



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude de la mortalité par suicide et autres causes chez les patients

**hospitalisés pour idées suicidaires ou tentative de suicide : revue narrative de
la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 30/04/2025 à 14h
au *Pôle Formation*
par **Matthias BERTIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Tomas MASTELLARI

Directeur de thèse :

Madame Docteur Alice DEMESMAEKER

AVERTISSEMENT

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans
les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteu**

I. Introduction

Chaque année, plus de 700 000 personnes décèdent par suicide à travers le monde, faisant du suicide un problème de santé publique majeur. En France, bien que le nombre de décès ait baissé ces dernières années, on estime encore à 9 000 le nombre de décès par suicide par an. En 2019, le taux de mortalité par suicide en France était de 13,1 décès pour 100 000 habitants, nettement supérieur à la moyenne de l'Union européenne de 10,2 pour 100 000 habitants.

Les tentatives de suicide (TS) sont également un phénomène préoccupant, avec environ 20 fois plus de TS que de décès par suicide, soit 16 millions de TS à travers le monde annuellement. En France, on recense environ 90 000 hospitalisations pour des gestes auto-infligés chaque année, un chiffre cependant sous-estimé. On estime en effet que le nombre réel de TS par an en France pourrait atteindre 200 000. Ces tentatives de suicide et les décès par suicide ont un impact sociétal considérable, affectant directement les proches des personnes concernées et engendrant un coût élevé pour la société.

Les idées suicidaires (IDS) sont souvent précurseurs des TS et des décès par suicide eux-mêmes. Ces idées peuvent varier en intensité, allant de pensées passagères à des plans détaillés bien élaborés. Il est crucial de prendre en compte ces idées pour comprendre et prévenir les comportements suicidaires. Elles touchent une proportion significative de la population et sont souvent associées à des troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, et les troubles de la personnalité.

L'étude de la mortalité par suicide et autres causes chez les patients hospitalisés pour IDS ou TS est d'une importance capitale pour comprendre les facteurs de risque et les moyens de prévention efficaces. En examinant les facteurs de risque, tels que les antécédents familiaux de suicide, les troubles psychiatriques, les expériences traumatiques, et les conditions socio-économiques défavorables, ce travail vise à fournir une analyse approfondie des causes et des conséquences du suicide. De plus, elle explorera les politiques actuelles de prévention du suicide en France et les moyens mis en œuvre. La compréhension des mécanismes sous-jacents et des comorbidités associées au suicide est essentielle pour développer des stratégies de prévention efficaces et offrir un soutien adéquat aux personnes vulnérables.

Ainsi, cette thèse se propose de contribuer à l'état des connaissances sur ce sujet crucial et de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge et la prévention du suicide et des tentatives de suicide dans notre société.

1) Définition

Dans *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* (1), l'Organisation Mondiale de la Santé propose les définitions suivantes.

Premièrement, le terme **suicide** est décrit comme se référant « à l'acte de se donner délibérément la mort ».

Dans le même rapport, le terme **tentative de suicide** est « employé à se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas ». L'auto-agression non mortelle sans intention de suicide est comprise dans cette définition.

De plus, le **comportement suicidaire** est décrit comme « un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide ».

Les **idées suicidaires** désignent les pensées d'une personne concernant le désir de se donner la mort. Ces idées peuvent varier en intensité, allant des idées morbides passagères jusqu'à une planification élevée avec un scénario élaboré. Elles sont souvent précurseurs des TS et des décès par suicide.

2) Epidémiologie

En 2019, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, chaque année dans le monde, 703 000 personnes sont mortes par suicide (2).

Le taux de suicide mondial normalisé selon l'âge était de 9,0 pour 100 000 habitants. Le taux mondial de suicide standardisé pour l'âge était plus élevé chez les hommes (12,6 pour 100 000) que chez les femmes (5,4 pour 100 000).

Le suicide intervient à n'importe quel moment de la vie et était la quatrième cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde en 2019, et la troisième cause de mortalité chez les filles de 15-19 ans.

Au cours des 20 années entre 2000 et 2019, le taux de suicide mondial normalisé selon l'âge a diminué de 36 %, avec des baisses allant de 17 % dans la Région de la Méditerranée orientale à 47 % dans la Région européenne et 49 % dans la Région du Pacifique occidental. La seule augmentation des taux de suicide normalisés selon l'âge a été enregistrée dans la Région des Amériques, où elle a atteint 17 % au cours

de la même période. Le taux mondial a également diminué pour les taux spécifiques aux groupes d'âge.

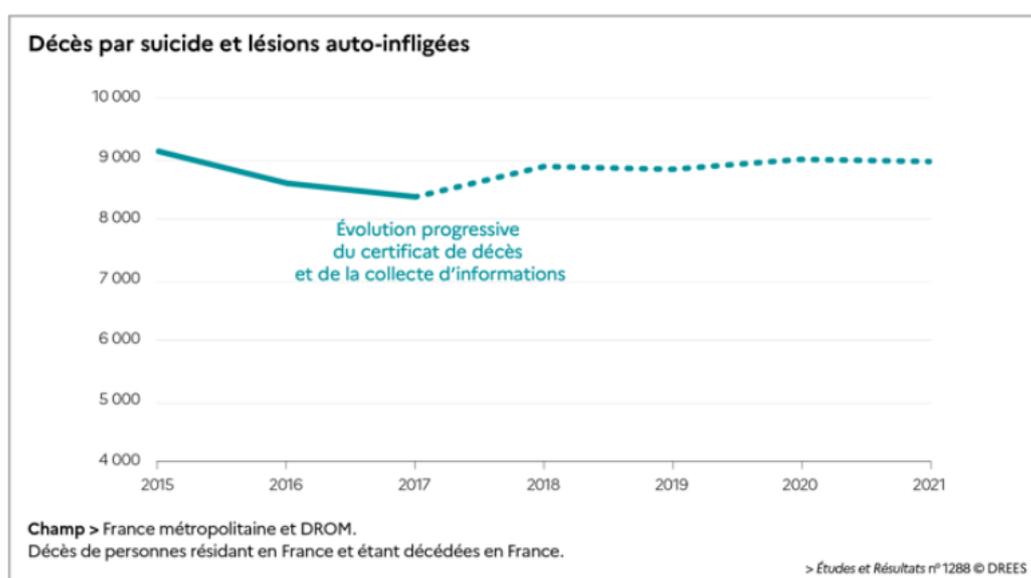
En France, 9200 décès par suicide ont été enregistrés en 2022, soit un taux de mortalité de 14,2 pour 100 000 habitants (3).

Toutefois, une sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée au CépiDc-Inserm.

Les trois quarts des décès dus au suicide concernent des hommes, dont près de la moitié est âgée de moins de 65 ans.

On peut observer une certaine stabilité du nombre de décès par suicide au cours des dernières années en France, comme l'indique le graphique suivant :

Figure 1. Décès par suicide entre 2015 et 2021, en France. Issu de *Etudes et résultats n° 1288, DREES* (4)



Plus spécifiquement, on peut relever que la région des Hauts-de-France possède le 3^e moins bon taux standardisé de mortalité de France, sur la période 2015-2017 : 18,1 pour 100 000 habitants, comparé à la moyenne nationale de 14,0. (3)

3) Physiopathologie

À ce jour, le modèle clinique généralement utilisé pour la compréhension des conduites suicidaires est un modèle de stress-vulnérabilité qui suppose que seuls les individus porteurs d'une vulnérabilité propre, lorsqu'ils sont soumis à un stress, passeront à l'acte sur le plan suicidaire. (5)

Les stress les plus fréquemment rencontrés dans les conduites suicidaires sont un trouble psychiatrique et les stress psychosociaux. Ces derniers regroupent les difficultés professionnelles, familiales, financières ou encore la maladie physique.

Concernant la notion de vulnérabilité, elle peut être clinique, cognitive, anatomique, biochimique, génétique ou épigénétique. Les altérations de prise de décision sont un acteur de vulnérabilité suicidaire clairement admis.

Sur le plan neuroanatomique, ces anomalies sont sous tendues par un dysfonctionnement du cortex préfrontal, en lien avec les processus d'évaluation et de contrôle cognitif. En effet, les individus aux antécédents de CS montrent une hypo-activation du cortex orbitofrontal, affectant leur prise de décision et contrôle inhibiteur. Cette aire cérébrale, ayant pour fonction la modulation des comportements sociaux, est moins active chez les individus ayant réalisé des TS, les rendant plus vulnérables aux récives.

