

Les
conduites
suicidaires
dans le
Nord - Pas-de-Calais

Une synthèse des données disponibles



Travaux menés par Laurent Plancke^{1,5} et Alina Amariei¹
Contribution de Guillaume Clément² (interne en santé publique)

Appui scientifique et relecture : Dr Christine Chan-Chee²,
Dr Pascal Chaud², Dr Thierry Danel^{1,3}, Dr François
Ducrocq^{1,3}, Dr Patrick Goldstein³, Sylvie Haeghebaert²,
Dr Patrick Mauriaucourt^{3,4}, Pr Guillaume Vaiva^{1,3}, Dr Fran-
cine Vanhée⁶, David Verloop⁶.

1. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Nord - Pas-de-Calais
2. Institut de veille sanitaire
3. Centre hospitalier régional universitaire de Lille
4. Observatoire régional des urgences Nord - Pas-de-Calais
5. Centre lillois d'études et de recherche en sociologie et en économie
6. Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais



Sommaire

- 04 Edito
- 06 Synthèse. Le Nord - Pas-de-Calais plus touché par les conduites suicidaires qu'en moyenne nationale**
- 08 Première partie : Sources et méthodes**
 - 08 Enquêtes déclaratives en population générale
 - 09 Bases médico-administratives
 - 10 Mortalité
- 11 Deuxième partie : Les pensées et les risques suicidaires**
 - 11 3,9% de la population adulte et 10,1% des jeunes de 17 ans déclarent avoir pensé à se suicider durant les douze derniers mois
 - 11 Un risque moyen ou élevé de suicide pour 4,6% de la population régionale
- 12 Troisième partie : Les tentatives de suicide déclarées**
 - 12 Un jeune sur 10 déclare avoir déjà tenté de se suicider
 - 13 Une intentionnalité très variable
- 14 Quatrième partie : Les tentatives de suicide enregistrées**
 - 14 Près de 11 000 séjours hospitaliers pour tentative de suicide enregistrés en 2011
 - 15 De forts taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais
 - 16 Les zones rurales du Nord - Pas-de-Calais connaissent souvent des taux supérieurs aux valeurs régionales
 - 17 Une évolution à la baisse des tentatives de suicide enregistrées de 2009 à 2011
 - 17 Les trentenaires et quadragénaires les plus concernés par la tentative de suicide
 - 18 Un patient sur 5 hospitalisé en médecine-chirurgie pour tentative de suicide est ensuite hospitalisé en psychiatrie
 - 19 Lieu de la tentative de suicide : près de 9 fois sur 10 à domicile
 - 20 Plus de tentatives en fin de journée
 - 21 Des tentatives de suicide surtout par auto-intoxication
 - 21 Peu de gestes suicidaires nécessitant une réanimation
 - 22 Environ 1 personne suicidante sur 10 réitère son geste dans le semestre suivant son hospitalisation
 - 25 Conclusions sur les tentatives de suicide
- 26 Cinquième partie : Les décès par suicide**
 - 26 Les taux de suicide de la région Nord - Pas-de-Calais et du département du Pas-de-Calais plus élevés qu'en moyenne nationale
 - 28 34% de surmortalité suicidaire dans le Nord - Pas-de-Calais
 - 29 Un nombre de suicides orienté à la baisse
 - 31 3 suicides sur 4 sont des décès masculins
 - 32 La pendaison est le 1^{er} mode de suicide
 - 33 Une surmortalité masculine dans quasiment toutes les zones de proximités
- 34 Conclusion. Apports, limites et perspectives des sources existantes sur les conduites suicidaires**
 - 36 Bibliographie
 - 38 Définitions
 - 39 Liste des sigles et abréviations employés



Edito

Une bonne épidémiologie renseigne, mesure et donc questionne les politiques de santé.

Une bonne épidémiologie sait être descriptive et proposer un ordre de grandeur de prévalence d'un phénomène (le nombre de gens malades à un moment t...), un ordre de grandeur d'incidence (nombre de nouveaux cas sur une période donnée) ; elle peut bien sûr proposer les dynamiques évolutives de ces facteurs (évolution du nombre de cas, évolution du nombre de nouveaux cas) et ainsi mesurer les éventuels effets de telle ou telle nouvelle mesure dans l'organisation des soins.

Mais une bonne épidémiologie sait également être analytique et dégager plusieurs facteurs associés à un trouble (facteurs de risque ou facteurs protecteurs), et parmi ces facteurs dégager ceux qui seraient sensibles à l'évolution des pratiques. Par exemple, parmi les facteurs de risque des conduites suicidaires, l'épidémiologie analytique va distinguer des facteurs primaires (souffrir d'une dépression, d'une maladie douloureuse, ...) qui pourront être modifiés par l'organisation du système de santé, des facteurs secondaires (la situation par rapport à l'emploi, le bien-être au travail, ...) qui ne pourront être modifiés qu'à l'échelon social et enfin des facteurs tertiaires (sexe, âge, ...) ceux-là peu ou non modifiables. L'épidémiologie est alors force de proposition pour les politiques. Ainsi, une bonne base épidémiologique a-t-elle permis de constater, à travers le monde, que si des programmes de prévention du suicide pouvaient se montrer efficaces, cette efficacité concernait surtout les femmes et

que rares étaient les programmes utiles aux hommes. La piste est tracée pour développer des programmes innovants spécialement ciblés pour les hommes, comme ceux de l'*US Air Force* ou du programme Sentinelles à destination des agriculteurs en France.

Nous assistons, enfin, à un élan vertueux de santé publique en France, qui passe entre autres par la mise à disposition d'indicateurs épidémiologiques ou plutôt d'un bouquet d'indicateurs, pour filer la métaphore des chaînes de télévision satellite. A ce titre, les conduites suicidaires sont paradigmatiques. L'élan est bien perceptible dans notre région Nord - Pas-de-Calais, dans le cadre de la Fédération régionale de recherche en santé mentale notamment, et grâce aussi au relais national que nous trouvons dans l'Observatoire national du suicide où nous sommes plusieurs à travailler, dans le Nord - Pas-de-Calais. Les deux groupes de travail de cet Observatoire concernent la recherche et ses fruits, d'une part, la mise à dispositions d'indicateurs pertinents et sensibles au changement, d'autre part.

Dans cet ordre d'idées, nous pensons qu'une politique de progrès répondrait au moins à trois critères :

- 1) implémenter le système de soins des innovations apportées par la recherche
- 2) évaluer sur le terrain et en vie réelle le déploiement de ces innovations
- 3) prioriser le déploiement de ces innovations sur un territoire donné, mais toujours en restant en contact avec le suicidant et ses proches.

Le présent rapport, synthèse des données disponibles sur les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais, constitue à la fois un état des lieux et une première photographie, qu'il y aurait lieu de réitérer pour évaluer les programmes de prévention qui seraient mis en œuvre prochainement dans la région.

Pr Guillaume Vaiva, Professeur de psychiatrie à l'Université de Lille 2, Vice-Président du Groupement d'études et de prévention du suicide

Les suicides représentaient, en 2008, 9 % de la mortalité évitable en région Nord - Pas-de-Calais. Pour la période 2009-2011, la surmortalité régionale liée aux suicides s'établit à + 34 % par rapport au niveau national, et le taux comparatif de suicides place le Nord - Pas-de-Calais au 3^e rang des régions françaises pour les hommes et au 4^e pour les femmes. En 2011, 795 suicides ont été recensés.

La mise en place d'actions de prévention demande un état des lieux préalable afin de cibler des interventions puis d'évaluer leur efficacité. Si les chiffres de mortalité par suicide sont accessibles, ceux des tentatives de suicide ne faisaient pas jusqu'à un passé récent, l'objet d'investigations.

Nous savons pourtant ces tentatives beaucoup plus nombreuses, occasionnant parfois de longues hospitalisations. Les gestes suicidaires surviennent fréquemment en dehors de toute maladie mentale, dans un contexte de souffrance psychique. Cette souffrance est également présente dans l'entourage des personnes concernées.

Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 mentionne le développement de la prévention et la postvention. Les propositions du programme sont reprises dans le Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 et dans le Programme régional de santé mentale Nord - Pas-de-Calais. La santé mentale est aussi l'un des 5 axes prioritaires retenus par la Stratégie nationale de santé.

L'ARS Nord - Pas-de-Calais souligne donc l'intérêt des travaux menés sur ce thème par la F2RSM et ses partenaires. Les données de différentes enquêtes sont mises en perspective et le rapport explore la possibilité de caractériser les tentatives de suicides à partir de données collectées en routine dans les bases PMSI-MCO, Rim-P, Oscour® et Samu.

Des préconisations sont effectuées pour prioriser des actions de santé sur certains territoires ou auprès de certains publics. Le recueil de données permettra de suivre en regard les évolutions de la demande de soins pour tentatives de suicide en établissements de santé.

Docteur Jean-Yves Grall

*Directeur général de l'Agence régionale de santé
Nord - Pas-de-Calais*

Synthèse. Le Nord - Pas-de-Calais plus touché par les conduites suicidaires qu'en moyenne nationale

Dans le cadre de son observatoire régional des conduites suicidaires, la Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais publie un document de synthèse sur les données régionales quantitatives mobilisables sur les pensées, les risques, les tentatives et les décès par suicide : enquêtes en population générale sur la santé, données d'activité de services sanitaires ayant à prendre en charge des personnes suicidaires et données de mortalité ont été traitées et analysées, sachant qu'elles décrivent des réalités différentes et qu'elles ont toutes des biais et/ou des limites.

Ce rapport a été publié grâce au soutien de l'Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, qui souhaitait disposer de données sur ce sujet pour le suivi des actions du Programme régional de santé [2].

Dans la région, les pensées suicidaires récentes concernent 1 adulte sur 25 et 1 jeune de 17 ans sur 10 ; dans la même proportion (de 1 sur 10), ces derniers déclarent avoir fait une tentative de suicide durant leur vie. Chez les filles, la proportion est 2 fois plus élevée que chez les garçons, mais – pour les 2 sexes – la tentative ne donne pas lieu à une hospitalisation ; la gravité perçue de la situation qui a entraîné le geste, n'est pas la gravité perçue par le médecin (qui ne rencontre donc pas le jeune, dans ces nombreux cas où il n'y a pas de recours) ; il s'agit plus alors d'une volonté de ne plus souffrir, et non d'un désir de mort. Les premières tentatives déclarées interviennent à 14 ans.

Le nombre de tentatives enregistrées dans les bases de données hospitalières (appels au Samu, passages aux urgences, hospitalisations en médecine-chirurgie, prises en charge psychiatrique, ambulatoires ou à temps plein) plus faible que celui estimé à partir des personnes enquêtées, est cependant très conséquent : environ 15 000 appels au Samu et 11 000 hospitalisations ont été enregistrées en 2011 pour tentative de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Par rapport aux autres régions métropolitaines, il se situe au 1^{er} rang pour les hommes et au 2^e pour les femmes.

Au sein de l'espace régional, les zones rurales connaissent souvent les taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide les plus élevés ; c'est le cas du Cambrésis, zone la plus touchée, de l'Audomarois, du Douaisis et du Montreuillois, en revanche le Boulonnais connaît un taux assez faible. A l'inverse, les zones plus urbanisées de

Lens - Hénin et de Lille sont moins exposées (dans cette dernière zone, il est manifeste qu'un grand centre hospitalier omet de coder un grand nombre de cas).

Les suicidants sont d'abord des suicidantes ; en termes d'âge, ce sont les adolescentes et les quadragénaires qui font le plus de tentatives de suicide. Chez les hommes, ce sont les trentenaires et les quadragénaires qui sont les plus nombreux. Contrairement aux jeunes et aux personnes âgées en direction desquels des actions de prévention sont menées, trentenaires et quadragénaires ne font pourtant pas ou peu l'objet d'interventions de santé publique spécifiques.

Les tentatives de suicide se déroulent 9 fois sur 10 à domicile ; elles sont plus nombreuses en soirée, le dimanche, en janvier, mars et juin. Dans plus de 4 sur 5, le moyen employé est l'auto-intoxication. La gravité du geste est très variable, de même que l'intentionnalité déclarée de la tentative ; chez les jeunes, le désir de mort concerne une minorité des jeunes étant passés à l'acte. Il s'agit plus fréquemment chez eux de l'expression d'une volonté de ne plus souffrir. Aux urgences les cas de tentative de suicide nécessitant une réanimation avec ou sans pronostic vital engagé ne représentent qu'un 1 cas sur 40.

Les tentatives de suicide sont d'abord des auto-intoxications (plus de 4 cas sur 5 des cas enregistrés dans les services des urgences) ; l'emploi d'une arme, la défenestration et la pendaison constituent les autres moyens employés pour tenter de se suicider ; ils sont moins rares chez les hommes que chez les femmes. Ces modalités plus violentes correspondent plus fréquemment à de réels désirs de mort.

La réitération du geste n'est pas rare : 6 mois après une hospitalisation pour tentative de suicide, 1 personne sur 10 environ en connaîtra au moins une 2^e ; cette proportion est de 17% à 1 an, de 22% à 2 ans et de 25% à 3 ans. Les fréquences sont significativement plus élevées chez les trentenaires, les quadragénaires, les habitants du Cambrésis et de l'Audomarois ; elles sont significativement plus faibles chez les septuagénaires. Les actions de recontact des suicidants gagneraient à être généralisées pour réduire la récurrence et la mortalité de ces personnes hospitalisées.

Avec 795 suicides en 2011, la région occupe le 3^e rang pour les hommes et le 4^e pour les femmes des taux standardisés de mortalité pour cette cause. La situation

du Pas-de-Calais est plus défavorable encore que celle du Nord, notamment chez les hommes. La mortalité régionale par suicide, orientée à la baisse depuis plusieurs décennies, n'en reste pas moins supérieure à celle de la France métropolitaine ; on enregistre, dans le Nord - Pas-de-Calais, 38% de surmortalité suicidaire, et jusqu'à 53% pour les 25-44 ans. Seules les jeunes femmes (10-24 ans) présentent une sous-mortalité suicidaire par rapport au reste de la France (-9%).

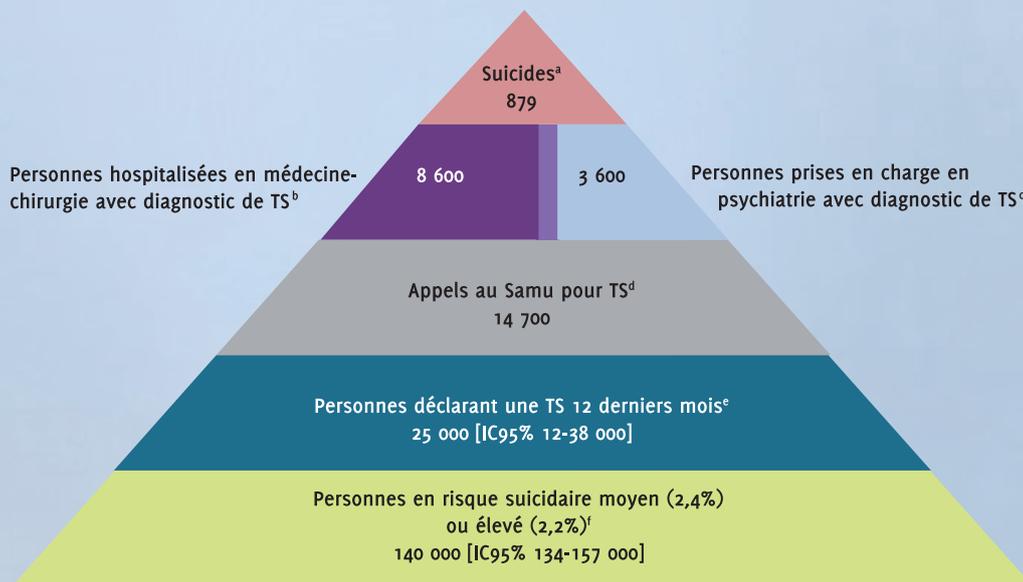
Alors que les tentatives sont majoritairement enregistrées chez les femmes, les suicides sont, dans trois quarts des cas, des décès masculins. Le plus grand nombre de cas est enregistré chez les 35-44 ans et les 45-54 ans, mais, proportionnellement, les taux de mortalité les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 75 ans ou plus. Si la pendaison est le premier mode de suicide pour les 2 sexes, elle occupe un poids beaucoup plus élevé chez les hommes (plus de 3 cas sur 5) que chez les femmes (moins de 2 cas sur 5) ; ces dernières sont plus nombreuses à choisir l'auto-intoxication que les hommes

(1 cas sur 4 vs 1 cas sur 10). A niveau infrarégional, les zones de proximité rurales du Pas-de-Calais (Audomarois, Montreuillois et Arrageois chez les hommes, Audomarois et Arrageois chez les femmes) sont particulièrement surexposées ; on y mesure parfois 2 fois plus de suicides que le nombre attendu (si les taux de mortalité étaient identiques à ceux de la France entière) ; elles nécessitent une attention prioritaire.

