



**HAL**  
open science

## Relation entre la consommation d'alcool et le comportement suicidaire : une étude de cohorte

María del Carmen Marmolejo Sánchez

► **To cite this version:**

María del Carmen Marmolejo Sánchez. Relation entre la consommation d'alcool et le comportement suicidaire : une étude de cohorte. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04208153

**HAL Id: dumas-04208153**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04208153v1>**

Submitted on 15 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

2023

N°

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

MARMOLEJO SÁNCHEZ María del Carmen

NEE LE 02/07/1990 A GRANADA (ESP)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

11/09/2023

**RELATION ENTRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET LE  
COMPORTEMENT SUICIDAIRE : UNE ETUDE DE COHORTE**

PRESIDENT DE JURY : Professeur Olivier **GUILLIN**

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Olivier **GUILLIN**

MEMBRES DU JURY : Professeur Gisèle **APTER**

Professeur Priscille **GERARDIN**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian <b>CLATOT</b>	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian <b>GUISIER</b>	HCN	Pneumologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HCN	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Elodie <b>ALESSANDRI-GRADT</b>	HCN	Virologie
Mr Kévin <b>ALEXANDRE</b>	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Damien <b>COSTA</b>	HCN	Parasitologie
Mr Pierre <b>DECAZES</b>	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime <b>FONTANILLES</b>	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney <b>GILARD</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien <b>MIRANDA</b>	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
M. Abdellah <b>TEBANI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie

Mr Julien **WILS**

HCN Pharmacologie

**PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mme Noémie **MARIE**

UFR Communication

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**

UFR Anglais

Mme Cécile **POTTIER-LE GUELLEC**

UFR Anglais

## II – PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta <b>AL ZALLOUHA</b>	Toxicologie
Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b> (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Sandrine <b>DAHYOT</b>	Bactériologie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie



Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla <b>EL GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Virologie
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Biologie Cellulaire
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie officinale
M. Damien <b>SALAUZE</b>	Pharmacie industrielle

#### **PAU-PH**

M. Mikaël <b>DAOUPHARS</b>	Pharmacie
M. Pierre <b>BOHN</b>	Radiopharmacie

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

M. Eric <b>BARAT</b>	Pharmacie
M. Guillaume <b>FEUGRAY</b>	Biochimie Générale
M. Henri <b>GONDÉ</b>	Pharmacie
M. Paul <b>BILLOIR</b>	Hématologie
M. Romain <b>LEGUILLON</b>	Pharmacie
M. Thomas <b>DUFLOT</b>	Pharmacologie

Mme Alice **MOISAN**

Virologie

**ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Chaïma **EZZINE**

Pharmacologie

M. Abdelmounaim **MOUHAJIR**

Informatique Bio-informatique

M. Olivier **PERRUCHON**

Pharmacognosie

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG)

UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN**

UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER**

UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**

UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE**

UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU**

UFR Médecine Générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan <b>BRETON</b> (med)	Nutrition
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**À mes parents et mon frère,**

Merci pour votre soutien et votre bienveillance tout au long de mes études et pour me donner l'opportunité de venir en France à poursuivre mon rêve.

**À mon partenaire d'aventure Oscar,**

Pour ta présence, tu es mon plus grand appui, et bien sûr, pour m'avoir donné un coup de main pour développer les statistiques de cette thèse.

**À Adina, Sandra et Romuald,**

Pour vos encouragements et vos conseils toujours judicieux.

**À Sarah,**

Pour cette cheffe qui est devenue une véritable amie.

**À Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN,**

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et pour diriger ce travail, pour le temps que vous m'avez consacré et vos conseils, veuillez trouver ici un témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

**À Madame le Professeur Gisèle APTER,**

Pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury, et pour m'avoir permis de découvrir la pédopsychiatrie, veuillez trouver ici une marque de mon respect et de ma gratitude.

**À Madame le Professeur Priscille GERARDIN,**

Pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

**À Monsieur le Docteur Alexandre BAGUET,**

Pour votre accueil au sein de votre service, vous m'avez permis de découvrir l'addictologie, qui est devenue mon orientation professionnelle, veuillez trouver ici un témoignage de ma gratitude.

**Aux équipes du CHU de Rouen et du GHH du Havre,**

Pour votre accueil et votre gentillesse.

**Merci à tous !**

## Sommaire

<b>I. ANTECEDENTS ET CADRE THEORIQUE</b> .....	1
<b>Suicide et Comportement Suicidaire</b> .....	2
Facteurs de risque.....	3
Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide dans le monde.....	5
Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide en Europe .....	8
Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide en France.....	9
<b>Consommation d'alcool</b> .....	14
Statistiques sur la consommation d'alcool dans le monde .....	15
Statistiques sur la consommation d'alcool en Europe .....	18
Statistiques sur la consommation d'alcool en France.....	21
Définition du mésusage de l'alcool .....	25
Facteurs de risque.....	27
Troubles liés à la consommation d'alcool .....	29
Morbidité et mortalité.....	30
<b>Alcool et Comportement Suicidaire</b> .....	35
Lien entre consommation d'alcool et dépression .....	36
Lien entre consommation d'alcool et comportement suicidaire .....	37
Impact de la consommation d'alcool sur le suicide .....	38
<b>II. ETUDE EMPIRIQUE</b> .....	42
<b>Problématique</b> .....	42
<b>Objectif de l'étude</b> .....	44
<b>Méthodologie</b> .....	44
Population d'étude.....	44
Recueils des données.....	45
Analyse statistique.....	46
<b>Considérations médicales</b> .....	47
Tentatives de suicide .....	47
Troubles de l'usage de l'alcool .....	47
Troubles psychiatriques.....	48
<b>Considérations éthiques</b> .....	48
<b>Résultats descriptifs</b> .....	48



1. Sexe .....	49
2. Age.....	50
3. Situation familiale et suivi médical .....	50
4. Situation professionnelle et économique .....	51
5. Jour de la TS, méthode d'auto-agression et antécédents de TS .....	53
6. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles psychiatriques .....	54
<b>Analyse de risque .....</b>	<b>56</b>
<b>III. DISCUSSION .....</b>	<b>58</b>
<b>Limites de l'étude.....</b>	<b>61</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>62</b>
Annexes.....	63
Références.....	64

## Liste de figures et tables

Figure 1. Suicides dans le monde, par âge et niveau de revenu du pays (milliers) en 2019 .....	6
Figure 2. Quatre principales causes de décès dans le monde en 2019 pour les personnes âgées de 15 à 29 ans .....	7
Figure 3. Taux de suicide normalisés selon l'âge sur 100 000 habitants par région (2000-2019).....	8
Figure 4. Taux de séjours hospitaliers pour lésions auto-infligés (pour 10 000 habitants).....	11
Figure 5. %Prévalence des pensées suicidaires déclarées par les 18-85 ans au cours des douze derniers mois, en 2020, selon le sexe et la classe d'âge.....	12
Figure 6. Étapes de suivi du dispositif Vigilans.....	14
Figure 7. Consommation d'alcool par personne, 2018 .....	16
Figure 8. Consommation d'alcool par personne par an selon niveau de revenu, 2018 .....	17
Figure 9. Part des hommes vs part de femmes ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, 2016, pays sélectionnés .....	18
Figure 10. Consommation totale d'alcool par habitant chez les adultes (litres d'alcool pur) dans l'UE, 2019.....	19
Figure 11. Fréquence de consommation d'alcool en Europe .....	20
Figure 12. Consommation d'alcool par type de boisson alcoolisée, France, 1964-2014 .....	22
Figure 13. Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France, 2017 ...	23

Figure 14. Prévalences régionales de la consommation quotidienne d'alcool, 2017 .....	25
Figure 15. Continuum de la consommation d'alcool.....	26
Figure 16. Facteurs de vulnérabilité et de risques des addictions.....	28
Figure 17. Pourcentage de tous les décès attribuables à l'alcool, par grande catégorie de maladie, 2016. ....	31
Figure 18. Fraction de mortalité attribuable à l'alcool, 2016 .....	32
Figure 19. Part de tous les décès (en %) attribuables à la consommation d'alcool, par région de l'OMS, 2016.....	33
Figure 20. Proportion des sexes par groupe.....	49
Figure 21. Distribution par tranches d'âge.....	50
Figure 22. Niveau d'études .....	52
Figure 23. Répartition des tentatives de suicide par jour de la semaine.....	53
Figure 24. Répartition pour modalité de TS .....	54
Figure 25. Nombre de comorbidités psychiatriques .....	55
Tableau 1. Caractéristiques des séjours et des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique pour une pathologie liée à l'alcool, France, 2012 .....	33
Tableau 2. Données recueillies auprès de chaque patient .....	45
Tableau 3. Sex-ratio et âge moyenne.....	49
Tableau 4. Répartition selon la situation familiale et le suivi médical .....	51
Tableau 5. Répartition selon la situation professionnelle et type de domicile.....	52
Tableau 6. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles psychiatriques .....	55
Tableau 7. Odds ratio de réaliser une TS grave selon différents facteurs d'exposition .....	56

## I. ANTECEDENTS ET CADRE THEORIQUE

Santé Publique France a diffusé les Bulletins de Santé Publique des Régions Métropolitaines et d'Outre-Mer (DROM) consacrés aux conduites suicidaires à l'occasion de la journée nationale dédiée à la prévention du suicide le 5 février 2023 [1]. Globalement, les résultats indiquent une évolution de la santé mentale caractérisée par une augmentation des pensées et tentatives suicidaires pendant et après la crise sanitaire, surtout chez les femmes jeunes (10 à 24 ans). Cette tendance a persisté en 2021 et s'est même aggravée en 2022.

Les conduites suicidaires sont un phénomène complexe qui résulte de l'interaction de nombreux éléments, notamment biologiques, psychologiques et environnementaux [2].

Les mécanismes sous-jacents à la susceptibilité aux pensées suicidaires et à la crise suicidaire ont été mieux identifiés et compris grâce aux études épidémiologiques. En conséquence, il est devenu possible de réduire efficacement la mortalité et la morbidité liés au suicide. Des groupes de travail comme « Prévention du suicide », mis en place en 2016 par la Direction générale de la santé, ont élaboré des recommandations stratégiques à destination des personnes les plus à risque. Parmi ces idées, se distingue le dispositif Vigilans, permettant l'établissement et le maintien d'un lien avec les populations dépistées comme vulnérables [3].

L'alcool est une autre cause importante de morbidité et de mortalité qui suscite des inquiétudes tant au niveau national qu'international. De nombreux risques pour la santé sont associés à la consommation d'alcool. Plus de 200 maladies et affections différentes en sont la conséquence. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'alcool serait responsable d'environ 41 000 décès par an en France [4].

Bien que l'alcool et le suicide soient deux problèmes distincts, ils peuvent être liés de plusieurs façons. L'abus et la dépendance à l'alcool sont des facteurs de risque connus de suicide, et les personnes qui souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool sont plus à risque d'avoir des pensées et des comportements suicidaires [5]. Dans cette thèse, nous explorerons le lien entre l'alcool et les tentatives de

suicide (TS), à la fois théoriquement et à partir d'un échantillon de patients, puis nous discuterons de certaines considérations importantes pour ceux qui pourraient être confrontés à ces problèmes. La partie clinique est développée en étudiant un échantillon des TS survenues au cours de l'année 2022, traitées au CHU de Rouen (Normandie).

## Suicide et Comportement Suicidaire

Le suicide est l'acte de mettre fin à sa vie intentionnellement. Le comportement suicidaire est un terme plus large qui fait référence à toute action ou pensée liée au fait de se suicider. Cela peut inclure des idées suicidaires (penser ou planifier un suicide), des TS (adopter un comportement avec l'intention de mourir mais n'entraînant pas la mort) et un suicide réussi (se suicider) [6]. Plus précisément, une TS est définie par la classification internationale des maladies 11e révision (CIM-11) comme un « *Episode spécifique de comportement autodestructeur entrepris avec l'intention consciente de mettre fin à sa vie.* » [7].

Il s'agit d'un phénomène complexe qui peut être influencé par un large éventail de facteurs, notamment les problèmes de santé mentale, l'isolement social, les traumatismes et la toxicomanie [8], cependant, le suicide (ou le comportement suicidaire) est rarement le résultat d'un événement antécédent unique, au contraire, c'est une accumulation de facteurs de risque, internes et externes à l'individu, qui interagissent entre eux et produisent l'issue complexe du suicide [9].

Il est important de noter que le comportement suicidaire est souvent un symptôme de problèmes de santé mentale sous-jacents, tels que la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire ou la schizophrénie [5, 10]. De plus, toutes les personnes qui ont des idées suicidaires ou qui adoptent un comportement suicidaire ne se suicideront pas [9], cependant, tout cas de comportement suicidaire est inquiétant et doit être pris au sérieux.

## Facteurs de risque

Le comportement suicidaire est un problème complexe impossible à attribuer à une seule cause ou facteur de risque et fréquemment augmenté par l'interaction de plusieurs facteurs de stress. Ces facteurs de risque peuvent être de nature biologique, psychologique, sociale ou environnementale et peuvent varier selon l'individu et sa situation [2, 11].

L'un des principaux facteurs de risque du comportement suicidaire est l'état de santé mentale. Les troubles psychiatriques tels que la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie et les troubles anxieux sont des facteurs de risque majeurs de suicide [5, 12]. Les personnes atteintes de ces conditions peuvent ressentir une douleur émotionnelle intense et un désespoir qui peuvent conduire à des pensées et des comportements suicidaires [12]. Il est important de noter que toutes les personnes atteintes de troubles mentaux n'éprouveront pas de pensées ou de comportements suicidaires, mais le fait d'avoir un problème de santé mentale en augmente le risque.

Un autre facteur de risque du comportement suicidaire sont les troubles liés à l'usage de substances (TLUA). Les addictions augmentent le risque de TS. La consommation d'alcool et de drogues peut altérer le jugement et augmenter l'impulsivité, ce qui rend plus probable qu'une personne tente de se suicider. De plus, ces problèmes peuvent exacerber les troubles de santé mentale et accroître le sentiment de désespoir [13, 14].

Les traumatismes et le stress sont également d'importants facteurs de risque de suicide [9]. Les traumatismes, les abus et les événements stressants de la vie peuvent augmenter le risque de pensées et de comportements suicidaires. Cela peut inclure des expériences telles que des abus dans l'enfance [15], des problèmes relationnels, des difficultés financières et des problèmes juridiques [14]. Les personnes qui subissent un stress chronique ou un traumatisme peuvent être plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale ou de se tourner vers un trouble de l'usage de substance comme mécanisme d'adaptation, ce qui peut encore augmenter le risque de suicide [10].

Les antécédents familiaux de suicide ou de TS sont un autre facteur de risque des TS. Des études ont montré que les personnes qui ont des antécédents familiaux de

suicide sont plus susceptibles de tenter de se suicider elles-mêmes. Cela peut être dû à des facteurs génétiques, à des facteurs environnementaux ou à une combinaison des deux. De leur côté, Beck et Steer ont montré que les personnes qui ont commis des TS constituent une population clinique à risque substantiel de se suicider à terme, selon les chiffres présentés dans leur étude, entre 25 % et 50 % des patients qui ont eu une TS, l'avait déjà tentée auparavant [8].

L'isolement social et le manque de soutien social peuvent également augmenter le risque de pensées et de comportements suicidaires. Les personnes qui se sentent déconnectées d'autrui ou qui manquent de soutien social peuvent se sentir plus désespérées et seules, ce qui augmente leur risque de suicide. Ce facteur de risque est particulièrement pertinent en période de distanciation sociale ou de quarantaine, comme l'a mis en évidence la pandémie du COVID-19 [16].

Les facteurs de risque mentionnés précédemment peuvent être classés en facteurs distaux ou proximaux. Les facteurs distaux affectent le seuil de suicide et augmentent indirectement le risque d'un individu lorsqu'il ou elle subit un facteur proximal. Les facteurs proximaux sont plus étroitement liés au comportement suicidaire et agissent souvent comme déclencheurs [11].

Les facteurs de risque distaux comprennent les variables développementales, psychologiques de la personnalité, biologiques, génétiques et sociales. Les facteurs de risque proximaux peuvent inclure les événements de la vie, le stress, les épisodes aigus de maladie mentale et l'abus aigu d'alcool ou de substances [11].

Il est important de noter que le fait d'avoir un ou plusieurs facteurs de risque ne signifie pas nécessairement qu'une personne tentera de se suicider. Cependant, l'identification et le traitement de ces facteurs de risque peuvent constituer une étape importante dans la prévention des TS et la promotion de la santé mentale et du bien-être [9].

Tout comme il existe des facteurs de risque, il existe aussi des facteurs de protection qui peuvent réduire les chances de TS chez un individu. La liste suivante (non exhaustive) présente quelques-uns de ces facteurs :

- Des relations interpersonnelles solides ;

- Croyances religieuses et spirituelles ;
- Stratégies d'adaptation positives et de bien-être : équilibre émotionnel, attitude optimiste et identité personnelle forte pour faire face aux difficultés de la vie. De même, une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences en résolution de problèmes.

### **Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide dans le monde**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide est l'une des principales causes de décès dans le monde et estime à plus 700 000 le nombre de décès par suicide chaque année [17]. De plus, pour chaque personne qui meurt par suicide, il peut y en avoir beaucoup plus qui tentent de se suicider.

Le suicide est un phénomène mondial ; en fait, 77 % des suicides sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2019. Le suicide représentait 1.3 % de tous les décès dans le monde, ce qui en fait la 17<sup>e</sup> cause de décès en 2019, mais la quatrième cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 29 [18].

