

Appel à projets de recherche 2020

Le suicide et sa prévention

DATE DE CLÔTURE DE L'APPEL À PROJETS DE RECHERCHE : 4 décembre 2020

Dans le cadre des travaux de l'Observatoire national du suicide dont elle assure le secrétariat général, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) lance un appel à projets de recherche sur les conduites suicidaires, ciblé sur certaines thématiques identifiées comme prioritaires par les membres de l'Observatoire pour leur faible couverture par des travaux de recherche ou leur actualité (pandémie de Covid-19).

Objectif de l'appel à projets :

Parmi les priorités identifiées par l'ONS, le présent appel vise les thématiques suivantes :

- **Axe 1** : Spécificités des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et les collectivités d'outre-mer (COM) français
- **Axe 2** : Dynamiques des conduites suicidaires chez les personnes âgées
- **Axe 3** : Pandémie de Covid-19 et conduites suicidaires

Champ de l'appel à projets :

Les recherches devront traiter de l'une des trois thématiques proposées.

Des projets de recherche proposant d'exploiter les bases de données statistiques existantes ainsi que des recherches de nature qualitative sont attendus (pour une description de différentes bases de données existantes, se référer à l'annexe). Plus précisément, des contributions proposant de mobiliser ces deux types de travaux conjointement sont fortement encouragées. Enfin, les recherches s'inscrivant dans une perspective pluridisciplinaire seront aussi privilégiées.

Critères d'éligibilité des projets :

- Les projets attendus doivent relever des **sciences humaines et sociales** (sociologie, économie, démographie, gestion, sciences politiques, droit, histoire, sciences de la gestion, psychologie, etc.), de la statistique, de la biostatistique ou de l'épidémiologie. **Des projets en psychiatrie sont également attendus mais ils devront impérativement associer des équipes en sciences humaines et sociales (SHS) et la partie du projet faisant appel aux SHS devra y être significativement développée et pertinente.**
- L'articulation entre la problématique posée par les candidats et les axes énoncés au début de cet appel à recherche doit être impérativement et explicitement énoncée.
- Le projet devra être mené, de préférence, sur une durée maximale de **24 mois** à compter de la notification de la convention. Les candidats présenteront un calendrier de recherche compatible avec cette durée. Le projet devra, le cas échéant, indiquer les délais prévisionnels pour les formalités relatives à l'obtention de données ou d'autorisations nécessaire à la réalisation de la recherche.
- Cet appel à projets de recherche est financé par la DREES. Le montant total alloué au financement de recherches est de 500 000 euros. **En conséquence, chaque projet ne devra pas dépasser 100 000 euros. La sélection des projets sera assurée par un conseil scientifique indépendant. Elle tiendra compte du souhait de la DREES de répartir ses financements entre les trois axes.**

Responsable scientifique du projet

- Le responsable scientifique du projet de recherche doit être membre d'un laboratoire relevant d'un organisme de recherche. Est considéré comme organisme de recherche, une entité, quel que soit son statut légal (organisme de droit public ou privé) ou son mode de financement, dont le but premier est d'exercer des activités de recherche et de diffuser leurs résultats par l'enseignement, la publication ou le transfert de technologie ; les profits sont intégralement réinvestis dans ces activités, dans la diffusion de leurs résultats ou dans l'enseignement.
- Le responsable scientifique **peut déposer au maximum deux projets** dans le cadre de cet appel.
- Il peut présenter des projets réalisés en partie par des doctorants, des post-doctorants, etc.
- Le responsable scientifique ne peut être membre du comité scientifique d'évaluation de l'appel à projets.

Organisme responsable du projet de recherche

- L'organisme responsable du projet de recherche peut présenter un projet fédérant plusieurs équipes de recherche, relevant de préférence de disciplines différentes, étant entendu qu'il sera alors le seul contractant pour l'ensemble des équipes. Le projet peut aussi s'appuyer sur une coopération avec des acteurs de terrain.
- Il est responsable devant la DREES de l'avancement du projet, de la transmission des rapports scientifiques et financiers et du reversement des fonds aux parties prenantes.
- Un même organisme peut déposer plusieurs projets d'équipes différentes.