Malgré une évolution favorable et encourageante de certains indicateurs (baisse du nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide et de décès), le Nord - Pas-de-Calais reste une région surexposée aux conduites suicidaires, dans l'ensemble et pour les 2 sexes, chez les trentenaires et les quadragénaires et dans certains secteurs géographiques, le plus souvent situés dans le Pas-de-Calais.

Les effectifs issus des différentes sources utilisées dans ce rapport sont présentés dans la figure 1 (et dans le tableau 3, p 14).

Figure 1. Effectifs estimés des populations régionales concernées -et/ou des actes afférents à ces personnes- par les conduites suicidaires



Années et sources

^a 2010. Inserm-CepiDC.

^b 2011. PMSI-MCO.

^c 2011. RimP.

^d 2011. Samu. Appels.

^e 2010. Baromètre santé

^f SMPG

¹Les chiffres entre crochets renvoient aux références bibliographiques, classées par ordre alphabétique d'auteur, p36.

Sources et méthodes

1 Enquêtes déclaratives en population générale

Trois enquêtes en population générale comprennent des questions sur les conduites suicidaires : le Baromètre santé [8, 20], l'étude Santé mentale en population générale (SMPG) [9] et l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) [28] ; elles ont donné lieu à des analyses régionales comparatives [18, 26].

1.1 > Baromètre Santé 2010

L'Inpes, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, mène depuis l'année 1992 une série d'enquêtes appelées *Baromètres santé*, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. La population couverte concerne toutes les personnes résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires, c'est-à-dire équipées d'un téléphone fixe ou mobile (à l'exception des foyers équipés exclusivement d'un numéro fixe commençant par 08/09), et âgées de 15 à 85 ans.

Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur (ITAO). Le *Baromètre santé 2010* est la cinquième vague de cette vaste étude et l'une des plus grosses enquêtes réalisées jusqu'à présent en termes d'informations sur la santé, avec plus de 25 thématiques abordées. L'enquête 2010 a porté sur 27 653 personnes dont 1 769

résidant dans le Nord - Pas-de-Calais (pour le questionnaire principal).

Les réponses aux questions « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* », « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide ?* » et sur l'intentionnalité du geste² ont été utilisées pour le calcul d'un taux de pensée suicidaire et de tentative déclarée de suicide. Le test du khi-2 a été employé pour comparer les différences de taux (entre hommes et femmes, d'une part, et entre échantillon régional et celui du reste de la France, d'autre part).

Une estimation de la taille de la population régionale âgée de 15-85 ans ayant fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois a été réalisée en appliquant le taux obtenu dans l'échantillon aux 3 163 185 personnes de cet âge résidant dans le Nord - Pas-de-Calais en 2010 (source : Insee).

1.2 > Enquête SMPG

L'enquête SMPG, réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine, s'est déroulée entre 1999 et 2003 en s'appuyant sur un outil de repérage, le *Mini international neuropsychiatric interview* (Mini) [27], et la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (Cim-10)³. Outre l'évaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux,

l'enquête SMPG interroge –en tête-à-tête– les personnes sur leurs représentations de la maladie mentale. Dans le Nord - Pas-de-Calais, 12 533 personnes majeures ont répondu au questionnaire.

Le taux de personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (avec une comparaison hommes – femmes) et le niveau de risque suicidaire ont été calculés conformément au Mini, selon la méthode décrite ci-dessous.

Tableau 1. Questions employées dans le Mini (utilisé dans l'enquête Santé mentale en population générale) et modalités de calcul du niveau de risque suicidaire

Au cours du mois écoulé, avez-vous :	Au cours de votre vie,
Q1 - pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	Q6 - avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? OUI/NON
Q2 - voulu vous faire du mal ?	Il existe un risque suicidaire, si une réponse positive est apportée à une question ou plus. Ce risque est défini comme : - léger, si Q1 ou Q2 ou Q6 = OUI - moyen, si Q3 = OUI ou (Q2 et Q6) = OUI - élevé, si Q4 = OUI ou Q5 = OUI ou (Q3 et Q6) = OUI
Q3 - pensé à vous suicider ?	
Q4 - établi la façon dont vous pourriez vous suicider ?	
Q5 - fait une tentative de suicide ?	

²Trois réponses étaient proposées pour décrire l'intentionnalité de la tentative de suicide : « [A son propos] *Diriez-vous plutôt que 1 -vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu ? / 2 - vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace ? / 3 - votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir ?* »

1.3 > Escapad

Escapad est une enquête déclarative menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) auprès des jeunes de 17 ans lors des Journées Défense et Citoyenneté⁴ sur leurs consommations de substances psychoactives et leur santé [22]. Il s'agit d'une enquête par questionnaire autoadministré, complété dans les locaux de l'armée, organisée depuis 2000 et dont la 7^e édition s'est déroulée en mars 2011 auprès de 32 249 jeunes, dont 27 402 résidant en Métropole. Depuis 2008, plusieurs items portent sur les conduites suicidaires (renseignés, en 2011, par 21 172 jeunes métropolitains,

dont 2 161 résidant dans le Nord - Pas-de-Calais).

Les items portant sur les pensées suicidaires, les tentatives de suicide, celles ayant donné lieu à une hospitalisation, et l'âge à la 1^{ère} tentative, présents dans cette enquête, ont donné lieu au calcul de fréquences et de moyennes. Des comparaisons entre hommes et femmes, d'une part, entre Nord - Pas-de-Calais et le reste de la France, d'autre part, ont été réalisées, avec test de la significativité des écarts (test du khi-2) pour les fréquences et le test t de Student pour les moyennes d'âge à la 1^{ère} tentative.

➤ 2 Bases médico-administratives

Quatre bases médico-administratives ont fait l'objet d'une analyse approfondie en vue d'apprécier leur intérêt et leurs limites dans la connaissance régionale et infrarégionale de la tentative de suicide.

- Les appels au Samu avec évocation d'une tentative de suicide (Samu - Centres 15)
- Les entrées aux urgences avec un diagnostic de tentative de suicide (Oscour®)
- Les hospitalisations en médecine-chirurgie avec diagnostic de tentative de suicide (PMSI-MCO)
- Les prises en charge en psychiatrie avec diagnostic de tentative de suicide (Rim-P)

2.1 > Appels au Samu - Centre 15 pour tentative de suicide

Les appels téléphoniques au Samu - Centre 15 font l'objet d'une saisie lors de leur traitement par les Permanenciers auxiliaires de régulation médicale (Parm⁵) et -dans les cas les plus graves- les médecins régulateurs, qui établissent un diagnostic et décident de la réponse médicale adaptée. L'étude rétrospective a porté sur les appels passés au Samu - Centre 15 du Nord de 2009 à 2012 à propos de personnes de 10 ans et plus, domiciliées dans le département du Nord, pour lesquelles la tentative de suicide a été signalée durant l'appel. L'information

a été recherchée dans les rubriques «motif de l'appel» et «informations complémentaires». L'enregistrement comprend les informations temporelles (heure, jour de la semaine, mois et année), socio-démographiques (âge, sexe, lieu de résidence) et circonstancielles (le lieu de la tentative de suicide). Les distributions des tentatives de suicide selon l'âge et le sexe, par lieu, heure, jour de la semaine et mois ont été calculées (pour les distributions temporelles, les écarts relatifs aux moyennes -horaire, quotidienne et mensuelle- ont été présentés).

2.2 > Passages aux urgences pour tentative de suicide

Dans le cadre de l'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour®), certains services des urgences hospitaliers transmettent, à l'Institut de veille sanitaire les données de leurs résumés de passage aux urgences (RPU), sur une base de volontariat [12]. Les informations contenues dans le RPU comportent des données temporelles, des données socio-démographiques, des données diagnostiques, d'acte, ainsi que les modalités d'entrée et de sortie (hospitalisation, retour au domicile...) L'étude a porté sur les passages ayant eu lieu en 2012 impliquant des patients de 10 ans et plus dans des établissements du Nord - Pas-de-Calais, et présentant un

diagnostic principal (DP) ou diagnostic associé significatif (DAS) compris entre X60 et X84 (codes spécifiques des tentatives de suicide) ou T423, T424, T426 à T428, T430 à T436, T438, T439 (codes des intoxications aux psychotropes de la Cim-10) [23]. Les distributions des tentatives de suicide, selon l'âge et le sexe, par gravité du geste (selon la nomenclature de la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU)⁶, moyen employé, heure, jour de la semaine, mois, origine et destination après la fin du séjour, ont été calculées (pour les distributions temporelles, les écarts relatifs aux moyennes -horaire, quotidienne et mensuelle- ont été présentés).

³L'échantillon a été constitué par la méthode des quotas (sexe, âge et catégorie socio-professionnelle) dans chacun des sites ayant participé à l'enquête (secteurs de psychiatrie adulte). Un échantillon régional a été constitué en agrégeant les données des 14 sites ayant participé à l'enquête dans le Nord - Pas-de-Calais et redressé pour être représentatif de la population de 18 ans et plus. Enfin, un échantillon national a été constitué, sur le même principe [9, p 2].

⁴Jusqu'en 2010, ces journées étaient nommées Journées d'appel de préparation à la défense (JAPD).

⁵Les Parm sont devenus Assistants de régulation médicale (Arm) le 1^{er} juin 2012.

⁶La CCMU codifie l'état du patient en 7 modalités :

P : patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

1 : état clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.

2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Smur ou un service des urgences.

3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du Smur, sans mise en jeu du pronostic vital.

4 : situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiats.

5 : pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

D : patient déjà décédé à l'arrivée du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

2.3 > Séjours en médecine-chirurgie après tentative de suicide

Depuis 1991, les séjours en service de médecine, chirurgie ou obstétrique des établissements de santé, publics ou privés, font l'objet d'un recueil permanent, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), basé sur un résumé de sortie standardisé (RSS), comprenant des informations médicales et administratives [1]. L'exploitation a porté sur les séjours de personnes de 10 ans et plus, résidant dans le Nord - Pas-de-Calais hospitalisées en France entre 2009 et 2011, avec un diagnostic associé codé X60 à X84, correspondant aux lésions auto-infligées et auto-intoxications de la Cim-10. Les distributions des tentatives de suicide, selon l'âge et le sexe, mois de sortie d'hospitalisation, origine et destination (dont décès) après la fin du séjour, ont été calculées (pour les distributions temporelles, les écarts relatifs aux moyennes -horaire, quotidienne et mensuelle- ont été présentés).

Les taux standardisés par âge de séjours hospitaliers pour tentative de suicide ont été calculés par sexe, à deux niveaux :

- national par région ; standardisation sur la structure d'âge de la population française métropolitaine de 1999. Ces taux ont été calculés par l'Institut de veille sanitaire

[14, 15] ;

- régional par zone de proximité ; standardisation sur la structure d'âge de la population du Nord - Pas-de-Calais de 2011.

Un taux de réhospitalisation pour tentative de suicide, chez les patients hospitalisés en 2009, a été calculé selon la méthode de Kaplan-Meier, 6 mois, 12 mois, 18 mois et 24 mois après l'hospitalisation index⁷. La durée de suivi a été définie, pour les patients réhospitalisés, comme la durée entre la date d'hospitalisation index et la date de 2^e hospitalisation ; entre la date d'hospitalisation index et le 31 décembre 2011, pour les autres. Des analyses bivariées ont été employées pour comparer les taux de réadmission selon le sexe, la classe d'âge, la durée de l'hospitalisation index (évocatrice de la gravité du geste suicidaire), le département et la zone de proximité de résidence. Le test du Log-rank a été utilisé pour tester la significativité des écarts observés. Une analyse multivariée (par modèle des risques proportionnels de Cox, ou *proportional hazard model*) a recherché, parmi ces 5 variables, lesquelles étaient significativement associées au risque de réadmission dans les 12 mois suivant l'hospitalisation index.

2.4 > Prises en charge en service de psychiatrie de patients avec diagnostic de tentative de suicide

Le Rim-P comprend deux supports : le résumé par séquence (RPS), pour les patients admis en séjour (hospitalisation, à temps complet ou partielle, ou prise en charge dans différentes structures), commun à tous les établissements de santé, publics et privés, et le résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes, propre aux établissements lucratifs privés (financés par l'objectif quantifié national, OQN) [3]. La

sélection a porté sur les patients de 10 ans et plus suivis en 2011 dont un diagnostic au moins était codé X60 à X84. Cette source ne permet pas d'identifier les tentatives de suicide distinctes, plusieurs actes de prise en charge (entretien, hospitalisation ...) pouvant se rapporter à une personne ayant fait une seule tentative de suicide. Les distributions des suicidants selon l'âge et le sexe ont été calculées.

3 Mortalité

3.1 > Décès par suicide

La mortalité par suicide a été étudiée à partir des effectifs de décès résultant d'un geste délibéré et auto-infligé (codes Cim-10 X60 à X84) établis par le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CepiDC) à partir des certificats de décès⁸. Les taux standardisés de suicide, par sexe et par région, pour les années 2009-2011, sont présentés à partir des données diffusées par le CepiDC, la population de référence étant celle de la

France métropolitaine en 2006 [13]. A partir de la base des décès par suicide des personnes résidant dans le Nord - Pas-de-Calais⁹, ont été calculés des indices comparatifs de mortalité (ICM), sur la même période 2009-2011, par sexe, classe d'âge et zone de proximité, ainsi que leurs intervalles de confiance, selon la formule de Byar basée sur la Loi de Poisson, présentée par Breslow et Day [10, 11].

Par convention, les différentes bases et sources de données seront nommées dans la suite du document : Baromètre santé, SMPG, Escapad, Samu - Centre 15, Oscore®, PMSI-MCO, RimP et CepiDC.

Deux unités statistiques : la personne suicidaire et l'acte la concernant

Il convient de différencier les chiffres selon qu'ils portent

- sur les personnes (comptabilisées une seule fois durant une période d'étude)
- ou sur les actes de prise en charge (téléphonique, aux urgences, en hospitalisation ...)

Selon les sources, l'un et/ou l'autre comptage peuvent être réalisés. Les bases d'appel au Samu et de passages dans les services des urgences permettent la description des tentatives de suicide prises en charge ; les bases d'hospitalisation quant à elles (PMSI

et RimP) contiennent un code patient constant¹⁰. Dans le cas du PMSI-MCO l'étude des patients sans double compte, ainsi que celle de la récurrence suicidaire (quand une nouvelle hospitalisation pour tentative de suicide est enregistrée dans la base) en est rendue possible. Avec le RimP, il n'est cependant pas possible de savoir si plusieurs actes de soins se rapportent à plusieurs tentatives de suicide¹¹. Le détail du contenu des quatre bases est présenté dans le Tableau 3.

⁷Dans notre étude, le 1^{er} séjour MCO avec diagnostic de TS de l'année 2009.

⁸Le CepiDC a estimé, pour l'année 2006, à 9,4% la sous-estimation de la statistique établie à partir de cette source (8,7% chez les hommes et 11,5% chez les femmes). Cette estimation a été obtenue à partir d'une enquête sur les décès déclarés comme de cause inconnue, ou expertisés par les instituts médico-légaux, dont une partie s'est avérée être des suicides [4].

⁹Base obtenue, après accord de la Cnil, dans le cadre d'une convention CepiDC - FzRSM.

¹⁰Le code ANO est généré à partir du n° sécurité sociale, la date de naissance et le sexe du patient. Ce code permanent permet de retracer l'historique du patient dans le système de soins.

¹¹Un psychiatre rencontrant un suicidant chaque semaine durant un mois peut coder quatre fois un acte de soins ambulatoires avec un diagnostic de suicide, sans possibilité de savoir s'il y a eu un ou plusieurs gestes suicidaires.

2 Les pensées et les risques suicidaires

Pensées et risques suicidaires ne peuvent être appréhendés que par enquêtes spécifiques, en population générale ou en population prise en charge ; leur repérage constitue un enjeu important dans la prévention de la morbi-mortalité suicidaire. *Les enquêtes Baromètre santé, Escapad et SMPG ont été employées pour documenter les pensées et/ou les risques suicidaires.*

➤ 3,9% de la population adulte et 10,1% des jeunes de 17 ans déclarent avoir pensé à se suicider durant les douze derniers mois

Dans le Baromètre santé 2010, 3,9% des 1769 personnes interrogées (âgées de 15 à 85 ans) dans le Nord - Pas-de-Calais déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (3,1% des hommes et 4,9% des femmes - khi-2 avec $p < 0,05$).

Une extrapolation à la population du Nord - Pas-de-Calais de même âge¹² permet d'estimer à 123 500 habitants de la région le nombre de personnes ayant eu des pensées suicidaires

[intervalle de confiance à 95% : 95 000- 152 000].