Cependant, le nombre exact de TS dans le monde est difficile à déterminer, car de nombreuses tentatives ne sont pas signalées ou ne sont pas officiellement enregistrées [17]. Certaines estimations suggèrent que pour chaque décès par suicide, il peut y avoir 20 TS non mortelles ou plus. Dans certaines régions, les TS peuvent être encore plus fréquentes, en particulier parmi certaines populations, telles que les jeunes, les personnes LGBTQ+ et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale [18].

Les taux de suicide varient selon les régions du monde. Voici quelques statistiques sur les taux de suicide par région basées sur les données de l'OMS pour l'année 2019 :

- Europe : 10.5 suicides pour 100 000 habitants
- Asie du Sud-Est : 11.2 suicides pour 100 000 habitants
- Amériques : 9.0 suicides pour 100 000 habitants
- Méditerranée orientale : 4.1 suicides pour 100 000 habitants
- Pacifique occidental : 8.5 suicides pour 100 000 habitants

- Afrique : 6.0 suicides pour 100 000 habitants

Il est important de noter que les taux de suicide peuvent varier considérablement au sein des régions et des pays. De plus, ces statistiques sont basées sur les suicides officiellement déclarés et peuvent ne pas refléter le nombre réel de suicides dans une région en raison d'une sous-déclaration ou d'un manque de données.

À l'échelle mondiale, la majorité des décès par suicide sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (77 %), où vit la majeure partie de la population mondiale. Plus de la moitié des suicides mondiaux (58 %) sont survenus avant l'âge de 50 ans. La plupart des adolescents décédés par suicide (88 %) venaient de pays à revenu faible ou intermédiaire où vivent près de 90 % des adolescents du monde [18].

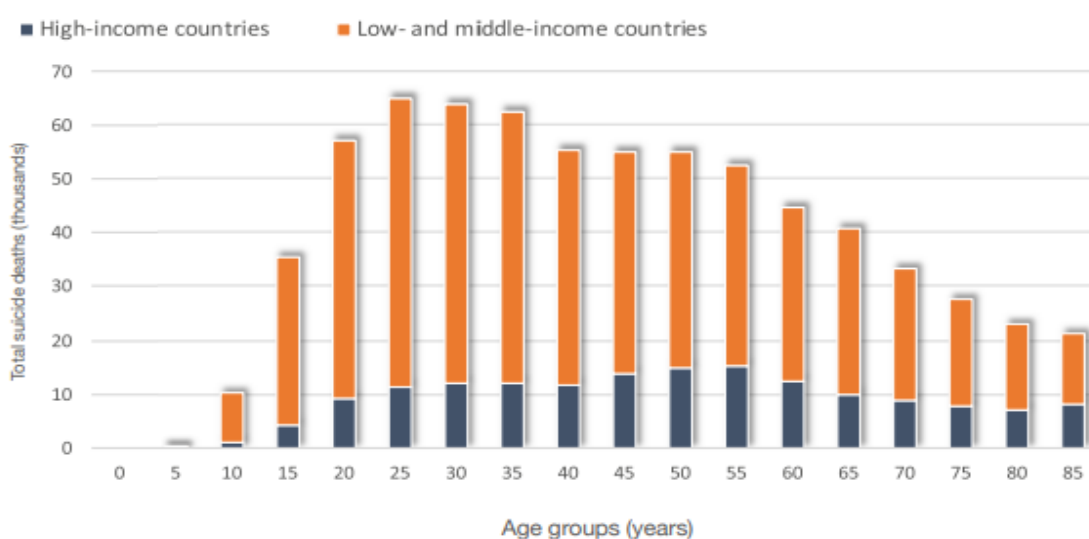


Figure 1. Suicides dans le monde, par âge et niveau de revenu du pays (milliers) en 2019 [18]

Le suicide était la quatrième cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans pour les deux sexes, après les accidents de la route, la tuberculose et les violences interpersonnelles (Figure 2). Pour les femmes et les hommes, respectivement, le suicide était la troisième et la quatrième cause de décès dans ce groupe d'âge.



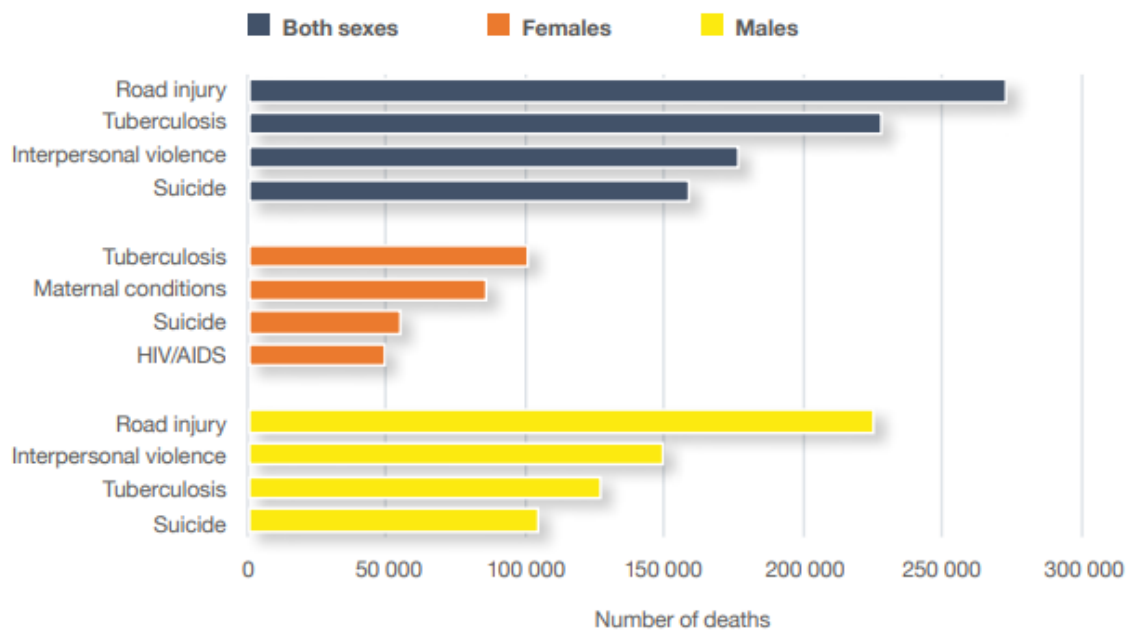


Figure 2. Quatre principales causes de décès dans le monde en 2019 pour les personnes âgées de 15 à 29 ans [18]

Au cours des 20 dernières années, entre 2000 et 2019, le taux de suicide mondial standardisé 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 (Figure 3). La seule augmentation des taux de suicide normalisés selon l'âge s'est produite dans la Région des Amériques, atteignant 17 % au cours de la même période.

On estime qu'environ 20 % des suicides sont commis par auto-intoxication avec des pesticides, la plupart dans les zones agricoles rurales des pays à revenu faible ou intermédiaire. D'autres méthodes courantes sont la pendaison et le tir avec des armes à feu [19].

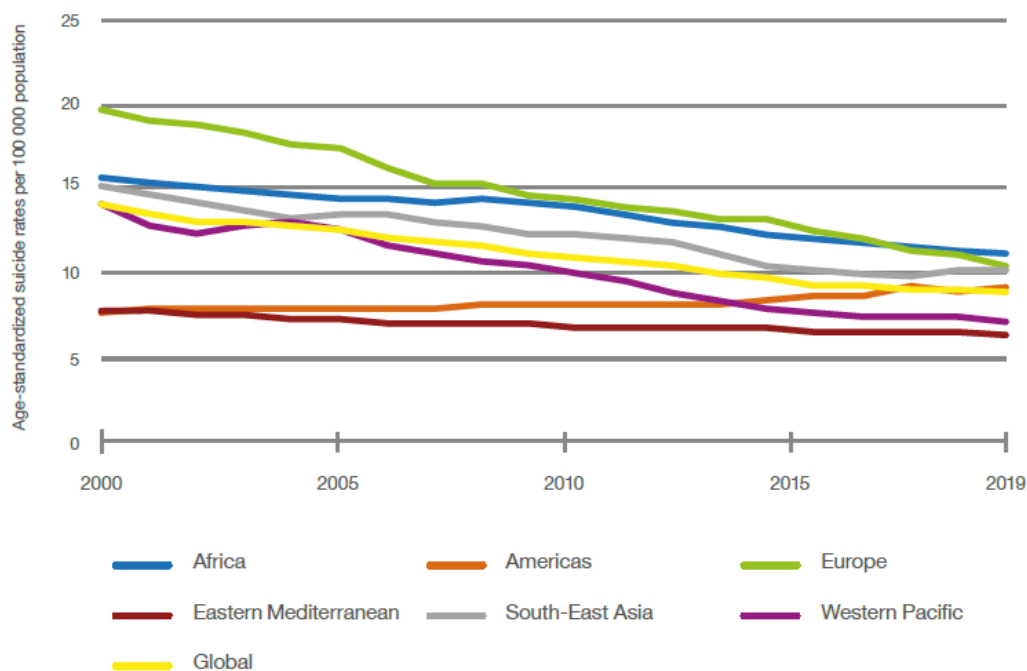


Figure 3. Taux de suicide normalisés selon l'âge sur 100 000 habitants par région (2000-2019) [18]

### Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide en Europe

Le suicide est un problème de santé publique important dans toute l'Europe, avec plus de 57 000 suicides signalés dans l'Union européenne (UE) en 2019. Le taux de suicide dans l'UE en 2019 était de 10.5 pour 100 000 habitants, les hommes ayant un taux de suicide plus élevé que les femmes. Cependant, les taux de suicide varient considérablement à travers l'Europe, certains pays signalant des taux beaucoup plus élevés que d'autres [20].

Selon Eurostat, les pays ayant les taux de suicide les plus élevés d'Europe en 2019 étaient la Lituanie (31.9 pour 100 000), la Lettonie (22.8 pour 100 000) et l'Estonie (21.7 pour 100 000). Ces pays ont également certains des taux de suicide les plus élevés au monde. D'autres pays avec des taux de suicide relativement élevés en Europe sont la Hongrie, la Slovénie et la Belgique [20].

En revanche, certains pays d'Europe ont des taux de suicide relativement faibles. En 2019, les pays ayant les taux de suicide les plus bas de l'UE étaient la Grèce (4.5 pour 100 000), Chypre (4.9 pour 100 000) et Malte (5.1 pour 100 000). D'autres

pays avec des taux de suicide relativement faibles en Europe sont l'Espagne, l'Italie et le Portugal [20].

Les troubles de santé mentale sont un facteur de risque majeur de suicide dans toute l'Europe, la dépression étant particulièrement fréquente. Il est estimé qu'environ 90 % des personnes qui meurent par suicide ont un trouble de santé mentale. D'autres facteurs de risque de suicide en Europe comprennent l'isolement social, le chômage et les difficultés financières [21].

Les efforts de prévention à travers l'Europe varient considérablement, mais comprennent généralement des lignes d'assistance téléphonique en cas de crise, des campagnes de prévention du suicide et des formations pour les professionnels de la santé. Des lignes d'assistance téléphonique en cas de crise sont disponibles dans de nombreux pays pour les personnes qui ont des pensées suicidaires ou d'autres crises de santé mentale. Les campagnes de prévention du suicide visent à sensibiliser aux signes et facteurs de risque du suicide et à promouvoir les comportements de recherche d'aide [19].

### **Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide en France**

Le comportement suicidaire est un problème de santé publique important en France, avec près de 9 400 suicides déclarés en 2020 [22]. Bien que le taux de suicide ait diminué au cours des dernières décennies, il reste une cause majeure de décès dans le pays étant la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 24 [23].

Le taux de suicide en France en 2020 était de 14.1 pour 100 000 habitants (contre 26.7 pour 100 000 habitants en 1990), et il est estimé à 12.5 pour 100 000 habitants pour la dernière année. Les hommes âgés de 45 à 54 ans ont le taux de suicide le plus élevé en France (19.4 pour 100 000 habitants), ce qui est cohérent avec les tendances observées dans d'autres pays [22].

---

## Chiffres clefs

Le suicide représente en France **plus de 9 400 décès par an**, soit trois fois plus de décès que les accidents de la route.

---

89 000 personnes ont été **hospitalisées en médecine et chirurgie** pour TS en 2017 mais il est estimé à 200 000 le nombre de TS au total.

---

Le **taux de suicide** est en France l'un des plus élevés d'Europe avec 12.5 décès pour 100 000 habitants, pour une moyenne européenne de 10.3/100 000 habitants.

---

Le suicide en France concerne en premier lieu les **hommes**, avec un taux de suicide de 19.4 sur 100 000 habitants, et dans une moindre mesure les femmes avec un taux de suicide de 6.0 sur 100 000 habitants.

---

Chaque année le suicide est responsable de la mort de près de 400 **adolescents** en France, ce qui en fait la 2e cause de mortalité pour cette tranche d'âge.

---

Les troubles de santé mentale, en particulier la dépression, sont un facteur de risque majeur de suicide en France. Le Ministère de la Santé et de la Prévention estime qu'environ 90 % des personnes qui meurent par suicide ont un trouble de santé mentale [24]. Les chiffres ne diffèrent pas significativement pour les TS, la présence d'une pathologie psychiatrique a été identifiée en moyenne dans 61 % des hospitalisations dues au TS (59 % pour les femmes et 64 % pour les hommes). Les pathologies les plus fréquemment identifiées étaient la dépression (32%), les troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool (23%) et les troubles anxieux (10%) [25].

L'accès à des moyens létaux, tels que des armes à feu et certains médicaments, est également un facteur de risque important de suicide. En France, l'accès aux armes à feu est strictement réglementé, ce qui peut expliquer en partie le taux de suicide relativement faible par rapport à certains autres pays [22].

Pendant la crise sanitaire générée par la Covid-19 pendant l'année 2020, certains professionnels de la prévention du suicide se sont inquiétés d'une augmentation à court ou à long terme des comportements suicidaires sous l'influence de la

pandémie elle-même et de certaines ordonnances de santé publique prises pour endiguer sa propagation. Malgré une augmentation des symptômes d'anxiété, de dépression et de troubles du sommeil constatée dans les premières semaines de l'épidémie, les décès par suicide semblent avoir diminué pendant et après le confinement de 2020 [26].

Selon le rapport de l'Observatoire national du suicide, les décès par suicide ont diminué de 20 % et 8 % au cours des deux confinements de 2020 par rapport aux années précédentes. Les urgences et les appels aux centres antipoison pour auto-intoxication ont également diminué. Les hospitalisations de courte durée pour lésions auto-infligées, utilisées pour estimer les hospitalisations pour TS, ont également diminué de 10 % en 2020 par rapport à 2017-2019 (Figure 4). Selon les conclusions du rapport, cette baisse du nombre de gestes suicidaires s'observe dans la plupart des pays à revenu élevé et intermédiaire. Ce constat suggère que certains aspects de la crise sanitaire, et notamment les épisodes de confinement, ont pu temporairement réduire le risque de suicide [26].

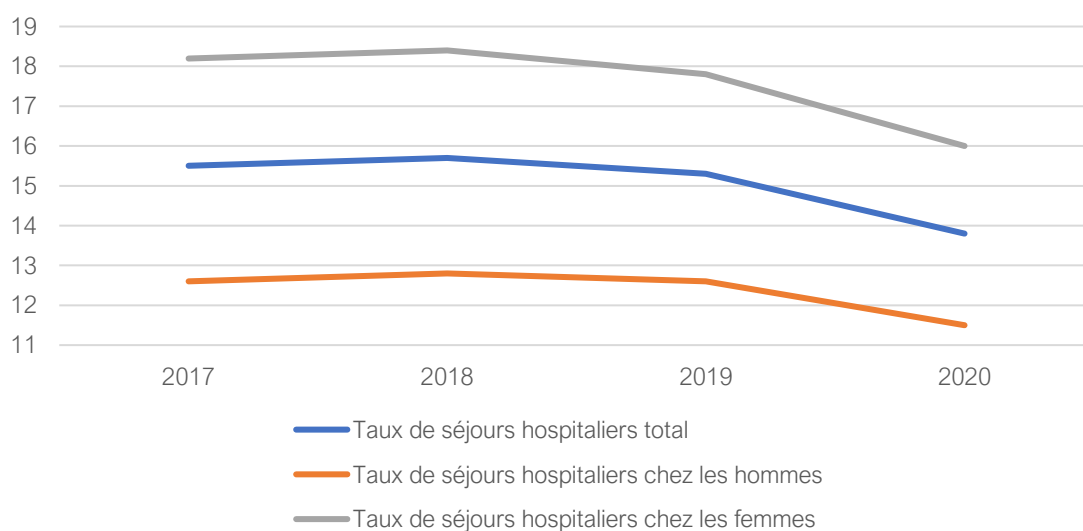


Figure 4. Taux de séjours hospitaliers pour lésions auto-infligées (pour 10 000 habitants) [26]

Selon une enquête menée en 2021, 10.5 % des personnes âgées de 18 à 85 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête. Les hommes (11 %) sont relativement plus nombreux que les femmes (10 %). Cette différence entre les sexes est particulièrement prononcée chez les personnes âgées de 35 à 49 ans (Figure 5). La prévalence varie également selon le groupe d'âge, avec un pic chez les individus entre 18 et 24 ans (18.3 %), tant chez les hommes que chez les femmes [26].