Le texte de l'appel à projets et le dossier de réponse sont disponibles :

- sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/recherche/appels-a-projets-de-recherche/article/le-suicide-et-sa-prevention>
- sur demande auprès de diane.desprat@sante.gouv.fr

Le dossier de réponse et le budget financier, ainsi que les pièces justificatives, devront parvenir (l'envoi électronique faisant foi) :

- **avant le 4 décembre 2020 à 12h**, par messagerie électronique, au format Word pour le dossier de réponse et au format Excel pour le budget financier, à l'adresse suivante : diane.desprat@sante.gouv.fr
- **Et suivront 1 original avec les signatures et 2 copies,**
 - **Soit par la poste, avant le 10 décembre 2020 :**
À l'attention de Diane Desprat
Ministère des solidarités et de la santé
DREES
14 Avenue Duquesne, 75007 Paris 07 SP
 - **Soit par dépôt, contre récépissé, le 10 décembre 2020 de 9h30 à 12h au Ministère à Montparnasse :**
Auprès d'Isabelle Philippon
Ministère des solidarités et de la santé
DREES
10, place des 5 martyrs du lycée Buffon, 75014 Paris
Tél : 01.40.56.80.68

Procédures de sélection :

L'évaluation des projets sera effectuée par un comité scientifique d'évaluation composé de chercheurs, d'experts et de représentants de la DREES, qualifiés sur les questions traitées. Il s'appuiera sur deux expertises écrites réalisées par des experts du champ mais il tiendra compte également du souhait de la DREES de financer des projets dans chacun des trois axes proposés dans cet appel.

Les projets de recherche seront évalués selon les critères suivants :

1. l'adéquation de la problématique du projet avec les objectifs de l'appel à projets de recherche ;
2. la pertinence et l'originalité du projet par rapport aux travaux existants ;
3. l'adéquation de la méthodologie aux objectifs et aux hypothèses du projet ;
4. la faisabilité du point de vue de l'accès aux données, du calendrier, de la durée du projet ;
5. la composition et la qualité de l'équipe projet ;
6. l'adéquation du budget prévisionnel avec le projet.

Renseignements administratifs et scientifiques auprès de : diane.desprat@sante.gouv.fr

Les résultats de la sélection des projets seront communiqués à partir du 15 mars 2021.

À l'issue de la procédure de sélection, les projets de recherche retenus feront l'objet d'une participation financière, sous la forme d'une subvention de recherche, **de la part de la DREES, organisme financeur**. La subvention sera allouée à l'organisme porteur du projet pour la réalisation du dudit projet.

Axe 1 : Spécificités des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et les collectivités d'outre-mer (COM)

Ce premier axe sollicite des recherches visant une meilleure connaissance des particularités des conduites suicidaires dans les territoires d'outre-mer français, dans l'objectif d'y adapter les moyens de prévention.

Les taux de décès par suicide et de tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation présentent des disparités fortes entre les départements et régions de la métropole française, qui s'expliquent en partie par de hétérogénéité dans la qualité des remontées des données. En comparaison, les taux établis pour l'outre-mer français sont parfois inférieurs, parfois supérieurs à ceux de la métropole (ONS, 2016). Les contrastes entre les territoires ultra-marins sont par ailleurs importants, et rendent difficile l'évaluation de l'ampleur du phénomène suicidaire en outre-mer. L'analyse du codage et de l'enregistrement des tentatives de suicides dans les services hospitaliers permettrait d'identifier d'éventuelles spécificités. Ce constat appelle des travaux de recherche pour documenter la situation des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et les collectivités d'outre-mer (COM) français, contribuer au bilan de la qualité des remontées statistiques sur ce point et permettre une comparaison entre les niveaux constatés en outre-mer et en métropole.

Cet axe vise plus précisément à susciter des recherches sur les particularités des conduites suicidaires dans les DROM et COM. Il s'agira tout d'abord de s'intéresser aux facteurs de risque de suicide spécifiques aux populations de ces territoires par rapport à la métropole. Par exemple, dans certains départements d'outre-mer, le suicide touche davantage des tranches d'âge plus jeunes par rapport à la métropole (ONS, 2016). À quoi tient cette différence des âges des suicidés ?

D'autres caractéristiques semblent différencier les DROM et les COM de la métropole. Par exemple, en Guyane, le fait que les jeunes soient obligés de quitter leurs parents à l'entrée du secondaire pour aller dans des collèges du littoral où ils vivent isolés, loin de leur famille et de leur village, et dans des conditions d'hébergement dégradées semble être un facteur de risque qui n'existe pas ou peu en métropole (Archimbaud, 2015).

