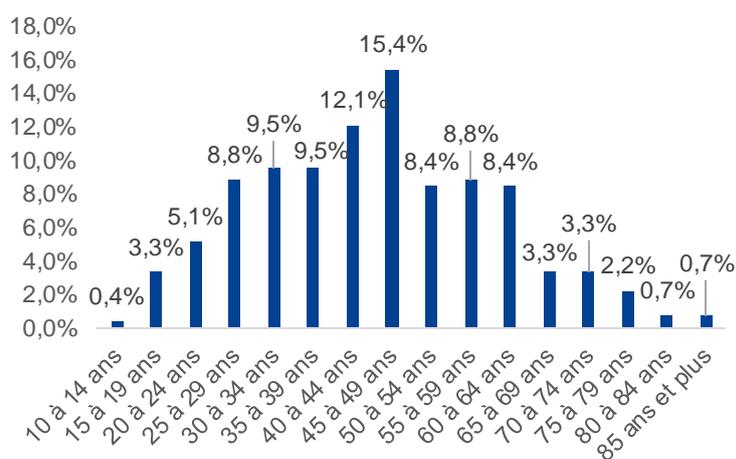
Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 3,2% (n=223) à la Réunion contre 2,5% (n=21 152) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,9% (n=50) contre 0,8% (n=6 813) au niveau national.

• Modes de suicide

Comme au niveau national, **le premier mode de suicide enregistré à la Réunion était la pendaison (56,6% vs. 56,8%)** et ceci aussi bien chez les hommes (58,7%) que chez les femmes (48,0%).

Chez les hommes comme chez les femmes, **le deuxième mode de suicide était le saut dans le vide** avec respectivement 15,7% et 18,0%.

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale à la Réunion, 2013-2015 (n=273)



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 à la Réunion, 2013-2015

	Ensemble	Femmes	Hommes
	%	%	%
10 à 14 ans	3,1%	0,0%	5,6%
15 à 19 ans	15,3%	11,9%	23,5%
20 à 24 ans	17,3%	19,7%	6,7%
25 à 29 ans	23,1%	25,3%	16,0%
30 à 34 ans	17,2%	24,2%	3,8%
35 à 39 ans	12,7%	15,9%	6,0%
40 à 44 ans	12,6%	14,1%	9,4%
45 à 49 ans	8,2%	9,7%	4,5%
50 à 54 ans	3,5%	3,4%	3,6%
55 à 59 ans	2,8%	3,0%	2,5%
60 à 64 ans	2,3%	2,5%	1,8%
65 à 69 ans	0,8%	1,2%	0,0%
70 à 74 ans	0,7%	1,1%	0,0%
75 à 79 ans	0,4%	0,7%	0,0%
80 à 84 ans	0,1%	0,3%	0,0%
85 ans et plus	0,1%	0,2%	0,0%
Total	2,1%	0,9%	3,2%

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

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes, 2013-2015, Réunion

Mode de suicide	Ensemble	Femmes	Hommes
	n	%	%
Pendaison	155	56,8%	48,0%
Saut dans le vide	44	16,1%	18,0%
Auto-intoxication médicamenteuse	21	7,7%	16,0%
Arme à feu	16	5,9%	0%
Mode non précisé	14	5,1%	2,0%
Auto-intoxication par d'autres produits	10	3,7%	2,0%
Noyade	8	2,9%	8,0%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	4	1,5%	2,0%
Objet tranchant	3	1,5%	0%
Collision intentionnelle	1	0%	2,0%

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

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, obstétrique et odontologie