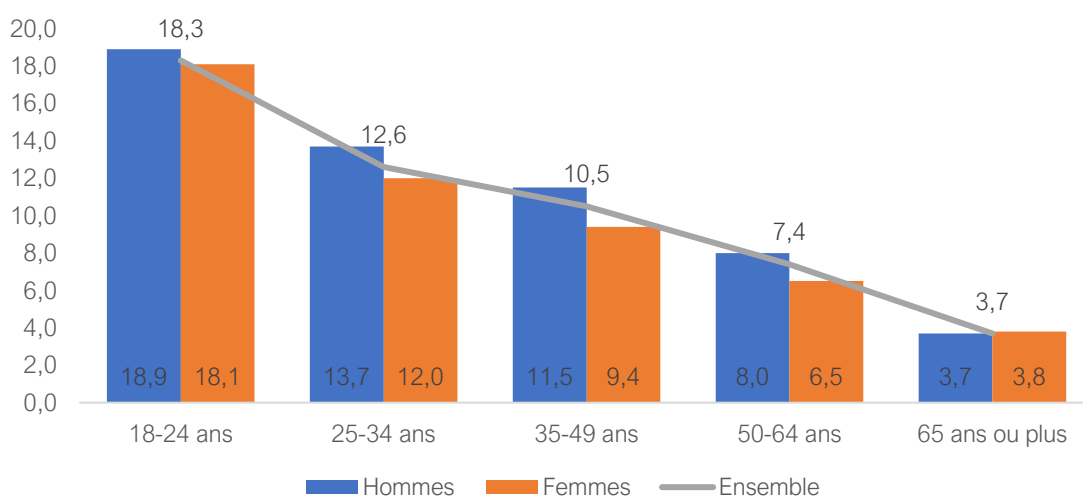


Figure 5. %Prévalence des pensées suicidaires déclarées par les 18-85 ans au cours des douze derniers mois, en 2020, selon le sexe et la classe d'âge [26]

Les efforts de prévention au suicide en France comprennent des lignes téléphoniques d'urgence, des campagnes de prévention du suicide et des formations pour les professionnels de la santé afin d'identifier et de traiter les troubles de santé mentale. Des lignes d'assistance en cas de crise sont disponibles pour les personnes qui ont des pensées suicidaires ou d'autres crises de santé mentale, et peuvent fournir un soutien et des références aux ressources appropriées. Les campagnes de prévention du suicide visent à sensibiliser aux signes et facteurs de risque du suicide et à promouvoir les comportements de recherche d'aide. La formation des professionnels de la santé est également importante, car ils jouent un rôle essentiel dans l'identification et le traitement des

troubles de santé mentale, qui constituent un facteur de risque majeur de suicide [24].

L'un de ces efforts est le dispositif Vigilans créé en 2015. Selon le Ministère de la Santé et de la Prévention, ce dispositif « *a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récurrences de tentative de suicide* » [27]. Ce dispositif consiste en un système de recontact et d'alerte en organisant un réseau de professionnels de santé autour de la personne qui a tenté de se suicider et en restant en contact avec elle.

Au février 2023, Vigilans est déployé dans 17 régions dont 4 régions d'outre-mer et dans 92 départements. Tout patient hospitalisé pour une TS se voit proposer l'admission au dispositif dès sa sortie. Une carte ressource avec le numéro de téléphone où le patient peut joindre des vigiles, des infirmières formées qui peuvent intervenir efficacement en cas de plainte ou de problème lui est remis. Ce numéro est un numéro vert, gratuit depuis les fixes comme les mobiles, joignable pendant les heures ouvrables. Parallèlement, son médecin traitant et éventuellement son psychiatre traitant reçoivent un courrier dans lequel ils sont informés de l'organisation du dispositif et de l'intégration de leur patient dans celui-ci. Ils disposent également d'un numéro de téléphone dédié pour répondre à leurs questions [27]. Les étapes de cet outil de suivi est décrit dans la figure 6.

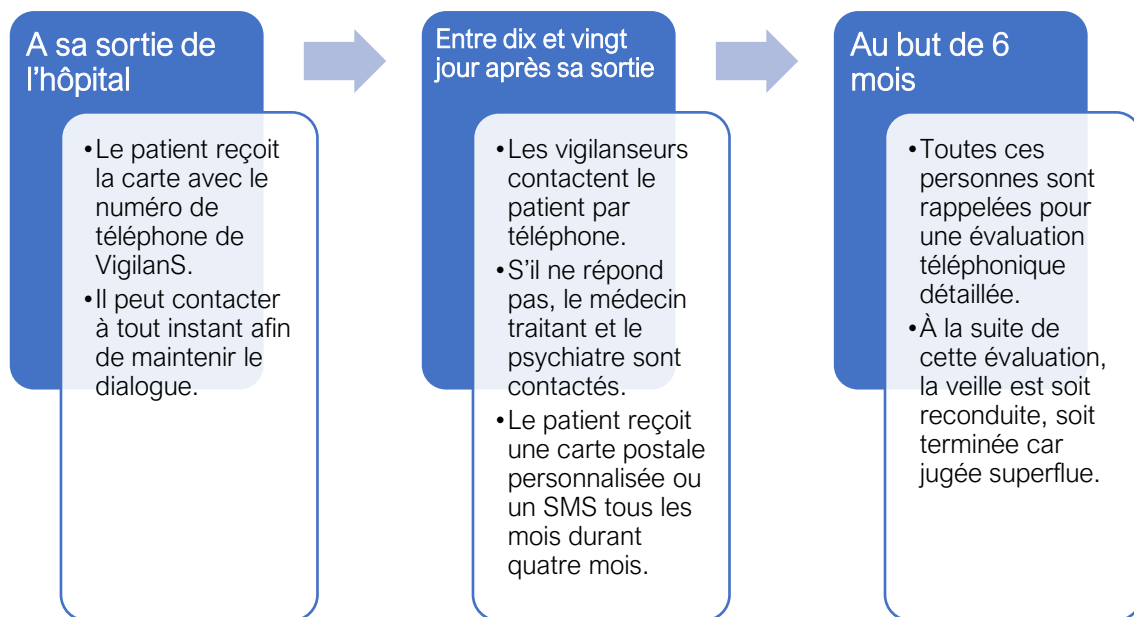


Figure 6. Étapes de suivi du dispositif VigilansS [27]

Malgré ces efforts de prévention, le suicide demeure un problème complexe qui nécessite une attention et des ressources continues. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs qui contribuent au suicide en France et pour développer des stratégies de prévention plus efficaces. Cependant, en continuant à investir dans la prévention et en soutenant les personnes à risque de suicide, il est possible de réduire le poids de ce problème de santé publique en France.

### Consommation d'alcool

L'alcool a historiquement joué, et jusqu'à nos jours, un rôle important dans l'engagement social et les liens. En effet, pour beaucoup la consommation sociale ou modérée d'alcool est un plaisir. Cependant, la consommation d'alcool, en particulier en excès, est liée à un certain nombre de résultats négatifs : en tant que facteur de risque de maladies et d'impacts sur la santé ; crime ; incidents de la route ; et pour certains, la dépendance à l'alcool. À l'échelle mondiale, la consommation d'alcool cause 2,8 millions de décès prématurés par an [28].



Également, les coûts des conséquences liées à la consommation de l'alcool pour la société sont énormes. Entre la perte de qualité de vie, la perte de productivité, et les dépenses de prévention, de répression et de traitement, le coût social en France s'élève à près de 118 milliards d'euros par an [29].

### **Statistiques sur la consommation d'alcool dans le monde**

En 2019, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, la consommation mondiale moyenne d'alcool était de 6.18 litres par personne. Nous pouvons exprimer cette moyenne en termes de bouteilles de vin pour faciliter la compréhension : un litre de vin contient 12 % d'alcool pur, soit environ 0.12 litres. Par conséquent, 53 bouteilles de vin correspondent à la quantité moyenne d'alcool pur consommée par personne dans le monde chaque année ou, pour plus d'impact, environ un litre de vin par semaine [28].

La quantité moyenne d'alcool consommée par personne dans le monde varie considérablement, comme l'illustre la carte (Figure 7). La consommation d'alcool est particulièrement faible en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (dans de nombreux pays, elle est proche de zéro). À l'extrémité supérieure de l'échelle la consommation d'alcool la plus élevée se trouve dans la République tchèque avec chaque personne consommant environ 15 litres par an, cela équivaut à environ deux bouteilles de vin par personne par semaine. Les pays d'Europe de l'Ouest, dont l'Allemagne, la France, le Portugal, l'Irlande et la Belgique, ne sont que légèrement derrière le pays d'Europe de l'Est avec 12 à 14 litres chacun [30].

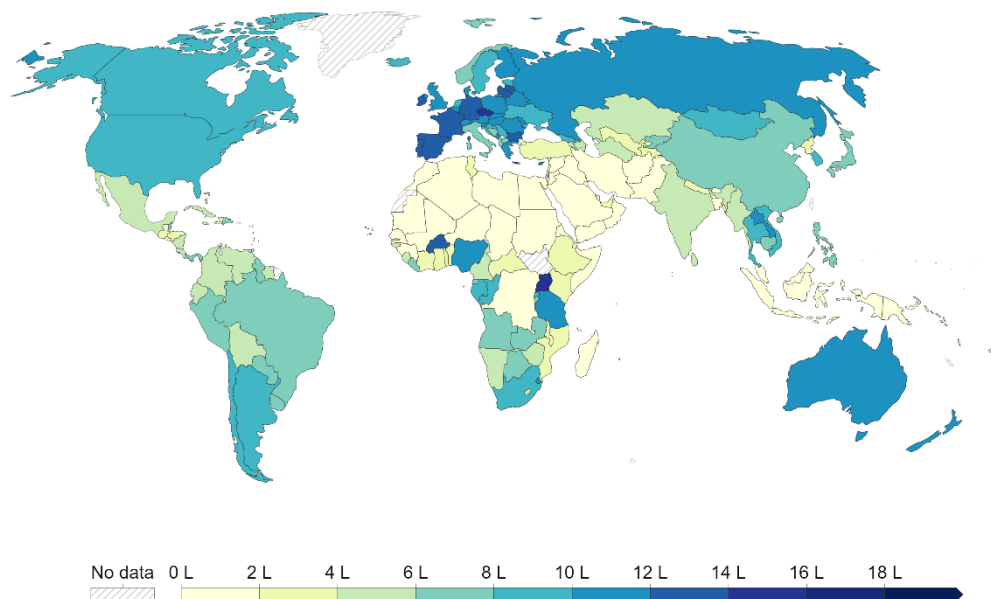


Figure 7. Consommation d'alcool par personne, 2018 [30]

Ces différences sont encore plus évidentes si l'on regarde la consommation d'alcool par niveau de revenu selon la classification de la Banque mondiale. Comme on peut le voir dans la figure 8, pour 2018, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, la consommation annuelle moyenne d'alcool par personne dans un pays à revenu élevé (9.8 litres) est supérieure à la moyenne mondiale (6.2 litres), et la différence est encore plus grande avec les pays à revenu faible [31].

Cependant, il est important de mentionner que la tendance de la consommation d'alcool est à la baisse par rapport aux années précédentes. Dans ces pays à revenu élevé, la moyenne annuelle se situe aujourd'hui entre 5.6 litres au Japon et 10.4 litres en Autriche. Il y a un siècle, certains pays avaient des niveaux de consommation d'alcool beaucoup plus élevés. En France dans les années 1920, la moyenne était de 22.1 litres d'alcool pur par personne par an [28].

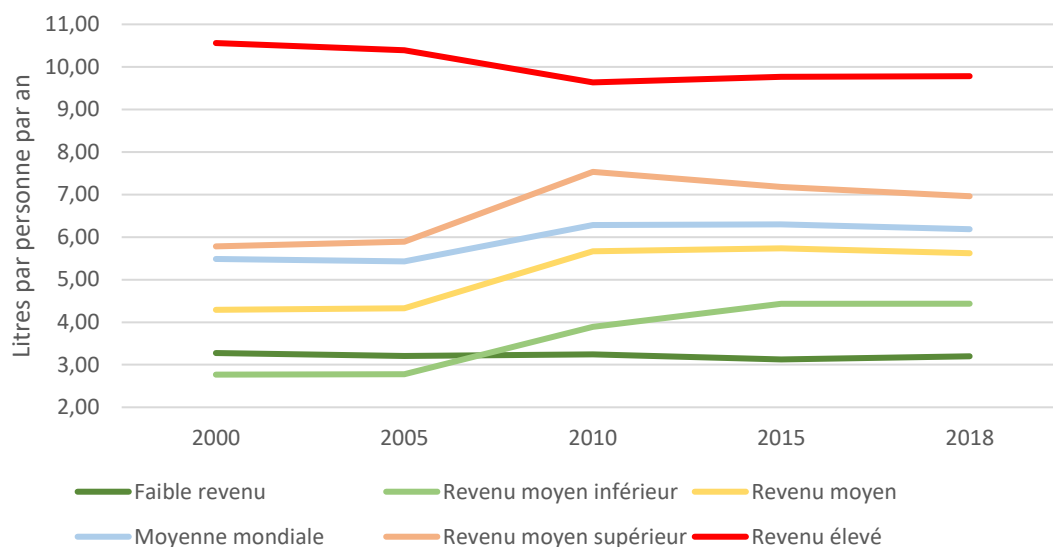


Figure 8. Consommation d'alcool par personne par an selon niveau de revenu, 2018 [31]

Si nous examinons les différences entre les sexes, nous constatons que dans tous les pays, les hommes consomment plus souvent que les femmes (Figure 9). Cet écart entre les sexes semble être plus faible dans les pays où la prévalence globale de la consommation d'alcool est faible. Lorsque la prévalence de la consommation d'alcool est faible à moyenne, la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes a une tendance nettement inférieure, souvent moins de la moitié de celle des hommes. Cette tendance se maintient où la prévalence de la consommation d'alcool est élevée, quoique moins prononcée [28].

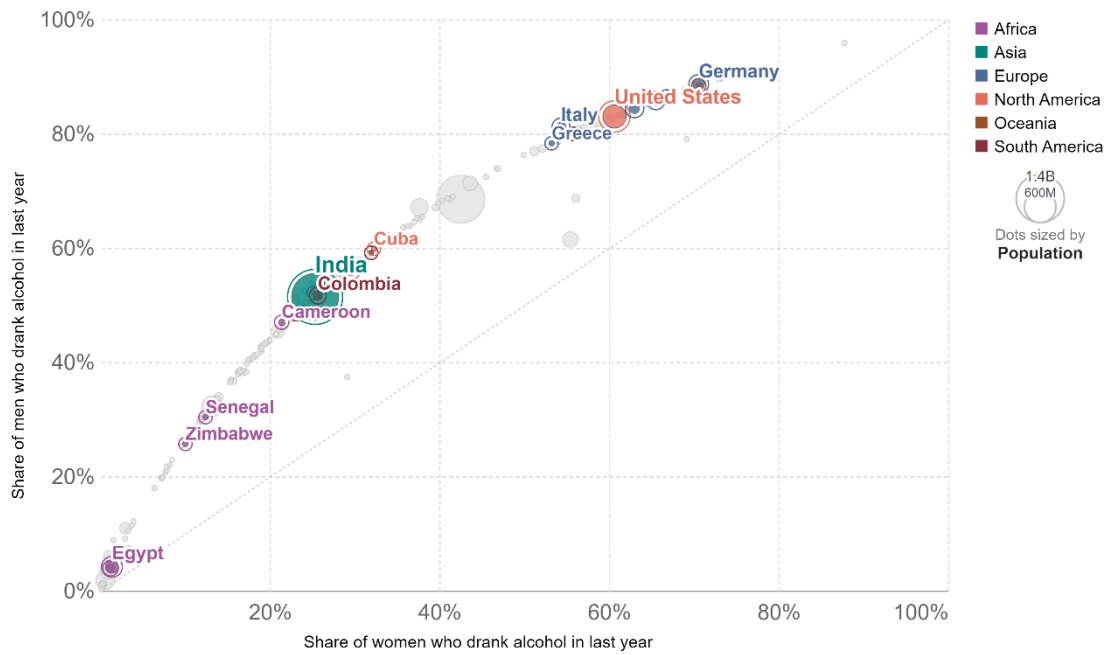


Figure 9. Part des hommes vs part de femmes ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, 2016, pays sélectionnés [28]

### Statistiques sur la consommation d'alcool en Europe

Selon le rapport européen sur la santé 2021 de l'OMS [32], en Europe, chaque personne âgée de 15 ans ou plus, consomme en moyenne 9.5 litres/an d'alcool pur, ce qui équivaut à environ 190 litres/an de bière, 80 litres/an de vin ou 24 litres/an de spiritueux (Figure 10).