Pour étudier ces spécificités, il s'agira de prendre en compte la diversité des contextes anthropologiques (multiculturalisme, multiethnicité, etc.), géographiques (insularité, isolement, etc.), démographiques (vieillesse de la population, immigration et migration, natalité, etc.), socio-économiques (taux de chômage, système éducatif, structures familiales, etc.) et sanitaires (place de la médecine de ville, nombre d'établissements autorisés en psychiatrie, etc.) de ces territoires.

Dans ce contexte, les situations des populations autochtones pourraient faire l'objet de recherches financées par cet appel. En quoi le suicide touche-t-il différemment les diverses communautés? Dans quelles mesures certaines populations sont-elles plus vulnérables que d'autres ? Les explications sont-elles identitaires, culturelles, historiques, etc. ?

Les particularités de l'organisation et du fonctionnement des services de santé (densité médicale, nombre de centres médico-psychologiques, etc.) pourraient également constituer un point d'entrée pour mieux connaître la prise en charge des personnes à risque de suicide et les parcours de soins des suicidants en outre-mer. La place et le rôle des structures associatives de prévention du suicide pourrait également être étudiée.

Enfin, la thématique de l'éloignement pourra aussi être considérée, avec notamment le mal-être de la population des métropolitains en outre-mer et, symétriquement, celles des ultramarins en métropole.

Axe 2 : Dynamiques des conduites suicidaires chez les personnes âgées¹

Ce deuxième axe se focalise sur les personnes âgées. Les recherches proposées s'attacheront à s'interroger sur les spécificités des conduites suicidaires propres à cette classe d'âge. Des recherches attentives aux dynamiques conduisant les personnes âgées au suicide et les effets des ruptures de parcours sont souhaitées².

En France métropolitaine, en 2016, les décès par suicide des personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 20 % de l'ensemble des décès par suicide, tandis que la population de cette tranche d'âge ne constitue que 9 % de l'ensemble de la population³. Alors que le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge, les recherches sur le suicide des personnes âgées, et ses éventuelles spécificités, restent peu nombreuses. En 2013 et 2014, plusieurs rapports importants ont été publiés sur cette question (CNBD, 2013 ; ANESM 2014a, 2014b). Toutefois, les dynamiques conduisant au geste suicidaire et les interactions entre les personnes âgées et leur environnement, avec le rôle précipitant que peuvent jouer les ruptures de parcours (de vie, de soins ou encore résidentiels), sont encore mal connues.

Spécificités des dynamiques conduisant les personnes âgées au suicide

L'étude des spécificités du suicide des personnes âgées impose de s'interroger sur le rôle de l'avancée en âge dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. Certains facteurs de vulnérabilité, liés aux modifications corporelles et relationnelles qui apparaissent avec l'âge, sont différents de ceux observés chez les personnes plus jeunes et, en cela, doivent être étudiés au regard du risque suicidaire. D'autres facteurs, comme la dépression, sont plus difficiles à détecter chez les personnes âgées ou auraient des effets différents sur leur risque suicidaire. Enfin, l'hypothèse est parfois avancée que certains comportements, tels que le

¹ Ce texte reprend en grande partie la contribution de Laura Nirello et de Valérie Carrasco « Suicide des personnes âgées » dans le 4^{ème} rapport de l'Observatoire National du Suicide, juin 2020.

² À noter que les travaux portant sur la demande médicale de fin de vie, l'euthanasie et la sédation profonde sont hors champ de cet appel.

³ Chiffres CépiDc-Inserm en 2016 et Insee, estimations de la population. Dans, Tableau de l'économie française. Édition 2016. Insee Références.

renoncement à certaines activités, le refus alimentaire, l'arrêt d'un traitement médicamenteux, des négligences corporelles graves, l'éloignement volontaire de certaines relations amicales ou familiales, etc. constituent des conduites suicidaires masquées (Gallarda et al., 2019). Des recherches pourraient ainsi s'attacher à confirmer ou infirmer ces hypothèses en interrogeant dans quelle mesure ces pratiques ou « halo de comportements » peuvent être des indicateurs d'un mal-être pouvant à terme conduire à des conduites suicidaires. Face à ces difficultés de repérage des facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées, l'analyse des dynamiques les conduisant au geste suicidaire pourrait être une piste de recherche à explorer. Une approche longitudinale pourra utilement compléter une analyse transversale.