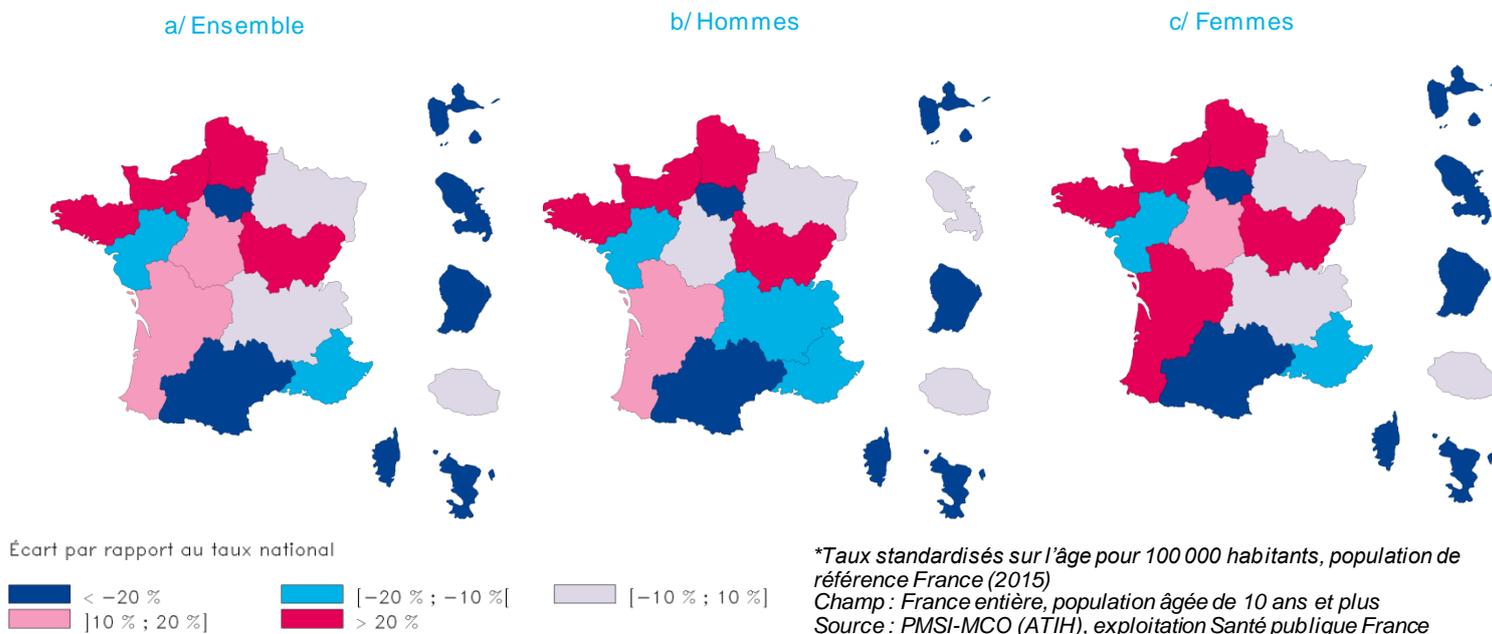
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir une vision complète du phénomène car elles n'incluent pas les hospitalisations en services de psychiatrie et ne donnent pas d'informations sur les TS non hospitalisés. 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, Réunion

Entre 2008 et 2017, 9 124 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés à la Réunion soit 912 séjours en moyenne chaque année 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 141,9 pour 100 000 habitants en 2017, la Réunion était comparable à la moyenne nationale (148,0 pour 100 000 habitants) (Figure 1).

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



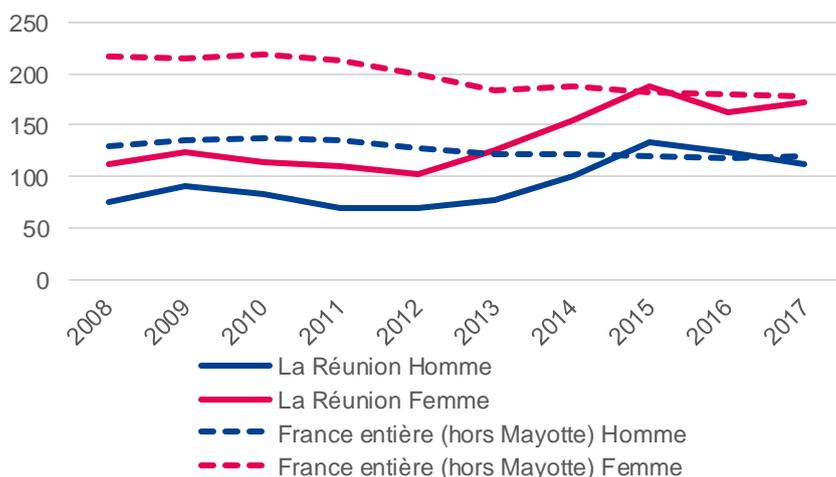
• Evolution temporelle

Si, le taux national d'hospitalisations pour TS a globalement diminué depuis 2010, cette tendance n'a pas été observée à la Réunion.