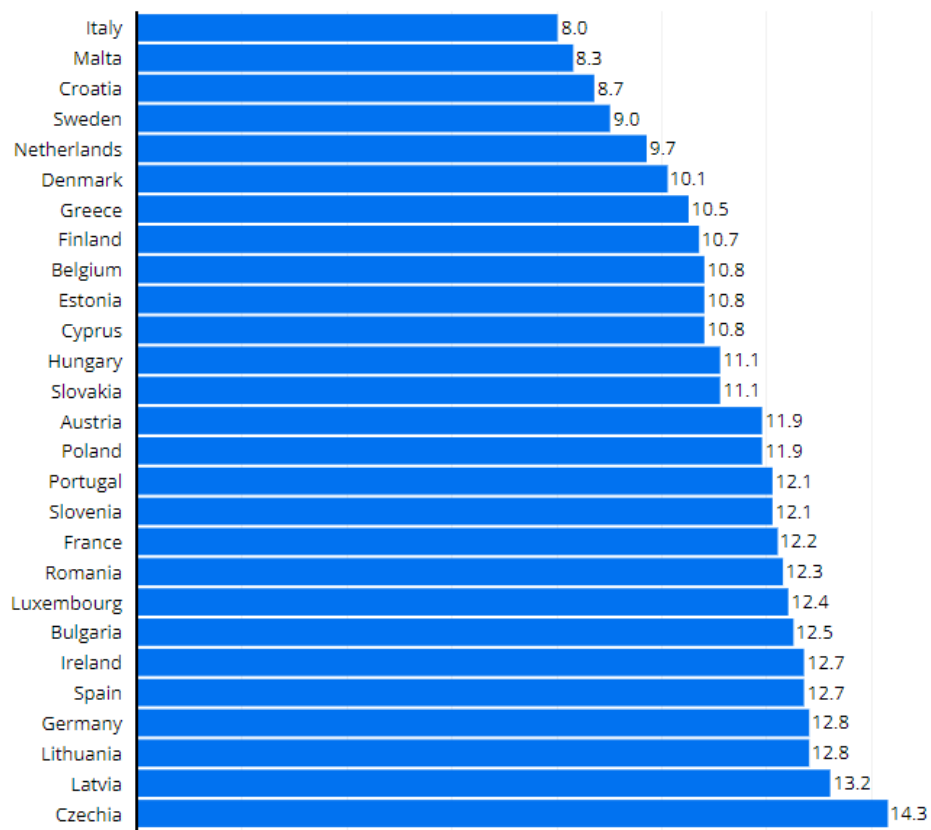


Figure 10. Consommation totale d'alcool par habitant chez les adultes (litres d'alcool pur) dans l'UE, 2019 [32]

La consommation totale d'alcool par habitant a diminué de 2.5 litres (21 %) entre 2000 et 2019 dans les zones européennes, mais les gens consomment encore, surtout en Europe occidentale. Sur les 10 pays les plus consommateurs au monde (et en tenant compte de la consommation touristique), 9 font partie de l'UE.

En 2019, 8.4 % de la population adulte de l'UE (âgée de 15 ans ou plus) consommaient de l'alcool quotidiennement, 28.8 % par semaine et 22.8 % par mois, tandis que 26.2 % ont déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool les 12 derniers mois. Il existe de grandes différences dans l'estimation de la consommation d'alcool entre les pays de l'UE, mais une tendance reste dominante : les hommes consomment plus que les femmes. Selon les chiffres, 13.0 % des hommes contre 4.1 % des femmes consomment quotidiennement de l'alcool et 36.4% des hommes contre 21.7% des femmes consomment chaque semaine.

Concernant la fréquence de consommation (Figure 11), les données montrent qu'à mesure que les gens vieillissent, leur consommation quotidienne d'alcool augmente également. Les personnes âgées de 15 à 24 ans constituent le plus petit groupe dans les statistiques sur les consommateurs quotidiens (représentant seulement 1 %), tandis que les 75 ans et plus sont plus susceptibles de consommer un verre tous les jours (16 %).

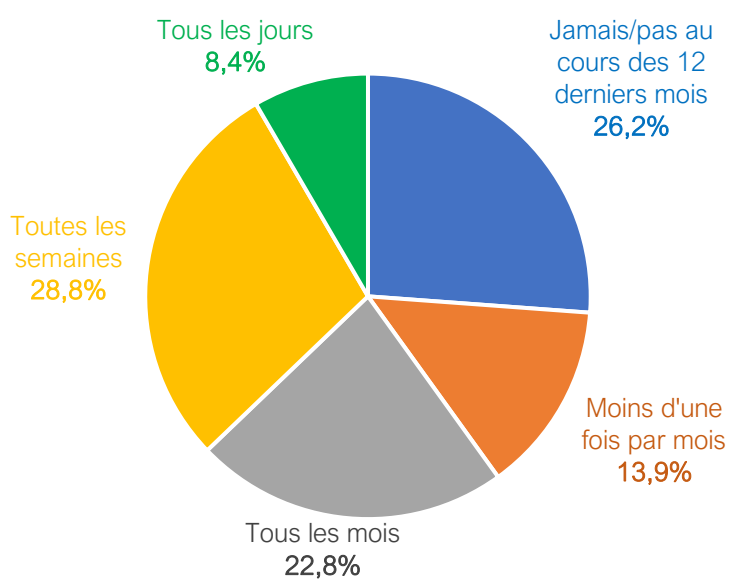


Figure 11. Fréquence des consommations d'alcool en Europe [32]

Dans l'UE, la consommation quotidienne d'alcool est la plus fréquente au Portugal, avec un cinquième (20.7 %) de la population consommant de l'alcool quotidiennement, suivi par l'Espagne (13.0 %) et l'Italie (12.1 %). La proportion la plus faible de consommateurs quotidiens est d'environ 1 % en Lettonie et en Lituanie.

D'autre part, la Croatie a la part la plus élevée de la population (38.3 %) déclarant n'avoir jamais consommé d'alcool ou n'en avoir pas consommé au cours des 12 derniers mois. Dans tous les pays européens, il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes qui évitent l'alcool.

## Statistiques sur la consommation d'alcool en France

Bien que les consommations de l'alcool soient en baisse depuis plusieurs décennies, il occupe toujours une place importante dans la vie quotidienne des Français : près d'un Français sur deux estime que proposer ou boire de l'alcool fait « partie des règles de savoir-vivre » [33].

En fait, la France est l'un des principaux consommateurs d'alcool au monde<sup>1</sup>, et le principal consommateur de vin. En 2019, en moyenne, chaque personne adulte a consommé environ 72 bouteilles de vin, soit environ 6.44 litres d'alcool pur, sans tenir compte des autres boissons alcoolisées comme la bière ou les spiritueux. Cependant la consommation a diminué, en 1960 la consommation de vin était entre 3 et 4 fois supérieure aux dernières données enregistrées [28].

En effet, la composition de la consommation d'alcool en France a évolué ces dernières années, alors qu'au milieu des années 1960, le vin représentait 80% de la consommation totale d'alcool en France, au milieu des années 2010 c'est moins de 60%. En ce sens, la bière est la boisson alcoolisée qui a le plus gagné du terrain, doublant sa part de 10 % à près de 20 % dans la même fenêtre de temps (Figure 12) [28].

Selon Santé Publique France, en 2021, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool, et l'écart entre les sexes s'accroissait à mesure que la fréquence de consommation augmentait [34]. Ainsi, 20.3 % des femmes contre 29,8 % des hommes consommaient de l'alcool une à trois fois par semaine. Par ailleurs, la consommation d'alcool chez les hommes était trois fois plus susceptible de se produire quotidiennement (15.2 % contre 5.1 %) ou quatre à six fois par semaine (7.6 % contre 2.6 %) [34].

---

<sup>1</sup> La France est le quatrième plus grand consommateur d'alcool entre les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques).

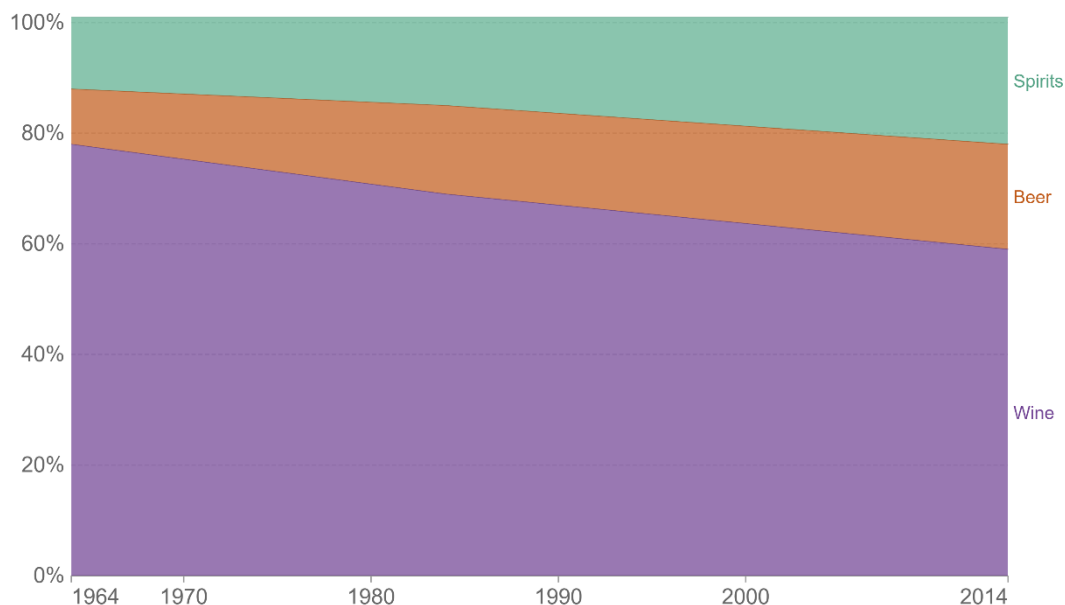


Figure 12. Consommation d'alcool par type de boisson alcoolisée, France, 1964-2014 [28]

De même, le mode de consommation varie en France selon l'âge. En 2017, les personnes âgées de 18 à 75 ans qui consommaient de l'alcool le faisaient 98 jours par an, soit en moyenne 2.3 verres. De 3.3 verres chez les 18 à 24 ans à 1,7 verres chez les 65 à 75 ans, le nombre moyen de verres consommés diminue progressivement avec l'âge [34].

Malgré cela, la consommation d'alcool au quotidien est plus fréquente chez les personnes âgées, avec 26.0 % des personnes âgées de 65 à 75 ans déclarant une consommation quotidienne d'alcool contre 2.3 % des personnes âgées de 18 à 24 ans. De plus, le nombre de jours de consommation d'alcool par an augmente, passant de 67 jours chez les jeunes à 152 jours chez les plus âgés.

Bien que les jeunes aient tendance à consommer moins souvent, les ivresses sont surtout observées chez eux. Chez les personnes âgées de 18 à 24 ans, le pourcentage déclarant au moins une API<sup>2</sup> était de 54 %. Au fur et à mesure que les gens vieillissent, le pourcentage diminuait régulièrement jusqu'à atteindre 19% chez les personnes âgées de 65 à 75 ans.

<sup>2</sup> Alcoolisation Ponctuelle Importante : 6 verres d'alcool ou plus consommés en une seule occasion.



L'intoxication régulière (définie comme au moins dix intoxications au cours des 12 derniers mois) était fréquente chez les jeunes adultes (18 à 24 ans) en 2017 et concernait 13 % d'entre eux, contre moins de 1 % des personnes de plus de 55 ans. Chez les personnes jeunes, la consommation d'alcool est principalement associée à des événements sociaux (soirées, occasions festives, etc.). Les adolescents consomment de l'alcool moins régulièrement mais de manière plus excessive, avec parfois des épisodes de forte consommation et d'intoxication [29]. La figure 13 résume ces différences de comportement selon l'âge.

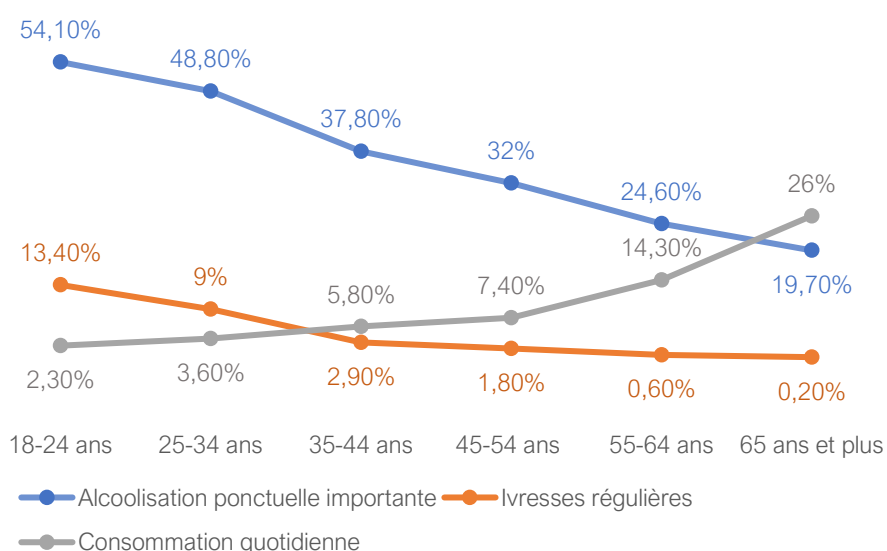


Figure 13. Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France, 2017 [34]

Si bien la proportion de personnes adultes consommant quotidiennement de l'alcool a diminué au cours des années, étant donné que le pourcentage est passé de 24 % en 1992 à 11 % en 2010, 9 % en 2014 et 10 % en 2017 [25], de manière générale, on constate une augmentation de la fréquence des ivresses mais aussi une diminution des consommations occasionnelles importantes d'alcool.

Par rapport aux années 2000, l'ivresse semble être plus répandue. Le pourcentage de personnes déclarant avoir eu au moins un épisode d'ivresse au cours de l'année était de 21 % en 2017, contre 19 % en 2014 et 14 % en 2005. Le pourcentage de

personnes déclarant avoir consommé au moins dix verres a également augmenté pour atteindre 4 % en 2017, contre moins de 2 % avant 2005 [25]. Les tendances récentes indiquent une stabilisation de la consommation excessive d'alcool chez les jeunes adultes de moins de 25 ans, après une décennie d'augmentation, notamment de l'ivresse régulière, entre 2005 et 2014.

Le pourcentage de personnes ayant eu des APIs au cours de l'année semble en revanche avoir diminué en 2017 (35 %) par rapport à 2014 (38 %) après une décennie de croissance. Ces évolutions, qui paraissent contradictoires, s'expliquent en partie par le conflit entre une mesure objective d'une part (avoir consommé au moins six verres à une occasion) et subjective d'autre part (l'état d'ébriété, sachant qu'aucune définition n'est donnée dans la formulation de la question et que les représentations de l'ivresse ont pu évoluer). Ils pourraient également être le reflet de la difficulté à décrire avec précision les périodes de consommation irrégulière et importante d'alcool [25].

Il existe aussi des inégalités au niveau régional concernant la consommation d'alcool. Selon les chiffres de le Baromètre de Sante publique France 2017 [25], près de 10 % des adultes consomment de l'alcool en moyenne nationale au quotidien, mais la consommation d'alcool est moins fréquente en Île-de-France (7.1 %), en Normandie (7.9 %) et dans le Pays de la Loire (8.1 %). Les régions Hauts-de-France (11.5%), Nouvelle-Aquitaine (12.3%) et Occitanie (12.6%) se caractérisent par une consommation quotidienne d'alcool plus fréquente (Figure 14).

En 2020, 23.7 % des personnes adultes en France ont déclaré consommer de l'alcool au-dessus des repères à moindre risque<sup>3</sup>, avec en moyenne plus d'hommes (33.2 %) que de femmes (14.7 %) [35]. Aucun de ces trois indices n'a évolué significativement par rapport à 2017. La part de personnes ayant une consommation supérieure aux repères varie selon le niveau de revenu. Une différence significative a été observée dans le pourcentage de personnes dépassant

---

<sup>3</sup> « Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie : de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ; d'avoir des jours dans la semaine sans consommation. »

les repères entre les niveaux de revenu les plus élevés et les plus faibles : les personnes ayant les revenus les plus élevés sont plus susceptibles d'être des consommateurs au-dessus des seuils [35].