Suicide et rupture dans les parcours de vie

Isolement, veuvage, hospitalisation, annonce de maladies et entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), sont autant de ruptures dans les parcours des personnes âgées qui peuvent précipiter le geste suicidaire. De même, les douleurs chroniques ou encore la perte d'autonomie peuvent conduire à des formes de mal-être et entraîner des conduites suicidaires.

En particulier, la littérature s'interroge sur l'incidence de l'institutionnalisation. Des études ont montré que l'entrée en Ehpad pouvait être vécue en elle-même comme un événement traumatique (Casadebaig et al., 2005) mais les mécanismes et les enjeux de l'entrée en institution comme déterminants du risque suicidaire font encore trop peu l'objet de recherches et restent donc à explorer. De même, il importe de prendre en compte la manière dont cette entrée est préparée par la personne âgée, l'entourage et l'équipe soignante (Mallon, 2007). Par ailleurs, l'arrivée en Ehpad s'effectuant fréquemment à un âge très avancé – l'âge moyen est de plus de 85 ans en 2015 (Muller, 2017) – nécessite de tenir compte des caractéristiques particulières des résidents. Enfin, l'entrée en Ehpad peut être liée à un événement traumatique (décès du conjoint, perte d'autonomie etc.) ou à une dégradation de la santé. La succession chronologique et l'interaction dynamique de ces différents événements ou facteurs sont mal connues et mériteraient d'être traitées.

Ainsi, des recherches comportant une analyse des dynamiques et des interactions entre les facteurs démographiques, économiques et familiaux permettraient de parfaire la compréhension des conduites suicidaires des personnes âgées. Les études s'attachant à décrire finement l'évolution du contexte dans lequel a lieu le geste suicidaire sont ainsi très attendues.

Axe 3 : Pandémie de Covid-19 et conduites suicidaires

La population française fait face à la pandémie de Covid-19 et à l'urgence sanitaire, et s'est vue confinée pendant plusieurs mois. Cette situation inédite a profondément déstabilisé et impacté la population française entraînant potentiellement un risque d'augmentation des conduites suicidaires. Cet axe s'attache à explorer l'impact de l'épidémie et du confinement

sur le risque suicidaire et les dispositifs de prévention déployés pour faire face à cette situation inédite et leurs effets. Les recherches pourront étudier non seulement les effets immédiats, de court terme, de la crise sanitaire sur le suicide mais aussi ceux qui pourraient potentiellement apparaître à plus long terme.

L'impact psychologique de l'épidémie et du confinement

L'isolement et la perte de liens sociaux consécutifs au confinement et aux mesures de distanciation physique ainsi que le risque sanitaire et l'incertitude liée à la situation impactent toutes les sphères de la vie des personnes et peuvent générer de l'anxiété, des états dépressifs ou encore un état de stress post-traumatique. Des travaux portant sur l'épidémie de SRAS au début des années 2000 ont fait état d'une augmentation de cas de troubles anxieux, de dépression et de conduites suicidaires à la suite de l'épidémie (Reynolds, 2008 ; Wu, 2008). La peur de contaminer ses proches et la culpabilité d'avoir eu la maladie peuvent également augmenter le risque suicidaire. L'isolement et le confinement ont pu par ailleurs aggraver la consommation abusive de produits psychoactifs (alcool, tabac, marijuana, etc.). Or, la consommation de ces produits est un déterminant connu du passage à l'acte suicidaire, surtout chez les individus vulnérables. Des recherches traitant spécifiquement du risque de l'épidémie de Covid-19 et de ses conséquences sur la santé mentale et les conduites suicidaires sont attendues. Des comparaisons avec d'autres épidémies (Ebola, SRAS, etc.) ou des crises de nature différente (météorologiques, migratoires, écologiques, etc.) afin de souligner leurs similitudes ou leurs différences avec la pandémie de Covid-19, sont également bienvenues.