En explorant les supports biologiques des conduites suicidaires, plusieurs systèmes et marqueurs peuvent être pris en compte tel que le système opioïdergique, les marqueurs inflammatoires, et le système vasopressinergique. Le système opioïdergique joue un rôle essentiel dans la modulation de la douleur et des émotions, et des dysfonctionnements dans ce système peuvent augmenter la vulnérabilité au suicide. De plus, des marqueurs inflammatoires élevés ont été associés à des comportements suicidaires, suggérant que l'inflammation chronique pourrait contribuer au risque. Le système vasopressinergique est impliqué dans la régulation du stress et des émotions. Des anomalies dans ce système peuvent influencer la prise de décision et le contrôle émotionnel. En intégrant ces aspects biologiques dans la compréhension des conduites suicidaires, on peut mieux cibler les interventions thérapeutiques et développer des stratégies de prévention plus efficaces. Des études post-mortem et prospectives ont suggéré qu'un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) et du système noradrénergique, qui sont des composantes majeures de la réaction au stress. (6)

Dans les études post-mortem, une hyperactivation de l'axe HHS est en effet observée. De même, les taux de noradrénaline, médiateur chimique du système noradrénergique, sont significativement augmentés dans plusieurs études au niveau du cortex préfrontal.

Les études in vivo restent limitées à ce jour, avec des résultats variables.

Cette variabilité peut s'expliquer par le fait que la vulnérabilité individuelle d'un patient s'inscrit dans un phénotype clinique (personnalité, régulation émotionnelle), un

phénotype fonctionnel (réactions neuroendocrines aux stimuli) mais aussi par des prédispositions génétiques complexes.

Ces recherches restent à ce jour récentes, mais pourraient s'avérer prometteuses afin d'identifier des facteurs prédictifs de mortalité par suicide, et par conséquent jouer un rôle important dans la prévention ainsi qu'envisager de nouvelles cibles thérapeutiques.

4) Facteurs de risque

Les facteurs liés aux troubles mentaux, tels que la dépression ou l'abus de substances, sont une composante centrale de majoration du risque de comportements suicidaires.

Le suicide étant un phénomène complexe, d'autres facteurs y contribuent, comme les antécédents familiaux de tentative de suicide, les maladies chroniques mais aussi les facteurs socio-économiques.

Troubles psychiatriques

Liens entre troubles psychiatriques et suicide

La maladie mentale apparaît comme le premier facteur de risque pour les décès par suicide et pour les tentatives de suicide. (7)

En termes de risque relatif, les troubles de l'humeur arrivent en tête des facteurs psychiatriques. Le rôle de la dépression et de l'abus de substance (8), ainsi que celui des tentatives de suicide antérieures (9) (10), sont également mis en avant pour expliquer le risque accru de suicide.

La nécessité d'une hospitalisation, qui traduit la sévérité des pathologies, constitue un facteur de risque accru. (10) On observe un pic de suicide dans la première semaine après l'admission ou dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation.

Liens entre troubles psychiatriques et TS

Pour les hommes comme pour les femmes, le risque relatif le plus important est d'abord constaté pour les troubles de l'humeur, puis pour les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus de substances et enfin, les troubles de personnalité. La notion d'idées suicidaires préalables est également mentionnée dans plusieurs études.

D'autres facteurs figurent en fonction des questions introduites dans les enquêtes, tels l'état de désespoir (11) ou de détresse psychologique (12) les troubles liés à l'impulsivité (13) (7) (14) ou les troubles associés au stress post-traumatique. (14)

L'existence de plans suicidaires préalables aux tentatives de suicide est en outre un facteur de risque spécifique. (15)

Facteurs socio-économiques

Le risque de suicide augmente avec l'âge, surtout chez les hommes. Toutefois, les femmes semblent présenter un risque plus élevé de TS. En effet, les facteurs de risque suicidaire sont complexes et multidimensionnels.

Sur le plan socioéconomique et environnemental, plusieurs éléments peuvent augmenter la vulnérabilité d'un individu face au suicide :

La pauvreté et la précarité ou instabilité financière : Chômage, dettes, revenus irréguliers augmentent fortement le stress et le désespoir. En outre, l'isolement social

souvent vécu par des personnes vivant sous le seuil de pauvreté peut réduire l'accès aux soins et générer des ressentis d'exclusion et de marginalisation.

Le niveau d'éducation : Un niveau faible limite souvent l'accès à l'information et aux ressources d'aide possibles.

La discrimination et stigmatisation : des discriminations de genre, ethnique, d'orientation sexuelle, ou visant le handicap peuvent créer du mal-être et un sentiment d'injustice.

Les conditions de logement et d'environnement de vie : squats, habitats précaires, instabilité résidentielle sont des facteurs de stress et de risques. De même, un isolement rural subi ou au contraire un milieu urbain bruyant, surpeuplé peuvent générer des ressentis dépressifs.

Parallèlement, l'accès facilité à des moyens létaux ou des substances toxiques augmente le risque de passage à l'acte.

L'exposition à des événements traumatiques ou violents : des plus collectifs comme les catastrophes naturelles, les guerres, les événements climatiques de grande ampleur (tsunamis, tremblements de terre ...) aux plus intimes tels que les violences domestiques, sexuelles ou physiques, la détresse psychologique induite est souvent lourde à porter.

A noter que les facteurs de risque suicidaire chez les femmes ont des spécificités importantes liées à des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles.

Facteurs biologiques et hormonaux : Les nombreuses fluctuations hormonales au cours de la vie des femmes peuvent influencer l'humeur, allant même jusqu'au

syndrome prémenstruel sévère (trouble dysphorique) qui peut se traduire par une augmentation de l'impulsivité et des idées noires.

Le risque de dépression post-partum est également à prendre en compte avec des idéations suicidaires parfois associées à une culpabilité maternelle ou un isolement.

Elles utiliseraient davantage de stratégies d'intériorisation (ruminant, culpabilité) et auraient une plus grande sensibilité au rejet et aux ruptures relationnelles, qui peuvent fortement impacter l'estime de soi. (16)

Facteurs sociaux et culturels :

Les violences de genre : violences conjugales, sexuelles, ou familiales sont des facteurs majeurs. Les femmes victimes ont un risque suicidaire significativement augmenté. (17)

La charge mentale et la pression sociale (attentes liées au rôle de mère, conjointe, professionnelle) peuvent mener à l'épuisement et au burn-out.

Elles sont aussi plus victimes des Inégalités économiques : plus précaires, en situation de monoparentalité ou de dépendance financière, plus discriminées au travail et souvent aussi plus stigmatisées par le fait même de ces inégalités.

Face à ces nombreux facteurs, des réponses adaptées, hors prise en charge psychiatrique, se déclinent permettant de restaurer le sentiment d'appartenance et de favoriser le soutien relationnel afin d'atténuer la solitude et le désespoir et offrant ainsi une protection significative.

Un soutien humain, social et psychologique peut jouer un rôle crucial dans la prévention des récurrences et dans l'amélioration du bien-être global :

Soutien familial et amical : présence et écoute active, soutien dans les tâches quotidiennes, accompagnement vers les soins.

Aide par les associations et groupes de soutien : Lignes d'écoute (ex. SOS Suicide, Suicide Écoute, etc.) anonymes et sans jugement.

Soutien social et réinsertion : activités culturelles ou sportives comme moyens d'expression et d'épanouissement.

Approches alternatives et bien-être : méditation et relaxation, sophrologie, yoga ou la pleine conscience peuvent aider à gérer l'anxiété et les pensées négatives.

Autres exemples : Thérapies créatives, activités dans la nature, spiritualité et philosophie de vie, pour trouver ou retrouver du sens.

En conclusion, il est donc crucial de reconnaître et de traiter les troubles psychiatriques, ainsi que de prendre en compte les facteurs socio-économiques pour réduire les CS. En mettant l'accent sur la prévention, nous pouvons espérer diminuer les taux de suicide et améliorer le bien-être général.

5) Plans de prévention du suicide

Dans le cadre de LIVE LIFE, son initiative pour la prévention du suicide débutée en 2021, l'OMS recommande les interventions suivantes, qui reposent sur des données probantes et ont montré leur efficacité (18) :

- Limiter l'accès aux moyens de se suicider (pesticides, armes à feu, certains médicaments, par exemple)

- Échanger avec les médias pour un traitement responsable des suicides
- Favoriser les compétences socio-émotionnelles chez les adolescents
- Identifier précocement toute personne ayant des conduites suicidaires, l'évaluer, la prendre en charge et assurer son suivi.

Ces mesures doivent reposer sur les piliers suivants : analyse de la situation, collaboration multisectorielle, sensibilisation, renforcement des capacités, financement, surveillance et suivi et évaluation.

Les efforts de prévention du suicide nécessitent une coordination et une collaboration entre différents secteurs de la société : santé, mais aussi éducation, travail, agriculture, monde des affaires, justice, droit, défense, monde politique et médias. Sachant que le suicide est un phénomène multidimensionnel, la démarche doit être globale et intégrée.

6) Enjeux de l'étude de la mortalité chez les personnes qui ont des idées suicidaires ou après une tentative de suicide

Étudier le devenir des personnes qui ont des IDS ou qui ont fait des TS est primordial pour plusieurs raisons. Premièrement, cela permet de mieux comprendre les facteurs de risque de ces comportements, afin d'affiner et de personnaliser les stratégies de prévention et d'intervention. En analysant les trajectoires de ces individus, nous pouvons identifier des points d'intervention clés pour offrir un soutien approprié et réduire la mortalité associée. Cette démarche aide à sensibiliser et à former les professionnels de la santé et les acteurs de la société à détecter et à répondre

efficacement aux signaux de détresse, contribuant ainsi à sauver des vies et à améliorer le bien-être global.