Selon Escapad 2011, un jeune de 17 ans de la région sur dix (10,1%) déclare avoir eu des pensées suicidaires ; ce taux est presque deux fois plus élevé chez les filles que chez les garçons (13,2% vs 7,0%) ; les différences avec les niveaux enregistrés en France entière (respectivement 10,7%, 13,7% et 7,8%) ne sont pas statistiquement significatives.

➤ Un risque moyen ou élevé de suicide pour 4,6% de la population régionale

Pour 85,0% de l'échantillon constitué pour l'enquête SMPG dans le Nord - Pas-de-Calais, aucun risque suicidaire n'est retrouvé. 10,4% des personnes interrogées présentent un risque

léger au moment de l'enquête, 2,4% un risque moyen et 2,2% un risque suicidaire élevé [18].

¹² 3 163 185 habitants au 1^{er} janvier 2010. Source : Insee.



3

Les tentatives de suicide déclarées

► Un jeune sur 10 déclare avoir déjà tenté de se suicider

Trois enquêtes en population générale (SMPG, Baromètre santé et Escapad) permettent de connaître la part de la population déclarant avoir tenté de mettre fin à ses jours, durant sa vie et/ou les 12 derniers mois.

L'enquête SMPG établit à 8% la part des personnes de 18 ans et plus habitant en France métropolitaine déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire cette déclaration (9% vs 6%).

Selon l'édition 2010 du Baromètre Santé, enquête ayant adopté une méthodologie différente de celle de l'enquête SMPG (entretien par téléphone et non face à face, auprès de personnes de 15-85 ans), le chiffre est plus faible : 5,5% de l'échantillon déclare avoir fait une tentative de suicide (7,6% chez les femmes et 3,2% chez les hommes).

Selon les résultats de la même enquête de l'Inpes, le taux de tentative de suicide dans les 12 derniers mois s'élève à 0,5% (0,7% chez les femmes et 0,3% chez les hommes) en France et à 0,8% dans le Nord - Pas-de-Calais (écart région - reste France significatif avec $p < 0,05$).

Partant de cette fréquence, on peut estimer à 25 000 [intervalle de confiance à 95% : 12 000-38 000] le nombre d'habitants de la région de 15-85 ans ayant fait une tentative de suicide durant les 12 derniers mois.

A 17 ans, le taux de tentative de suicide durant la vie est beaucoup plus élevé : en 2008, dans le Nord - Pas-de-Calais, il concerne environ un jeune sur dix (9,8% vs 8,1% en France entière ; écart région - reste France significatif $p < 0,001$). Cf. Tableau 2.

Tout comme en France entière, les filles sont plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir fait une tentative de suicide et avoir été hospitalisées pour cette cause.

Pour ces deux variables, dans l'ensemble et pour chaque sexe, les jeunes de la région connaissent des niveaux significativement plus élevés de tentative de suicide. Entre 2008 et 2011, la fréquence des hospitalisations déclarées après tentative de suicide connaît de légères hausses (mais non significatives - $p > 0,05$) ; près d'une fille sur 25 (4,2%) et environ un garçon sur 100 (1,3%) disent avoir été hospitalisés après une tentative de suicide dans le région en 2011.

L'âge moyen à la première tentative de suicide s'élève à 14,5 ans dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011, sans différence marquante entre garçons et filles. Il n'y a pas de différence significative entre cet âge moyen et celui enregistré en France métropolitaine (14,2 ans - $p = 0,2535$).



Tableau 2. Fréquence des tentatives de suicide déclarées à 17 ans. Nord - Pas-de-Calais et France. 2008 et 2011.

	2008			2011			Evolution Npdc 2008 2011	Evolution France 2008 2011
	Nord - Pas-de-Calais	France	Ecart NPdC/ reste France 2008	Nord - Pas-de-Calais	France	Ecart NPdC/ reste France 2011		
% de tentative de suicide vie ensemble	9,8%	8,1%	***	nd	nd			
dont hospitalisation	2,5%	2,0%	***	2,8%	2,1%	*	NS	NS
% de tentative de suicide vie garçons	5,4%	4,3%	***	nd	nd			
dont hospitalisation	1,4%	1,1%	NS	1,3%	1,1%	NS	NS	NS
% de tentative de suicide vie filles	14,3%	11,9%	***	nd	nd			
dont hospitalisation	3,7%	3,1%	*	4,2%	3,2%	***	NS	NS
Age moyen à la première tentative ensemble	nd	nd		14,5	14,2	NS		
Age moyen à la première tentative garçons	nd	nd		14,7	13,6	NS		
Age moyen à la première tentative filles	nd	nd		14,5	14,4	NS		
N	3 030	38 207		2 161	27 172			

Source : OFDT – Escapad 2008 et 2011. Significativité des écarts : p<0,001 *** - p< 0,01 ** - p< 0,05 * - p.0,05 non significatif (NS).

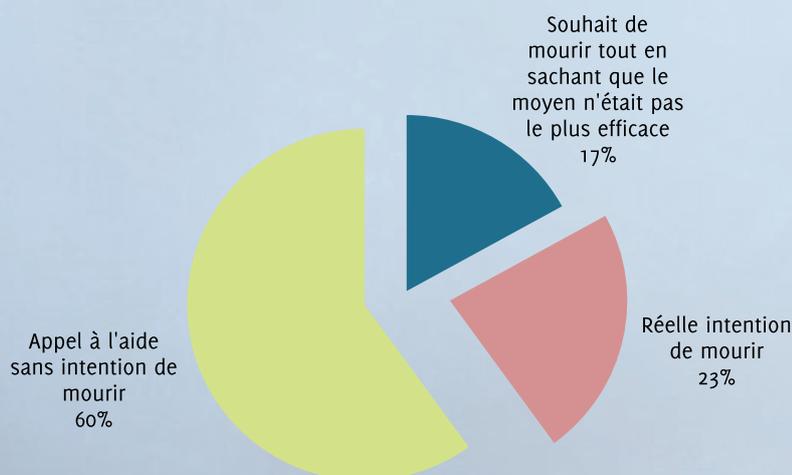
Exemple de lecture : en 2008, 9,8% des jeunes de 17 ans de la région Nord - Pas-de-Calais déclarent avoir fait une tentative de suicide, et 2,5% une tentative de suicide suivie d'une hospitalisation.

Une intentionnalité très variable

Deux sources permettent de différencier, chez les jeunes, les tentatives de suicide déclarées, selon leur intentionnalité et leur gravité. Dans le Baromètre santé 2011 (échantillon national), moins d'un quart des suicidants de 15-30 ans interrogés déclarent avoir réellement voulu mourir en passant à l'acte, alors que trois cinquièmes d'entre eux signalent qu'ils ont d'abord exprimé un appel à l'aide [8, pp240-241] (cf. figure 2).

Dans Escapad 2011, le taux de tentatives de suicide est environ 4 fois supérieur à celui de tentatives ayant donné lieu à hospitalisation, quels que soient le sexe et le territoire (cf. Tableau 2), ce qui suggère, dans 3 cas sur 4, une faible gravité -somatique ou psychologique- de l'acte déclaré, voire une pensée plus qu'un geste suicidaire.

Figure 2. Degré d'intention de mourir lors de la dernière tentative de suicide parmi les 15-30 ans. France. N=312.



Source : Inpes, Baromètre santé 2010

4 Les tentatives de suicide enregistrées

➤ Près de 11 000 séjours hospitaliers pour tentative de suicide enregistrés en 2011

Une part des tentatives de suicide sont médicalisées : elles peuvent donner lieu à un appel (au médecin généraliste, au Samu, aux pompiers ...), faire l'objet d'un passage aux urgences, d'une hospitalisation. Les services de psychiatrie sont également fréquemment confrontés à des patients suicidants.

Au Samu et dans les services hospitaliers, un enregistrement standardisé des sollicitations alimente des bases de données, d'où peuvent être extraites des informations sur les tentatives de suicide et les personnes concernées.

Tableau 3. Caractéristiques et nature des items renseignés dans les sources utilisées sur la tentative de suicide.

Description	Appels au Samu-centre 15	Passages aux urgences	Séjours en médecine-chirurgie	Prises en charge en service de psychiatrie
Nom de la source	-	Oscour®	PMSI	Rim-P
Caractère du recueil	Prospectif, volontaire	Prospectif, volontaire	Prospectif, obligatoire	Prospectif, obligatoire
Critère d'inclusion	TS évoquée lors de l'appel	Diagnostic associé X60-X84 ou T423, 424, 426-428, 43, 430-436, 438, 439	Diagnostic associé X60-X84	Diagnostic associé X60-X84
Critère géographique	Samu-centre 15 du Nord	Service implanté dans le NPdC	Domicile N ou PdC	Domicile N ou PdC
Années étudiées	2011	2012	2011 (2009-2011 pour la récidive)	2011
Participation*	1/2	5 /30	56 / 56 ¹	43 / 43
Unités statistiques				
Acte (geste)	•	•	•	**
Personne distincte		•	•	•
Nombre d'actes (tentatives de suicide)	7 843 (Nord) 6 823 (Pas-de-Calais) ¹³ 14 666 (région)	2 317 (2012)	11 104 (2011)	**
Population au 1 ^{er} janvier 2010			4 043 756	
Taux pour 100 000 habitants (2011)	363		275	
Nombre de personnes distinctes	***	***	9 327 (2011)	3 563 (2011)
Sexe	•	•	•	•
% femmes	55,0%	57,2%	57,1%	57,6%
Age	•	•	•	•
Age moyen et écart-type	37,9±14,9	38,5±16,6	37,8±15,2	38,3±16,2
Moyen de la TS		•	•	
Lieu de la TS	•			
Résidence	•	•	•	•
Mois	•	•	•	
Jour	•	•		
Heure	•	•		
Origine du suicidant		•	•	
Destination du suicidant		•	•	
Létalité (durant la prise en charge)			•	
Gravité du geste		•	•****	
Récidive			•	

*Nombre de participants (données utilisables) / Nombre d'attendus (services existants)

**Plusieurs prises en charge (entretiens, séjours, séances ...) pouvant être enregistrés pour une même personne ayant fait une (et une seule) tentative de suicide, le nombre de tentatives de suicide ne peut être connu avec le Rim-P. Les personnes distinctes peuvent, quant à elles, être dénombrées

*** Effectif non disponible

**** Gravité estimée à partir de la durée de l'hospitalisation

¹ 56 services dont 28 déclarent 10 cas ou plus par an durant la période d'étude

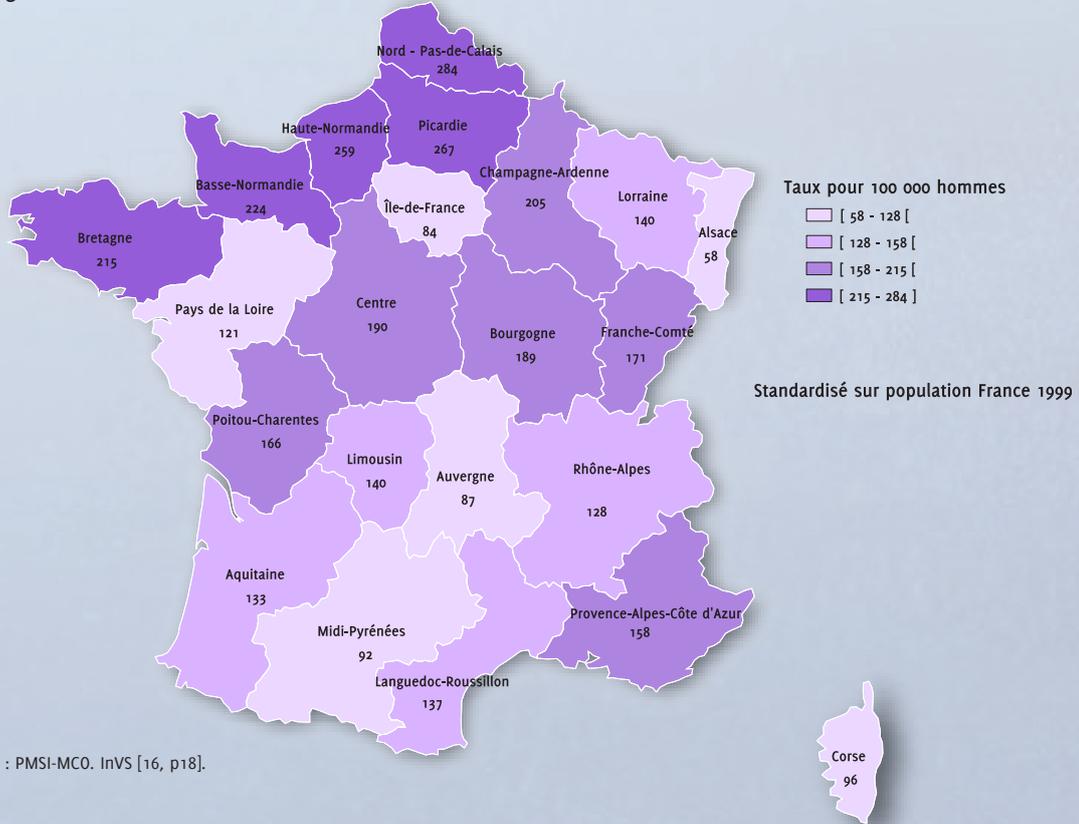
¹³ 6 823 appels pour tentative de suicide ont été enregistrés par le Samu - Centre 15 du Pas-de-Calais en 2011. La base transmise n'a cependant pas pu être exploitée dans cette étude.

De forts taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Les hommes au 1^{er} rang, les femmes au 2nd

En 2011, le Nord - Pas-de-Calais fait partie des régions où les taux de séjours hospitaliers en médecine-chirurgie pour tentative de suicide¹⁴ sont les plus élevés : 284 cas pour 100 000 chez les hommes, qui occupent le 1^{er}

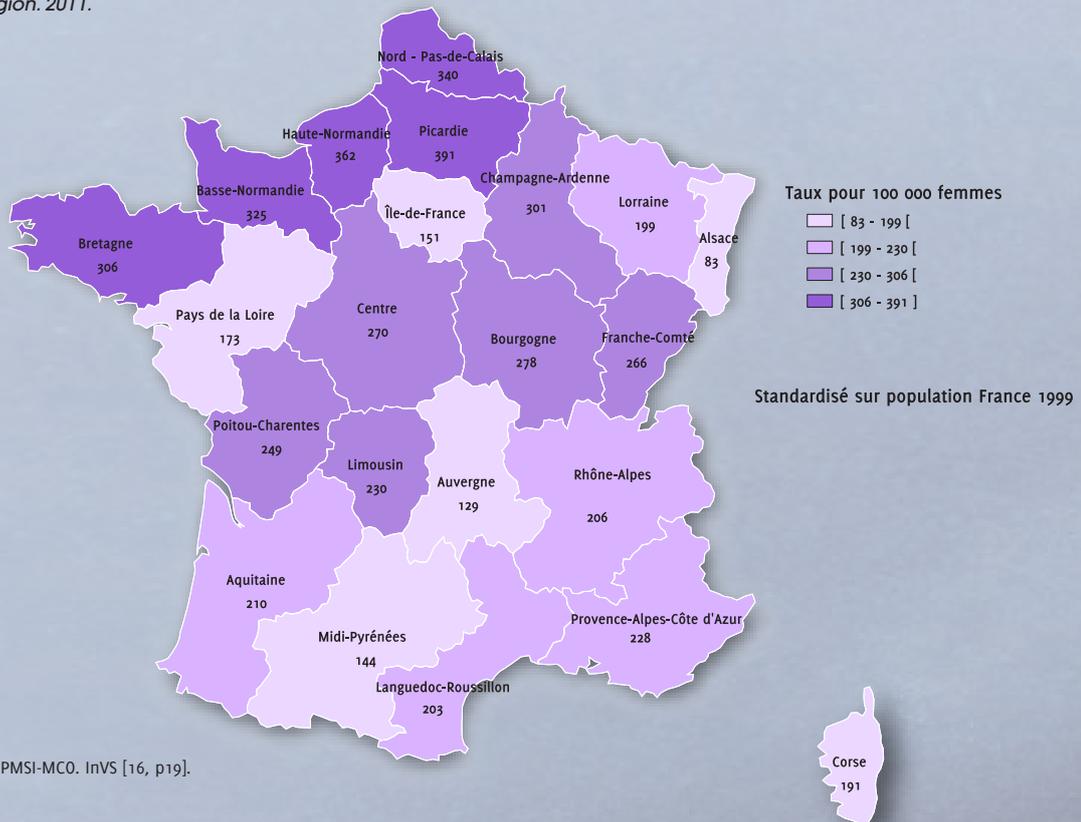
rang des 22 régions métropolitaines, et 340 cas pour 100 000 chez les femmes, qui occupent le 2^e rang après la Haute-Normandie.

Carte 1. Taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO avec diagnostic de tentative de suicide pour 100 000 hommes par région. 2011.