Caractéristiques sociodémographiques et risque suicidaire

Une dégradation des conditions de vie des personnes et les difficultés sociales apparaissant ou augmentant dans un contexte de crise sanitaire peuvent le cas échéant avoir des incidences sur le vécu de cette période et le bien-être des personnes. Ainsi, les mauvaises conditions de logement (insalubrité, surpeuplement, etc.), l'augmentation des dépenses de la vie courante parfois accompagnée d'une baisse des revenus avérée ou anticipée (notamment pour les familles modestes avec enfants), les difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle, les violences conjugales et familiales sont autant d'aspects qui peuvent accroître le sentiment d'anxiété, de stress ou de dépression et peuvent, à plus ou moins long terme, entraîner un risque suicidaire. Ainsi, les interactions entre les situations de précarité, les difficultés sociales apparues ou aggravées avec le confinement et les risques suicidaires pourront être étudiées.

Des focus sur certaines populations sont également attendus. À ce titre, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont particulièrement vulnérables et susceptibles de développer des symptômes d'angoisse, conduisant à des conduites suicidaires. L'éventuelle rupture de soins, la disparition des liens sociaux et des réseaux d'entraide ont pu engendrer une détérioration de la santé mentale de ces personnes. Ainsi, l'augmentation du risque suicidaire des personnes ayant des troubles psychiatriques préexistants constitue un axe de recherche à développer.

Une attention particulière pourra également être portée sur les professionnels de santé qui ont été confrontés en première ligne à l'épidémie, en lien avec les conditions d'exercice de leur activité, souvent éprouvantes.

Par ailleurs, la crise sanitaire liée au Covid-19 a montré au grand jour l'isolement des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en institution, et renouvelle l'intérêt de recherches portant sur les effets de l'isolement sur la santé psychique et le risque suicidaire des aînés. Des recherches sur d'autres populations spécifiques dont le risque suicidaire a pu être accentué par le confinement et l'épidémie (jeunes, étudiants, personnes sans-domicile, immigrés, etc.) sont également attendues.

Effets de la crise économique suite au confinement sur les conduites suicidaires

L'épidémie du Covid-19 et les mesures de restriction d'activité associées ont conduit à une augmentation du taux de chômage et à de fréquentes diminutions de revenus, au niveau mondial. Les effets négatifs du confinement sont ainsi accentués par les conséquences économiques de la crise sanitaire. Pour beaucoup, le confinement est associé à la suspension temporaire de l'activité professionnelle, à la perte d'emploi, ou à de moindres perspectives d'entrée ou de retour sur le marché du travail, et par conséquent à la diminution ou la perte des revenus. Les personnes concernées sont confrontées à l'incertitude quant à leur avenir et à leur situation financière, et peut donner lieu à de l'anxiété, du stress et un sentiment d'impuissance et à une dégradation des conditions de vie. La perte d'emploi consécutive et les retombées économiques qui en découlent doivent alerter sur une possible augmentation du taux de tentatives de suicide et de suicide en France. En effet, un certain nombre d'entreprises ont été ou vont être amenées à licencier ou à déposer le bilan. Les chômeurs et les primo-entrants sur le marché du travail sont des populations particulièrement à risque. Ce constat appelle à des travaux de recherche visant à documenter ces situations et à appréhender le risque potentiellement accru de conduites suicidaires.

A contrario, des travaux suggèrent que dans des périodes difficiles (crise économique, grandes guerres, épidémie, etc.) s'observent des mécanismes de baisse à court terme de la mortalité par suicide (Durkheim, 1897). Le sentiment d'appartenance à une société durant une période difficile ou encore le développement de formes de solidarité peuvent donner lieu à des effets protecteurs et conduire à une diminution, ne serait-ce que temporaire, des conduites suicidaires. Le confinement, et la mise en place du travail à distance qui l'accompagne souvent, peuvent par ailleurs être bénéfiques pour protéger du suicide. Ce fait semble s'observer au Japon, où une baisse de 20% des taux de suicide pendant le confinement par rapport à la même période en 2019 a été observée. Une diminution des situations de stress au travail et de harcèlement ainsi qu'une disparition de la fatigue liée aux transports peut expliquer ce phénomène. L'amélioration momentanée de certains troubles psychiques pendant un confinement peut toutefois être suivie par un rebond des difficultés et des conduites suicidaires à moyen ou long terme. Des recherches questionnant ces perspectives sont également attendues.