Dans cette étude, nous souhaitons analyser le devenir des personnes qui ont des IDS ou on fait des TS.

S'intéresser à ce parcours comporte plusieurs intérêts.

D'une part, cela permet de mieux cerner les facteurs de risque associés à ces comportements, en vue d'élaborer des stratégies de prévention et d'intervention plus ciblées et adaptées.

En étudiant leur évolution, il devient possible de repérer des points d'intervention déterminants où une aide efficace peut être apportée, contribuant ainsi à diminuer le risque de décès.

A partir de cette analyse, nous pourrions suggérer des pistes de réflexion aux professionnels de santé ainsi qu'aux acteurs de la société afin de les sensibiliser et les former à reconnaître les signes de détresse, et à y répondre de manière appropriée.

7) Objectif de la Thèse

L'objectif de cette thèse est d'étudier la mortalité et notamment par suicide chez les personnes hospitalisées pour des IDS ou ayant fait une TS. Cette étude se base sur une revue narrative de la littérature des travaux de recherche publiés au cours des cinq dernières années. En analysant les résultats de ces études, nous visons à mieux comprendre les facteurs de risque associés à ces comportements afin d'affiner les stratégies de prévention et d'intervention, tout en identifiant des points d'intervention clés pour offrir un soutien approprié et réduire la mortalité associée.

II. Matériel et méthode

Nous allons réaliser une revue narrative de la littérature sur la mortalité des individus hospitalisés pour des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide.

Nous avons recherché des articles sur la base électronique PubMed.

Les mots clés utilisés étaient « suicide attempt », « suicidal ideas », « suicide » et « mortality ».

Cette revue étudiera les travaux de recherche publiés après le 1^{er} janvier 2019 et jusqu'à mars 2025.

Critères d'inclusion :

- Articles en anglais ou en français
- Articles publiés après le 1^{er} janvier 2019 et jusqu'à mars 2025.

III. Résultats

1) Mortalité à la suite d'idées suicidaires

Nous allons en premier nous intéresser à la mortalité chez les individus ayant eu des IDS, à partir de deux articles récents.

Le premier article s'intitule *Cause-specific mortality after hospital discharge for suicide attempt or suicidal ideation : A cohort study in Piedmont Region, Italy*. (19) Il s'agit d'une étude longitudinale de cohorte, incluant exclusivement des patients résidents de la région du Piémont en Italie.

Cette cohorte est constituée de patients admis en hospitalisation au Service d'Urgences, entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2016, et âgés de 12 ans ou plus. Il a été publié en mars 2023 dans le *Journal of Psychiatry Research*.

Le second article se nomme *Association of Suicide and Other Mortality With Emergency Department Presentation*. (20) C'est une étude de cohorte rétrospective, incluant tous les patients admis en hospitalisation dans un Service d'Urgences en Californie, âgés de plus de 10 ans et résidents de Californie.

Le recueil des données a été effectué entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2011, et l'article est paru en décembre 2019 dans le *JAMA Network Open*.

Nous allons aussi classer les résultats en deux catégories, en observant séparément la mortalité par suicide et la mortalité toutes causes.

1.1) Mortalité par suicide après IDS

L'étude réalisée en Italie, dans la région du Piémont inclut un total de 826 patients, dont 668 ont été admis en hospitalisation aux urgences pour IDS.

L'objectif de l'étude était d'observer la mortalité à un an suivant la date d'admission, ainsi que les causes de cette mortalité.

Un SMR (Standardized Mortality Ratio) a été calculé, afin de quantifier la mortalité de chaque groupe par rapport à la population générale.

Le tableau suivant montre, que parmi ces patients, le SMR de décès par suicide à la suite d'IDS est de 64.73.

Standardized Mortality Ratio by suicide attempters and ideators and causes of death.

Cause of death	ICD-10 ^a	Suicide attempters			Suicide ideators		
		O	E	SMR (95% CI)	O	E	SMR (95% CI)
All causes		16	4.59	3.48 (1.99–5.66)	52	13.18	3.95 (2.94–5.18)
Natural causes		6	4.40	1.36 (0.50–2.97)	37	12.56	2.95 (2.07–4.06)
Neoplasms	C00-D48	2	1.46	1.37 (0.15–4.96)	18	4.53	3.97 (2.35–6.29)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	E00-E90	0	0	–	2	0.45	4.47 (0.50–16.16)
Mental and behavioral disorders	F00-F99	0	0	–	1	0.38	2.65 (0.03–14.80)
Diseases of the nervous system and sense organs	G00-H95	0	0	–	4	0.51	7.86 (2.11–20.14)
Diseases of the circulatory system	I00-I99	3	1.59	1.89 (0.38–5.53)	9	4.30	2.09 (0.95–3.98)
Diseases of the respiratory system	J00-J99	1	0.35	2.86 (0.04–15.95)	1	0.99	1.01 (0.01–5.64)
Diseases of the digestive system	K00-K93	0	0	–	1	0.52	1.92 (0.02–10.73)
Diseases of the genitourinary system	N00-N99	0	0	–	1	0.20	5.05 (0.06–28.17)
Unnatural causes		10	0.19	53.32 (25.48–98.16)	15	0.62	24.23 (13.53–39.99)
Accidents	V01-X59	2	0.13	15.91 (1.78–57.53)	3	0.40	7.57 (1.52–22.16)
Suicide	X60-X84	8	0.05	164.80 (70.83–325.10)	12	0.19	64.73 (33.36–113.19)
Undetermined intent	Y10-Y34	0	0	–	0	0	–

Tableau 1 : Ratio standardisé de mortalité à la suite d'une TS ou des IDS, classé par causes de mortalité. Issu de *Journal of Psychiatric Research* 161 (19)

L'étude réalisée aux Etats-Unis, dans l'état de Californie comporte un total de 648646 patients, dont 67379 ont été admis aux urgences pour des IDS.

Son objectif primaire était d'étudier la mortalité à un an suivant l'admission aux urgences.

Dans cette étude, de façon similaire à celle réalisée en Italie, un SMR a été calculé pour quantifier le risque de mortalité selon la cause, en comparaison à la population générale. Il a également été calculé le nombre de décès par 100000 personnes-années.

Comme nous pouvons l'observer dans le tableau 4, le SMR de mortalité par suicide après une admission aux urgences par IDS est de 31.4.

Cette étude a également recensé plusieurs facteurs sociodémographiques : le sexe des patients (homme ou femme) ; leur âge, répartis en tranches d'âge (10 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et + de 65 ans) ; leur ethnicité et leur statut d'assurance. Nous n'incluons pas dans notre étude ces deux dernières caractéristiques, car elles ne se transposent pas aisément à la population mondiale.

Parmi ces facteurs sociodémographiques, les auteurs relèvent un risque de mortalité par suicide majoré chez les hommes (en comparaison aux femmes, 539.8 vs 222.7 morts par 100 000 personnes-années) et les patients de 65 ans ou plus en comparaison aux autres tranches d'âge (691.2 morts par 100 000 personnes-années).

De plus, les auteurs ont recensé les diagnostics de comorbidités connus au moment de l'admission aux urgences. Le seul diagnostic ayant un impact significatif sur la

mortalité par suicide retrouvé parmi les patients IDS est celui du trouble dépressif (RR ajusté 1.35).