Source : PMSI-MCO. InVS [16, p18].

Carte 2. Taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO avec diagnostic de tentative de suicide pour 100 000 femmes par région. 2011.



Source : PMSI-MCO. InVS [16, p19].

¹⁴ Basé sur le nombre d'hospitalisations et non de personnes hospitalisées distinctes, cet indicateur ne considère donc pas les récidives, fréquentes en matière de tentative de suicide.

Les zones rurales du Nord - Pas-de-Calais connaissent souvent des taux supérieurs aux valeurs régionales

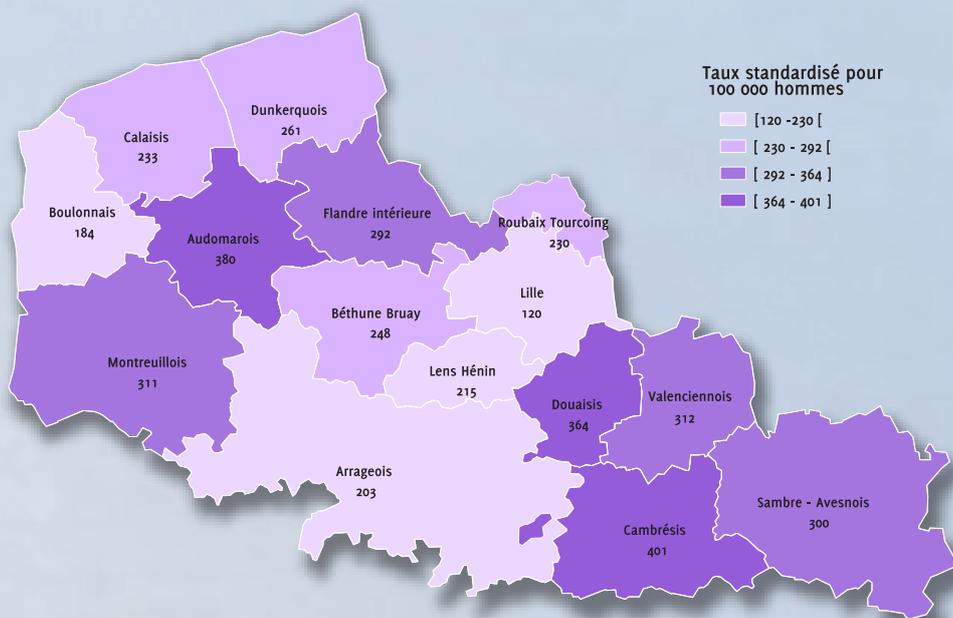
Partant de la même source, les taux infrarégionaux de tentative de suicide ont également été calculés, par département, d'une part, par zone de proximité, d'autre part¹⁵. Le Pas-de-Calais enregistre un taux d'hospitalisation avec diagnostic de tentative de suicide 1,8 fois supérieur à celui du Nord (373 vs 213 séjours pour 100 000 habitants).

Tant chez les femmes que chez les hommes, les taux d'hospitalisation sont les plus élevés dans certaines zones peu urbanisées du Nord - Pas-de-Calais : Cambrésis, Audomarois et Douaisis, ainsi que – dans une

moindre mesure – le Montreuillois et, pour les femmes uniquement, la Flandre intérieure.

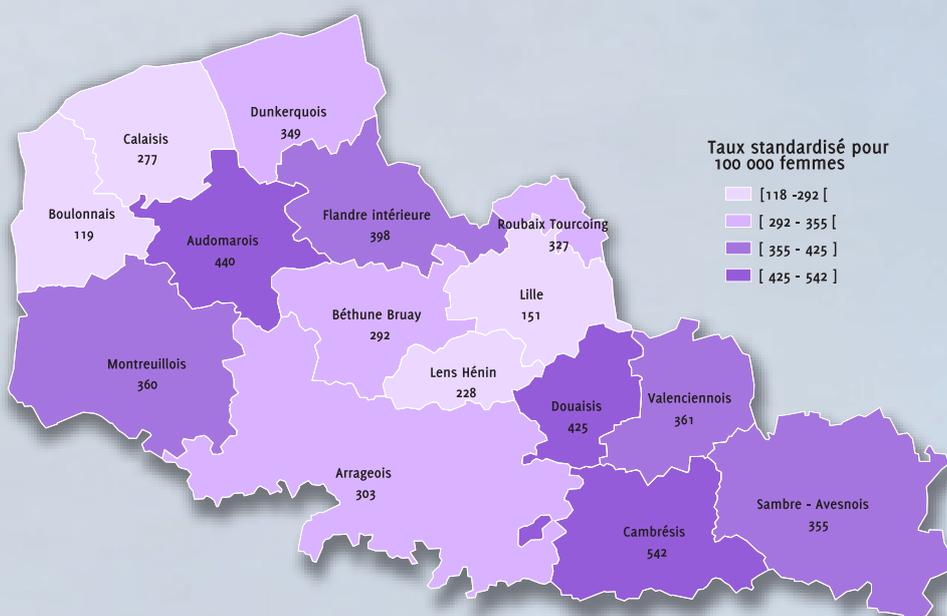
Mais la ruralité n'est pas systématiquement associée aux forts taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, comme l'illustrent l'Arrageois et le Boulonnais. La zone de Lille enregistre le plus faible taux chez les hommes, et le 2^e plus faible chez les femmes, mais il faut souligner que les personnels d'un service de réanimation d'un grand établissement qui y est implanté codent très rarement le caractère suicidaire des intoxications qui y sont prises en charge¹⁶.

Carte 3. Taux standardisés d'hospitalisation en médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide pour 100 000 hommes, par zone de proximité. Nord - Pas-de-Calais. 2011. Hommes.



Source : PMSI-MCO. ARS Nord - Pas-de-Calais. Traitement : F2RSM.

Carte 4. Taux standardisés d'hospitalisation en médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide par zone de proximité. Nord - Pas-de-Calais. 2011. Femmes.



Source : PMSI-MCO. ARS Nord - Pas-de-Calais. Traitement : F2RSM.

¹⁵ Les taux standardisés dépendent de la population de référence considérée ; pour les taux régionaux, c'est la structure par âge et sexe de la France de 1999 qui a été employée. Pour les taux infrarégionaux, c'est celle de la région Nord - Pas-de-Calais de 2010 qui a été utilisée. La comparaison des taux régionaux et infrarégionaux n'est donc pas légitime.

¹⁶ Le sous-codage constitue une limite récurrente du PMSI, système d'information d'abord médico-économique et non épidémiologique.

► Une évolution à la baisse des tentatives de suicide enregistrées de 2009 à 2011

Durant la période 2009-2011, les nombres d'appels au Samu du Nord pour tentative de suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais connaissent une baisse, régulière au Samu

(-10,2%), irrégulière en MCO (-2,4%) ; ces baisses sont plus importantes que celles enregistrées pour la mortalité (-1,0% cf. Tableau 9 p 29).

Tableau 4. Evolution du nombre d'appels au Samu - Centre 15 pour tentative de suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide. Nord et Nord - Pas-de-Calais. 2009-2011.

	Appels pour TS Nord	Hospitalisations pour TS NPdC
2009	8 738	11 373
2010	8 477	11 440
2011	7 843	11 104
Evolution 2009-2011	-10,2%	-2,4%

Sources : Samu - Centre 15 du Nord - PMSI-MCO. ARS Nord - Pas-de-Calais.

► Les trentenaires et quadragénaires les plus concernés par la tentative de suicide

Indicateur	Source/s employée/s			
	Samu - Centre 15	Oscour®	PMSI - MCO	RimP
Sexe	■	■	■	■
Age	■	■	■	■

Quelle que soit la source, les femmes sont toujours majoritaires : elles représentent 58,0% des passages aux urgences pour tentative de suicide ; 55,5% des appels pour tentative de suicide au Samu ; 56,8% des hospitalisations en MCO pour tentative de suicide et 57,6% des patients pris en charge en psychiatrie avec un diagnostic de tentative de suicide.

Les sources sur la tentative de suicide permettent d'établir des courbes d'âge selon le sexe assez proches (cf. Figure 3) :

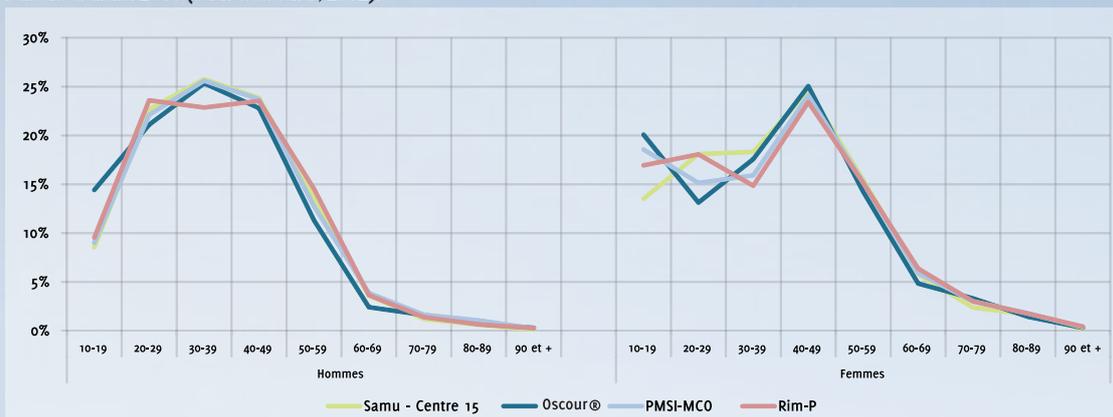
- les hommes de 10-19 ans représentent environ un cas de tentative de suicide sur dix ; les classes d'âges suivantes (de 20 à 49 ans) sont celles où le

nombre de cas est le plus élevé. Les tentatives de suicide sont ensuite beaucoup moins nombreuses et ne touchent que très rarement des personnes âgées de 70 ans ou plus.

- chez les femmes, la courbe est bimodale : les 10-19 ans et, plus encore les quadragénaires, présentent les nombres les plus élevés de cas. Aux âges supérieurs, tout comme pour les hommes, une baisse régulière est observable.

En plus des adolescentes, les femmes trentenaires et les quadragénaires des deux sexes devraient faire l'objet d'une attention prioritaire dans les actions et programmes de prévention du suicide.

Figure 3. Répartition des cas de tentative de suicide selon la classe d'âge et le sexe. En % de l'ensemble des cas. Nord - Pas-de-Calais. 2011 (sauf Oscour®, 2012).



Sources : Samu - Centre 15 du Nord. InVS-Oscour®. ARS Nord - Pas-de-Calais - PMSI-MCO. ATIH - Rim-P.

► Un patient sur 5 hospitalisé en médecine-chirurgie pour tentative de suicide est ensuite hospitalisé en psychiatrie

Indicateur	Source/s employée/s			
	Samu – Centre 15	Oscour®	PMSI – MCO	RimP
Origine		■	■	
Destination		■	■	

La figure ci-dessous permet d'apprécier les parcours des patients, avant et après leur prise en charge aux urgences, d'une part, avant et après leur hospitalisation en MCO, d'autre part.

La quasi-totalité des admissions aux urgences pour tentative de suicide ont pour origine le domicile des patients, qui constitue également la destination à l'issue du passage aux urgences, dans environ un quart des cas (23,6%), ce qui évoque une gravité faible (ou une sortie contre avis médical). Dans les autres cas,

les patients sont hospitalisés, dans un autre service de l'établissement (3 cas sur 5) ou dans un autre établissement (un peu plus d'un cas sur 10).

Quand ils sont hospitalisés en MCO avec un diagnostic de tentative de suicide, les patients sont le plus souvent transférés des urgences (77,2%) ou proviennent directement de leur domicile (21,7%), lieu où ils vont très majoritairement retourner après leur séjour (71,9%). Les autres patients sont transférés, en psychiatrie (20,7%) ou dans un autre service (7,0%).

Figure 4. Origine et destination des patients avec un diagnostic de tentative de suicide, pris en charge dans les services des urgences (2012) et hospitalisés dans les services de MCO (2011).



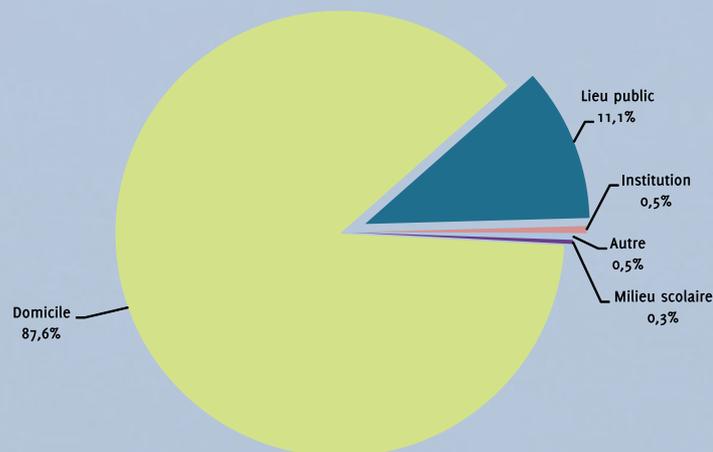
Sources : InVS-Oscour®, PMSI-MCO - ARS Nord - Pas-de-Calais. Rim-P - ATIH.

Exemple de lecture : 23,6% des personnes passées aux urgences pour tentative de suicide regagnent leur domicile après avoir été prises en charge.

➤ Lieu de la tentative de suicide : près de 9 fois sur 10 à domicile

Indicateur	Source/s employée/s			
	Samu – Centre 15	Oscour@	PMSI – MCO	RimP
Lieu	■			

Figure 5. Lieu de la tentative de suicide décrit lors de l'appel au Samu – Centre 15. Nord. 2011. En %.



Source : Samu – Centre 15 du Nord.

La majorité des tentatives de suicide ont lieu au domicile (86,8%), près d'une tentative sur 10 dans un endroit public (11,0%) et 1,2% en milieu scolaire (cf. figure 5). Les hommes sont 2 fois plus nombreux que les femmes à tenter de se suicider dans un lieu public (14,9% vs 7,2%) ; par rapport à ces der-

nières, ils font moins souvent des tentatives de suicide à domicile (83,7% vs 89,9%) ou en milieu scolaire (0,5% vs 2,0%).

Chez les jeunes (10-24 ans) 8 tentatives de suicide sur 10 ont lieu au domicile (81,1%), 12,7% dans un lieu public et 5,6% en milieu scolaire.

Plus de tentatives en fin de journée

Indicateur	Source/s employée/s			
	Samu - Centre 15	Oscour®	PMSI - MCO	RimP
Heure	■	■		
Jour	■	■		
Mois	■	■	■	

Heure de la tentative de suicide

Figure 6. Répartition des tentatives de suicide selon l'heure de leur prise en charge. Ecart relatif à la moyenne. En %.



Sources : Samu - Centre 15 du Nord. InVS-Oscour®.

Exemple de lecture : à 2H du matin, le nombre de tentatives de suicide enregistrées est 2 fois inférieur (-50%) à la moyenne horaire ; à 21H, il est 2 fois plus élevé (+100%).

Des tentatives de suicide sont prises en charge à toutes les heures de la journée, mais avec une fréquence très variable. C'est à 5-6H que leur nombre est le plus faible ; il augmente ensuite, assez régulièrement, au long de la journée, pour

atteindre son maximum à 20H, pour les appels au Samu - centre 15, et à 21H pour les passages aux urgences (l'écart d'une heure étant sans doute celui du temps nécessaire au transport du patient jusqu'à l'hôpital).

Jour de la tentative de suicide

Figure 7. Répartition des tentatives de suicide selon le jour de la semaine. Ecart relatif à la moyenne. En %.



Sources : Samu - Centre 15 du Nord. InVS-Oscour®.

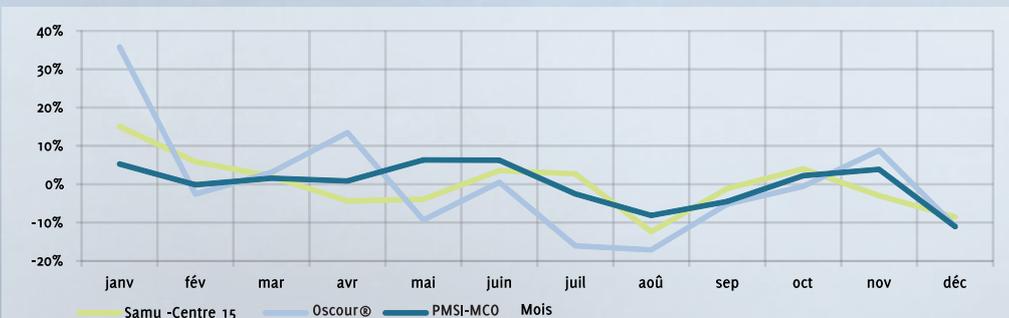
Exemple de lecture : le lundi, les passages aux urgences pour tentative de suicide sont d'environ 10% plus nombreuses qu'en moyenne journalière.