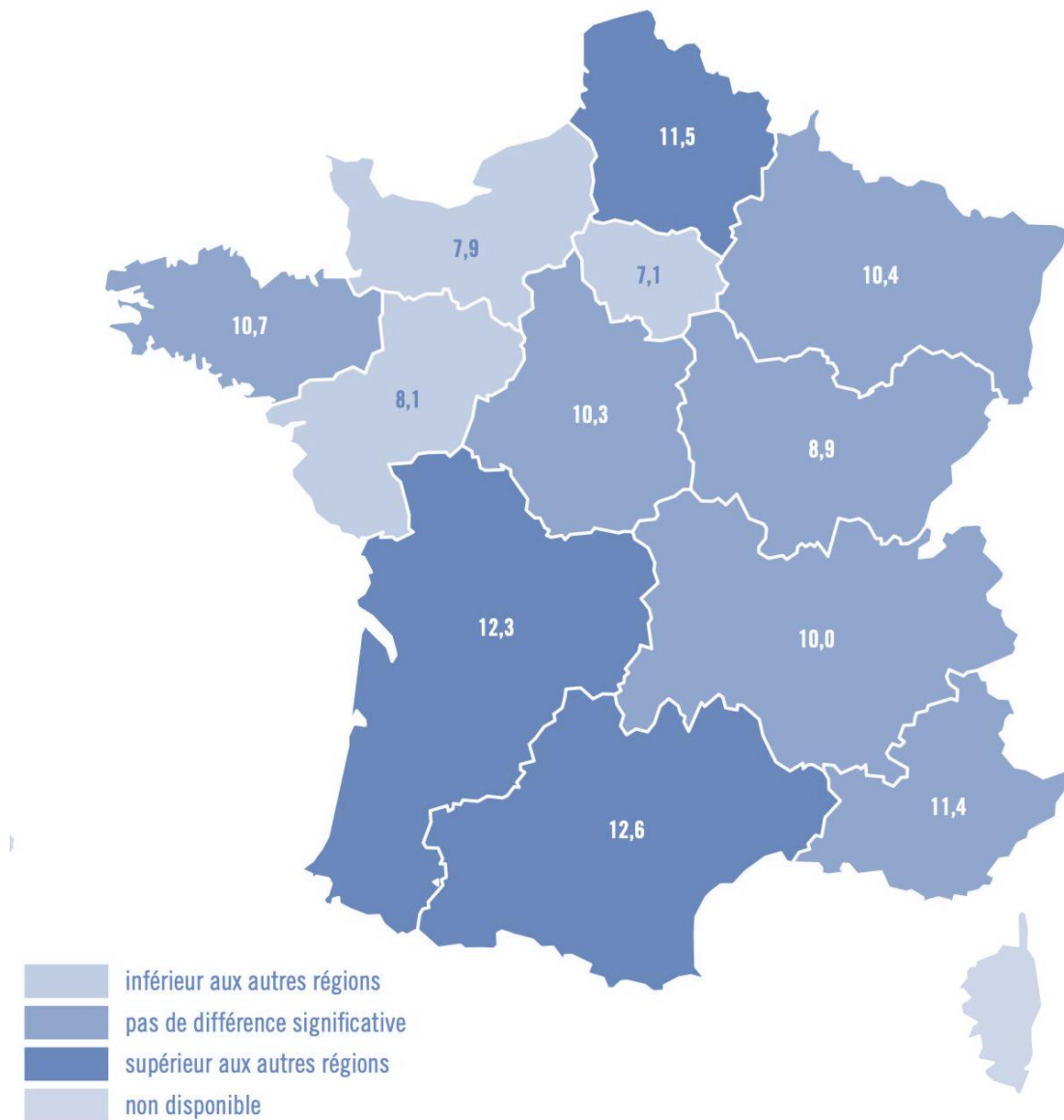


Figure 14. Prévalences régionales de la consommation quotidienne d'alcool, 2017 [25]

#### Définition du mésusage de l'alcool

Chez les usagers d'alcool, il existe un continuum (Figure 15) entre la consommation d'alcool dite "simple", associée à un faible niveau de risque, et les formes plus

sévères de troubles liés à l'usage de l'alcool, où les effets de la consommation sont importants [36].

Cinq catégories de consommation d'alcool sont considérées :

- non-usage (1),
- l'usage simple (ou à faible risque) (2),
- le mésusage, qui comprend trois catégories :
  - o l'usage à risque (3),
  - o l'usage nocif (4),
  - o l'usage avec dépendance (5).

Le non-usage, l'usage simple et l'usage à risque représentent des formes d'usage asymptomatique pour lesquelles il n'y a pas de conséquences évidentes de l'usage. Les troubles liés à la consommation d'alcool, représentés par des consommations nocives et dépendantes, correspondent aux consommations symptomatiques, qui entraînent donc des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical [36].

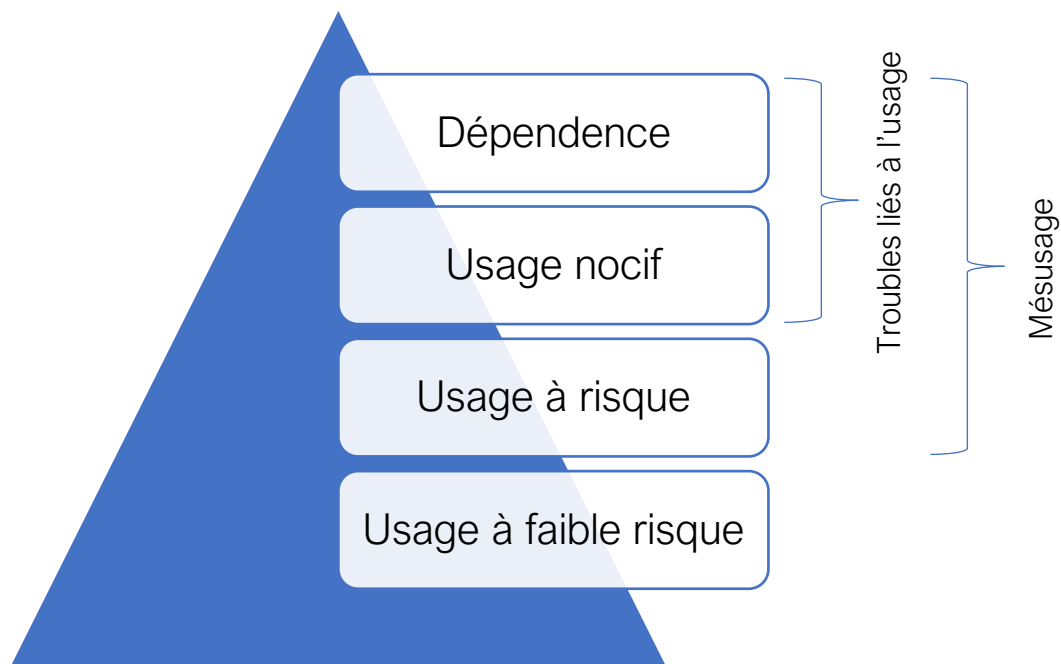


Figure 15. Continuum de la consommation d'alcool [36]

On peut distinguer différentes catégories d'usage (ou mésusage) d'alcool par rapport au niveau de risque croissant [36] :

1. Le **non-usage** ou « abstinence » est défini par l'absence totale de consommation. Il peut être primaire s'il s'agit d'une non-utilisation initiale (enfants, adolescents) ou d'un choix durable (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte), ou secondaire s'il survient après une période de mésusage.
2. La consommation simple, ou **usage à faible risque**, est définie par une consommation : 1) asymptomatique et 2) inférieure aux seuils recommandés en France<sup>4</sup>.
3. Le **mésusage** regroupe les trois types d'usages qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui risquent d'en avoir. Par définition, le mésusage comprend l'usage à risque et les troubles liés à la consommation d'alcool (Figure 15). En France, un abus est considéré lorsque plus de 21 verres-standard par semaine pour les hommes et 14 verres-standard par semaine pour les femmes sont consommés.

### Facteurs de risque

Différentes études ont mis en évidence une série de facteurs qui influencent les niveaux et les habitudes de consommation d'alcool et l'ampleur des conséquences liées à cette substance dans la population au niveau individuel et social [37]. De manière générale, les facteurs de risque et de vulnérabilité des conduites addictives sont multiples : neurobiologiques, génétiques, traits de personnalité, tempéramentaux et environnementaux. L'apparition précoce de comorbidités

---

<sup>4</sup> L'unité de mesure servant à définir les seuils de risque en France est le verre-standard qui correspond à une quantité d'alcool pur de 10 grammes (environ 10 cl de vin, 25 cl de bière à 5 % vol ou 3 cl d'alcool à 40 % vol). Les seuils utilisés sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour une utilisation occasionnelle ;
- avec une utilisation régulière, pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (en moyenne 3 verres par jour) ;
- avec une utilisation régulière, pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (en moyenne 2 verres par jour).

psychiatriques pourrait doubler le risque de développer des problèmes d'abus. L'interaction entre ces facteurs est résumée dans la figure 16 [37].

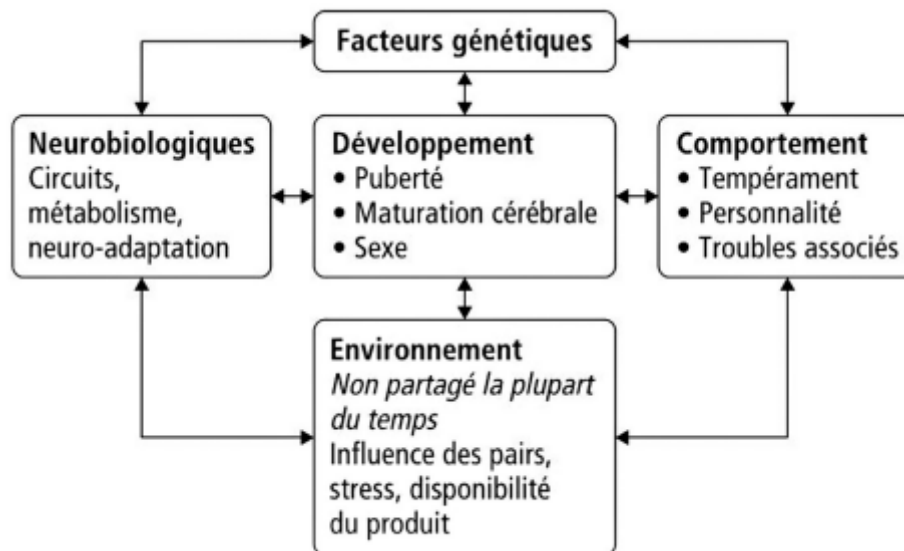


Figure 16. Facteurs de vulnérabilité et de risques des addictions [37]

On peut regrouper ces facteurs en deux grands groupes, les facteurs sociaux et les facteurs individuels. Les facteurs sociaux comprennent le niveau de développement économique, la culture, les normes sociales, la disponibilité de l'alcool et l'application des politiques et des mesures d'application en matière d'alcool [37]. Les effets néfastes sur la santé et les dommages causés par certains niveaux et modes de consommation d'alcool sont plus importants dans les sociétés les plus pauvres [38].

Les facteurs individuels comprennent l'âge, le sexe, la situation familiale et le statut socioéconomique [39]. Des études menées sur des familles et des groupes de jumeaux ont montré que certains individus présentent des prédispositions génétiques qui les rendent plus sensibles aux troubles liés à l'usage de substances (dont l'alcool), comme l'addiction, ou à la survenue de pathologies psychiatriques [39].

Bien qu'il n'y ait pas de facteur de risque dominant unique, plus les facteurs de vulnérabilité convergent chez une personne, plus elle est susceptible de développer

des conséquences liées à l'alcool à la suite de sa consommation [37]. Les personnes les plus pauvres subissent des dommages sociaux et sanitaires plus importants du fait de la consommation d'alcool que les personnes les plus riches [38].

En revanche, il a été possible d'identifier plusieurs facteurs qui "protègent" l'individu de développer un comportement d'abus d'alcool. Nous pouvons les regrouper en quatre grands groupes [37, 39]:

1. La **connaissance** vis-à-vis des produits et leurs risques ainsi que la connaissance de ses propres limites.
2. Le développement des **compétences psychosociales** comme l'esprit critique, la résistance aux influences et l'adoption des comportements de prévention.
3. Les bonnes **relations avec les proches** (parents, famille, amis), comme un climat familial adéquat, sont associés à un risque plus faible de développement d'un trouble lié à la consommation.
4. Il est observé que les consommations de substances (dont l'alcool) notamment ont tendance à diminuer ou à s'arrêter avec une meilleure **insertion sociale ou professionnelle** ou l'arrivée d'enfants.

### **Troubles liés à la consommation d'alcool**

Les troubles liés à la consommation d'alcool sont définis par la présence de symptômes plutôt que par un niveau spécifique de consommation. La caractéristique essentielle du trouble lié à la consommation d'alcool est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques qui font que la personne continue à consommer de l'alcool malgré les problèmes importants associés à cette consommation. Ainsi la personne peut présenter des complications physiques, psychologiques ou sociales liées à la consommation, un besoin (souvent fort, parfois compulsif) de consommation, une perte de contrôle sur la consommation ou une consommation continue dans des situations dangereuses [36].

De même, la consommation d'alcool est un facteur causal dans plus de 200 maladies, blessures et autres troubles de santé. Elle est associée au risque de développer des problèmes de santé tels que des troubles mentaux et comportementaux, et des maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains types de cancer et les maladies cardiovasculaires [38].

Une part importante de la charge de morbidité imputable à la consommation d'alcool est constituée de blessures intentionnelles ou non, en particulier celles dues aux accidents de la route, à la violence et aux suicides. Les blessures mortelles liées à l'alcool ont tendance à se produire dans des groupes d'âge relativement plus jeunes [38].

Une relation causale a été établie entre l'usage nocif de l'alcool et l'incidence et l'issue de maladies infectieuses comme la tuberculose et le VIH/sida. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner le syndrome d'alcoolisme fœtal et des complications prénatales. De plus, la consommation nocive peut également nuire à d'autres personnes, par exemple la famille, les amis et/ou les collègues [38].

### **Morbidité et mortalité**

Outre les risques immédiats, l'abus d'alcool a des effets importants à long terme et réduit l'espérance de vie de plusieurs années. Cela en fait la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabac. La consommation d'alcool présente plusieurs risques pour la santé [29].

Au niveau global, l'usage nocif de l'alcool a entraîné environ 3 millions de décès (5.3 % de tous les décès) en 2016, causés principalement par les accidents (20.9 %), les maladies digestives (21.3 %), et les maladies cardiovasculaires et le diabète (19 %) [40]. La figure 17 montre également que près de 8 % des décès causés par l'alcool sont dus à des blessures intentionnelles (ou TS).



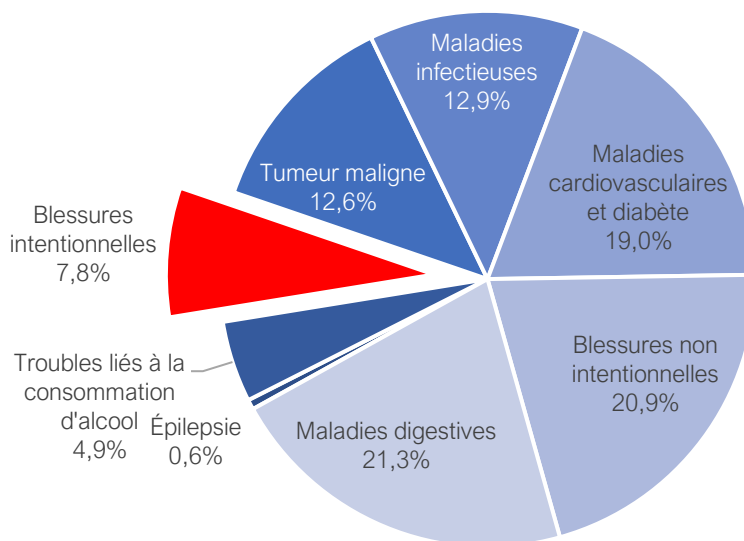


Figure 17. Pourcentage de tous les décès attribuables à l'alcool, par grande catégorie de maladie, 2016 [40].

Les effets de la consommation d'alcool sur la mortalité sont plus importants que ceux de la tuberculose (2.3 %), du VIH/sida (1.8 %), du diabète (2.8%), de l'hypertension (1.6%), des maladies digestives (4.5%), des accidents de la route (2.5%) et des violences (0.8%) [40]. Dans la plupart des pays, la proportion de décès attribués à la consommation d'alcool varie de 2 à 10 %. Cependant, dans une série de pays, cette part est beaucoup plus élevée ; dans certains pays d'Europe de l'Est, près d'un quart des décès sont attribués à la consommation d'alcool [28].

La figure 18 montre la fraction de mortalité attribuable à l'alcool de l'Europe en 2016, cette fraction indique la proportion de décès attribués à la consommation d'alcool (c'est-à-dire la proportion de décès qui disparaîtrait de l'Europe si la consommation d'alcool était supprimée) [28].

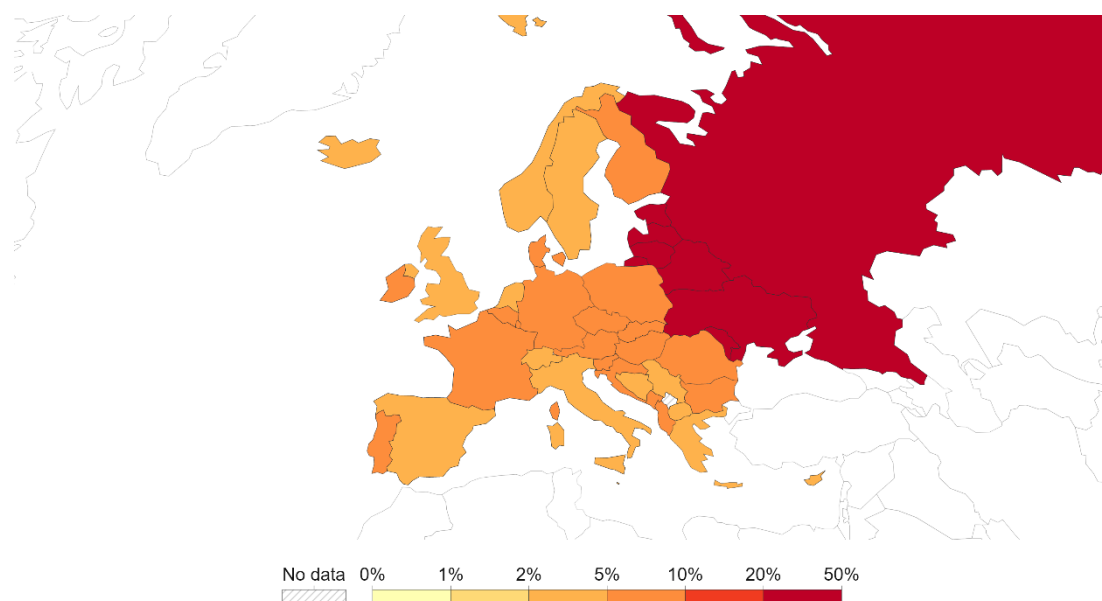


Figure 18. Fraction de mortalité attribuable à l'alcool, 2016 [28]

Il est important de mentionner que par rapport aux 5 autres régions désignées par l'OMS, la région européenne est celle qui a la plus forte proportion de décès attribuables à l'alcool (10.1 %), presque le double de la moyenne mondiale de 5.3 %, comme la figure 19 le montre. En revanche, la région de la Méditerranée orientale, qui comprend des pays comme l'Égypte, l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis, a la plus faible proportion de décès attribuables à la consommation d'alcool avec moins de 1 % [40]. L'alcool a également entraîné un lourd fardeau de maladies et de blessures en 2016, causant 132.6 millions d'années de vie en bonne santé perdues, ce qui représentait 5.1 % de toutes les années de vie en bonne santé perdues cette année-là.