Characteristic	No. (%)	Suicides, No.	Suicide Rate Per 100 000 Person-Years	Suicide Rate Ratio (95% CI)	
				Unadjusted ^a	Adjusted ^b
Total patients	67 379	254	384.5		
Sex					
Women	32 825 (51.3)	72	222.7	1 [Reference]	NA
Men	34 554 (48.7)	182	539.8	2.42 (1.85-3.19)	NA
Age, y					
10-24	14 438 (21.4)	34	236.4	1 [Reference]	NA
25-44	24 650 (36.6)	72	294.6	1.25 (0.83-1.87)	NA
45-64	23 450 (34.8)	118	515.5	2.18 (1.49-3.20)	NA
≥65	4841 (7.2)	30	691.2	2.92 (1.79-4.78)	NA
Race/ethnicity					
Non-Hispanic white	38 292 (56.8)	191	511.6	1 [Reference]	NA
Non-Hispanic black	8942 (13.3)	11	124.4	0.24 (0.13-0.45)	NA
Hispanic	14 136 (21.0)	29	207.7	0.41 (0.28-0.60)	NA
Asian or Pacific Islander	2605 (3.9)	14	549.8	1.08 (0.62-1.85)	NA
Other	3404 (5.1)	<11 ^c	267.1	0.52 (0.27-1.02)	NA
Insurance or payer					
Private	15 378 (31.2)	100	483.9	1 [Reference]	1 [Reference]
Medicaid	19 224 (28.6)	49	258.6	0.53 (0.38-0.75)	0.62 (0.44-0.88)
Medicare	11 720 (17.4)	47	421.8	0.87 (0.62-1.23)	0.61 (0.42-0.88)
Self-pay or other	15 378 (22.9)	58	381.0	0.79 (0.57-1.09)	0.77 (0.56-1.08)
Rurality of residence					
Metropolitan	63 536 (94.3)	236	378.8	1 [Reference]	1 [Reference]
Micropolitan	2702 (4.0)	11	416.5	1.10 (0.60-2.01)	0.98 (0.53-1.80)
Rural or small town	1141 (1.7)	<11 ^c	626.5	1.65 (0.78-3.51)	1.44 (0.68-3.04)
Comorbid diagnosis					
Depressive disorder	17 577 (49.0)	145	449.3	1.39 (1.09-1.79)	1.35 (1.05-1.73)
Bipolar disorder	10 081 (15.0)	33	332.1	0.84 (0.58-1.22)	0.86 (0.60-1.24)
Anxiety disorder	6831 (10.1)	34	506.6	1.37 (0.95-1.96)	1.33 (0.92-1.82)
Psychotic disorder	4237 (6.3)	<11 ^c	217.8	0.55 (0.28-1.07)	0.54 (0.28-1.05)
Alcohol use disorder	11 348 (16.8)	56	505.1	1.40 (1.04-1.89)	1.15 (0.85-1.56)
Drug use disorder	12 951 (19.2)	49	384.3	1.00 (0.73-1.37)	1.03 (0.75-1.42)
Elixhauser Comorbidity Index score					
0	22 939 (34.0)	89	391.5	1 [Reference]	1 [Reference]
1	19 615 (29.1)	78	402.3		
2	11 723 (17.4)	42	364.2		
3	6354 (9.4)	19	308.1	0.99 (0.90-1.08)	0.90 (0.82-0.99)
4	3323 (4.9)	13	410.3		
≥5	3425 (5.1)	13	423.4		

Tableau 2 : Taux de mortalité dans l'année qui suit l'hospitalisation pour IDS, classé par facteurs sociodémographiques et caractéristiques cliniques. Issu de *JAMA Network Open* (20)

1.2) Mortalité toutes causes confondues après IDS

Dans l'étude réalisée en Italie, nous pouvons nous référer au tableau présenté en partie précédente.

Le SMR de la mortalité toutes causes confondues dans l'année qui suit est de 3.95 dans le groupe IDS.

Les causes de cette mortalité sont également incluses dans cette étude. Nous pouvons en retenir plusieurs causes pour lesquelles les risques de mortalité sont plus élevés.

On peut relever que le SMR de mortalité de causes naturelles est de 2.95, avec une prévalence particulièrement élevée des maladies du système nerveux (SMR 7.86). La seule autre cause majorant significativement le risque de mortalité est le diagnostic de néoplasie, avec un SMR de 3.97.

Parmi les causes non naturelles, on relève que le risque de mortalité par accident est lui aussi élevé, avec un SMR de 7.57.

Dans le cas de l'étude réalisée aux Etats-Unis, les causes de mortalité autres que par suicide sont également retrouvées dans le tableau 4.

Le SMR de mortalité toutes causes confondues à un an suivant l'admission est de 5.7.

Nous relevons par ailleurs que le risque de mortalité par causes externes (autre que par suicide, comprenant les blessures non intentionnelles, les homicides, et les causes indéterminées) est significativement élevé dans le groupe IDS : SMR 11.8.

Le risque de mortalité de causes naturelles est significativement majoré également, avec un SMR calculé de 4.6.

2) Mortalité à la suite d'une tentative de suicide

Nous allons désormais nous intéresser à la mortalité chez les patients ayant réalisé une TS. Nous allons vous présenter les résultats correspondants des deux études mentionnées dans la partie précédente, ainsi qu'une étude réalisée en France.

Cette dernière est intitulée *Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm : a nationwide population-based study*. (21) Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective avec une base de données étendue, l'ensemble des personnes bénéficiant du régime général de la sécurité sociale, soit environ 45 millions de personnes.

Les données ont été récoltées entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009, et l'article est paru en février 2019 dans l'*Epidemiology and Psychiatry Sciences*.

Son objectif était d'étudier la mortalité dans l'année qui suit la réalisation d'un geste auto-agressif délibéré (« Deliberate Self-Harm » en anglais, abrégé en DSH pour la suite de cette étude).

2.1) Mortalité par suicide après une TS

Concernant l'étude italienne, nous pouvons nous référer au tableau 4 présenté précédemment.

Parmi les 826 patients inclus dans l'étude, 158 ont été admis en hospitalisation aux urgences pour TS.

Dans ce groupe, le SMR de décès par suicide dans l'année qui suit l'admission aux urgences est de 164.80.

Dans l'étude réalisée aux Etats-Unis, sur les 648646 patients inclus au total, 83507 ont été admis aux urgences pour TS.

Comme indiqué dans le tableau 4, le risque de mortalité par suicide dans le groupe TS est significativement élevé (SMR 56.8).

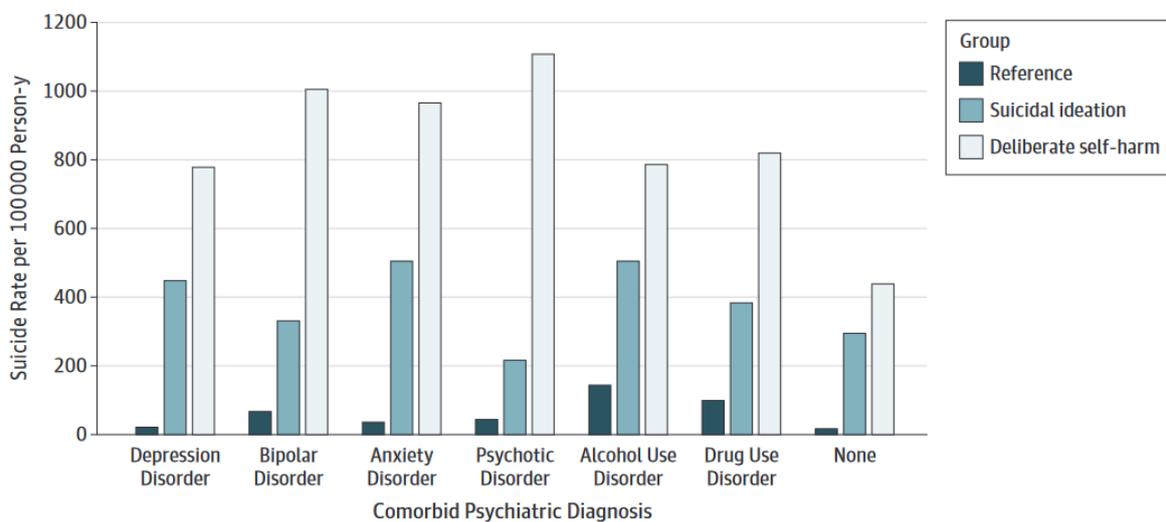
Concernant les caractéristiques sociodémographiques analysées, on note, comme dans le groupe IDS, que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes, et les individus âgés de plus de 65 ans.

Parmi les diagnostics de comorbidités connus au moment de l'admission aux urgences, les auteurs ont relevé que plusieurs de ces diagnostics ont un impact significatif sur le risque de mortalité par suicide dans le groupe TS. Il s'agit de troubles liés à la santé mentale : le diagnostic de bipolarité (RR ajusté 1.45), le diagnostic de trouble anxieux (RR ajusté 1.36), ainsi que le diagnostic de trouble psychotique (RR ajusté 1.36).

Nous pouvons visualiser ces résultats, dans le groupe TS ainsi que le groupe IDS et le groupe référence, qui comprend tous les patients s'étant présenté aux urgences en Californie pendant la durée de l'étude pour un autre motif qu'une TS ou des IDS.

Figure 2 : Taux de suicide par 100000 personnes-années en fonction des comorbidités psychiatriques, classé selon le motif d'admission en hospitalisation.

Issu de *JAMA Network Open* (20)



Nous allons maintenant nous intéresser à l'étude réalisée en France.

Comme indiqué plus tôt, cette étude a pour but d'étudier la mortalité dans l'année qui suit une TS, nommée par son équivalent anglais dans l'article, DSH.

Les objectifs cités par les auteurs sont de quantifier et estimer l'impact du DSH au niveau national, évaluer le risque de récurrence de DSH à 1 an, mesurer les taux de mortalité à 1 an concernant cette population spécifique, et enfin d'identifier les facteurs de risque.

Au total, le nombre de patients inclus dans l'étude est de 168053, ajusté après exclusion des décès le jour même à 136451 personnes. Cela représente 0,7% du nombre total d'hospitalisations enregistrées pendant cette même période.

Avant de se concentrer sur les chiffres de la mortalité, il est intéressant de noter quels sont les taux de récurrence de DSH dans cet article, et ce dans un but d'étendre notre réflexion vis-à-vis de la prévention du suicide, ce que nous ferons plus tard dans notre étude.

Sur un total de 136451 patients, 16919 personnes ont réalisé une récurrence de DSH, soit 12,4% de l'échantillon. Le délai médian de cette récurrence est de 84 jours. De plus, 75% des récurrences ont été effectuées au cours des 6 premiers mois.