Le centre 15 enregistre le plus grand nombre d'appels pour tentatives de suicide le dimanche, puis le lundi ; dans les bases Oscour®, alors que le week-end connaît un nombre

de cas relativement faible, le lundi est le jour du plus grand nombre de prises en charge de tentatives. Dans les deux sources, les cas sont moins nombreux en milieu de semaine.

Distribution saisonnière

Figure 8. Mois de la tentative de suicide. Ecart relatif par rapport à la moyenne. Ecart relatif à la moyenne. En %.



Sources : Samu - Centre 15 du Nord. InVS-Oscour®.

Exemple de lecture : durant le mois de janvier, le Samu-Centre 15 enregistre un nombre d'appels pour tentative de suicide 15% supérieur à la moyenne mensuelle.

Dans les bases du Samu - centre 15, le plus grand nombre d'appels pour tentative de suicide est enregistré en janvier et octobre, le plus faible en août.

Dans les données issues de Oscour®, les passages aux urgences pour tentative de suicide sont particulièrement nombreux durant le mois de janvier et le moins nombreux les mois de juillet et août. Enfin, dans les bases PMSI-MCO,

ce sont aux mois de mai-juin et d'octobre-novembre que les séjours avec ce diagnostic sont les plus nombreux.

Les sources d'information sont concordantes un mois sur 2 : en janvier, mars et juin il y a plus de tentatives de suicide qu'en moyenne, alors qu'en août, septembre et décembre elles sont moins nombreuses.

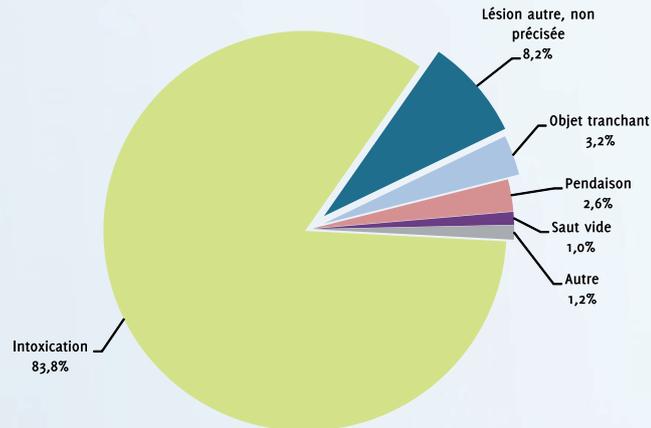
Des tentatives de suicide surtout par auto-intoxication

Indicateur	Source/s employée/s			
	Samu - Centre 15	Oscour®	PMSI - MCO	RimP
Moyen employé		■	■ 17	
Gravité du geste		■		

Plus de 4 tentatives sur 5 décrites (83,8%) dans Oscour® sont des auto-intoxications ; c'est un mode plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Les moyens vio-

lents (arme, objet tranchant, saut dans le vide, pendaison ...) sont beaucoup plus rares (6,8%), mais un peu plus choisis par les hommes que par les femmes.

Figure 9. Répartition des prises en charge aux urgences pour tentative de suicide selon le moyen employé. Nord - Pas-de-Calais. 2012..



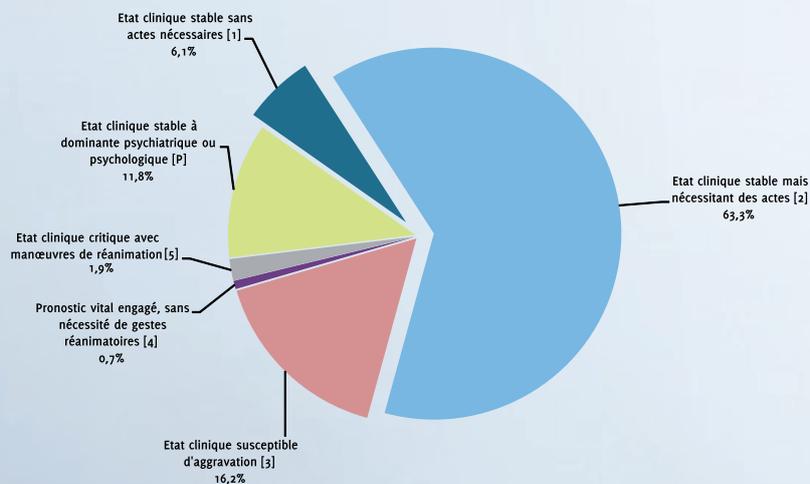
Source : InVS - Oscour®.

Peu de gestes suicidaires nécessitant une réanimation

Dans le chapitre consacré aux tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes en population générale (cf. figure 2 p 13), la faible proportion de jeunes déclarant avoir une intention de se donner la mort a été soulignée : la grande majorité des jeunes ayant déclaré une tentative de suicide ne souhaitait pas mourir, mais mettre fin à ses souffrances. Cette diversité de situations (on peut faire l'hypothèse que les moyens employés et les conséquences cliniques varient

avec l'intentionnalité) se retrouve dans la gravité de l'état clinique des suicidants par les services des urgences¹⁸. Dans 4 cas sur 5 (81,2%) l'état clinique du patient est jugé stable ; cependant il nécessite le plus souvent des actes (63,3%) ou a une dominante psychiatrique/psychologique (11,8%). Le pronostic vital n'est engagé que dans moins d'un cas sur 100 (0,7%)¹⁹.

Figure 10. Répartition des prises en charge aux urgences pour tentative de suicide selon la gravité du geste. Nord - Pas-de-Calais. 2012.



Source : InVS - Oscour®.

¹⁷ Information omise lors de la demande d'extraction (et donc non présentée ici).

¹⁹ Certains décès de personnes entrées pour tentative de suicide se produisent cependant à l'hôpital (cf. Figure 4, p 18)

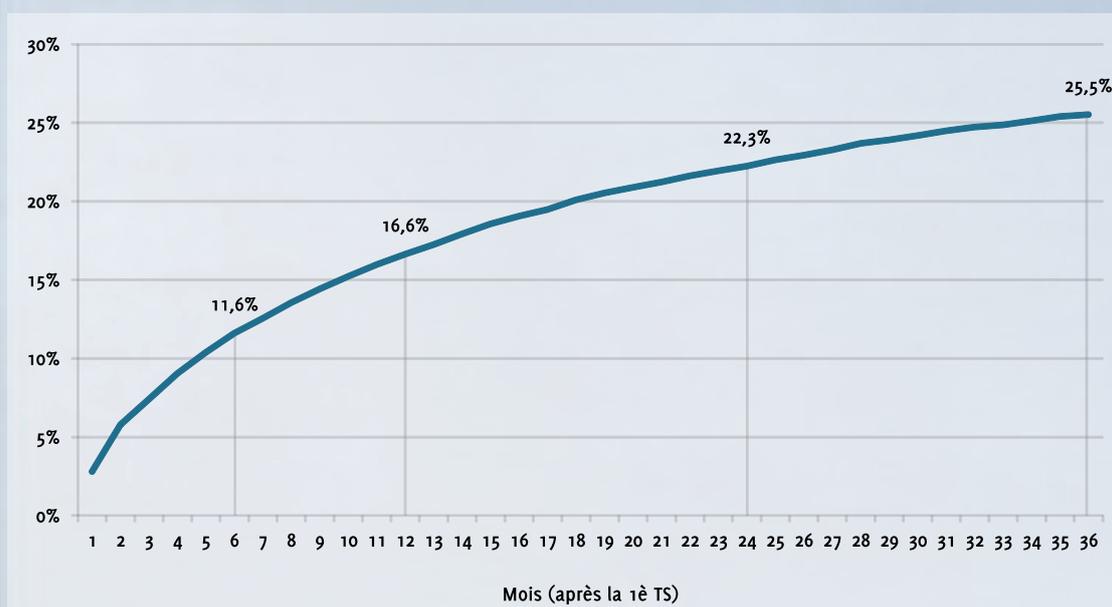
➤ Environ une personne suicidante sur 10 réitère son geste dans le semestre suivant son hospitalisation

Indicateur	Source/s employée/s			
	Samu – Centre 15	Oscour®	PMSI – MCO	RimP
Récidive			■	
Létalité			■	

Si l'on considère une nouvelle hospitalisation pour tentative de suicide comme indicateur de récurrence suicidaire, il est possible d'affirmer qu'environ une personne sur 10 est concernée dans les 6 mois

suivant l'hospitalisation-index, une sur 6 dans les 12 mois, une sur 5 dans les 2 ans et une sur 4 dans les 3 ans (cf. Figure 11)²⁰.

Figure 11. Taux de réhospitalisation pour tentative de suicide selon la durée de suivi chez les personnes hospitalisées pour ce motif en 2009.



Sources : ARS Nord - Pas-de-Calais - PMSI-MCO.

Exemple de lecture : 11,6% des personnes hospitalisées pour tentative de suicide connaissent un 2nd séjour pour le même motif dans les 6 mois qui suivent.

²⁰ Le taux de 16,6% est très proche de celui présenté par Carroll (16,3%, intervalle de confiance à 95% 15,1-17,7%) dans une méta-analyse publiée en 2014 [13], mais plus élevé que celui établi par Chan-Chee (12,8%) à partir de la même source en France métropolitaine sur la période 2004-2011 [16].

Nous avons étudié la récurrence suicidaire des 9 723 personnes ayant connu une hospitalisation avec un diagnostic de tentative de suicide en MCO durant l'année 2009.

Une analyse bivariée permet d'établir (cf. Tableau 5) que les trentenaires et les quadragénaires sont les catégories d'âge les plus sujets à la récurrence (un cas sur 5 à 12 mois)²¹, alors que les personnes âgées de 70 ans et plus connaissent les taux de récurrence les plus faibles (moins d'un cas sur 10 à 12 mois) ; le plus fort taux de mortalité de ces dernières peut être à l'origine de cette observation (un décès –éventuellement par suicide– peut intervenir avant une nouvelle tentative de suicide).

A un niveau départemental, quelle que soit la durée écoulée après l'hospitalisation-index, le Nord présente des taux de récurrence toujours supérieurs à ceux du Pas-

de-Calais ; les différences, statistiquement significatives ($p=0,008$) sont cependant modestes.

Le Cambrésis apparaît comme la zone de plus forte récurrence suicidaire, avec un taux de 22,1% à un an²². 2 ans après l'hospitalisation-index, ce sont près de 3 personnes suicidaires sur 10 qui ont réitéré leur geste. Le Boulonnais, à l'inverse, connaît les taux de récurrence les plus faibles, à 12, 18 et 24 mois, alors que la zone de Calais, à un mois (1,3%), et de Lille, à 6 mois (8,9%), présentent également de faibles valeurs.

La durée de l'hospitalisation-index, par hypothèse variable selon la gravité du geste suicidaire, n'est quant à elle pas significativement reliée à la fréquence de la récurrence ; au contraire, on observe les taux de récurrence les plus élevés chez les patients qui ont été hospitalisés moins d'une journée lors de leur 1^{er} séjour et les plus faibles chez ceux ayant été hospitalisés 2 jours ou plus.

Tableau 5. Taux de réhospitalisation pour tentative de suicide en MCO à 1, 6, 12, 18 et 24 mois, selon sexe, âge, durée du séjour et variables géographiques.

Variable	Modalité	N	Taux de réhospitalisation					Pr > khi-2
			Mois 1	Mois 6	Mois 12	Mois 18	Mois 24	
Ensemble		9 723	2,8%	11,6%	16,6%	20,1%	22,3%	
Sexe	Hommes	4 094	3,3%	12,5%	17,1%	20,7%	22,6%	0,499
	Femmes	5 629	2,4%	11,0%	16,3%	19,7%	22,0%	
Classe d'âge	10-19 ans	1 477	3,0%	9,8%	14,0%	16,7%	17,9%	<0,001
	20-29 ans	1 805	2,6%	10,7%	14,6%	17,2%	18,7%	
	30-39 ans	1 960	3,4%	14,4%	19,7%	23,8%	25,9%	
	40-49 ans	2 249	3,4%	13,9%	20,4%	24,9%	27,6%	
	50-59 ans	1 399	1,7%	9,9%	15,2%	18,7%	22,1%	
	60-69 ans	457	2,4%	8,8%	12,7%	15,3%	17,9%	
	70 ans et +	376	1,3%	4,8%	8,8%	10,9%	11,4%	
Zone de proximité	Arrageois	666	3,0%	11,1%	17,4%	21,8%	23,3%	0,008
	Audomarois	375	2,9%	12,3%	18,9%	22,4%	25,3%	
	Béthune Bruay	734	2,0%	9,4%	14,0%	18,0%	20,2%	
	Boulonnais	283	2,5%	8,1%	11,3%	16,3%	17,7%	
	Calaisis	213	1,4%	12,2%	16,0%	19,3%	21,6%	
	Cambrésis	547	4,8%	16,8%	22,1%	26,1%	28,5%	
	Douaisis	884	2,3%	12,3%	17,7%	22,3%	26,2%	
	Dunkerquois	697	3,2%	12,2%	17,9%	21,0%	22,1%	
	Flandre intérieure	539	2,4%	12,6%	17,3%	21,2%	23,0%	
	Lens Henin	705	3,0%	10,5%	16,5%	19,4%	21,1%	
	Lille	1 039	1,6%	8,9%	13,6%	17,2%	19,7%	
	Montreuillois	280	3,2%	11,1%	15,7%			
	Roubaix Tourcoing	1 030	2,3%	12,3%	17,0%	19,9%	22,2%	
	Sambre - Avesnois	508	3,9%	13,0%	18,3%	20,5%	22,1%	
	Valenciennois	1 026	3,9%	12,8%	16,9%	20,0%	22,1%	
VM*	197							
Département	Nord	6 270	2,9%	12,3%	17,2%	20,6%	23,0%	0,007
	Pas-de-Calais	3 256	2,6%	10,4%	15,7%	19,1%	21,0%	
	VM*	197						
Durée 1 ^{ère} hospitalisation	Moins d'un jour	2 159	3,1%	12,1%	17,1%	20,8%	23,2%	0,151
	Un jour	5 800	2,7%	11,8%	16,8%	20,2%	22,3%	
	2 jours ou +	1 764	2,8%	10,4%	15,4%	18,8%	20,9%	

1,4% taux le plus faible, 4,8% taux le plus fort parmi les modalités de la variable, dans le cas de différences significatives entre les distributions ($p<0,05$).
*Valeurs manquantes

²¹Il faut signaler que le sur-risque d'hospitalisation pour tentative de suicide des trentenaires et quadragénaires, présenté plus haut, est, pour partie, statistiquement lié à cette propension à la réitération de l'acte (un même sujet étant pris en compte plusieurs fois s'il est réhospitalisé).

²²Ibidem (le Cambrésis présente le plus fort taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, chez les hommes et chez les femmes ; cf. p16).

Enfin, pour affiner l'étude des facteurs liés à la récurrence, une analyse multivariée (par modèle des risques proportionnels de Cox, ou *proportional hazard model*) confirme plusieurs des résultats obtenus par analyse bivariée ; ainsi le sexe n'est pas statistiquement lié à des variations de taux, alors que le Pas-de-Calais connaît une situation moins exposée que celle du Nord

(HR=0,7 - p=0,03). Les trentenaires et quadragénaires présentent 2,5 fois plus de risques de connaître une nouvelle hospitalisation pour tentative de suicide (respectivement HR=2,4 et 2,6 - p<0,001). Enfin, se confirme que la durée de séjour de l'hospitalisation-index n'est pas statistiquement reliée aux variations des taux de récurrence.

Tableau 6. Rapports de risques proportionnels de réhospitalisation pour tentative de suicide à 12 mois (modèle de Cox).