Entre 2008 et 2017, le taux d'hospitalisations pour TS tous sexe confondus a augmenté de +52% variant de 93,5 à 141,9 pour 100 000 habitants.

Cette augmentation concernait aussi bien les hommes (+51%) que les femmes (+54%).

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



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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE

• Répartition par sexe et âge

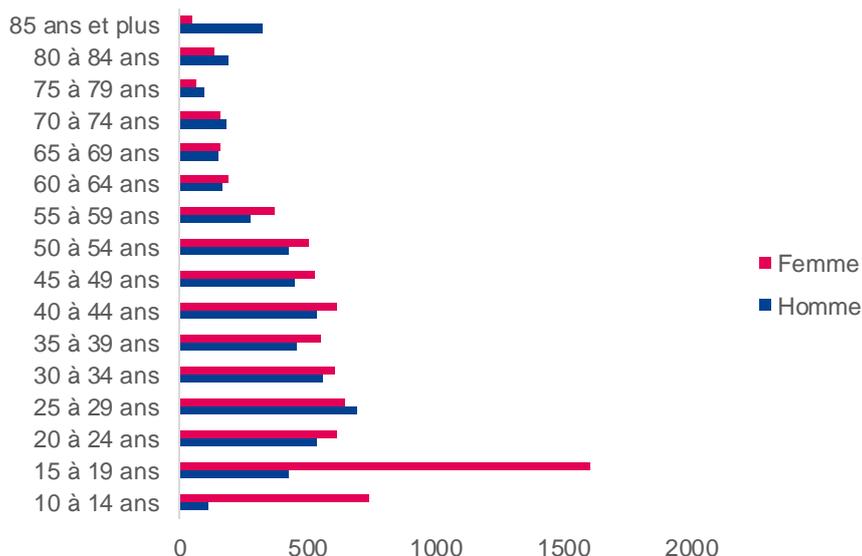
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 62 % (2 204/3 535) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. Pendant cette période de 3 ans, en terme d'âge, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (1 601 pour 100 000). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 25-29 ans (689 pour 100 000). Le second taux le plus élevé concernait les 10-14 ans chez les femmes (1 090 pour 100 000) et les 30-34 ans chez les hommes (561 pour 100 000) (Figure 3).

• Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 73 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Parmi elles, 17,9% (462/2 579) correspondait à des intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les automutilations par objets tranchants (12 %) puis les intoxications non médicamenteuses (11,5%) et les sauts dans le vide (4%) (Tableau 1).

Au total, 29 décès ont été rapportés parmi les 3 535 hospitalisations soit un taux de létalité de 8 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 12 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 2 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les TS par exposition aux fumées, gaz ou flammes (100 décès pour 1 000 hospitalisations) et par pendaison (84 décès pour 1 000 hospitalisations).

Figure 3 : Taux bruts des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Réunion (n=3 535)



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

• Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 3 535 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 96% (n=3 379) ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 69% des cas (n=2 436).

La durée médiane des séjours était de 1 jour pour tous âges. La durée médiane la plus forte était observée aux âges extrêmes, chez les 10-14 ans et les 80-84 ans (4 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par arme à feu (5 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire.