Dans 78,1 % des cas, le DSH a été réalisé par un moyen identique.

Concernant la mortalité par suicide, les auteurs ont relevé que parmi les 3583 patients décédés dans l'année qui suit leur hospitalisation pour DSH, 1231 décès ont été attribués à un suicide, soit 34,4% des cas.

Les moyens de décès par suicide principalement utilisés sont les suivants : pendaison/strangulation/suffocation dans 42,1% des cas ; intoxication médicamenteuse volontaire dans 28,4 % des cas.

30,2% des décès par suicide ont été réalisés par le même moyen que celui précédemment utilisé pour réaliser le DSH. Il est important de noter que 71,3% des décès par suicide avaient auparavant réalisé un DSH par intoxication médicamenteuse volontaire (N =878/1231).

Plusieurs caractéristiques supplémentaires ont été recensées pour tenter d'établir des facteurs prédictifs de mortalité chez ces personnes.

Les auteurs ont relevé qu'un moyen suicidaire violent utilisé au cours du DSH précédent, ainsi qu'une admission en Unité de Soins Intensifs, sont les principaux facteurs associés significativement au décès par suicide.

2.2) Mortalités toutes causes confondues après une TS

Les résultats de l'étude italienne sont à retrouver dans le tableau 4 présenté précédemment dans notre étude.

On peut noter que le risque de mortalité toutes causes confondues est significativement majoré, avec un SMR de 3.48. Toutefois, il n'est pas relevé qu'il existe une augmentation significative du risque de mortalité de cause naturelle, contrairement à ce que nous avons observé dans le groupe IDS. Cela est valable pour toutes les classes de diagnostics confondues.

Le risque de décès par cause accidentelle est significativement plus élevé que dans le groupe IDS, avec un SMR calculé de 15.91.

Les auteurs ont également estimé le risque de mortalité parmi les individus inclus dans l'étude, en les classant par tranches d'âges.

Comme nous pouvons le voir dans le tableau suivant, la mortalité toutes causes confondues est globalement augmentée pour toutes les tranches d'âges, et

particulièrement chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. La mortalité de causes naturelles est significativement plus élevée en comparaison à la population générale chez les individus âgés de 45 à 74 ans. Pour les "unnatural causes" (regroupant les accidents, les suicides et causes indéterminées), le risque de mortalité est augmenté pour toutes les tranches d'âge.

Table 3
Standardized Mortality Ratio of suicide attempters and ideators by age.

Age (years)	All causes			Natural causes			Unnatural causes		
	O	E	SMR (95% CI)	O	E	SMR (95% CI)	O	E	SMR (95% CI)
12-14	0	-	-	0	-	-	0	-	-
15-29	3	0.13	24.07 (4.82-70.45)	0	-	-	3	0.07	41.66 (8.34-121.92)
30-44	9	0.49	18.30 (8.34-34.79)	1	0.36	2.81 (0.04-15.68)	8	0.14	58.82 (25.28-116.03)
45-59	14	2.10	6.66 (3.64-11.19)	8	1.92	4.17 (1.79-8.23)	6	0.18	32.84 (11.96-71.57)
60-74	25	3.54	7.06 (4.56-10.43)	21	3.43	6.12 (3.78-9.36)	4	0.11	36.47 (9.78-93.50)
75+	17	11.51	1.48 (0.86-2.37)	13	11.20	1.16 (0.62-1.99)	4	0.30	13.16 (3.53-33.73)

Tableau 3 : Ratio standardisé de mortalité classé selon l'âge des patients. Issu de

Journal of Psychiatric Research 161 (19)

Dans le cas de l'étude effectuée aux Etats-Unis, nous pouvons relever dans le Tableau 4 ci-après que le risque de mortalité toutes causes confondues est augmenté significativement, avec un SMR calculé à 6.6.

Le risque pour la mortalité de cause externe, autre que par suicide, est lui aussi significativement élevé dans ce même groupe d'individus (SMR 14.2).

Par ailleurs, nous pouvons observer que le SMR de risque de mortalité de cause naturelle est de 3.8, similaire à celui recensé dans le groupe IDS.

Les auteurs ajoutent que dans cette population, la prévalence de mortalité par abus de substances est particulièrement importante (72% des cas de mortalité parmi les causes accidentelles).

Manner of Death	Deliberate Self-harm Group (n = 83 507)	Suicidal Ideation Group (n = 67 379)	Reference Group (n = 497 760) ^a
Suicide			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	693.4	384.5	23.4
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	12.3	14.7	13.3
SMR (95% CI)	56.8 (52.1-61.4)	31.4 (27.5-35.2)	1.9 (1.6-2.3)
Unintentional injury			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	487.8	498.1	89.5
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	30.7	37.5	40.0
SMR (95% CI)	15.6 (14.1-17.2)	13.0 (11.6-14.4)	2.2 (2.0-2.4)
Homicide or legal intervention			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	21.9	27.3	11.3
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	6.2	7.5	6.1
SMR (95% CI)	3.5 (1.9-5.1)	3.6 (1.9-5.2)	1.8 (1.3-2.3)
Undetermined intent			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	40.1	33.3	2.9
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	1.2	1.4	1.2
SMR (95% CI)	31.7 (20.9-42.6)	23.3 (13.6-33.1)	2.3 (1.1-3.4)
Natural			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	1248.1	2348.1	3226.7
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	319.9	504.5	993.1
SMR (95% CI)	3.8 (3.6-4.1)	4.6 (4.3-4.8)	3.2 (3.1-3.2)
All-cause			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	2491.4	3291.2	3353.7
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	370.3	565.6	1053.7
SMR (95% CI)	6.6 (6.3-6.9)	5.7 (5.5-5.9)	3.1 (3.1-3.2)
Nonsuicide external cause^c			
ED cohort, rate per 100 000 person-years	549.9	558.6	103.6
California population, annual rate per 100 000 person-years ^b	38.1	46.5	47.3
SMR (95% CI)	14.2 (12.9-15.5)	11.8 (10.6-13.0)	2.2 (2.0-2.3)

Tableau 4 : Mortalité dans l'année qui suit l'hospitalisation pour TS, IDS et groupe référence, classé par causes de mortalité. Issu de *JAMA Network Open* (20)

3) Facteurs de risque de mortalité

Maintenant que nous avons étudié les chiffres de la mortalité par suicide et toutes causes confondues, nous allons maintenant nous intéresser aux facteurs de risque aggravants retrouvés dans la littérature scientifique.

Nous allons principalement nous baser sur une étude nommée *Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population : an umbrella review*. (22)

Il s'agit d'une étude parue en novembre 2023 dans *The Lancet Public Health*.

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de risque de décès par suicide dans la littérature scientifique mondiale.

Il s'agit d'une revue parapluie, qui est une synthèse de méta-analyses, regroupant 5 bases de données bibliographiques contenant des articles liés au sujet, depuis la création de ces bases de données jusqu'au 31 août 2022.

33 méta-analyses ont été incluses, contenant un total de 454 études primaires.

Elle a comme avantages de porter sur l'ensemble de la population mondiale, permettant de faire fi de considérations sociodémographiques ou culturelles spécifiques. De plus, les auteurs ont exclu les études portant uniquement sur les individus à risque (comorbidités psychiatriques préexistantes, population carcérale ou ayant déjà réalisé une TS).

Un total de 38 facteurs de risques a été retenu. Ils ont été classés en cinq catégories : sociodémographiques, physiques, psychiatriques, liés au suicide et autres.

Les domaines ayant montré une association significativement plus importante avec la mortalité par suicide sont les domaines liés au suicide (risque multiplié de 4 à 13 fois) et aux troubles psychiatriques (de 7,5 à 35,5 fois).

Parmi la catégorie des troubles psychiatriques, les troubles psychotiques (RR 12.3) et les troubles de l'humeur étaient ceux ayant le plus d'effet sur la mortalité par suicide.

Concernant les facteurs liés au suicide, un antécédent de TS présente un Odds-Ratio de 16.3 et un antécédent d'IDS un risque relatif de 6.6.

Dans la catégorie des facteurs de santé physique, l'épilepsie (RR 2.9), une concussion (RR 2.0), une bronchopneumopathie chronique obstructive (OR 1.9), ou encore un antécédent de cancer (SMR 1.9) ont montré une association significative.