L'alcool était responsable de 7 % des décès des Français de plus de 15 ans (11 % des décès masculins et à 4 % des décès féminins). Sur les 41 080 décès liés à l'alcool en 2015, près de 74 % étaient des hommes et 26 % des femmes [29]. Cela comprend environ 16 000 décès par cancer, 9 900 décès par maladie cardiovasculaire, 6 800 par troubles digestifs, 5 400 par cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 par une autre maladie (maladie mentale, trouble du comportement, etc.) [34].

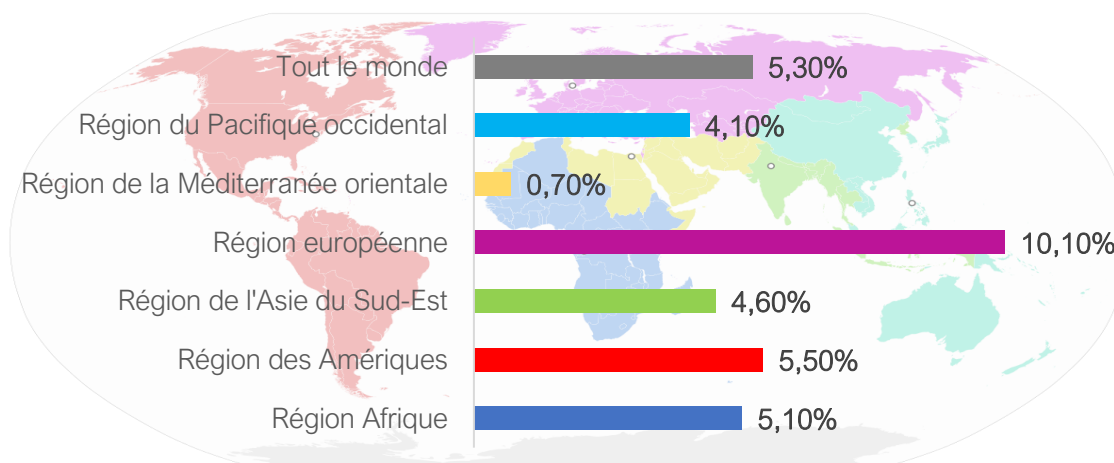


Figure 19. Part de tous les décès (en %) attribuables à la consommation d'alcool, par région de l'OMS, 2016 [40]

Selon la dernière étude disponible, en 2012, 580 884 séjours d'hospitalisation liés à la consommation d'alcool ont été enregistrés en médecine, chirurgie et obstétrique en France, soit une augmentation de 11.3 % par rapport à 2006 et correspondant à 316 824 patients. Le tableau 1, montre qu'ils se répartissent en 197 024 séjours où l'alcool était le principal motif d'hospitalisation (alcoolisme aigu et dépendance) et 383 860 séjours pour comorbidités liées à l'alcool, que l'âge moyen était de 52.9 ans et que la plus grande partie de cas consistait des hommes [41].

Tableau 1. Caractéristiques des séjours et des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique pour une pathologie liée à l'alcool, France, 2012 [41]

Motifs des séjours	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjour (en jours)	Nombre de patients	Age moyen	%Hommes
Alcoolodépendance	93 438	8.9	48 166	47.9	72%
Comorbidités liées à l'alcool	383 860	9.2	245 675	56.7	76%
Intoxication alcoolique aiguë	103 586	1.4	76 175	43.5	71%
<b>Total</b>	<b>580 884</b>		<b>316 824<sup>5</sup></b>	<b>52.9</b>	

<sup>5</sup> Le montant total des patients est inférieure à la somme des 3 groupes car certains patients ont été hospitalisés plusieurs fois au cours de l'année pour des motifs liés à l'alcool différents.

Selon les statistiques, on peut regrouper les maladies liées à la consommation d'alcool en 5 grandes catégories : cancer, maladies du foie et des voies digestives, maladies neurologiques et de santé mentale, maladies métaboliques et le syndrome d'alcoolisme fœtal [29].

### **Cancer**

L'alcool représente la deuxième cause évitable de mortalité par cancer, responsable chaque année de 15 000 décès et de 28 000 nouveaux cas.

Les cancers les plus souvent attribuables à l'alcool sont les cancers de l'œsophage (57.7 % des cas), mais bien d'autres localisations sont concernées : foie, bouche, gorge, cancer colorectal ou encore cancer du sein.

Un risque accru de cancer est observé avec une consommation moyenne d'un verre d'alcool par jour ; ce risque accru est proportionnel à la quantité d'alcool consommée. Toute consommation régulière d'alcool, aussi faible soit-elle, est donc à risque.

### **Maladies du foie et des voies digestives**

Plusieurs maladies hépatiques peuvent être provoquées par la consommation excessive d'alcool : stéatose (accumulation de lipides dans le foie), hépatite alcoolique, cirrhose, etc.

Une étude française portant sur 2 000 gros buveurs hospitalisés a montré que seulement 11 % d'entre eux avaient un foie normal : 34 % ont développé une cirrhose alcoolique, 46 % une stéatose et 9 % une hépatite alcoolique aiguë.

### **Maladies neurologiques et de santé mentale**

La consommation régulière d'alcool entraîne des effets sur le cerveau<sup>6</sup>. L'alcool, en effet, active certains circuits neuronaux spécifiques appelés "circuit de récompense". Cela explique les effets de plaisir et d'euphorie, mais conduit aussi rapidement à l'envie de consommer à nouveau de l'alcool pour maintenir actif le circuit de la récompense et ses effets agréables.

Plus de 50 % des personnes alcoolodépendantes présentent des troubles cognitifs : Les plus fréquents affectent les fonctions exécutives (planification, résolution de problèmes et contrôle inhibiteur), la mémoire épisodique, les capacités visuo-constructives et la cognition sociale.

Par ailleurs, chez ces patients, le risque d'épilepsie augmente, ainsi que le risque de développer la maladie d'Alzheimer est doublé chez les gros consommateurs.

---

<sup>6</sup> L'éthanol n'a pas de récepteurs spécifiques dans le cerveau, cependant, l'activité d'un sous-type de récepteur membranaire GABA de type A est prioritairement modifiée en début de consommation.

<b>Maladies métaboliques</b>	La consommation d'alcool favorise la survenue de l'hypoglycémie, d'une augmentation des triglycérides du sang, de la goutte, d'une dénutrition, ou d'une ostéoporose, entre autres.
<b>Le syndrome d'alcoolisation fœtale</b>	Si bien la consommation d'alcool pendant la grossesse en France est minoritaire, elle n'est pas rare. En 2017, parmi les mères d'enfants de cinq ans ou moins, 11.7 % exprimaient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse. Ce fait a généré que l'alcoolisation fœtale soit la 1ère cause de handicap non génétique en France [32]. Entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés ont reçu un diagnostic de trouble d'alcoolisation fœtale (TSAF) lors de leur hospitalisation en période néonatale, soit 0.48 cas pour 1 000 naissances.

## Alcool et Comportement Suicidaire

Les troubles liés à la consommation d'alcool sont un important facteur de risque de suicide. Il a été constaté qu'en moyenne 4 personnes sur 10 qui ont fait une TS ont consommé de l'alcool [13]. En effet, plusieurs analyses ont montré qu'il existe un risque accru de TS après une forte consommation d'alcool, en moyenne 7 fois plus élevé (OR=6.98, IC 95% [4.77, 10.17]) [42].

Une étude prospective menée sur 10 ans auprès d'une population de personnes ayant tenté de se suicider a conclu que le diagnostic de problèmes d'abus d'alcool était un prédicteur d'une nouvelle TS. Le risque que les personnes diagnostiquées dépendant à l'alcool tentent de se suicider était plus de cinq fois plus élevé que celui des non-dépendants à l'alcool [43], par ailleurs, les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool sont environ 7.98 fois plus susceptibles de mourir par suicide que celles qui ne présentent pas ces troubles [5].

Les raisons de ce lien sont complexes et multiformes. L'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool peuvent entraîner plusieurs comorbidités physiques, émotionnelles et psychologiques, notamment la dépression, l'anxiété et le désespoir [44]. Ces problèmes peuvent augmenter le risque de pensées et de comportements suicidaires, en particulier lorsqu'ils sont combinés à d'autres facteurs de risque tels que des antécédents de traumatisme et de problèmes financiers et conjugaux [44].

La dépression comorbide est liée à une apparition précoce de la dépendance à l'alcool, à un risque plus élevé de comportements suicidaires et à une probabilité significativement plus élevée de TS et de suicide réel chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'alcool [45].

Les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool qu'en population générale. De même, la dépendance à l'alcool est plus fréquente chez les sujets présentant des troubles psychiatriques [46, 47]. Des études épidémiologiques ont montré une association positive entre une forte consommation d'alcool, les troubles de l'usage d'alcool et la survenue de troubles dépressifs majeurs [48].

Plus d'un tiers des sujets avec un mésusage de l'alcool présentent au cours de leur vie une comorbidité psychiatrique [49], en particulier des troubles dépressifs [43], avec un risque suicidaire accru [50]. Les relations entre consommations excessives d'alcool, troubles liés à l'usage d'alcool et troubles dépressifs majeurs sont de plusieurs types et ne s'excluent pas [47, 48]:

- Troubles dépressifs secondaires : induits par les consommations d'alcool.
- Troubles dépressifs primaires : les personnes souffrant de troubles dépressifs sont plus susceptibles de consommer de l'alcool en plus grandes quantités et de manière plus préjudiciable, ce qui permet de formuler l'hypothèse de « l'automédication » [51].
- Relation bidirectionnelle : causalité réciproque où les consommations d'alcool et la dépression s'aggravent mutuellement.

Tous les mécanismes répertoriés dans la littérature semblent plausibles, mais le premier est le plus répandu et le plus puissant. [49]. Le DSM IV désigne les troubles de l'humeur provoqués par la consommation d'alcool comme « Troubles de l'humeur induits par la consommation d'alcool ».

### **Lien entre consommation d'alcool et dépression**

Les patients présentant un double diagnostic ont une symptomatologie plus sévère avec des conséquences plus graves telles que le risque de suicide, la perte de

fonctionnement social et l'utilisation de soins [46]. En plus de l'utilisation concomitante d'autres drogues étant plus élevée dans cette population, la dépendance à l'alcool se développe plus tôt chez les personnes qui souffrent de dépression [52]. La dépression favorise également les rechutes chez les patients alcoolodépendants.

Comparativement à ceux qui souffrent d'un trouble isolé lié à l'alcool, les patients souffrant de troubles dépressifs qui abusent ou sont dépendants de l'alcool présentent des symptômes plus graves et un taux d'invalidité plus élevé [45].

Si bien les taux de prévalence et de comorbidité varient considérablement entre les études, principalement en raison de problèmes méthodologiques et des différences entre les échantillons (cliniques et de population), la majorité des études démontrent un risque plus élevé de troubles dépressifs chez les personnes qui abusent ou sont dépendantes de l'alcool, tout comme il existe un risque plus élevé de troubles liés à l'alcool chez les personnes qui ont un trouble dépressif. Lorsque l'un des troubles est présent, la probabilité que l'autre suive double [45].

On ne sait pas à quelle fréquence la consommation d'alcool a des effets dépressifs. Ils sont très probablement multifactoriels et incluent des déficiences dans la transmission de la thiamine, du folate, de la gabaergie et de la sérotoninergie ainsi qu'un dérèglement de l'axe hypothalamo-surrénalien [53]. De même, l'âge joue un rôle important, la consommation fréquente d'alcool à l'adolescence est liée à des troubles dépressifs précoces. La dépression comorbide est liée à une apparition précoce de la dépendance à l'alcool et à des taux de dépendance à vie plus élevés chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool [45].

### **Lien entre consommation d'alcool et comportement suicidaire**

Dans différentes études réalisées, il a été constaté qu'en moyenne 37 % (intervalle 10 % à 69 %) des patients qui se sont suicidés ont eu une consommation aiguë d'alcool avant l'acte, de même, ce taux était de 40 % (intervalle 10 % à 73 %) parmi ceux qui ont eu une TS [13]. Ainsi, chez les patients alcoolodépendants, jusqu'à 40 % tentent de se suicider à un moment donné et jusqu'à 7 % mettent fin à leur vie en

se suicidant [11]. Par rapport à la population générale, le risque d'idées suicidaires, de TS et de suicide est augmenté de 2 à 3 fois chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool [54].

Le trouble de l'usage d'alcool est un facteur de risque important de comportement suicidaire [10], notamment d'idées suicidaires, de TS et de suicide, et est une cause importante de décès prématuré [54] indépendamment des autres comorbidités psychiatriques [5]. Cependant, les données préliminaires suggèrent que les facteurs diagnostiques et les événements de la vie tels que le chômage, les problèmes juridiques et la maltraitance dans l'enfance, qui entraînent un risque de suicide, sont similaires à ceux de la population générale [44].

Une étude menée au Danemark a conclu que les patients qui signalaient des problèmes d'abus d'alcool avaient un risque significativement plus élevé (HR = 7.98 ; IC à 95 % [5.27, 12.07]) de se suicider que ceux qui n'en avaient pas et ce risque reste significatif même après ajustement des mesures pour tous les comorbidités psychiatriques [5]. De même, une autre étude aux États-Unis a révélé que la dépendance à l'alcool est le deuxième trouble le plus courant trouvé, après la dépression, tant chez les personnes qui se sont suicidées que chez celles qui l'ont tenté [9]. En fait, Beck et Steer [8] ont constaté que le seul facteur prédictif significatif d'un comportement suicidaire possible était un diagnostic d'alcoolisme : le risque des patients diagnostiqués avec des problèmes d'abus d'alcool était cinq fois plus élevé que ceux sans problèmes (OR = 5.18 ; IC à 95 % [1.94, 13.81]).

### **Impact de la consommation d'alcool sur le suicide**

L'alcool aggrave les symptômes de la dépression et augmente le risque de suicide. Les patients qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles d'adopter un comportement suicidaire et sont plus susceptibles de se suicider ou de tenter de le faire, ce qui augmente le risque de mortalité [55]. À la suite d'une intoxication aiguë, les actes suicidaires sont sensiblement plus fréquents [42].

L'abus d'alcool, les pensées et les actions suicidaires ont des relations complexes. On distingue des facteurs prédisposants, augmentant la vulnérabilité aux gestes



suicidaires, qui comprennent l'agressivité, l'impulsivité, la sévérité de l'alcoolisme, le désespoir et les émotions négatives. Alors que les expériences interpersonnelles dans la vie et la dépression seraient plutôt identifiées comme des facteurs déclenchants, qui dans un contexte précis provoqueraient le geste suicidaire [55].

Ces facteurs de risques peuvent être classés en facteurs de risques distaux ou en facteurs de risques proximaux. Les facteurs de risque distaux affectent le seuil de suicide et augmentent indirectement le risque d'un individu lorsque le patient présente un facteur de risque proximal. Des facteurs de risques à la fois distal et proximal du comportement suicidaire ont été rapportés chez des patients alcoolodépendants. Les facteurs de risques distaux comprennent des antécédents familiaux de suicide ou de traumatisme infantile et des traits de personnalité antisociaux. Les facteurs de risques proximaux chez les alcooliques ont inclus la dépression comorbide et le traitement avec des médicaments antidépresseurs [11].

Il est important de noter que la comparaison des études qui montrent un lien entre l'abus d'alcool et le comportement suicidaire est difficile. Selon le type d'étude, les résultats varient considérablement et sont soumis à de nombreuses limites méthodologiques, notamment la petite taille des échantillons, les biais de sélection et l'absence de groupe témoin, etc. [13].

### *1. Effets de l'alcool à court terme*

En raison des effets immédiats à court terme de l'alcool sur l'humeur, la cognition et l'impulsivité, l'abus d'alcool chez une personne qui n'est pas alcoolodépendant peut augmenter son risque de suicide. Les jeunes sont particulièrement sensibles à cet effet, surtout dans le contexte d'alcoolisation massive sur une période courte (*binge drinking*). Les effets aigus sur l'impulsivité et le contrôle de l'agressivité peuvent avoir des effets à court terme en augmentant le risque de TS [56].

La quantité d'alcool consommée est un facteur prédictif d'un plus grand risque de TS. Le risque de TS après avoir consommé de l'alcool est environ 7 fois supérieur, et ce risque augmente jusqu'à 37 fois après une consommation forte d'alcool [42].

De même, la concentration d'alcool dans le sang est liée au risque de traumatismes. Elle altère la vision, les aptitudes et capacités psychomotrices et le temps de réaction. Ces processus sont affectés négativement à partir de 0.03% d'alcoolémie dans le sang [57]. On retrouve une forte corrélation entre une alcoolémie élevée et des méthodes de suicide violentes [58].