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), 2015-2017

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Nombre de décès pour 1000 hospitalisations
	n	%	%	%		
Auto-intoxication médicamenteuse	2 579	73,0%	79,0%	62,9%	1,0	2,7
Objet tranchant	431	12,2%	12,8%	11,2%	2,0	4,6
Auto-intoxication par d'autres produits	405	11,5%	6,9%	18,9%	1,0	14,8
Pendaison	83	2,3%	1,0%	4,7%	1,0	84,3
Saut dans le vide	129	3,6%	2,9%	4,9%	2,0	15,5
Arme à feu	8	0,2%	0%	0,6%	5,0	0,0
Noyade	4	0,1%	0,1%	0,2%	3,0	0,0
Collision intentionnelle	11	0,3%	0,3%	0,3%	2,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	30	0,8%	0,8%	0,9%	3,0	100,0
Mode non précisé	119	3,4%	2,5%	4,9%	2,0	42,0

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

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

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

Caractéristiques et qualité du dispositif régional Oscour®

A la Réunion, la couverture du réseau Oscour® en terme d'établissements participant est exhaustive, la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU s'élevait à 94,8% en 2017.

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

Identification des passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le regroupement syndromique « Geste suicidaire », correspondant aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 1, a été défini par un groupe de travail composé d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des passages aux urgences pour tentatives de suicide. Ce regroupement est appliqué pour les recours aux urgences de personnes âgées de 10 ans et plus, pour lesquelles il existe un consensus sur l'intentionnalité des gestes suicidaires au même titre que pour les autres sources de données présentées dans ce bulletin.

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

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

Tableau 1 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire », 2017

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

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Réunion en 2017

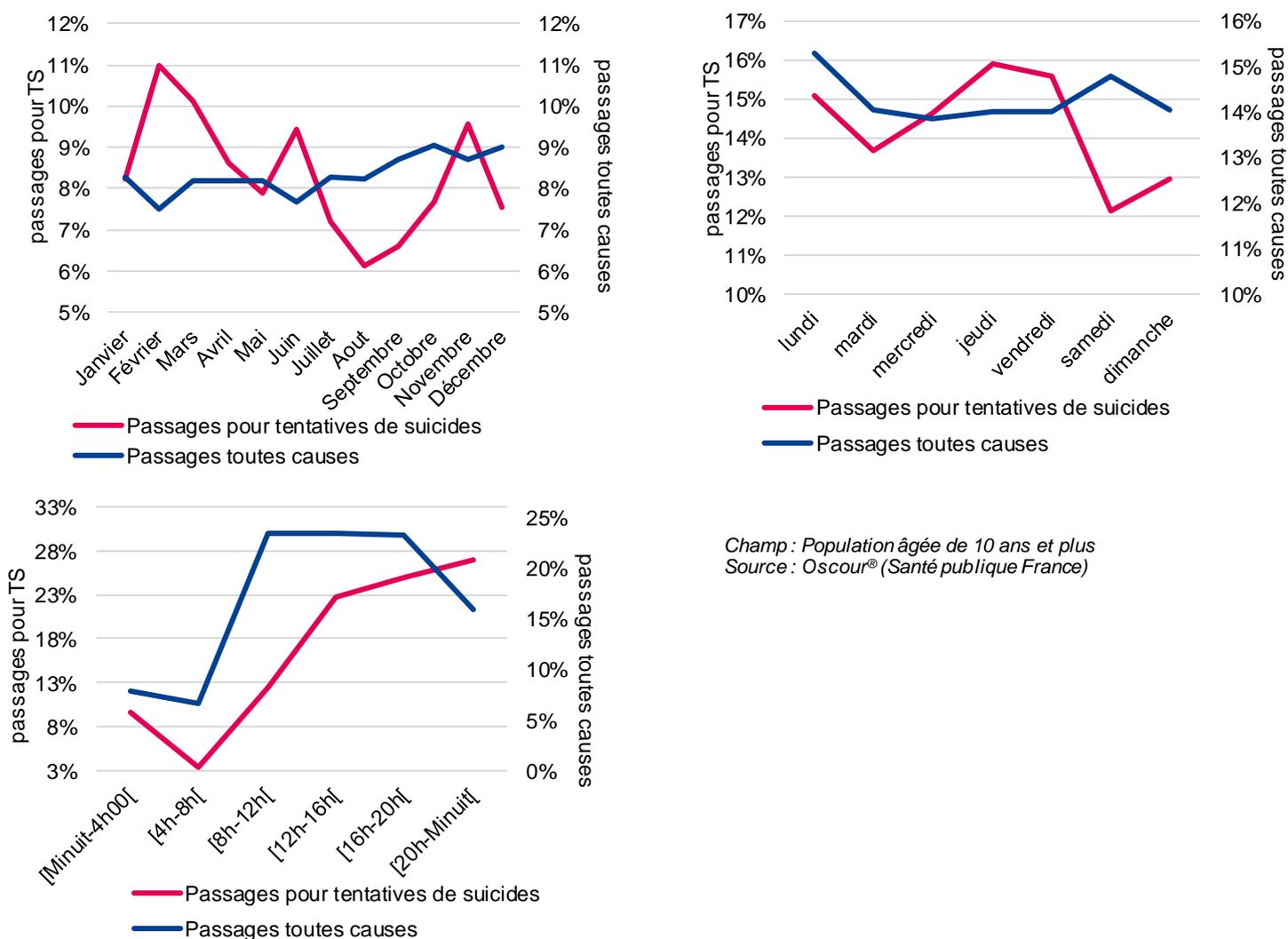
➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