Réflexions sur les dispositifs de prévention du suicide en période de pandémie

Des réflexions sur les dispositifs de prévention du suicide, habituels ou plus innovants, qui ont été mobilisés pendant la crise sanitaire, éventuellement de façon transitoire, sont attendues. Pendant le confinement, l'aide à distance s'est développée, en partie pour pallier les possibilités de repérer et d'intervenir directement auprès des personnes confrontées à la problématique du suicide. Dans quelle mesure l'écoute à distance pour ces personnes, que ce soit par des lignes d'appels téléphoniques déjà existantes ou dédiées à la Covid-19 (numéro vert, numéro dédié aux professionnels de santé, numéros locaux, etc.) a-t-elle permis de faire face au besoin d'aide exprimé pendant l'épidémie ? Dans quelle mesure les consultations médicales à distance (télémédecine) ou à domicile et les appels des patients à l'initiative des services de soins ont permis de maintenir le contact et poursuivre le soin auprès des patients en souffrance psychique et ainsi prévenir leur risque suicidaire ? Plus largement, dans quelle mesure l'implémentation d'outils de e-santé en matière de prévention du suicide a-t-elle été accélérée avec la crise sanitaire ? Ces dispositifs ont-ils redéfini la relation aux soins et offert de nouvelles modalités de suivi des personnes suicidantes ? Comment s'est fait l'acceptation de ces dispositifs par les personnes concernées, en particulier par celles qui n'y recouraient pas avant la crise ? Quels effets les réorganisations induites par ces outils ont-elles eu sur les pratiques professionnelles ? Pour les personnes et les patients n'ayant pas accès au numérique, l'isolement et le non-recours aux soins ont-ils aggravé leurs troubles de santé mentale et leur risque suicidaire ? Des études abordant ces différents aspects sont attendues.

Enfin, des recherches sur les usages qui ont été faits pendant le confinement des réseaux sociaux et des technologies de communication (smartphone, WhatsApp, etc.) par les personnes en situation de souffrance mentale et de risque suicidaire sont également attendues. En effet, le numérique a souvent constitué un outil de communication entre les personnes et leur entourage afin de réduire le sentiment d'isolement. Mais il a également pu favoriser un accès à la désinformation (fausses informations, amplification de phénomènes, etc.) ou contribuer à maintenir les personnes dans un état d'angoisse permanent, pouvant accroître l'anxiété et le sentiment de peur. Ainsi, des recherches interrogeant les liens entre conduites suicidaires et technologies numériques dans le contexte de la crise sanitaire pourront être proposées.

Bibliographie indicative

ANESM, *Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées*, avril 2014a.

ANESM, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, mai 2014b.

Archimbaud A. et Chapdelaine M.-A., *Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française. 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être*, Rapport parlementaire, novembre 2015.

Casadebaig F., et al. « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique », 2003, vol. 51, n°11, 55-64.

CNBD, Prévention du suicide chez les personnes âgées, octobre 2013.

Durkheim E. (1897), *Le suicide*, Paris, PUF, 1960.

Gallarda T., et al., Chapitre 24. Suicide et conduites suicidaires. Dans J.-P. Clément et B. Calvet (dir). *Psychiatrie de la personne âgée*, 2019, 2^e édition. Paris, France : Lavoisier, 252-268.

Mallon I., « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et Société*, 2007, vol.30, n°121, 251-64.

Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n°1015, 2017.

ONS, *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives*, DREES, 2016.

ONS, *Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, DREES, 2020.

Reynolds DL., et al. "Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience", *Epidemiology & Infection*, 136 (7), 2008, p.997-1007.

Wu P., et al., "Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak", *Alcohol and Alcoholism*, 43 (6), 2008, p.706–712.

Annexe : Enquêtes statistiques et données administratives mobilisables

Cette annexe présente, de manière non exhaustive, les sources statistiques qui peuvent être mobilisées dans les projets soumis à cet appel à recherche.

1) Les enquêtes auprès de la population

a. Baromètre Santé

Le Baromètre santé de Santé publique France est un dispositif d'enquêtes périodiques mis en place en 1992. Chaque année, cette enquête transversale en population générale interroge par entretien téléphonique la population âgée entre 15 et 75 ans en France métropolitaine. En 2014, un volet sur les départements d'outre-mer a été ajouté. Pour l'année 2017, 25 000 personnes ont été interrogées. Depuis 2000, le Baromètre comporte neuf questions sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide et aborde, entre autres, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, le nombre de tentatives de suicide au cours de la vie et la date de la dernière tentative de suicide. Les données du Baromètre permettent également d'estimer la prévalence des conduites suicidaires et d'en étudier les facteurs associés.