## *2. Effets de l'alcool à long terme*

L'abus d'alcool à long terme a des effets sur l'humeur et les interactions sociales, qui agissent comme des facteurs médiateurs. Ils pourraient être le résultat des effets chroniques de l'alcool sur le stress et la dépression [56]. D'autre part, le degré de pessimisme, de désespoir et de soutien social perçu sont des facteurs de risques chez les patients déprimés et alcoolodépendants [43]. La prévalence au cours de la vie des TS chez les toxicomanes (dont les alcoolodépendants) est connue pour être beaucoup plus élevée que dans la population générale, avec des taux de prévalence de 19 à 73 % contre 3 à 5 % dans la population générale [10].

Les patients avec un trouble de l'usage de substances ont souvent des symptômes dépressifs associés et de plus un certain nombre de facteurs de stress grave (rupture sentimentale, perte d'emploi, problèmes de santé et problèmes financiers) qui les exposent à un risque plus élevé de comportement suicidaire [11]. Un pourcentage considérable de personnes qui se sont suicidés avec un trouble de l'usage d'alcool ont récemment subi une perte ou un conflit interpersonnel. Un tiers de suicidés alcoolodépendants a vécu la perte d'une relation dans les 6 semaines ou moins précédant leur décès [59]. Comparativement aux victimes de suicides dépressifs sans alcool, les victimes de suicides liés à l'alcool sont plus susceptibles de connaître des conflits familiaux, des difficultés financières et le chômage [43].

Il existe également une grande variété de facteurs de risque de comportement suicidaire communs aux alcoolodépendants et à la population générale, tels que le sexe (les femmes sont plus susceptibles de tenter de se suicider), les antécédents familiaux à risque, la désintégration sociale et les antécédents de traitement infructueux et de troubles psychiatriques comorbides (dépression, personnalité limite, TDAH) [10].

### *3. Impact sur l'impulsivité*

La consommation d'alcool dans son association au risque de TS semble aussi liée à l'interaction entre alcool et impulsivité [9] : il est important de noter que la consommation d'alcool peut affecter le jugement et la capacité à prendre des décisions rationnelles, ce qui augmente la probabilité que les consommateurs agissent de manière impulsive et adoptent des comportements à risque (les TS ou l'automutilation en sont des exemples).

Par ses répercussions à la fois individuelles et sociétales, la consommation excessive d'alcool peut augmenter le risque de TS. De plus, provoquant un comportement impulsif, qui augmente le risque d'automutilation, la consommation aiguë d'alcool précède fréquemment un acte suicidaire [60]. En effet, l'agressivité et l'impulsivité rendraient une personne plus susceptible de se suicider. Les traits de personnalité comme l'agressivité et l'impulsivité sont plus répandus chez ceux qui se suicident [9].

En raison de la « levée d'inhibition » qu'il provoque, l'alcool augmente les comportements à risque et la probabilité d'actes suicidaires. Contrairement à ceux qui n'ont que des pensées suicidaires, il est prouvé que la consommation de substances est plus courante chez ceux qui tentent de se suicider [61].

Les patients ayant fait plusieurs passages à l'acte suicidaire sont cinq fois plus susceptibles d'avoir un trouble lié à l'usage de substances par rapport à ceux n'ayant que des idées suicidaires [61].

## II. ETUDE EMPIRIQUE

L'alcool et le suicide sont deux problèmes distincts, mais ils peuvent être liés de plusieurs façons. L'abus d'alcool et la dépendance sont des facteurs de risque connus de suicide, et les personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool courent un risque plus élevé d'avoir des pensées et des comportements suicidaires. Dans cette thèse, nous explorerons le lien entre l'alcool et les TS et discuterons de certaines considérations importantes pour ceux qui pourraient être aux prises avec ces problèmes.

Les troubles liés à la consommation d'alcool sont un important facteur de risque de suicide. Des études ont montré que les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool sont environ dix fois plus susceptibles de mourir par suicide que celles qui ne présentent pas ces troubles [43, 10]. Les raisons de ce lien sont complexes et multiformes. L'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool peuvent entraîner une gamme de comorbidités physiques, émotionnels et psychologiques, notamment la dépression, l'anxiété et le désespoir [45]. Ces problèmes peuvent augmenter le risque de pensées et de comportements suicidaires, en particulier lorsqu'ils sont combinés à d'autres facteurs de risque tels que des antécédents de traumatisme, des antécédents familiaux de suicide et l'accès à des moyens létaux [42].

Il est également important de noter que la consommation d'alcool peut altérer le jugement et la prise de décision, ce qui rend plus probable qu'un individu agisse de manière impulsive et adopte des comportements à risque. Cela peut inclure l'automutilation ou la TS.

### Problématique

Au cours des cinq dernières décennies, à l'échelle mondiale, les taux de suicide ont augmenté de 60 %, selon l'OMS, plus de 700 000 personnes se suicident chaque année et beaucoup plus de personnes tentent de se suicider. Chaque suicide est une tragédie qui affecte des familles, des communautés et des pays entiers et a des effets durables sur les personnes laissées pour compte. Le suicide survient tout au

long de la vie et était la quatrième cause de décès parmi la population âgée de 15 à 29 ans dans le monde en 2019 [17].

Aux États-Unis, l'un des pays les plus touchés par cette situation, plus de 48 000 suicides ont été signalés en 2021, soit une incidence de 14 suicides pour 100 000 habitants, dépassant les accidents de la route comme première cause de mortalité par blessure. Dans ce contexte plus de 1 700 000 de personnes ont tenté de se suicider [62]. Pour la France la situation n'est pas différente, sur un an seulement, le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) a recensé 8 580 décès par suicide, (soit un taux de suicide de 12.8 pour 100 000 habitants).

Le suicide est un grave problème de santé publique [14]. Plusieurs études ont convenu que les pensées suicidaires, la planification, les TS et les suicides accomplis représentent un continuum de comportement suicidaire [63]. Il est important de remarquer que les TS sont un puissant prédicteur de suicide et un indicateur d'une situation de vie difficile, de même que les TS représentent un grand défi pour tout type de programme de traitement [10].

Nombreuses recherches ont étudié les facteurs de risque pouvant déclencher une TS. En général, ils peuvent être classés en facteurs internes ou facteurs externes. Les premiers sont principalement liés à des traits de personnalité tels que l'agressivité et l'impulsivité, ainsi qu'à des sentiments de pessimisme, de désespoir et une mauvaise perception du soutien social. Le deuxième groupe se caractérise par des situations difficiles vécues par la personne qui tente de se suicider telles que les agressions sexuelles, la maltraitance dans l'enfance, les perturbations des relations interpersonnelles, les problèmes financiers et même le chômage [63].

La mise en évidence du lien entre la consommation d'alcool (et d'autres problèmes d'abuse de substances) et les comportements suicidaires a été rapportée au cours des dernières années [14, 5, 43, 64, 10], et la plupart de ces études se sont concentrées sur les idées suicidaires ou les TS [5]. Les facteurs de risque de TS chez les toxicomanes sont pour la plupart les mêmes que dans la population générale [10], cependant, il est bien connu que la consommation d'alcool augmente

le risque de comportement suicidaire chez les alcoolodépendants et non alcoolodépendants, mais le mécanisme de la relation reste incertain.

L'incidence élevée des troubles liés à la consommation d'alcool, la forte prévalence des TS dans cette population et les conséquences pour les individus, les familles et la société, sont tous des facteurs indiquant le besoin de réaliser plus de recherches [5]. De plus, il existe plusieurs études basées sur la population américaine, suédoise et même néo-zélandaise, mais il existe peu d'études basées sur la population française.

### Objectif de l'étude

Cette étude se concentre premièrement sur le lien entre la consommation d'alcool et les TS afin de mieux comprendre le lien complexe entre ces comportements dans un échantillon de la population française ; et secondairement, sur le risque qui entraîne la consommation d'alcool et la dépendance à l'alcool pour faire une TS grave. Pour compléter les analyses, d'autres facteurs ont également été étudiés, tels que les caractéristiques démographiques, socio-économiques et notamment les commorbidités psychiatriques.

### Méthodologie

Cette étude est une étude de cohorte rétrospective, observationnelle, de soins courants, monocentrique. Son objectif est de déterminer le rôle de la consommation d'alcool dans le passage à l'acte auto-agressif.

### Population d'étude

La population étudiée était composée de tous les patients admis au service d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle de Rouen (Normandie) entre les mois de mai et octobre 2022 à la suite d'une TS. Le seul critère d'exclusion était l'âge inférieur à 18 ans au moment de l'admission aux urgences.

## Recueils des données

Toutes les données concernant les dossiers médicaux des urgences étaient collectées de manière anonyme et organisées de manière systématique pour leur analyse. Les informations recueillies dans les dossiers comportent celles figurant dans le tableau 2 ainsi que les résultats des deux échelles qui ont été administrées aux patients lors de leur séjour aux urgences.

Tableau 2. Données recueillies auprès de chaque patient

<i>Données sociodémographiques</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexe</li><li>• Âge au moment de la TS</li><li>• Situation familiale</li><li>• Nombre d'enfants</li><li>• Type de domicile</li><li>• Niveau d'études</li><li>• Profession</li><li>• Ressources</li><li>• Suivi médical et psychiatrique</li></ul>
<i>Informations concernant la tentative de suicide</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Date de la TS</li><li>• Toxicologie (Consommation d'alcool au cours de la TS)</li><li>• Besoin de réanimation</li><li>• Modalité et motif de la TS</li><li>• Planification et apparition des idées suicidaires</li><li>• Antécédents de TS</li></ul>
<i>Données liées à la consommation d'alcool</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consommation précédente à la TS</li><li>• Antécédents concernant la consommation d'alcool</li></ul>
<i>Données liées aux problèmes de consommation de substances</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autres addictions</li><li>• Nombres de fois que le patient a été traité</li><li>• Nombre de sevrages</li><li>• Journées avec problèmes de consommation dans le 30 jours précédents à la TS</li></ul>
<i>Résultats des échelles</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)</li><li>• Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-DSM IV)</li></ul>

## Analyse statistique

Les données ont été analysées par groupes, selon la consommation ou non d'alcool au cours de la TS. Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées avec les données collectées. Les résultats sont présentés en valeur absolue et en pourcentage pour pouvoir faciliter la comparaison. Pour la comparaison statistique, le test *t-student* a été utilisé lorsque les variables étaient quantitatives (et continues) et le test du  $\chi^2$  lorsque les variables étaient catégorielles. Le niveau de signification appliqué était de 95 % ( $\alpha = 0.05$ )

Les taux de risque sont présentés sous forme de « Odds de Ratio (OR) » avec des intervalles de confiance à 95 %. L'OR est une mesure d'effet couramment utilisée pour communiquer les résultats de la recherche en santé. Mathématiquement, un OR correspond à un quotient entre deux probabilités, la probabilité étant une manière alternative d'exprimer la possibilité d'un événement d'intérêt ou la présence d'une exposition. D'un point de vue méthodologique, les OR peuvent être calculés dans des analyses prospectifs, rétrospectifs et transversaux [65].

L'OR, son erreur standard et son intervalle de confiance (IC) à 95 % sont calculés selon Altman (1991) [66]. L'odds ratio est donné par :

$$OR = \frac{\left(\frac{a}{b}\right)}{\left(\frac{c}{d}\right)} = \frac{ad}{bc}$$

Où *a* et *c* représentent les sujets avec une TS grave dans le groupe exposé et non exposé au facteur d'analyse respectivement. Et *b* et *d* représentent les sujets sans une TS grave dans le groupe exposé et non exposé au facteur d'analyse. L'erreur standard de l'OR logarithmique est donnée par :

$$SE_{log} = \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$$

et l'intervalle de confiance à 95 % est :

$$IC \text{ à } 95\% = [e^{\ln OR - Z_{\alpha/2} \cdot SE_{log}}, e^{\ln OR + Z_{\alpha/2} \cdot SE_{log}}]$$



Pour le test de significativité, la p-valeur est calculée selon Sheskin (2004) [67]. Un écart normal standard (*valeur z*) est calculé comme  $\ln OR / SE$ , et la valeur p est la zone de la distribution normale qui tombe en dehors de  $\pm z$ .

## Considérations médicales

### Tentatives de suicide

Afin de différencier les patients admis aux urgences qui ont fait une TS des autres patients, la définition incluse dans la 11e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS a été utilisée. Le classement a été fait avec les définitions *XE97V Automutilation intentionnelle, personne ayant l'intention de mourir*, et *MB23.R Tentative de suicide*<sup>7</sup>. De même, les personnes pouvant être classées dans les subdivisions *MB23.S Comportement suicidaire*<sup>8</sup>, ou *MB26 Idées suicidaires*<sup>9</sup> n'ont pas été incluses dans l'étude car ils ne constituent pas des TS réussies [7].

Une TS médicalement grave a été définie lorsqu'un patient a reçu soit (1) un traitement dans une unité spécialisée (par exemple, une unité de soins intensifs), (2) une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou (3) une réanimation [44].

### Troubles de l'usage de l'alcool

En vue d'identifier les patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool, le questionnaire *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* a été utilisé. Il s'agit d'un test simple en 10 questions développé par l'OMS pour déterminer si une personne présente un risque d'addiction à l'alcool. Les trois premières questions traitent de la consommation du patient, les questions 4 à 6 de la dépendance à l'alcool et les questions 7 à 10 des problèmes consécutifs aux consommations d'alcool. Un mésusage doit être suspecté chez les patients ayant un score de 7 ou plus chez les hommes et de 6 ou plus chez les femmes. Un score supérieur à 12

---

<sup>7</sup> Un épisode spécifique de comportement d'automutilation entrepris avec l'intention consciente de mettre fin à ses jours [7].

<sup>8</sup> Actions concrètes, telles que l'achat d'une arme à feu ou le stockage de médicaments, qui sont prises en vue de réaliser un souhait de mettre fin à ses jours mais qui ne constituent pas une véritable tentative de suicide [7].

<sup>9</sup> Pensées, idées ou ruminations sur la possibilité de mettre fin à ses jours, allant de la pensée qu'il vaudrait mieux mourir à la formulation de plans élaborés [7].

indique une alcoolodépendance probable. Ce questionnaire a été validé en version française et possède une sensibilité et spécificité élevées [68].

### Troubles psychiatriques

Une conclusion cohérente dans plusieurs études est que la dépendance à l'alcool et la dépression comorbides sont associées à un risque accru d'idées suicidaires, de TS et de suicides réussis [56]. Selon le DSM-5, la dépression est caractérisée pour la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu [69].

Pour identifier si un patient a des problèmes de dépression ainsi que d'autres troubles psychiatriques, l'échelle Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-DSM IV) a été administrée aux patients. Le MINI-DSM IV est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min.  $\pm$ 11,6 min. ; médiane 15 min.), explorant de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM IV [70].

### Considérations éthiques

Toutes les données recueillies ont été anonymisées. Tous les patients inclus ont accepté de donner leurs données. Ces données sont recueillies uniquement en vue de la recherche et à aucun moment cette étude n'est entrée en conflit avec la prise en charge des patients.

### Résultats descriptifs

Sur les 122 patients inclus dans l'étude, 55 (45 %) ont consommé de l'alcool lors de la TS, et constituent le groupe dit « OH+ », tandis que les 67 (55 %) qui n'ont pas consommé d'alcool lors de la TS, constituent le groupe dit « OH- » (Figure 20).

## 1. Sexe

On retrouve une différence significative selon le sexe. Les femmes sont plus nombreuses (67.2 %) que les hommes (32.8 %), à avoir fait une TS dans notre étude.

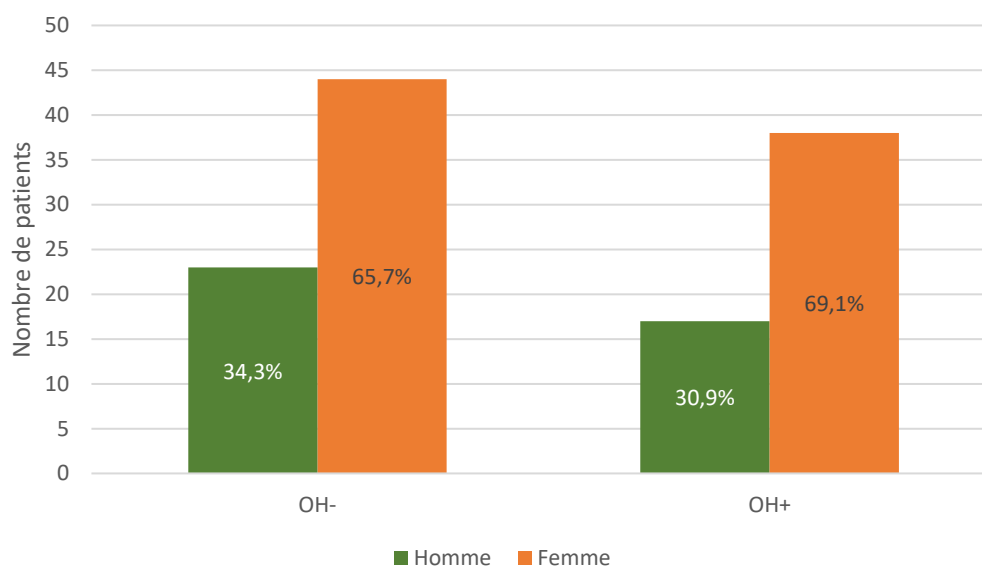


Figure 20. Proportion des sexes par groupe

Si on compare les deux groupes, 30.9 % des patients qui ont consommé de l'alcool lors de la TS étaient des hommes, tandis que dans le groupe de patients qui n'ont pas consommé d'alcool, 34.3 % étaient des hommes ; la figure 20 montre le nombre de patients inclus dans chaque groupe et la répartition par sexe au sein de chaque groupe. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sex-ratios des deux populations (Tableau 3).