Au total, en 2017, 848 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les structures d'urgence participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 2 recours quotidiens et près de 6 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représente 1% du total national.

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondus met en évidence une **augmentation modérée des passages** aux urgences pour TS en **février, juin et novembre** (Figure 1).

L'analyse quotidienne pointe l'**augmentation des recours pour TS les jeudi et vendredi** (Figure 1bis) et la répartition horaire **la recrudescence importante des passages pour TS en fin d'après-midi et début de soirée** (Figure 1ter).

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



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

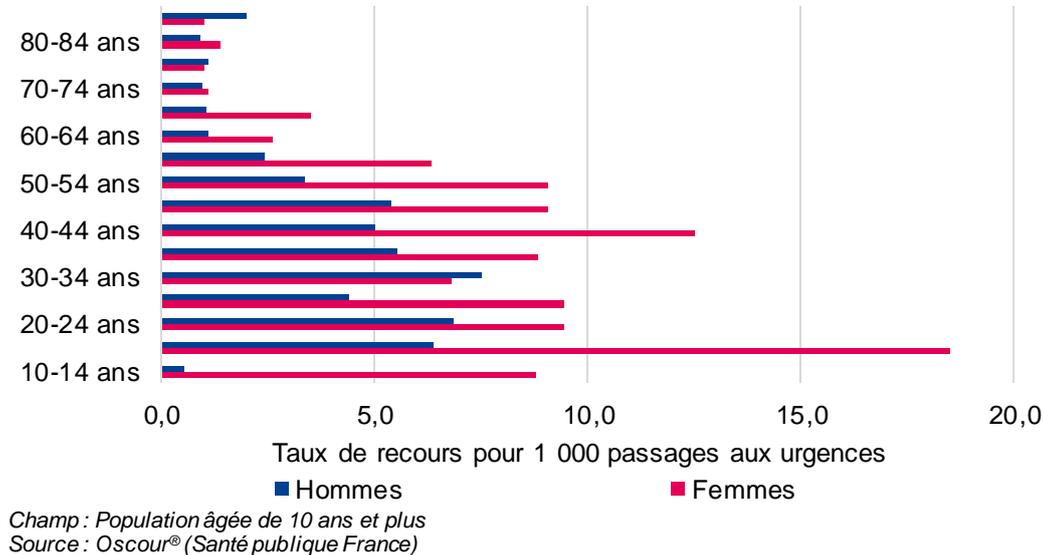
Lorsque les variables géographiques étaient renseignée, 99,3% des recours pour TS dans les SU de la Réunion concernaient des personnes résidant dans la région, 0,5% des résidents d'autres régions de France métropolitaine et 0,2% des ressortissants de pays étrangers.

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (65%, n=554) alors que le sexe ratio H/F est équilibré dans les recours toutes causes confondus. La répartition par sexe et classes d'âges retrouve une **surreprésentation des femmes** dans toutes les classes d'âges dans les recours pour TS excepté chez les 30-34 ans où le taux de recours est supérieur chez les hommes. Deux pics sont observés dont un chez les adolescentes (15-19 ans) et l'autre chez les femmes âgées de 40-44 ans (Figure 2).