Variable	Modalité	Rapport de risques (hazard ratio, HR)	Intervalle de confiance 95%	Pr > Khi-2
Sexe	Femmes	1,0	0,9-1,1	0,79
	Hommes (réf.)	1,0		
Age	10-19 ans vs	1,6	1,1-2,1	0,00
	20-29 ans	1,7	1,3-2,3	0,00
	30-39 ans	2,4	1,8-3,3	<,0001
	40-49 ans	2,6	2,0-3,5	<,0001
	50-59 ans	2,0	1,5-2,8	<,0001
	60-69 ans	1,7	1,2-2,4	0,00
	70 ans et + (réf.)	1,0		
Département résidence	Pas-de-Calais	0,7	0,5-1,0	0,03
	Nord (réf.)	1,0		
Zone de proximité résidence	Arrageois	1,4	1,0-1,9	0,049
	Audomarois	1,5	1,1-2,1	0,02
	Béthune - Bruay	1,2	0,9-1,6	0,30
	Boulonnais (réf.)	1,0		
	Calaisis	1,3	0,9-1,9	0,22
	Cambrésis	1,3	1,1-1,6	0,01
	Douaisis	1,1	1,0-1,4	0,13
	Dunkerquois	1,0	0,9-1,3	0,68
	Flandre Intérieure	1,0	0,8-1,3	0,74
	Lens - Hénin	1,3	0,9-1,8	0,11
	Lille	0,8	0,7-1,0	0,07
	Montreuillois	1,3	0,9-1,9	0,16
	Roubaix - Tourcoing	1,0	0,9-1,2	0,66
	Sambre - Avesnois	1,0	0,8-1,2	0,95
Valenciennois	.	.	.	
Durée 1ère hospitalisation pour tentative de suicide	<24 heures (réf.)	1,0		
	1 jour	1,0	0,9-1,1	0,66
	2 jours et plus	1,0	0,9-1,1	0,94

➤ Conclusions sur les tentatives de suicide

Les écarts importants observés entre le nombre de tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes en population et le nombre de tentatives enregistrées dans les bases de données (Samu, PMSI-MCO et Rim-P) confirment que la tentative de suicide est une notion aux contours variables. Un sujet interrogé par une enquête anonyme et confidentielle peut déclarer en avoir effectué une alors qu'il n'en a jamais informé un tiers ou qu'il n'a jamais sollicité une intervention médicale ou des pompiers ; il peut aussi s'adresser à un professionnel de santé ou un service, dont l'activité n'est pas enregistrée dans les bases médico-administratives.

Dans certains services d'hospitalisation, en cas d'intoxication volontaire, est privilégié le codage du

tableau clinique qui a justifié l'intervention, en omettant de préciser le caractère suicidaire du geste. Il peut s'agir d'un déni de la réalité vécue par la personne (les raisons invoquées du geste sont jugées illégitimes ou le moyen employé est considéré comme trop léger par le professionnel pour répondre à la définition implicite qu'il a de la tentative de suicide). Il peut également s'agir d'un moyen d'éviter une prise en charge plus complexe, nécessitant l'intervention d'un membre d'un service psychiatrique. Les tentatives enregistrées ne sont donc que la partie émergée de l'iceberg.

5

Les décès par suicide

Le suicide est appréhendé à partir du certificat établi lors du décès, pour lequel une lésion auto-infligée est indiquée en cause initiale²³. Près de 11 000 suicides ont été enregistrés en France en 2011, dont près de 800 dans le Nord - Pas-de-Calais ; trois quarts de ces décès concernent des hommes. Les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes âgées et chez les 45-54 ans. Si la mortalité suicidaire baisse depuis plusieurs décennies, les taux enregistrés en région demeurent plus élevés qu'en France, dans le Pas-de-Calais plus encore que dans le Nord. Certaines zones rurales connaissent ainsi deux fois plus de décès qu'en moyenne nationale.

Nombre de décès et indicateurs de mortalité

Le nombre de décès par suicide correspond au nombre de cas où la mort résulte d'un geste délibéré et auto-infligé (codes Cim-10 X60 à X84).

Le **taux de mortalité** est le nombre de décès rapporté à la population de la zone d'étude (dans notre cas les taux sont calculés pour 100 000 habitants).

Le **taux standardisé de mortalité** pondère le taux brut pour prendre en compte les différences structurelles de population entre zones d'étude comparées.

L'**indice comparatif de mortalité (ICM)** est le rapport, multiplié par 100, entre le nombre de décès observés et celui qu'aurait connu la zone d'étude si elle avait eu les mêmes taux de mortalité (par sexe et classe d'âge) que la population de référence. Si les différences sont significatives au test de khi-2, un ICM supérieur à 100 exprime une surmortalité, alors qu'un taux inférieur à 100 une sous-mortalité.

Les taux de suicide de la région Nord - Pas-de-Calais et du département du Pas-de-Calais plus élevés qu'en moyenne nationale

10 359 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine en 2011, dont 795 dans la région Nord - Pas-de-Calais (450 dans le Nord et 345 dans le Pas-de-Calais). Le taux de mortalité par suicide s'établit à 16,4 pour 100 000 personnes en France métropolitaine.

Les régions et départements situés dans la partie nord-ouest de la France connaissent en général des taux standardisés de mortalité plus élevés, chez les hommes. Pour les femmes, 3 des 4 régions connaissant les plus forts taux de suicide, Bretagne, Basse-Normandie et Nord - Pas-de-Calais, sont situées dans ce même nord-ouest

de la France, mais on observe des écarts à la moyenne moins élevés (cf. cartes 5 et 6). Le Nord - Pas-de-Calais occupe le 3^e rang des régions pour les hommes (avec un taux standardisé de mortalité par suicide de 37,1 pour 100 000 en 2009-2011) et le 4^e pour les femmes (9,5 pour 100 000). Au niveau départemental, le Nord occupe le 29^e rang pour les hommes (33,0 suicides pour 100 000) et le 22^e pour les femmes (9,6 pour 100 000) ; le Pas-de-Calais connaît un très défavorable 4^e rang pour les hommes (44,1) et le 28^e pour les femmes (9,5).

Tableau 7. Effectifs et taux standardisés de mortalité par suicide. Moyenne 2009-2011.

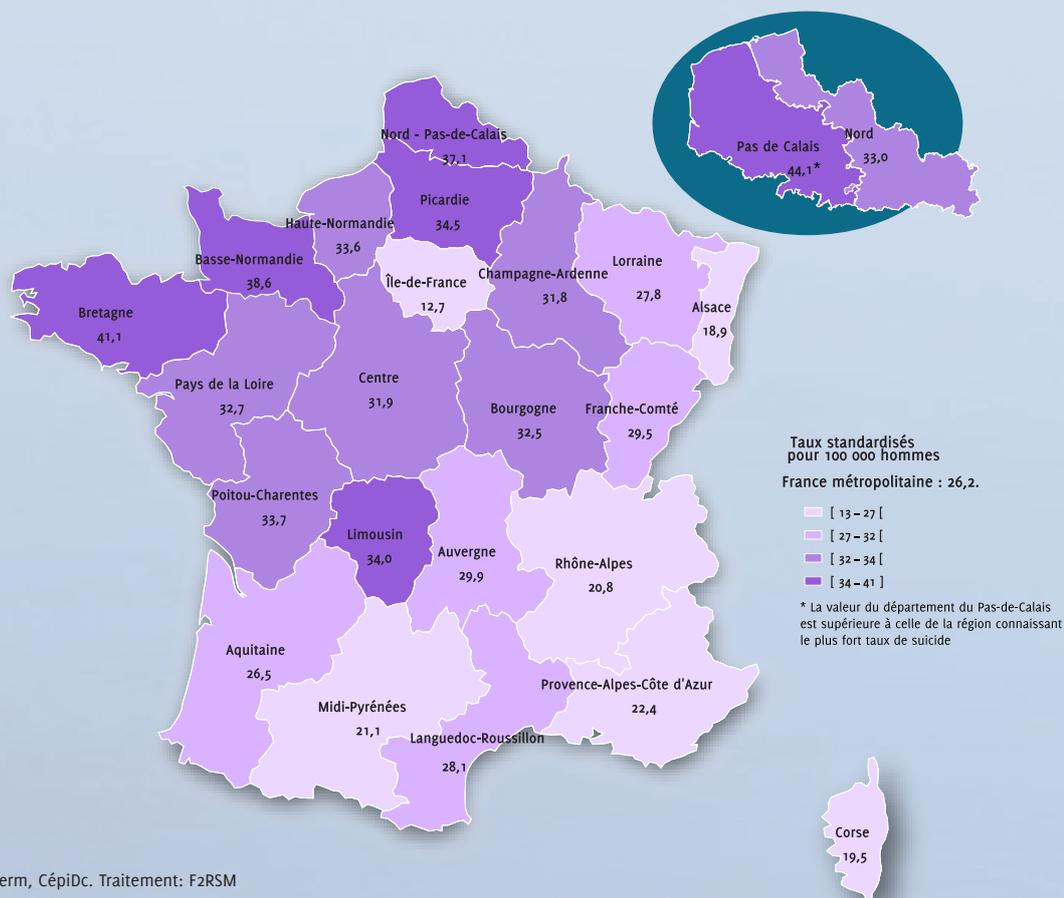
	Hommes			Femmes		
	Décès	Taux standardisé de mortalité*	Rang	Décès	Taux standardisé de mortalité	Rang
Nord	366	33,0	**29 ^e	124	9,6	**22 ^e
Pas-de-Calais	285	44,1	**4 ^e	73	9,5	**28 ^e
Nord - Pas-de-Calais	651	37,1	***3 ^e	197	9,5	***4 ^e
France métropolitaine	7700	26,2	-	2686	7,9	-

Source : Inserm-CépiDC.

* pour 100 000 - ** sur 95 départements métropolitains - *** sur 22 régions métropolitaines.

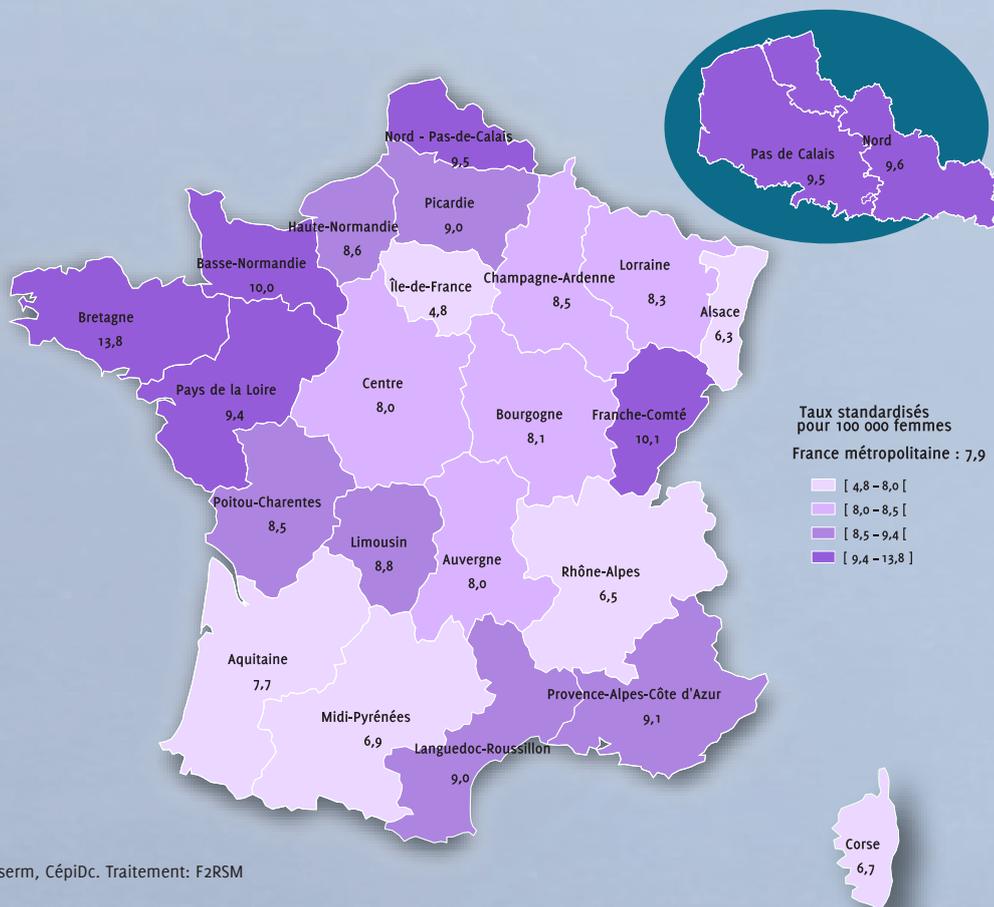
²³Codes X60 à X84 de la Cim-10. Le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDC) a estimé, pour l'année 2006, à 9,4% la sous-estimation de la statistique établie à partir de cette source (8,7% chez les hommes et 11,5% chez les femmes). Cette estimation a été obtenue à partir d'une enquête sur les décès déclarés comme de cause inconnue, ou expertisés par les instituts médico-légaux, dont une partie s'est avérée être des suicides.

Carte 5. Taux standardisés de mortalité par suicide pour 100 000. 2009-2011. Hommes



Source : Inserm, CépiDc. Traitement: F2RSM

Carte 6. Taux standardisés de mortalité par suicide pour 100 000. 2009-2011. Femmes



Source : Inserm, CépiDc. Traitement: F2RSM

➤ 34% de surmortalité suicidaire dans le Nord - Pas-de-Calais

Pour les années 2009-2011, le Nord - Pas-de-Calais présente une surmortalité de 34% par rapport à la France métropolitaine (ICM=133,7) ; elle est plus élevée chez les hommes (ICM=141,3) que chez les femmes (ICM=119,1).

C'est entre 25 et 44 ans que l'on enregistre la plus forte

surmortalité, chez les hommes (+55%), chez les femmes (+43%) et pour les deux sexes (+53%). Seules les femmes de moins de 25 ans présentent un indice inférieur à 100 (90,8), mais cette sous-mortalité apparente n'est pas significative.

Tableau 8. Indices comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe et la classe d'âge. Nord - Pas-de-Calais. 2009-2011. Référence (100) = France métropolitaine.

	Classe d'âge	Nombre suicides attendus	Nombre suicides observés	ICM	IC 95%	P
Hommes	10-24	28,8	37,3	129,5	91,4-178,3	NS
	25-44	144,0	223,3	155,1	135,4-176,9	<0,001
	45-64	181,1	255,0	140,8	124,0-159,2	<0,001
	65 et +	106,8	135,3	126,7	106,3-150,0	<0,01
	Total	460,7	651,0	141,3	130,7-152,6	<0,001
Femmes	10-24	9,5	8,7	90,8	40,7-174,5	NS
	25-44	38,6	55,3	143,4	108,1-186,5	<0,01
	45-64	73,1	82,3	112,7	89,6-139,8	NS
	65 et +	44,5	51,0	114,6	85,3-150,7	NS
	Total	165,7	197,3	119,1	103,0-136,9	<0,05
Ensemble	10-24	38,4	46,0	119,9	87,7-159,9	NS
	25-44	182,4	278,7	152,7	135,3-171,8	<0,001
	45-64	254,5	337,3	132,6	118,8-147,5	<0,001
	65 et +	159,1	186,3	117,1	100,9-135,2	<0,05
	Total	634,5	848,3	133,7	124,9-143,0	

Source : Inserm-CépiDC. Traitement : F2RSM.

Exemple de lecture : en moyenne annuelle, le Nord - Pas-de-Calais enregistre 37 décès par suicide chez les hommes de 10-24 ans en 2009-2011, contre 29 attendus, si la région avait connu le même taux de mortalité que la France métropolitaine, soit 29,5% de plus (mais la différence n'est pas significative).

► Un nombre de suicides orienté à la baisse

Entre 2000 et 2011, le CépiDC recense 10 541 décès par suicide chaque année en France métropolitaine, dont 848 dans le Nord - Pas-de-Calais (496 dans le Nord et 352 dans le Pas-de-Calais) [Cf. Tableau 9]. Le nombre de suicides diminue légèrement, mais irrégulièrement, entre le début des années 2000 (moyenne 2000-2002) et les dernières années étudiées (moyenne 2009-2011). Cette baisse est plus marquée chez les femmes, notamment celles du Pas-de-

Calais, qui connaissent -par rapport à 2000-2002- 10 décès de moins en moyenne annuelle en 2009-2011.

En 2011, il est possible de noter une baisse marquée du nombre de suicides par rapport à l'année précédente dans le Nord - Pas-de-Calais (-9,6%), liée notamment à la diminution du nombre de décès chez les hommes du département du Nord (-14,6%).

Tableau 9. Evolution du nombre de décès par suicide par âge et sexe. Nord, Pas-de-Calais et France métropolitaine. 2000-2011.