En observant la catégorie des facteurs sociodémographiques, plusieurs éléments notables sont identifiés comme favorisant la mortalité : une dette financière non sécurisée (OR 7.9), un faible niveau d'éducation (RR 1.9), l'absence d'emploi (OR 1.9), ainsi qu'un bas niveau de salaire (RR 1.8).

	k	Statistic	Effect size (95% CI)	P	Prediction Interval	Small-study effects (p)	Excess significance	Risk of bias	Overall quality
Physical domain									
Epilepsy ^a	6	RR	2.9 (2.2-3.8)	52%	1.5-5.6	0.198	1.1	Moderate	2
Hidradenitis suppurativa ^a	4	OR	2.1 (1.3-3.4)	98%	0.4-11.9	0.673	1.4	High	1
Concussion ^a	6	RR	2.0 (1.5-2.8)	96%	0.7-5.7	0.526	1.0	Low	2
COPD ^a	5	OR	1.9 (1.3-2.9)	95%	0.5-7.5	0.107	0.6	Moderate	2
Cancer ^a	28	SMR	1.9 (1.6-2.2)	99%	0.8-4.1	0.245	0.4	Low	3
Multiple sclerosis ^a	16	IRR	1.7 (1.4-2.2)	87%	0.7-4.1	0.673	1.1	Moderate	1
Stroke ^a	14	RR	1.6 (1.4-1.8)	92%	0.9-2.7	0.690	1.2	Moderate	1
Parkinson's disease ^a	4	SMR	1.6 (1.3-1.9)	89%	0.2-12.1	0.021	0.3	High	1
Diabetes ^a	28	RR	1.6 (1.3-1.9)	93%	0.6-3.9	0.483	1.2	Low	2
Psoriasis ^a	7	HR	1.3 (0.9-2.0)	87%	0.4-4.4	0.808	0.7	Moderate	2
Asthma ^a	8	OR	1.3 (1.1-1.6)	80%	0.8-2.2	0.303	1.1	Moderate	1
Dementia ^a	16	OR	1.3 (0.8-2.1)	96%	0.2-10.1	0.148	0.3	Moderate	2
Inflammatory bowel disease ^a	17	RR	1.3 (1.1-1.4)	56%	0.8-2.0	0.841	1.0	Moderate	1
Psychiatric domain									
Psychotic disorders ^a	4	RR	13.2 (8.6-20.3)	98%	3.4-51.8	0.292	0.7	Low	4
Mood disorders ^a	7	RR	12.3 (8.9-17.1)	97%	4.2-36.4	0.463	0.9	Low	4
Personality disorders ^a	3	RR	8.1 (4.6-14.2)	94%	1.5-45.0	0.549	0.6	Low	4
Anorexia nervosa ^a	9	RR	6.9 (4.1-11.5)	0%	3.7-12.9	0.269	0.5	Moderate	4
ADHD ^a	4	OR	6.7 (3.2-13.8)	88%	0.7-62.9	0.716	1.3	Low	2
Substance use disorders ^a	6	RR	4.4 (2.9-6.8)	98%	1.1-18.5	0.370	2.3	Low	3
Anxiety disorders ^a	6	RR	4.1 (2.4-6.9)	98%	0.5-31.2	0.310	0.7	Low	3
Suicide-related domain									
Suicide attempt/self-harm ^a	11	OR	16.3 (7.5-35.5)	74%	1.3-208.7	0.028	0.5	High	2
Suicidal ideation ^a	14	RR	5.6 (3.1-10.1)	79%	0.8-41.2	0.044	1.3	Low	1
Parental suicide ^a	10	RR	3.0 (2.5-3.5)	85%	1.6-5.5	0.006	1.5	Low	2
Sociodemographic domain									
Unsecured financial debt ^a	4	OR	7.9 (5.2-12.0)	0%	4.0-15.6	0.513	1.0	High	3
No religious affiliation ^a	14	RR	2.4 (1.9-2.9)	94%	1.23-4.6	0.186	2.4	High	2
Low education ^a	4	RR	1.9 (1.2-3.0)	74%	0.5-7.3	0.010	1.8	High	0
Unemployment ^a	21	OR	1.9 (1.4-2.5)	100%	0.2-18.4	0.496	1.1	High	1
Low income ^a	4	RR	1.8 (1.3-2.5)	91%	0.7-4.9	0.045	0.7	High	1
Low skill level occupation ^a	34	IRR	1.8 (1.4-2.2)	99%	0.3-10.7	0.055	1.1	Moderate	0
Not married ^a	36	OR	1.6 (1.4-1.9)	99%	--	--	--	Low	1
Ethnic minority ^a	51	IRR	1.3 (0.9-1.7)	100%	0.1-83.8	0.352	2.2	Low	2
Job stressors ^a	6	OR	1.2 (1.0-1.3)	96%	0.7-1.9	0.031	1.1	Moderate	0
Other domain									
Criminal offending ^a	15	OR	4.5 (2.1-9.7)	100%	1.6-12.9	0.572	0.2	Moderate	3
State care in childhood ^a	4	RR	3.4 (2.4-4.7)	72%	1.2-9.0	0.790	0.6	Low	4
Access to firearms ^a	14	OR	3.2 (2.4-4.4)	89%	1.2-8.9	0.897	1.3	Low	3
Smoking ^a	15	RR	2.4 (2.1-2.8)	49%	1.5-3.8	0.673	0.9	Moderate	4
Sleep disturbances ^a	5	RR	1.8 (1.3-2.4)	59%	0.8-4.1	0.079	0.9	Low	2
BMI (underweight) ^a	9	HR	1.2 (1.1-1.4)	38%	0.9-1.6	0.230	1.0	Moderate	2

Overall quality scores range from 0 to 5, with higher scores indicating higher quality. ADHD=attention deficit hyperactivity disorder. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. HR=hazard ratio. IRR=incidence rate ratio. OR=odds ratio. RR=relative risk or risk ratio. SMR=standardised mortality ratio. *Quality tests could not be performed because no study-level data were available.

Table: Risk factors for suicide mortality, by domain

Tableau 5 : Facteurs de risque de mortalité par suicide, classés en catégories. Issu de *The Lancet Public Health* (22)

Des données concernant les facteurs prédictifs de mortalité ont également été recueillies dans d'autres études précédemment évoquées.

Dans l'étude française, les auteurs ont analysé quels étaient les facteurs de mortalité dans l'année qui suit une TS.

Un moyen violent utilisé au cours de la TS est un facteur notable, que ce soit pour la mortalité de cause naturelle (HR 1.4 ; CI 95% 1,2-1,5) ou pour la mortalité par suicide (HR 1,5 ; CI 95% 1,3-1,8). Un autre facteur significativement associé à une mortalité

accrue est une admission dans une unité de soins intensifs consécutive à la TS, que ce soit pour la mortalité de cause naturelle (HR 2,0 ; CI 95% 1,8-2,2) ou pour la mortalité par suicide (HR 2,3 ; CI 95% 1,9-2,8). Les auteurs précisent toutefois que tous les facteurs analysés dans cette étude ne présentaient qu'une faible valeur prédictive positive.

En utilisant un modèle de régression de Cox, ils ont conclu qu'une récurrence de TS était associée à un risque de mortalité pour les principales causes de décès : toutes causes confondues HR 1,98 ; suicide HR 2,30 ; causes accidentelles HR 2,70 ; causes naturelles HR 1,44 ; et causes non spécifiées HR 2,15.

Des données à propos du passage à l'acte initial ayant conduit à une hospitalisation ont également été recensées dans l'étude française.

Comme nous pouvons le constater dans la figure suivante, le premier geste auto agressif est souvent réalisé au moment de l'adolescence, tout particulièrement chez les personnes de sexe féminin. Un deuxième pic d'incidence se situe entre 40 et 50 ans. Pour les personnes de sexe masculin, ce pic d'incidence se situe plutôt entre 40 et 50 ans.

Figure 3 : Distribution par âge des patients admis en hospitalisation pour TS, classée par genre. Issu de *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (21)

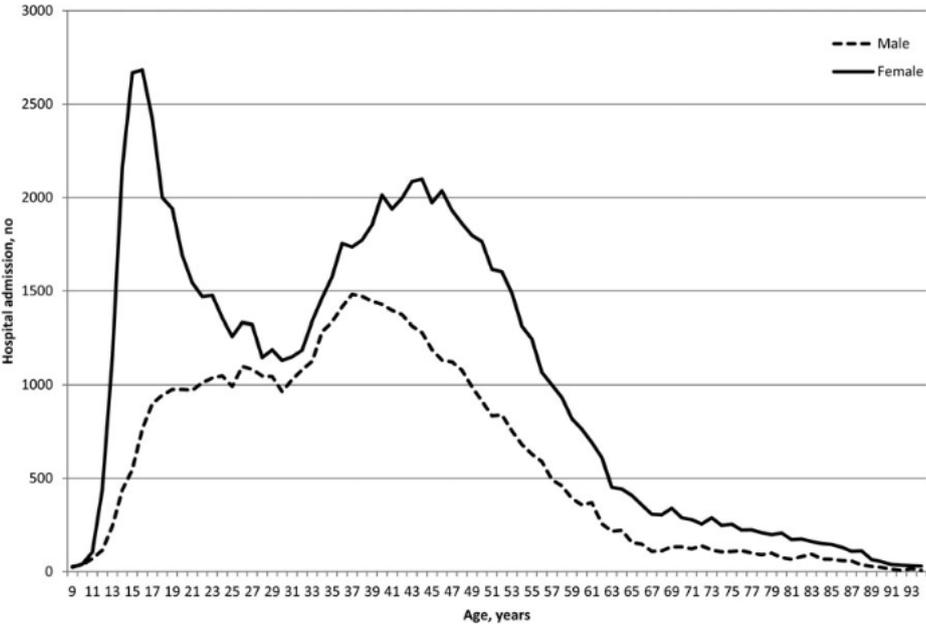


Fig. 2. Distribution of age at index hospital admission for deliberate self-harm, by gender.