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

La grande majorité des recours aux urgences pour TS survenait avant 65 ans (Figure 2).

Figure 2 : Distribution par classes d'âges et par sexe des taux de recours pour TS pour 1000 passages toutes causes confondues dans les SU de la Réunion, 2017



➤ Modes de tentatives de suicide

Neuf recours pour TS sur 10 (90%) résultaient d'intoxications médicamenteuses (86%) ou non médicamenteuses (4%) (Tableau 3). Leur fréquence élevée quel que soit le sexe variait de 85 à 100% selon la classe d'âge.

Parmi les intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses représentaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 29% (215/733),
- les intoxications aux benzodiazépines (T424) : 23% (195/733) des recours,
- autres psychotropes (T43) : 15% (107/733),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) : 21% (156/733),
- le paracétamol (T391) : 3% (25/733).

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

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

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

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxication médicamenteuse	505 (91%)	228 (77%)	733 (86%)
Auto-intoxication par d'autres produits	11 (2%)	24 (8%)	35 (4%)
Saut dans le vide	6 (1%)	8 (3%)	14 (2%)
Pendaison	0 (<1%)	11 (4%)	11 (1%)
Objet tranchant	6 (1%)	5 (2%)	11 (1%)
Noyade	0 (0%)	1 (<1%)	1 (<1%)
Arme à feu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Collision intentionnelle	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	28 (5%)	18 (6%)	46 (5%)

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

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

➤ Orientation des recours aux urgences pour Tentatives de suicide

Lorsque le mode de sortie était renseigné (92% des recours), **8 suicidants sur 10 (82,5%) ont été hospitalisés** dans l'établissement de recours (77,5%) ou dans un autre établissement de soins (5%). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (91%) réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) et seuls 10% en unités psychiatriques.

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

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

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

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

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

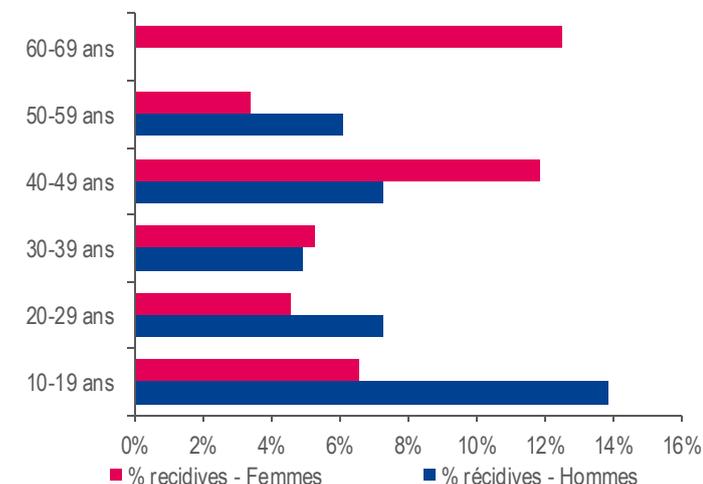
Au total, 845 recours aux urgences pour TS, correspondant à 825 patients résidant à la Réunion ont été recensés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans les SU de la Réunion participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 50 (6,6%) ont réitéré au moins une fois son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017.

Le taux de récurrence dans les 6 mois est sensiblement équivalent chez les femmes (6,3% (32/503)) que chez les hommes (6,9% (18/260)) et il varie selon la classe d'âge. Pour les femmes, il était maximal chez les quadragénaires et les sexagénaires (Figure 11). Chez les hommes, le taux de récurrences était plus élevé chez les 10-19 ans. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes chez les jeunes et les 50-59 ans. A l'inverse, il est plus élevé chez les femmes âgées de 30 à 49 ans et les femmes plus âgées (>60 ans) que chez les hommes.