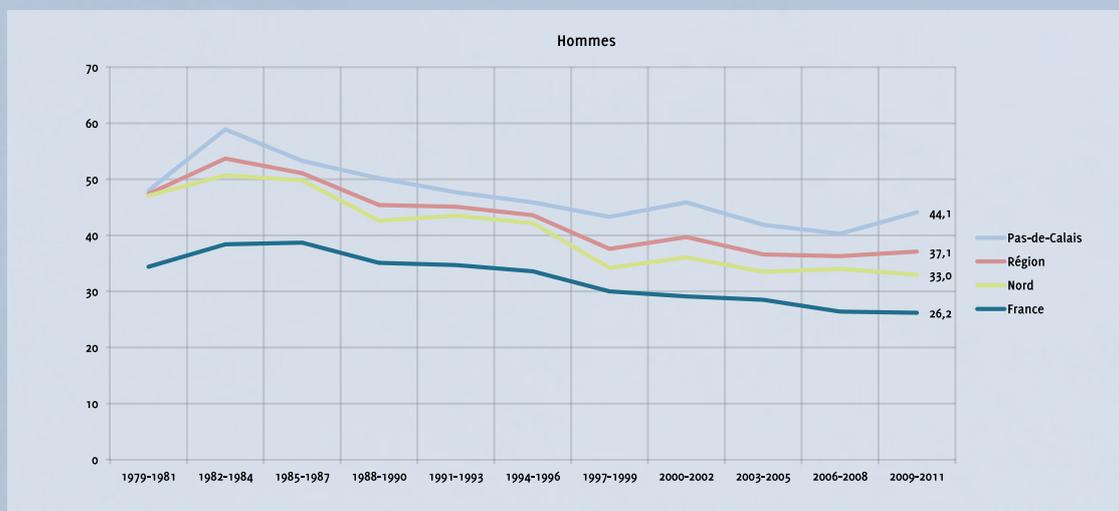
Année	Nord			Pas-de-Calais			Région			France métropolitaine
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
2000	382	128	510	271	82	353	653	210	863	10 806
2001	368	123	491	278	83	361	646	206	852	10 408
2002	368	139	507	293	83	376	661	222	883	10 607
2003	381	121	502	265	75	340	646	196	842	10 820
2004	378	121	499	275	81	356	653	202	855	10 762
2005	353	115	468	261	96	357	614	211	825	10 673
2006	355	142	497	253	75	328	608	217	825	10 390
2007	359	129	488	249	76	325	608	205	813	10 088
2008	387	127	514	278	79	357	665	206	871	10 313
2009	389	120	509	293	69	362	682	189	871	10 464
2010	383	130	513	290	76	366	673	206	879	10 806
2011	327	123	450	271	74	345	598	197	795	10 359
Moyenne 2000-2011	369	127	496	273	79	352	642	206	848	10 541
Evolution 2000-2002/2009-2011*	98	96	98	101	88	98	100	93	98	99

*Evolution = 100 X [(moyenne DC 2009-2011) / (moyenne DC 2000-2002)]
Source : Inserm-CépiDC.

Les taux standardisés de suicide sont orientés à la baisse depuis les années 1980, en France métropolitaine, dans la région Nord - Pas-de-Calais et ses départements. Cependant, pour les 3 dernières années (2009-2011) chez les hommes, alors que la France connaît un taux relativement constant (26,2 décès pour 100 000), la région voit son taux masculin augmenter, passant de 36,3 en 2006-2008 à 37,1 décès pour 100 000 en 2009-2011. Des années 1979-1981 aux années 2009-2011, le Pas-de-Calais connaît des taux masculins de mortalité suicidaire plus élevés qu'en région et qu'en France métropolitaine.

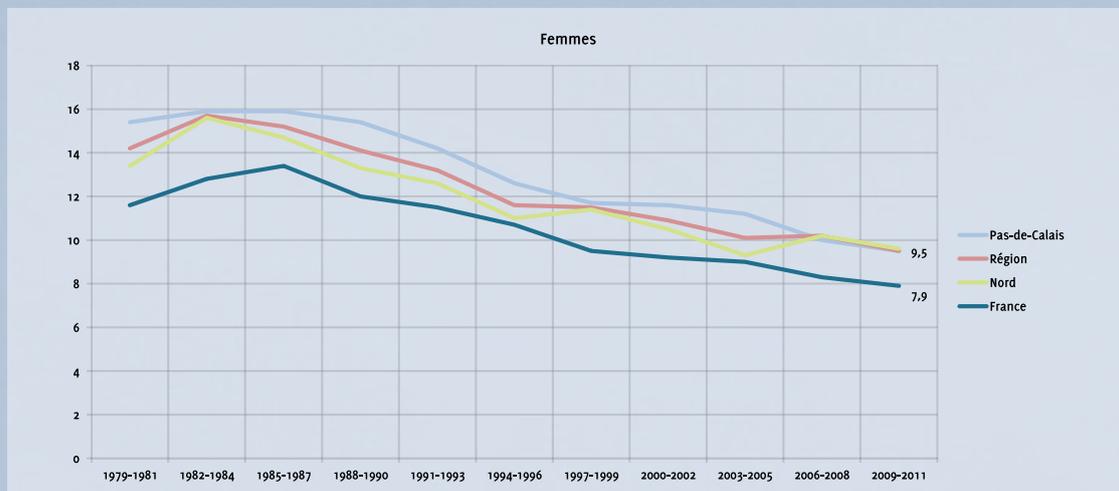
Dans une mesure distincte (les femmes se suicident beaucoup moins que les hommes), on observe des évolutions proches pour les femmes : une baisse des taux de suicide depuis les années 1980, mais toujours supérieurs dans le Nord - Pas-de-Calais qu'en France. Pour la dernière période triennale, on observe une homogénéisation des taux de suicide dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Figure 12. Taux standardisés de mortalité par suicide. Nord, Pas-de-Calais, Nord - Pas-de-Calais et France métropolitaine. Hommes. 1979-2011.



Source : Inserm-CépiDC.

Figure 13. Taux standardisés de mortalité par suicide. Nord, Pas-de-Calais, Nord - Pas-de-Calais et France métropolitaine. Femmes. 1979-2011.



Source : Inserm-CépiDC.

On observe une baisse du nombre de suicides en France depuis quatre décennies, mais la situation de la région Nord - Pas-de-Calais et de ses départements

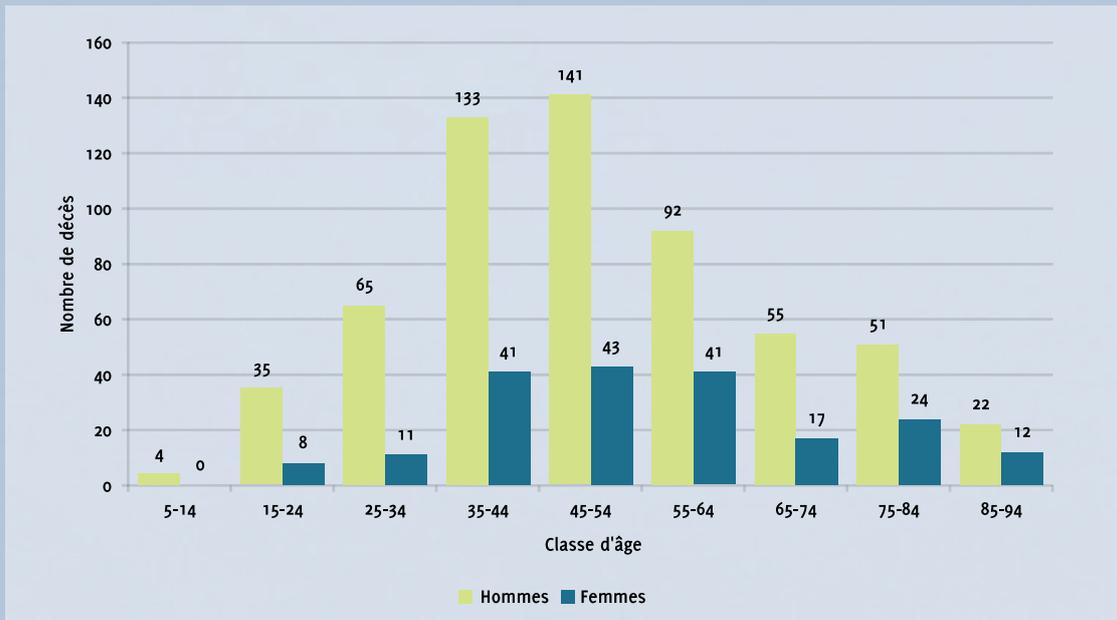
reste plus défavorable que celle de la France, tant pour les hommes que pour les femmes.

➤ 3 suicides sur 4 sont des décès masculins

Le suicide concerne plus les hommes (3 sur 4) que les femmes (1 sur 4) ; c'est entre 45-54 ans que le nombre de décès est le plus élevé dans la région : 141 hommes et 43 femmes de cette classe d'âge ont mis fin à leurs jours en 2011 dans le Nord - Pas-de-Calais (cf. Figure 14). Le raisonnement en taux pour

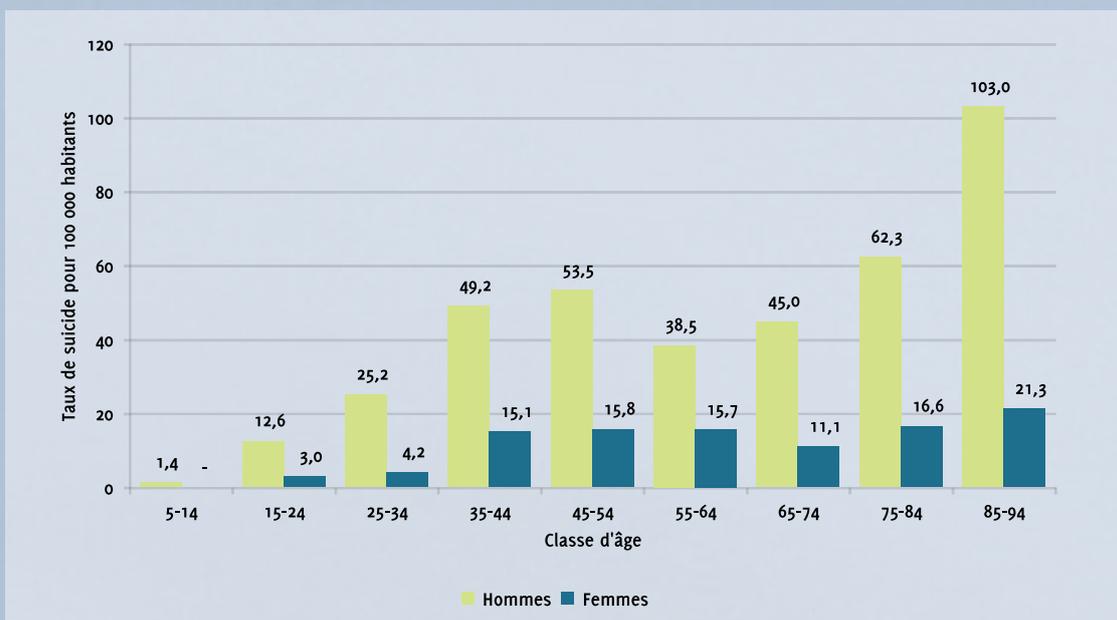
100 000 habitants fait lui aussi apparaître un pic entre 45 et 54 ans (53,5 pour les hommes et 15,8 pour les femmes), mais ce sont les hommes âgés de 75 ans et plus qui présentent la mortalité relative la plus élevée (cf. Figure 15).

Figure 14. Nombre de suicides enregistrés dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011 selon le sexe et la classe d'âge (N=795).



Source : Inserm - CépiDc

Figure 15. Taux bruts de mortalité par suicide dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011 selon le sexe et la classe d'âge. Taux pour 100 000 habitants.



Source : Inserm - CépiDc

► La pendaison est le 1^{er} mode de suicide

La pendaison est le premier mode de suicide pour les deux sexes, mais elle occupe un poids beaucoup plus élevé chez les hommes (63,2%) que chez les femmes (39,1%) ; ces dernières sont plus nombreuses à opter pour l'auto-intoxication que les hommes (26,4% vs 12,2%).

Tableau 10. Répartition des suicides selon le mode employé et le sexe. Nord - Pas-de-Calais. 2011.

Mode	Hommes	Femmes	Ensemble
Pendaison	63,2%	39,1%	57,2%
Auto-intoxication	12,2%	26,4%	15,7%
Arme	14,9%	6,1%	12,7%
Autre lésion	3,3%	11,7%	5,4%
Noyade	2,2%	11,7%	4,5%
Saut dans le vide	4,2%	5,1%	4,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
N	598	197	795

Source : Inserm - CépiDc

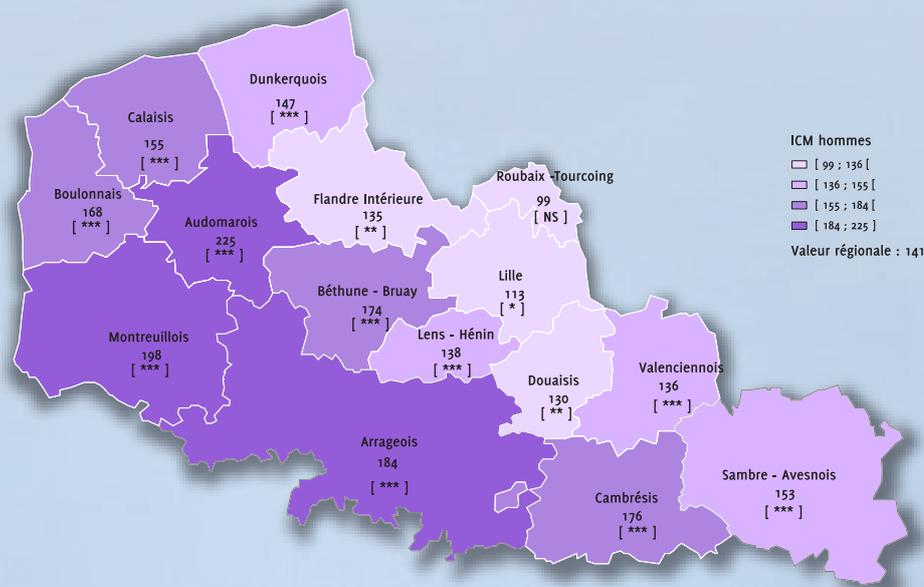
► Une surmortalité masculine dans quasiment toutes les zones de proximité

A l'échelon des zones de proximité définies par l'Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, une surmortalité masculine est observée dans 14 des 15 zones de la région. Les situations les plus défavorables sont toutes enregistrées dans le Pas-de-Calais, tout particulièrement dans les zones de l'Audomarois, du Montreuillois

et de l'Arrageois, où sont enregistrés près de deux fois plus de suicides qu'attendus.

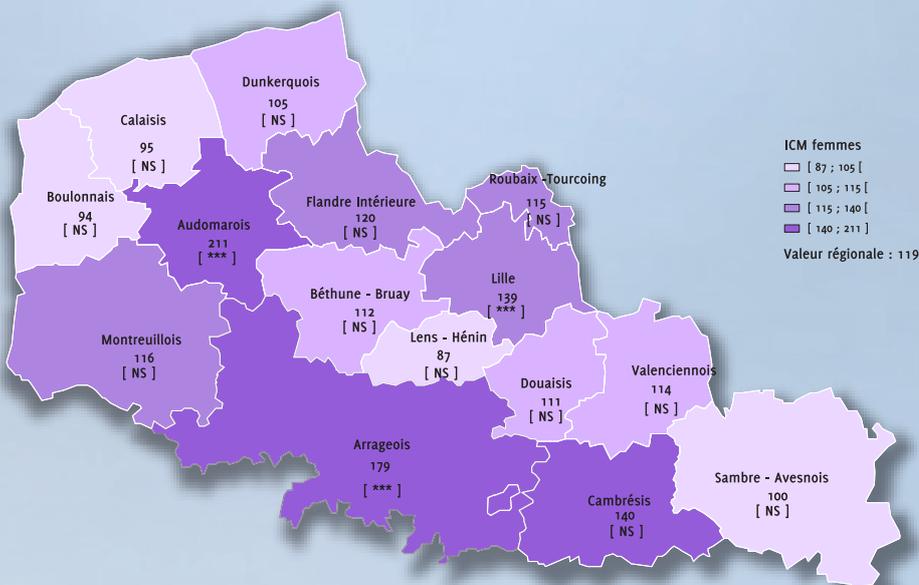
Lille et les trois zones qui l'entourent connaissent une surmortalité moins élevée, ou une situation identique à celle de la France métropolitaine (pour Roubaix-Tourcoing).

Carte 7. Indices comparatifs de mortalité par suicide. Nord - Pas-de-Calais. 2009-2011. Hommes.



NS = Non significatif, $p < 0,05$ (*), $p < 0,01$ (**), $p < 0,001$ (***)
 Source : Inserm - CépiDc. Traitement : F2RSM

Carte 8. Indices comparatifs de mortalité par suicide. Nord - Pas-de-Calais. 2009-2011. Femmes.



NS = Non significatif, $p < 0,05$ (*), $p < 0,01$ (**), $p < 0,001$ (***)
 Source : Inserm - CépiDc. Traitement : F2RSM

Chez les femmes, 3 zones de proximité présentent une surmortalité significative : l'Audomarois, l'Arrageois et la zone de Lille ; les zones de Saint-Omer et d'Arras sont donc en situation très défavorable pour les deux

sexes. A l'inverse, les femmes du Boulonnais, du Calaisis et de Lens - Hénin présentent des ICM inférieurs à 100 (les écarts avec les valeurs nationales sont non significatifs cependant).