IV. Discussion

L'objectif de cette thèse est d'étudier la mortalité, notamment par suicide chez les personnes hospitalisées pour des IDS ou ayant fait une TS.

Les articles sélectionnés pour cette thèse, publiés récemment, montrent généralement une mortalité excessive pour ces personnes en comparaison avec la population générale.

Nous allons mettre en évidence quelles sont les tendances relevées dans ces articles pour tenter de repérer des moments clés dans le parcours de soin du patient, ceci afin d'apporter des pistes de réflexion au sujet de la prévention du suicide et réduire la mortalité associée.

1) Mortalité toutes causes confondues

Nous avons observé dans toutes les études de cette thèse que le risque de mortalité toutes causes confondues est significativement majoré.

Selon les études, le risque de mortalité après une tentative de suicide varie d'un risque 8 fois plus important, voire 16 fois plus important.

Ce risque n'est pas à négliger après une hospitalisation pour idées suicidaires : nos résultats montrent qu'il est 4 à 6 fois plus probable en comparaison à la population générale.

Ces résultats incluent la mortalité par suicide, mais d'autres causes de mortalité sont elles aussi significativement élevées parmi ces individus.

On remarque notamment que les causes accidentelles sont particulièrement prévalentes, notamment les décès par abus de substances.

Cela souligne l'importance capitale de renforcer la vigilance sur ce point, et de mener un interrogatoire complet concernant la présence de ces facteurs de fragilités chez les patients à

risque. Les associations entre les troubles dépressifs, anxieux et la consommation excessive de substances sont de notoriété publique mais cette étude montre que la sensibilisation des professionnels de santé, aux urgences notamment, reste primordiale.

Les résultats sont variables concernant le risque de mortalité de causes naturelles. L'étude italienne montre une majoration significative de décès à la suite d'une maladie néoplasique ou de troubles du système nerveux, toutefois sur un nombre de patients limités. L'étude américaine montre que la mortalité de causes naturelles est augmentée à la suite d'IDS mais pas dans le cas d'une TS. Les causes spécifiques n'ont pas été rapportées dans cette étude.

Au vu de ces observations, il paraît difficile de tirer des conclusions définitives à ce sujet.

On peut toutefois rappeler ici l'impact considérable des maladies chroniques sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide, et notamment des douleurs associées.

Une sensibilisation auprès de ces patients, accompagnée d'une proposition de soutien psychologique professionnel et associatif sont des solutions possibles à ces problématiques.

Nous pouvons également suggérer qu'il est important d'attirer l'attention des patients bénéficiant d'un suivi psychiatrique spécialisé sur l'intérêt capital d'un suivi de santé générale, auprès du médecin traitant par exemple. Les thérapeutiques médicamenteuses prescrites par le psychiatre et présentant un intérêt certain sur les pathologies fréquemment rencontrées dans cette spécialité médicale ont un impact sur les systèmes nerveux, digestif, endocrine et peuvent favoriser l'émergence de pathologies mettant en jeu l'espérance de vie des patients, notamment en augmentant le risque de pathologies cardiovasculaires en augmentant la prévalence du syndrome métabolique.

Cette problématique est bien évidemment connue des professionnels de santé en psychiatrie, mais cette étude montre que cela reste un enjeu de santé majeur.

Nous pouvons mentionner que de nombreuses initiatives existent à l'heure actuelle pour y remédier, mais elles sont souvent réalisées au sein des hôpitaux et services, et non généralisées et systématiques.

2) Mortalité par suicide

Comme évoqué précédemment, dans toutes les études incluses au cours de cette thèse, parmi toutes les causes de décès le risque de mortalité par suicide, relatif au reste de la population, est le plus important chez les personnes hospitalisées pour IDS et TS en comparaison aux autres causes de mortalité.

Cela est confirmé par l'ensemble des études incluses dans cette thèse, et à partir de ce constat nous allons essayer d'identifier plusieurs facteurs favorisant ce problème de santé publique. Par ailleurs, nous vous présenterons quels sont les plans de prévention du suicide existants pouvant répondre à ces problématiques, et en l'absence de plans spécifiques nous suggérerons des pistes de réflexion.

Mortalité selon l'âge des individus

L'étude française montre que l'incidence des tentatives de suicide est particulièrement importante chez les individus jeunes aux alentours de l'adolescence, notamment pour les femmes. Cela coïncide avec les observations faites dans l'étude italienne, montrant une mortalité significativement accrue dans cette catégorie d'âge.

A ce jour en France, il n'existe pas de plan de prévention généralisé concernant la prévention du premier passage à l'acte chez les adolescents et jeunes adultes.

Nous pouvons toutefois mentionner l'existence du dispositif de recherche ElioS, coordonné à partir du CHU de Lille et soutenu par plusieurs partenaires institutionnels.

ElioS est une plateforme numérique pensée spécialement pour les jeunes. Elle leur permet, depuis les réseaux sociaux qu'ils utilisent au quotidien, d'entrer en contact avec une équipe de professionnels de santé spécialisés dans l'accompagnement des idées suicidaires. Grâce à ce dispositif, les jeunes peuvent recevoir rapidement un soutien face à leur détresse psychologique, bénéficier d'une prise en charge de la crise, et être orientés vers des soins adaptés.

En s'appuyant sur les outils de communication familiers aux adolescents et jeunes adultes, ElioS répond à un constat : beaucoup de jeunes cherchent d'abord de l'aide de manière informelle, sur internet ou via les réseaux sociaux. C'est pourquoi cette plateforme a été conçue comme un tremplin vers les systèmes de soins conventionnels pour celles et ceux qui, autrement, n'y auraient peut-être pas accès.

Moyens violents utilisés au cours de la TS

Les études californienne et l'étude des méta-analyses montrent que le recours à un moyen violent pour réaliser une TS est un facteur aggravant de mortalité.

Une limitation d'accès à ses moyens dans les semaines qui suivent une TS utilisant un de ces moyens apparaît donc nécessaire. Une mobilisation de l'entourage du patient afin de porter une attention particulière au sujet de l'accès à des moyens potentiellement létaux serait donc utile pour réduire la mortalité.

Il semble toutefois complexe de mettre en place des plans de prévention spécifiques à ce sujet.

Facteurs sociodémographiques

Comme évoqué dans notre introduction, des facteurs d'ordre économique, environnemental ou encore éducatif ont un impact sur le suicide. Ceci est confirmé par l'article de méta-analyses. Une précarité financière est l'aspect le plus impactant dans cette étude.

Cela souligne l'essentialité du soutien social à apporter aux individus en complément de la prise en charge. Le recours aux services sociaux, éducatifs ou encore associatifs est à encourager. Il est important aussi de rappeler que l'accès à l'emploi est souvent très complexe pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques, en raison d'une atteinte cognitive et d'une certaine stigmatisation due à leur pathologie.

Importance du suivi post hospitalisation

Les articles cités dans cette étude analysent la mortalité des patients à la suite d'une hospitalisation pour TS ou IDS.

Cette mortalité étant globalement accrue, cela souligne l'importance d'un suivi proactif à la suite de cette hospitalisation. Comme nous l'avons vu dans nos résultats, les récurrences de TS et les taux de mortalité sont majorés au cours des premières semaines suivant l'hospitalisation. (21)

Il existe actuellement plusieurs méthodes de prévention, que nous allons vous présenter.

L'évaluation du risque suicidaire est un outil majeur pour prévenir le passage à l'acte. L'évaluation de ce risque est multifactorielle, et comme toute évaluation clinique peut varier selon le praticien qui la réalise. Afin d'uniformiser les prises en charge, des échelles d'évaluation ont été élaborées.

D'après la conférence de consensus nationale, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* (23) des échelles ont été proposées pour évaluer le risque de suicide mais elles n'ont pas encore démontré leur utilité en clinique (elles sont surtout destinées à la recherche).

Dans un but non exhaustif, on peut notamment citer l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (BSS), dont les auteurs recommandent l'utilisation pour l'évaluation du patient aux urgences.

En France spécifiquement, il existe des plans de prévention du suicide qui ont fait leurs preuves, et qui répondent aux problématiques soulevées dans cette étude.

Le dispositif Vigilans :

Vigilans est un dispositif de veille avec pour principe le recontact des patients durant une période de 6 mois après un geste suicidaire.

Il vise la prévention de la récurrence suicidaire et par conséquent du décès par suicide des populations à risque.

C'est un dispositif qui fut initialement déployé dans le Nord-Pas-De-Calais en 2015, et qui s'est étendu au fil des années à une grande partie du territoire français.

Il permet un suivi précoce et régulier des patients à risque, ainsi qu'une simplification de mise en route des dispositifs de prise en charge en urgence en cas de besoin.