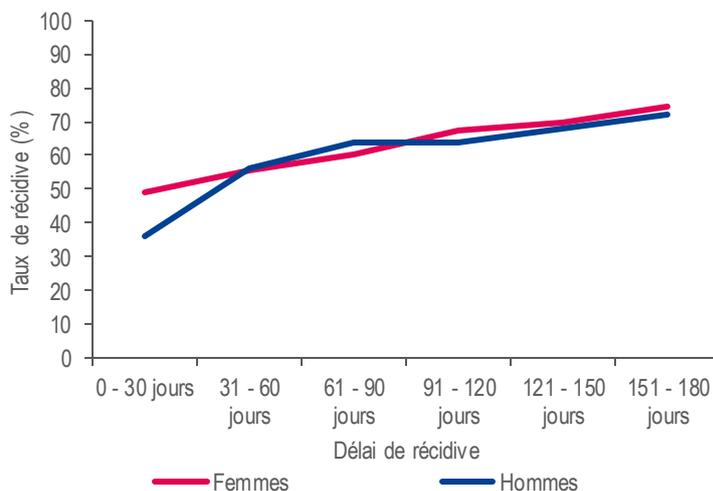
Le délai à la 1^{ère} récurrence est globalement similaire quel que soit le sexe. **Près de la moitié des patients récidivistes réitèrent leur geste suicidaire dans les 2 mois [31 à 60 jours] suivant un premier recours pour TS** et 1 sur 4 dans les 6 mois. Le délai médian à la première récurrence était identique chez les hommes que chez les femmes (2 mois) (Figure 4).

Figure 3 : Taux de récurrence de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âge et par sexe, SU de la Réunion, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



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

Figure 4 : Distribution cumulée du délai à la 1^{ère} récurrence de TS selon le sexe, SU de la Réunion, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE

Discussion

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

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données de surveillance, les recours aux urgences pour tentatives de suicide ne constituent pas non plus une source exhaustive de données, ce d'autant que le dispositif est encore évolutif en terme de complétude et des pratiques de codage des diagnostics. Par ailleurs, lorsque plusieurs passages aux urgences présentent les mêmes caractéristiques de date d'entrée, date de naissance, code postal et âge, mais avec une heure d'entrée différente, seul le passage le plus récent est conservé dans la base de données (algorithme de gestion des doublons). De ce fait, il est possible que cette caractéristique du dispositif ait pu entraîner l'élimination de certains recours pour un même patient sur une même journée et conduire à une sous-estimation probablement mineure des récurrences de TS immédiatement après la sortie avec ou sans consentement du patient.

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

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

Enfin, cette analyse a permis de tester pour la première fois la faisabilité avec Oscour[®] d'un suivi des taux et délais de récurrence chez les patients ayant recours aux urgences pour TS. Les résultats obtenus, cohérents avec ceux de la littérature [cf page 15 et le [rapport 2014](#)], pointent la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes suicidantes afin de prévenir les récurrences qui surviennent chez la moitié des personnes récidivistes dans les 2 mois suivant un premier geste suicidaire.

PREVENTION

Contexte en France

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

Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

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

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

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

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

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

PREVENTION

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

Les documents en bref

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

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

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

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

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

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

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

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

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

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

Les interventions mentionnées par document

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

Note : La croix signifie la mention de la catégorie d'intervention dans le document ;^a Cf. dispositifs Vigilans ;^b des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une ligne d'appel unique et pour travailler les référentiels d'écoute avec les associations bénévoles ;^c Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles 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

Méthodologie

Source de données :

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

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

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

- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- Baromètre Santé : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(47-78):488-92. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](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*

Santé mentale à La Réunion

- Louacheni C. La santé mentale des Réunionnais. Exploitation régionale du Baromètre santé Dom 2014. Saint-Denis: ORS Océan Indien; 2016. 28 p.
https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/ETU_Sante_mentale_2016.pdf

Suicide et tentatives de suicide à la Réunion

- Louacheni C. Suicides et tentatives de suicides à La Réunion. Saint-Denis: ORS Réunion; 2015. 4 p.
[https://www.ors-oceanindien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Suicides_2015\(1\).pdf](https://www.ors-oceanindien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Suicides_2015(1).pdf)
- Louacheni C. Suicides et tentatives de suicides à La Réunion. Saint-Denis: ORS Réunion; 2013. 16 p.
https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_suicides_2013.pdf

SIGLES

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

REMERCIEMENTS

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

CONTACT