Conclusion

Apports, limites et perspectives des sources existantes sur les conduites suicidaires

Les conduites suicidaires ont d'abord été -et restent souvent uniquement- abordées par les statistiques des décès par suicide ; depuis plusieurs années, en France, de nouvelles enquêtes et bases médico-administratives apportent pourtant des informations régulières ou permanentes sur les pensées et risques suicidaires, ainsi que sur les tentatives de suicide, déclarées ou encore enregistrées dans des bases médico-administratives. A l'issue de l'exploration des 8 sources identifiées, quelles conclusions peut-on tirer de leur exploitation ?

A l'échelon national, et parfois régional voire infrarégional, existent des données régulières ou permanentes, d'accès plus ou moins aisé, permettant de quantifier les conduites suicidaires ; les enquêtes en population générale, tous les 5 ans pour la population adulte, tous les 2 ans pour les jeunes de 17 ans, sont à même de décrire les fréquences des idées ou gestes suicidaires. Cette morbidité perçue ne se superpose que partiellement à la morbidité diagnostiquée (enregistrée dans

les bases médico-administratives). Bon nombre de tentatives de suicide vécues comme telles par les répondants aux enquêtes précitées ne sont pas décrites par les services médicaux (Samu, urgences, médecine-chirurgie ...) : elles ne sont repérées/reconnues comme telles, elles sont prises en charge par d'autres professionnels (médecins généralistes, ...) ou le caractère intentionnel de l'intoxication ou de la lésion n'est pas confié lors de la prise en charge. Si la gravité somatique de ces gestes « invisibles » est moindre, leur portée ne peut être minimisée et il convient donc de continuer à utiliser les 2 types de sources de données, avec des échantillons suffisants pour les enquêtes en population générale.

Les recueils permanents permettent de quantifier la morbidité suicidaire existante, mais présentent une sensibilité et une représentativité variables ainsi qu'une hétérogénéité des pratiques de codage : les bases d'appels aux Samu - Centres 15, de recours aux services des urgences, d'hospitalisation en médecine-chirurgie et de prise en charge psychiatrique peuvent faire l'objet d'extractions sur les diagnostics de suicide (codes X60 à X84 de la Cim-10).

Concernant les Samu - Centres 15, l'uniformisation annoncée de leurs systèmes d'information, s'ils incluent spécifiquement un item recherchant le contexte suicidaire de l'événement motivant l'appel téléphonique lors d'une prise en charge pour ce motif, devrait permettre une exhaustivité plus importante du recueil. Dans notre étude comparée de 4 sources médico-administratives sur les tentatives de suicide, c'est celle qui rend compte du plus grand nombre de cas. Par ailleurs, la centralisation de l'enregistrement dans un service départemental unique limite les variations de codage qu'on peut noter lorsque plusieurs services participent à un recueil.

Les recours aux services des urgences pour tentative de suicide, enregistrés dans Oscour®, constituent une seconde source de données particulièrement utile car



elle documente des items non renseignés par ailleurs, comme l'état somatique du patient, son orientation, les transferts ... Une étude récente propose une estimation du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide à partir du pourcentage de transfert en MCO (50,9% pour les hommes et 54,0% pour les femmes en 2011 en France) et du nombre de patients hospitalisés en MCO pour ce motif : l'estimation est de 193 869 passages aux urgences en 2011 (intervalle de confiance : 180 315 – 205 260), dont 76 075 [70 866 – 82 274] concernant des hommes et 115 783 [109 447 – 122 985] des femmes [16]. En 2002, la Drees avait fait état de 162 000 passages aux urgences pour tentative de suicide [21]. Une 3^e estimation, établie par extrapolation des données enregistrées par le Samu – Centre 15 du Nord entre 2006 et 2008 [24] aboutit au nombre de 290 000 passages annuels pour ce motif [16]. Ces différences d'effectifs incitent à poursuivre et affiner les travaux de repérage de la tentative de suicide dans les services d'urgences. L'obligation récente qui leur a été faite de transmettre les résumés de passage aux urgences [19] et la montée en charge progressive des Observatoires régionaux des urgences constituent des facteurs susceptibles d'améliorer la participation de ces services, qui doivent préciser, quand il s'agit de tentatives de suicide, le caractère intentionnel des auto-intoxications et lésions auto-infligées par l'emploi des codes diagnostiques appropriés. La seule indication d'une intoxication ne permet en effet pas d'être assuré de son caractère suicidaire.

Les hospitalisations en médecine-chirurgie pour tentative de suicide enregistrées dans le PMSI-MCO constituent actuellement l'indicateur permanent le plus ancien ; il a pour autre avantage d'être renseigné par l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés. Il convient pourtant qu'il le soit plus uniformément ; tout comme pour les services des urgences, il apparaît que le caractère intentionnel des gestes autoagressifs (intoxications, lésions ...) n'est pas -ou très peu- rapporté dans certains services médicaux ou chirurgicaux. Leur identification et des actions de sensibilisation, mais aussi de rétroinformation, devraient permettre l'amélioration de l'exhaustivité du codage.

Les prises en charge psychiatriques, ambulatoires et/ou avec séjours, concernent fréquemment des personnes suicidaires et/ou suicidantes, qu'elles soient rencontrées à l'occasion de leur passage aux urgences, dans les services de MCO ou dans les services de psychiatrie (en ambulatoire ou en hospitalisation). Pourtant, l'effectif de patients avec un diagnostic de tentative de suicide issu du Rim-P en 2011 est 2,4 fois plus faible que celui issu du PMSI-MCO. Le sous-codage apparent du suicide dans le Rim-P doit lui aussi faire l'objet d'actions de sensibilisation et de rétroinformation.

Les parcours de soins peuvent être décrits quand les bases de données comportent un identifiant unique, ce qui est actuellement le cas du PMSI et du Rim-P (pour les séjours hospitaliers en psychiatrie) ; l'affectation du même identifiant dans les autres bases (passages aux urgences, appels au Samu ...), et le chaînage de l'ensemble ainsi constitué permettraient d'améliorer la connaissance de ces parcours, ainsi que leur coordination.

La mortalité par suicide, sous-estimée d'environ 10% dans la statistique des décès [5], est un indicateur employé depuis de nombreuses décennies dans le champ de la santé mentale ; dans certaines études, le chaînage de cette source avec des données de morbidité hospitalière permet des calculs de taux spécifiques de mortalité particulièrement utiles [17].

Il existe donc un certain nombre de sources sur les conduites suicidaires, permettant une veille sur la morbidité perçue, la morbidité diagnostiquée et la mortalité (même si celle-ci n'est connue que 2 ans après la fin de l'année décrite) ; ce système est perfectible par des actions réglementaires et/ou de communication en direction des services en vue d'améliorer le codage de la tentative de suicide dans les diagnostics hospitaliers. L'association des bases entre elles, d'une part, de ces bases avec des informations sociales (revenus, emploi, mode de vie ...), d'autre part, constituerait un second facteur d'amélioration significative de ce système d'informations. Ce corpus est à même de décrire la situation régionale à un instant t, mais aussi, si la mesure est prise après la mise en place d'actions de prévention, d'évaluer leur portée.

Résumé des recommandations

- Dans les enquêtes en population générale incluant des items sur les conduites suicidaires, interroger à la fois sur les tentatives de suicide récentes et celles ayant fait l'objet d'une hospitalisation.
- Poursuivre et étendre l'utilisation des données sur les tentatives de suicide donnant lieu à un appel aux Samu – Centres 15, et introduire un item spécifique sur ce thème dans leur système d'information.
- Mener des actions d'information et de sensibilisation des services hospitaliers traitant fréquemment des patients suicidants (urgences, médecine-chirurgie, psychiatrie ...) sur les règles et l'importance du codage de la tentative de suicide.
- Systématiser le principe d'une rétroinformation sur la tentative de suicide en direction des services alimentant les bases médico-administratives.
- Développer les études mobilisant différentes bases de données chaînables pour mieux décrire facteurs de risque et parcours de soins.
- Poursuivre les études infrarégionales sur les conduites suicidaires en vue de définir les zones prioritaires d'intervention et de disposer d'indicateurs permettant de mesurer la portée des actions et programmes de prévention entrepris.
- Formaliser les coopérations au sein d'un observatoire régional des conduites suicidaires.

Bibliographie

1. Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, Arrêté du 28/10/2010 relatif à la définition des territoires de santé de la région Nord - Pas-de-Calais, 2010.
http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Concertation_Regionale/territoire_de_sante/arrete_territoires_sante_2010.pdf
2. Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, Programme régional de santé mentale du Programme régional de santé 2012-2016. Prévention, soins psychiatrique et parcours de vie, juin 2013.
http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Programmes/maj_juin2013/_PRSM_PRS_version_arretee_juin_2013_.pdf
3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 2011. <http://www.atih.sante.fr/?id=0002300005FF>
4. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie*: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2012. <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002F00072FF>
5. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E., Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006, BEH, 2011, 47-48, 497-500.
6. Batt A., Campeon A., Leguay D., Lecorps P., Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention, *EMC, Psychiatrie*, 2007, 37-500-A-20.
7. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T., Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010, BEH, 2011, 47-48, 488-492.
8. Beck F., Guignard R., Husky M., Du Roscoät E., Saïas T., Michel G., Chan Chee C., Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans, in Beck F., Richard J.-B. (dir.) *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, Inpes, 2013, 234-249.
9. Bellamy V., Roelandt J.-L., Caria A., Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, Paris, Drees, *Études et résultats*, 2004, 347. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
10. Bouye J., Hémon D., Cordier S., *Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*, Paris, Inserm, 1993.
11. Breslow N.E., Day N.E., Statistical methods in cancer research. Volume II. The design and analysis of cohort studies. IARC Sci Publ, 1987, 82, 1-406.
12. Caillère N., Fouillet A., Henry V., Vilain P., Mathieu A., Mea R., La surveillance des urgences par le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), Saint-Maurice, InVS, 2012. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/2012/La-surveillance-des-urgences-par-le-reseau-OSCOUR-R-Organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>
13. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D., Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis, *PLoS One*, fév. 2014, 28, 9, 2, 1-9.
14. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Interrogation des données détaillées sur les causes de décès. <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>.
15. Chan Chee C., Jezewski-Serra D., Hospitalisations pour tentative de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine, Analyse du PMSI MCO, *BEH*, 2011, 47-48, 492-496.

16. 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, InVS, 2014, 51 p.
17. Charrel C.-L., Plancke L., Génin M., Defromont L., Ducrocq F., Vaiva G., Danel T., Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, juin 2014, 11 (sous presse).
18. Danel T., Vilain J., Roelandt J.-L., Salleron J., Vaiva G., Amariei A., Plancke L., Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord - Pas-de-Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale, *L'Encéphale*, 2010, 3 (suppl.), 39-57.
19. Direction générale de l'offre de soins, Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549>
20. Guilbert P., Pommereau X., Coustou B., Pensées suicidaires et tentatives de suicide. *Baromètre santé 2000*, Saint-Denis, Inpes, 2001, 163-185.
21. Mouquet M.-C., Bellamy V., Carasco V., Suicides et tentatives de suicide en France, Paris, Drees, *Études et résultats*, 2006, 488, 1-8.
22. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad)
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/escapad.html>
23. Organisation mondiale de la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10e révision*, Genève, OMS, 1995. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>
24. Plancke L., Amariei A., Ducrocq F., Lemanski-Brulin C., Hadjeb L., Danel T., Goldstein P., Wiel E., Vaiva G., Les tentatives de suicide appréhendées par un Service d'aide médicale d'urgence (Samu), *Ann Fr Med Urgence*, 2011, 1, 387-394.
25. Plancke L., Bavdek R., *Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie. La situation du Nord - Pas-de-Calais en France métropolitaine*, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, 2013, 48 p. http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/disparites_f2rsm_04-06-2013_bis.pdf, 2013.
26. Plancke L., Ledant E. *Les enseignements du Baromètre santé 2010 sur la santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais*, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, 2013, 42 p. http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/la_sante_mentale_ds_le_np_bs_2010.pdf
27. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar, The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10, *J Clin Psychiatry*, 1998, 59 (suppl.), 20, 22-33.
28. Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011, *Tendances*, Saint-Denis, OFDT, 79, fév. 2012. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsp2.pdf>

Définitions

- Autolyse

Suicide (mort que l'on se donne volontairement).

- Equivalent suicidaire

Conduite ou comportement où la prise de risque est importante, sans intention suicidaire exprimée (comme les refus de soins, la pratique de sports extrêmes, les comportements routiers dangereux ...) Un équivalent suicidaire peut être concomitant à une tentative de suicide et constitue un facteur de risque suicidaire.

- Idéation suicidaire, pensée suicidaire

Idée selon laquelle se donner la mort constituerait une solution à une situation de douleur morale ou de détresse jugée insupportable pour le sujet.

- Idée de mort

Idéation suicidaire dans laquelle le sujet se représente un acte volontaire et dirigé contre lui.

- Menace suicidaire

Situation dans laquelle une personne a clairement exprimé, quel que soit le moyen de communication, sa volonté de suicide.

- Tentative de suicide (morbidity suicidaire)

Lésion auto-infligée.

- Suicidaire

Personne qui, « *sans réaliser un geste directement auto-agressif, multiplie par ses comportements les situations de risque où parfois sa vie, en tout cas sa santé, peut être mise en jeu* » (Debout M., Le suicide, Paris, Ellipses, 1996).

- Suicidant

Personne qui survit à une tentative de suicide, ou qui manifeste un comportement auto-agressif à finalité plus ou moins suicidaire.

- Suicide

Mort que l'on se donne volontairement.



Liste des sigles et abréviations employés

➤ Organismes

ARS | Agence régionale de santé

Atih | Agence technique de l'information hospitalière

CCOMS | Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé

CépiDC | Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Drees | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

F2RSM | Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais

Inpes | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Inserm | Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS | Institut de veille sanitaire

OFDT | Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Samu | Service d'aide médicale d'urgence

Smur | Service mobile d'urgence et de réanimation

➤ Autres

Arm | Assistant de régulation médicale (anciennement Parm)

CCAM | Classification commune des actes médicaux

CCMU | Classification clinique des maladies aux urgences

Cim-10 | Classification internationale des maladies, 10^e révision

CMP | Centre médico-psychologique

DAS | Diagnostic associé secondaire

DP | Diagnostic principal

Escapad | Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

ICM | Indice comparatif de mortalité

JAPD | Journée d'appel de préparation à la défense

Mini | *Mini international neuropsychiatric interview*

OQN | Objectif quantifié national

Oscour® | Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

Parm | Permanencier auxiliaire de régulation médicale

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

RAA | Résumé d'activité ambulatoire

Rim-P | Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

RPS | Résumé par séquence

RPU | Résumé de passage aux urgences

RSS | Résumé de sortie standardisé

SMPG | Santé mentale en population générale

Citation recommandée : Plancke L., Amariei A., Clément G., *Les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais. Une synthèse des données disponibles*, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, 2014, 40 p.

Remerciements

Sabrina Riquoir (Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais) et Damien Peucelle (Samu du Nord) pour les extractions des données réalisées.

Gérard Lecouffe et Delphine Pastureau, pour la relecture et leurs corrections.

Réalisation

Sébastien Catteau (graphiste concepteur), Nathalie Pauwels (F2RSM).

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, 1 adulte sur 25 est concerné par les pensées suicidaires, 0,8% de la population déclare avoir tenté de se suicider durant les 12 derniers mois, tandis que 11 000 hospitalisations pour tentative de suicide en médecine ou chirurgie et environ 800 décès par suicide sont enregistrés chaque année. Plus touchée par les conduites suicidaires qu'en moyenne nationale, la région Nord - Pas-de-Calais se voit donc confrontée à un sujet majeur de santé publique. Consciente de cet enjeu, l'Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais a souhaité disposer de données afin d'étayer et d'évaluer son Programme régional de santé.

Dans la perspective d'un Observatoire régional des conduites suicidaires, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Nord - Pas-de-Calais propose, dans ce rapport, une synthèse des indicateurs disponibles sur les pensées, les risques, les tentatives et les décès par suicide à l'échelon de la région. 8 sources distinctes sont analysées pour en rendre compte, d'un point de vue statistique. Un focus particulier est réalisé sur les tentatives de suicide enregistrées dans les bases médico-administratives par les services du Samu - Centre 15, des urgences, de médecine-chirurgie et de psychiatrie.

Certes perfectibles, ces bases n'en apportent pas moins de nombreuses informations sur les caractéristiques des suicidants et permettent de calculer des taux (bruts ou standardisés) de morbidité et également de récurrence suicidaire. L'harmonisation du codage de la tentative de suicide par les services de médecine-chirurgie et de psychiatrie, la remontée systématique des Résumés de passage aux urgences (RPU) et l'inclusion d'un item sur la tentative de suicide dans les Samu - Centres 15 devraient permettre d'améliorer l'exhaustivité des bases médico-administratives sur ce sujet.



Fédération
Régionale Nord - Pas-de-Calais
de Recherche en Santé Mentale

avec le soutien de



Agence Régionale de Santé
Nord - Pas-de-Calais