Le médecin traitant est informé par courrier de ce suivi, ainsi que le psychiatre si un suivi spécialisé a déjà été initié.

Le dispositif a montré une bonne efficacité pour la prévention du suicide : Dans l'étude « *Évaluation d'efficacité de Vigilans de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire* », (24) il a été conclu que la réduction du risque de réitération suicidaire ou de décès par suicide est de 38 % pour les patients exposés un an après leur inclusion dans le dispositif.

3114 :

Ce numéro d'appel, gratuit, accessible 24H/24 et 7J/7 en tout point du territoire national, permet la prise en charge des personnes ayant des idées suicidaires et de leur entourage, depuis les premières idées de mort jusqu'à la crise suicidaire.

Ce nouveau service proposé à l'ensemble de la population est assuré par des professionnels de soins, infirmiers ou psychologues, spécifiquement formés à des missions d'écoute, d'évaluation, d'orientation et d'intervention, au sein de centres de réponse régionaux organisés par des établissements de santé. Ce numéro est également au service des professionnels de santé en recherche d'informations sur la prévention du suicide ou ayant besoin d'un avis spécialisé.

Le numéro national constitue une porte d'entrée vers l'ensemble des dispositifs d'aide psychologique et la garantie d'une communication directe et efficace à destination des personnes suicidaires. Il offre une complémentarité de service par rapport aux lignes d'écoute associatives car il permet une prise en charge par des professionnels du soin jusqu'à l'intervention d'urgence, en lien avec le SAMU.

Son utilité est avant tout dans la prévention du passage à l'acte, et de limiter le risque de récurrence. Informer le plus grand nombre de personnes l'existence de ce numéro peut donc permettre de réduire la mortalité.

V. Conclusion

Comme constaté dans l'ensemble des articles inclus dans cette revue de la littérature, le risque de mortalité toutes causes confondues et notamment par suicide est augmenté chez les personnes ayant des comportements suicidaires, en comparaison au reste de la population.

Il existe actuellement des plans de prévention du suicide permettant une réduction efficace de cette mortalité. Toutefois la généralisation de nouvelles stratégies spécifiques permettrait une prise en charge de meilleure qualité et d'apporter une aide efficace.

Il est ainsi pertinent de limiter autant que possible le premier passage à l'acte chez les individus jeunes, les risques de récurrence et la mortalité associée étant conséquents.

De plus, des politiques de prévention favorisant un accès simplifié aux soins pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques participeraient à réduire la mortalité.

VI. Bibliographie

1. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. (2014). Organisation Mondiale de la Santé.
Récupéré sur <https://iris.who.int/handle/10665/131801>
2. Geneva : World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019. 35.
3. Fouillet, A., Cadillac, M., Rivera, C., & Coudin, É. (2024). Grandes causes de la mortalité en France en 2022 et tendances récentes. *Bull Épidémiol Hebd*, (18):388-411. Récupéré sur http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/18/2024_18_1.html
4. Cadillac, M., Fouillet, A., Rivera, C., Clanché, F., & Coudin, É. (2023, Décembre). Grandes causes de décès en France en 2021 : une année encore fortement marquée par le Covid. *DREES Etudes et résultats n° 1288*.
5. Olié, É., & Courtet, P. (2017). Pour une neurobiologie des conduites suicidaires. *Bull. Acad. Natle Méd, nos 4-5-6*, 845-854.
6. Ancelin, M.-L., & Chaudieu, I. (2010). Biologie du stress et des conduites suicidaires. *P. Courtet Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier.
doi:<https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0046>

7. Mc Lean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour : A Literature Review. *Scottish Government Research DPT*.
8. Taylor, R., Page, A., Morell, S., Harrison, J., & Carter, G. (2005). « Mental Health and Socio-Economic Variations in Australian Suicide ». *Social Science and Medicine*, 61(7), 1551-1559.
9. Kapur, N., Cooper, J., King Hele Webb, R., Lawlor, M., & Rodway, C. (2006). « The Repetition of Suicidal Behavior : A Multicenter Cohort Study ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1599-1609.
10. Qin, P., Agerbo, E., & Morgenstern, P. (2003). « Suicide Risk in Relation to Socio Economic Democratic, Psychiatric and Familial Factors : A National RegisterBased Study of all Suicides in Denmark (1981-1997) ». *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 765-772.
11. Cheung, Y., Law, C., Chan, B., & Liu, K. (2006). « Suicide Ideation and Suicidal Attempts in a Population Based Study of Chinese People: Risk Attributable to Hopelessness Depression and Social Factors ». *Journal of Affective Disorders*, 90, 193-199.
12. Husky, M., Guignard, R., Beck, F., & Michel, G. (2013). « Risk Behaviors, Suicide Ideation and Suicide Attempts in a Nationally Representative French Sample ». *Journal of Affective Disorders*, December, Volume 151, Issue 3, 1059–1065.
13. Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). « Suicide and Suicidal Behavior ». *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154.
14. Bolton, J., & Robinson, J. (2010). « Population-Attributable Fractions of Axis I and Axis II Mental Disorders for Suicide Attempts : Findings from a Representative Sample of the Adult, Non institutionalized US Population ». *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 12, 2473-2480.
15. Borges, G., Angst, J., Nock, M., Ruscio, A., Walters, E., & Kessler, R. (2006, December). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*, 1747-57. doi:10.1017/S0033291706008786

16. Beriot, S., & Bourguignon, D. (2023). Les menaces au soi et à l'identité et la façon dont on y fait face. 197-235. Récupéré sur shs.cairn.info
17. Scodarello, C. (2022). Fiche 15 - Violences sexuelles. Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
18. Suicide. (2024). Organisation Mondiale de la Santé. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
19. Mehanovic, E., Rosso, G., Cuomo, G., Diecidue, R., Maina, G., Costa, G., & Vigna-Taglianti, F. (2023). Cause-specific mortality after hospital discharge for suicide attempt or suicidal ideation: A cohort study in Piedmont Region, Italy. *Journal of Psychiatric Research* 161, 19–26. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.02.035>
20. Goldman-Mellor, S., Olfson, M., Lidon-Moyano, C., & Schoenbaum, M. (2019). Association of Suicide and Other Mortality With Emergency Department Presentation. *JAMA Network Open*. doi:[doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.17571](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17571)
21. Vuagnat, A., Jollant, F., Abbar, M., Hawton, K., & Quantin, C. (2019). Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1017/S2045796019000039>
22. Favril, L., Yu, R., Geddes, J., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *Lancet Public Health*, 8, e868–77. Récupéré sur www.thelancet.com/public-health
23. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. (2000). Récupéré sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
24. Broussouloux, S., Gallien, Y., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassouret, G., . . . Le Strat, Y. (2023). Évaluation d'efficacité de Vigilans de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire. *Santé Publique France*.

AUTEUR : Nom : BERTIN

Prénom : Matthias

Date de soutenance : 30/04/2025

Titre de la thèse : Etude de la mortalité par suicide et autres causes chez les patients hospitalisés pour idées suicidaires ou tentative de suicide : revue narrative de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie

Mots-clés : Suicide, Mortalité, Hospitalisation, Idées suicidaires, Tentative de suicide

Résumé :

Introduction : Le suicide est un problème de santé publique majeur, et représente 700000 décès par an à travers le monde, et 9000 en France. Le but de cette étude est d'observer la mortalité par suicide et autres causes chez les patients hospitalisés pour idées suicidaires ou tentatives de suicide, ainsi que d'en comprendre les facteurs de risque afin d'améliorer les moyens de prévention.

Matériel et méthode : Une revue narrative de la littérature scientifique a été effectuée à partir d'articles rédigés en anglais, à l'aide de la base électronique Pubmed. Les mots clés définis étaient « suicide attempt », « suicidal ideas », « suicide » et « mortality ».

Résultats : On retrouve un risque de mortalité par suicide à la suite d'idées suicidaires augmenté d'un facteur 31,4 à 64,7. La mortalité toutes causes confondues à la suite d'idées suicidaires ou une tentative de suicide est 3 à 6 fois plus importante. Le risque de décès par suicide à la suite d'une tentative de suicide est le plus conséquent, multiplié d'un facteur 56,8 à 164,8 selon les études. Les facteurs de risque majeurs associés à cette mortalité sont les comorbidités psychiatriques, ainsi que certains facteurs sociodémographiques comme l'existence d'une dette financière. Un moyen violent utilisé au cours de la tentative de suicide est également un facteur aggravant notable. Les individus particulièrement exposés aux tentatives de suicide sont les adolescents et jeunes adultes.

Conclusion : Le risque de mortalité toutes causes confondues et notamment par suicide est augmenté chez les personnes ayant des comportements suicidaires, en comparaison au reste de la population. Il existe actuellement des plans de prévention du suicide permettant une réduction efficace de cette mortalité, toutefois la généralisation de nouvelles stratégies spécifiques permettrait une prise en charge de meilleure qualité et d'apporter une aide efficace.

Composition du Jury :

Président : Pr A.AMAD

Assesseurs : Dr T.MASTELLARI

Directeur de thèse : Dr A.DEMESMAEKER