Pour accéder à la base de données, il est nécessaire de prendre contact avec Jean-Baptiste Richard à l'adresse suivante : jean-baptiste.richard@santepubliquefrance.fr. Une convention de prêt est requise et s'adresse uniquement aux équipes publiques.

b. Enquête ESCAPAD et enquête ENClass

L'enquête **ESCAPAD** (ou Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de la préparation à la Défense), coordonnée par l'OFDT avec le soutien de la Direction du Service National, interroge depuis 2000 par questionnaire auto-administré des jeunes âgés de 17 ans dans le cadre de la Journée défense et citoyenneté. Elle aborde notamment des questions ayant trait à la santé et la consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis) et informe sur les caractéristiques sociales des jeunes (situation familiale, profession et catégorie sociale des parents, situation scolaire, etc.). Depuis 2005, cette enquête a lieu tous les trois ans. En 2008, un module pérenne sur les tentatives de suicide a été inclus. Il interroge sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées en population générale adolescente. Du fait de la taille de son échantillon (pour l'enquête de 2017, près de 40 000 jeunes ont été interrogés), elle permet d'établir une prévalence au niveau des régions métropolitaines.

Créée en 2018, l'« Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (HBCS-ESPAD) », **EnCLASS** s'attache à observer la santé, le bien-être et les comportements de plus de 20 000 adolescents en France. Cette enquête, est la fusion en France de deux grandes enquêtes internationales conduites en classe : Health Behaviour in

School-aged children (HBSC) et European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD). Le projet EnCLASS a la particularité de reposer sur une collecte en ligne et bénéficie d'un échantillon important afin de permettre à chaque grande région de pouvoir comparer les principaux indicateurs entre ses collégiens et ceux du reste de la France et améliorer la comparaison entre les différents niveaux et filières d'enseignement. Les données portent sur la santé et les comportements à risque tels que la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, tranquillisants, somnifères, cocaïne et autres produits illicites). Plus précisément, l'enquête aborde la question de leur accessibilité, de leur usage, de la perception des risques et des conséquences sur la santé liés à leur usage. À cela s'ajoutent plusieurs questions sur les tentatives de suicide telles que l'âge de la première tentative et si une hospitalisation a été requise pour ce motif. En 2020, l'enquête EnCLASS se déroulera dans les **départements d'outre-mer** que sont la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion.

L'accès à l'enquête ESCAPAD nécessite une prise de contact à l'adresse suivante : eas@ofdt.fr. Pour l'enquête ENClass, le contact se fait via cette adresse : enclass@enclass.fr
Les bases de données sont accessibles aux chercheurs sur la base d'un texte décrivant le projet et les axes de recherche.

c. Enquête Virage dans les Outre-mer

Dans la continuité de [l'enquête Virage](#) menée en métropole en 2015, [Virage dans les Outre-mer](#), réalisée par l'Ined en 2018, permet d'actualiser les connaissances sur les violences dans trois départements et régions d'outre-mer : La Réunion, la Guadeloupe et la Martinique. Elle fournit les prévalences des violences, enrichies d'informations détaillées sur les contextes de leur survenue ainsi que sur leurs conséquences. Cette enquête répond à un besoin de connaissances exprimé par les pouvoirs publics et les acteurs luttant contre les violences faites aux femmes. Son objectif central vise à mesurer les faits, pour les femmes et les hommes, de violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles. Ces faits concernent d'une part, les violences vécues au sein de la sphère conjugale, au travail et dans les espaces publics, au cours des 12 derniers mois et, d'autre part, celles vécues durant toute la vie dans ces mêmes sphères mais également dans la sphère familiale et durant les études. Elle cherche à prolonger la compréhension de l'expérience des violences liée au sexe, à l'âge, à la génération, au milieu social, à la trajectoire migratoire, etc. Elle contribue dès lors à mieux évaluer les spécificités locales dans la survenue, l'expérience et les conséquences des violences.

Les bases de données de l'enquêtes VIRAGE (métropole et DROM) ne sont pas directement accessibles. Pour plus d'information il est nécessaire de prendre contact avec le service des enquêtes de l'Ined à l'adresse suivante : enquetes@ined.fr.

d. Enquête santé européenne et Enquête Santé DOM

Menée tous les 6 ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, cette enquête permet notamment de mesurer l'évolution de l'état de santé des populations, de ses déterminants ou des recours aux soins. Elle permet aussi de positionner la France en Europe au regard de grands indicateurs de santé. En outre, elle éclaire des questions spécifiques du système français d'assurance santé ou celle du renoncement aux soins. L'enquête est réalisée sur un échantillon d'environ 20 000 personnes par la DREES du Ministère des Solidarités et de la Santé et l'IRDES en collaboration avec l'INSEE.

L'enquête Santé DOM, réalisée en 2019, est la déclinaison de l'enquête santé européenne dans les départements d'outre-mer (les 4 Dom historiques et Mayotte). L'enquête aborde plusieurs thèmes : l'état de santé (santé perçue, maladies chroniques, santé mentale), l'accès aux soins (consultation de professionnels de santé, hospitalisations, consommation de médicaments, dépistage, vaccination contre la grippe, renoncement aux soins), les habitudes de vie (activité physique, alimentation, consommation de tabac et d'alcool) et la situation sociodémographique. Des questions propres aux Dom ont été ajoutées, comme le logement et les maladies ou encore sur la consommation de fruits et de légumes adaptées aux spécificités de chaque Dom. L'enquête est réalisée sur un échantillon d'environ 10 000 personnes par la DREES du Ministère des Solidarités et de la Santé et l'IRDES en collaboration avec l'INSEE.

Pour les équipes françaises, les données de l'enquête EHIS seront mises à disposition sur le [site des Archives de données issues de la statistique publique \(Adisp\)](#) . Il est également possible de prendre contact via cette adresse : ehis2019@kantarpublish.com .

e. Enquête Santé mentale en Population Générale

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multiculturelle, menée depuis 1997. Cette recherche multiculturelle propose un état des lieux des besoins de santé mentale dans la population, une description des représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et une estimation de la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans. Pour chaque site participant à l'enquête, les données sont recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Depuis son commencement, l'enquête SMPG a été réalisée sur 87 sites (72 sites nationaux et 15

internationaux). Près de 77 500 personnes ont été interrogées, soit plus de 64 600 individus en France (dont 3 400 dans les DOM) et près de 13 500 individus pour l'ensemble des sites internationaux.

Pour accéder à la base de données, il est nécessaire de prendre contact à l'adresse suivante :
ccoms@epsm-lm.fr.

2) Les sources administratives

Le système national de données de santé (SNDS) centralise et met à disposition en les appariant les bases administratives suivantes :

- Données de consommation de soins inter-régimes (SNIIRAM) ;
- Données d'hospitalisation (PMSI) ;
- Données sur les causes de décès (CépiDC).

Malgré certaines limites (sous codage des tentatives de suicide dans les données hospitalières, notamment dans celles des établissements de psychiatrie ; impossibilité de chaîner les consultations ambulatoires de psychiatrie des établissements publics -essentiellement en CMP-, sous-estimation des décès par suicide dans les données du CépiDC ; manque d'informations sur les caractéristiques socio-économiques des patients), ces bases appariées permettent d'analyser les trajectoires des personnes ayant été hospitalisés pour une tentative de suicide (conséquences somatiques de la tentative de suicide, consommation de soins après l'hospitalisation, durée d'hospitalisation, réhospitalisations, etc.), mais aussi de mesurer la mortalité par suicide après une tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation en MCO.

Pour la procédure d'accès à l'ensemble de ces bases, se référer au site du SNDS :
<https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Processus-d-acces-aux-donnees>

3) Les enquêtes ad-hoc sur l'épidémie de la Covid-19

De nombreuses enquêtes ad-hoc sur l'épidémie de la Covid-19 ont été lancées pendant la crise sanitaire pour en mesurer les effets sur la santé mentale (troubles du sommeil, troubles anxieux, dépressifs, etc.). Bien que peu d'entre elles interrogent sur les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide, ces enquêtes peuvent être mobilisées dans les projets soumis à cet appel à recherche.