Tableau 3. Sex-ratio et âge moyenne

	OH – (n = 67)	OH + (n = 55)	p
Sex-ratio (H/F)	23 / 44 $\approx$ 0.52	17 / 38 $\approx$ 0.49	0.1714
Age (années) (moy. $\pm$ e.t.)	36.85 $\pm$ 16.19	43.29 $\pm$ 12.62	0.0175

## 2. Age

L'âge moyen du groupe « OH+ » est de 43.29 ans (IC à 95% [39.96, 46.63]), tandis que celui du groupe « OH- » est de 36.85 ans (IC à 95% [32.97, 40.73]).

La différence entre ces valeurs est statistiquement significative (Table 2), donc, dans notre échantillon, les patients ayant fait une TS en ayant consommé de l'alcool sont en moyenne plus âgés que les patients ayant fait une TS sans avoir consommé d'alcool.

De même, il est évident que la répartition par âge diffère significativement entre les deux groupes (Figure 21). Dans le groupe « OH+ » il y a une concentration importante entre 34 et 53 ans (58 %), dans le groupe « OH- », 33 % des patients appartenaient à la tranche la plus jeune de la population, et la proportion diminue avec l'âge.

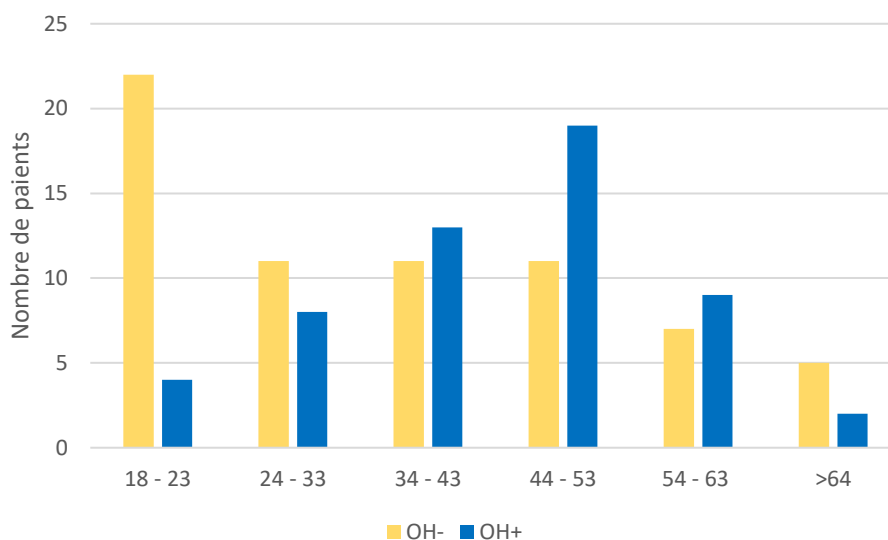


Figure 21. Distribution par tranches d'âge

## 3. Situation familiale et suivi médical

Il n'existe pas de différence significative quant à la situation familiale des deux groupes (Tableau 4). En moyenne, 6 personnes sur 10 ayant tenté de se suicider incluses dans notre échantillon ne sont pas en couple. De même, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes en termes de nombre d'enfants. En moyenne, 15 % des patients inclus dans l'échantillon n'avaient pas d'enfant.

Concernant le suivi médical, le 9 % de patients ont déclaré ne pas avoir de suivi par un médecin traitant et un peu moins de 6 % ont déclaré n'avoir aucun type de suivi (médical, psychiatrique ou d'addictologie). Si on compare les deux groupes, seulement le suivi psychiatrique montrait une différence significative importante, et les patients du groupe « OH- » avaient un suivi psychiatrique plus important. Les résultats bruts montrent que les patients du groupe « OH+ » ont un plus grand suivi par un médecin traitant et un plus grand suivi en addictologie, même si la différence n'est pas significative de très peu.

Tableau 4. Répartition selon la situation familiale et le suivi médical

	OH –		OH +		p
	n = 67	%	n = 55	%	
<b>Situation familiale</b>					0.6123
- Seul(e)	42	62.69	32	58.18	
- En couple	25	37.31	23	41.82	
<b>Enfants</b>					0.7766
- Aucun	11	16.42	8	14.55	
- 1 ou plus	56	83.58	47	85.45	
<b>Suivi médical</b>					
- Médecin traitant*	58	86.57	53	96.36	0.0601
- Psychiatre**	33	49.25	13	23.64	0.0037
- Addictologie*	7	10.45	13	23.64	0.0502

(\*) Significatif à 10 %, (\*\*) Significatif à 5 %.

#### 4. Situation professionnelle et économique

Il n'y a pas de différences significatives concernant le niveau d'études des deux groupes. La figure 22 montre la fréquence relative du niveau d'études de l'échantillon et par groupe. Moins de 30 % de l'échantillon avaient des études Bac +2 ou plus.

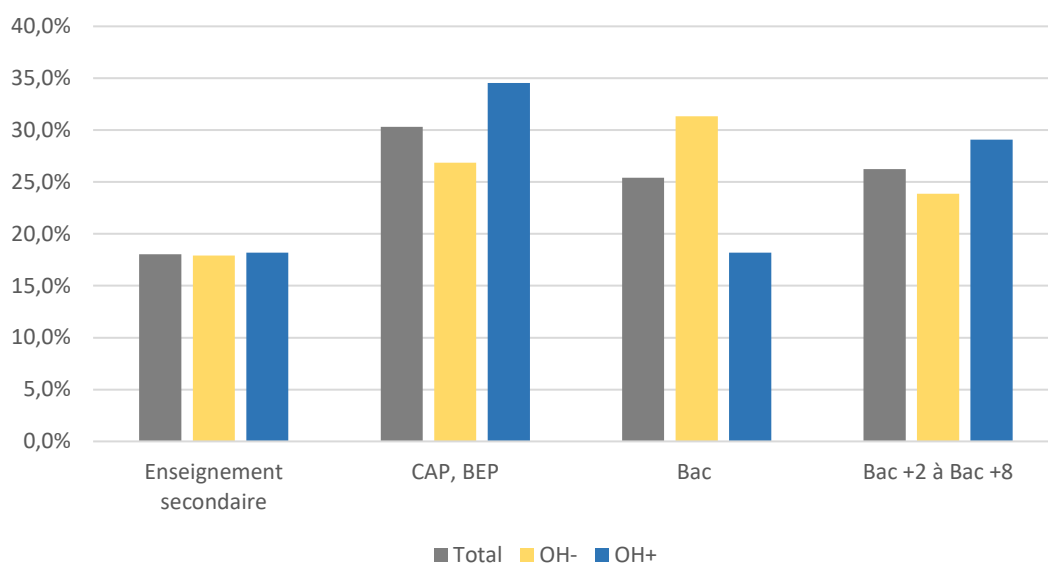


Figure 22. Niveau d'études

En revanche, il existe une différence statistiquement significative concernant la situation professionnelle, on note une proportion plus élevée de personnes sans activité professionnelle dans le groupe « OH- » (Tableau 5).

Tableau 5. Répartition selon la situation professionnelle et type de domicile

	OH-		OH+		p
	n = 67	%	n = 55	%	
<b>Profession**</b>					0.0415
- Sans activité professionnelle	38	56.72	21	38.18	
- Avec activité ou retraité(e)	29	43.28	34	61.82	
<b>Ressources</b>					0.1409
- Sans revenu	9	13.43	3	5.45	
- Avec revenu	58	86.57	52	94.55	
<b>Domicile</b>					0.8952
- Durable	59	88.06	48	87.27	
- Précaire	8	11.94	7	12.73	

(\*) Significatif à 10 %, (\*\*) Significatif à 5 %.

Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée concernant la présence ou l'absence de revenu, ou le type de domicile.

### 5. Jour de la TS, méthode d'auto-agression et antécédents de TS

Il existe une différence statistiquement significative ( $\chi^2=18.05$ ,  $dl=6$ ,  $p=0.0061$ ) concernant le jour de la semaine où les patients des groupes ont commis la TS. Dans le groupe « OH- », le jour où la proportion de tentatives est la plus élevée est le lundi, cette proportion diminue tout au long de la semaine et augmente à nouveau le week-end. Dans le cas du groupe « OH+ », les jours où la proportion de tentatives est la plus élevée sont les mardis et les vendredis, suivis des jeudis (Figure 23).

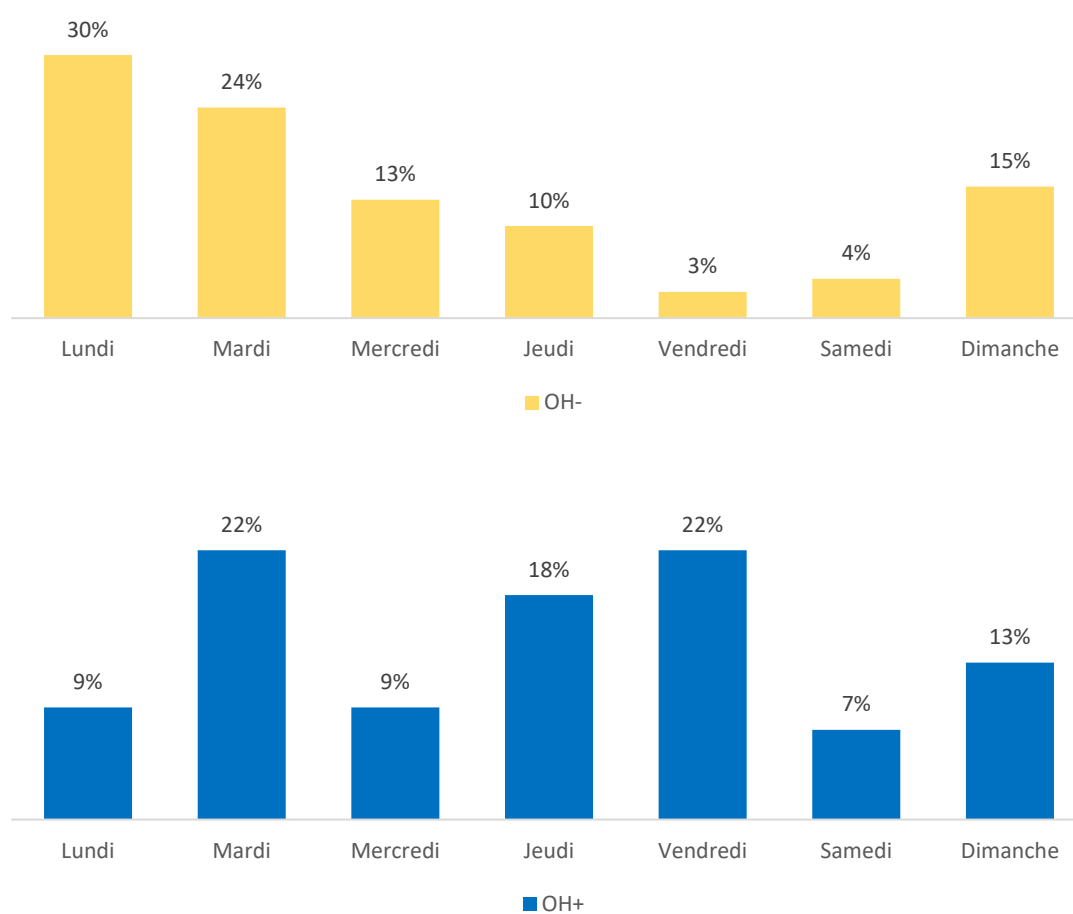


Figure 23. Répartition des tentatives de suicide par jour de la semaine.

Il n'y a pas de preuve d'une différence statistiquement significative concernant la modalité de la TS ( $\chi^2=0.2622$ ,  $dl=2$ ,  $p = 0.6086$ ), la majorité des patients inclus dans l'échantillon (82 %) ont tenté de se suicider en ingérant des médicaments (Figure 24) (cf. Annexe 1).

Aucune différence statistiquement significative n'a non plus été trouvée concernant la proportion de patients ayant fait au moins une TS antérieure ( $\chi^2=0.0836$ ,  $df=2$ ,  $p = 0.7724$ ). Plus de 90 % des patients inclus dans l'échantillon avaient fait au moins une TS dans le passé.

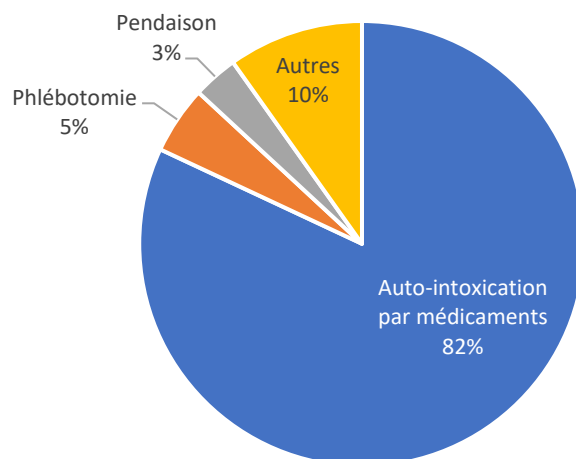


Figure 24. Répartition pour modalité de TS

## 6. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles psychiatriques

Sur les 122 patients de notre étude, 50 ont été identifiés avec une dépendance à l'alcool et 4 avec de problèmes de mésusage. C'est à dire que près de 45 % des patients inclus dans l'étude avaient une consommation d'alcool à risque, même parmi les patients qui n'avaient pas consommé d'alcool avant la TS.

L'analyse révèle une forte différence statistiquement significative entre la composition de chaque groupe de patients concernant la dépendance à l'alcool. Dans le groupe de patients n'ayant pas consommé d'alcool lors de la TS « OH- », plus de 80 % d'entre eux n'ont pas eu de problèmes avec l'alcool, tandis que 72 % des patients ayant consommé de l'alcool lors de la TS ont une dépendance à l'alcool (Tableau 6).

Il est important de mentionner que seulement 23 des 122 patients inclus dans l'étude ne présentaient aucun type de trouble psychiatrique. Ainsi, plus de 80 % des patients avaient au moins un diagnostic de trouble psychiatrique au moment de la



TS. De plus, environ 1 patient sur 4 inclus dans l'échantillon présente 6 comorbidités ou plus.

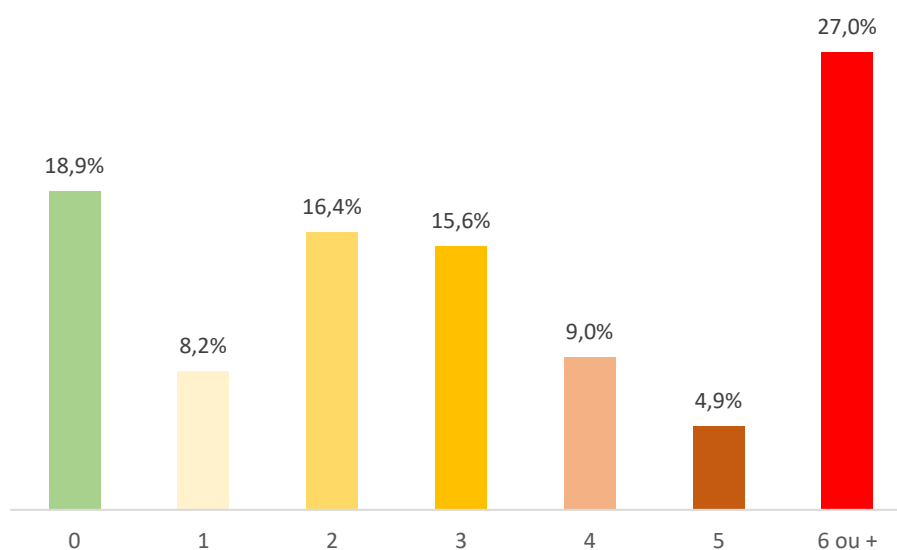


Figure 25. Nombre de troubles psychiatriques

De manière générale, il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans la proportion de diagnostics psychiatriques entre les deux groupes de patients. Dans les deux groupes, on constate qu'environ 2 patients sur 3 qui ont tenté de se suicider ont un diagnostic d'épisode dépressif actuel (cf. Annexe 2).

Tableau 6. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles psychiatriques

	OH-		OH+		p
	n = 67	%	n = 55	%	
<b>Troubles de l'usage de l'alcool**</b>					<0.0001
- Absence	55	82.09	13	23.64	
- Mésusage	2	2.99	2	3.64	
- Dépendance	10	14.93	40	72.73	
<b>Troubles psychiatriques</b>					
- Troubles de l'humeur	53	79.10	44	80.00	0.9030
- Episode dépressif actuel	42	62.69	39	70.91	0.3387
- Episode dépressif passé	26	38.81	24	43.64	0.5893
- Troubles anxieux	26	38.81	23	41.82	0.7356
- Psychose	7	10.45	5	9.09	0.8023

(\*) Significatif à 10 %, (\*\*) Significatif à 5 %.

## Analyse de risque

L'analyse visait également à déterminer si l'alcool jouait un rôle déterminant dans la gravité de la TS car sur les 122 patients, 12 ont été classés en TS grave selon les critères précisés ci-dessus. Parmi eux, 6 étaient des hommes et 6 des femmes. Sur les 12 patients, 5 ont fait la tentative sous l'influence de l'alcool, mais une dépendance a été retrouvée chez 7 d'entre eux. Comme pour le reste de l'échantillon, la majorité (75%) a fait la tentative par auto-intoxication par médicaments.

L'effet d'une consommation précédente à la TS a été étudié, ainsi que l'influence d'une dépendance à la consommation d'alcool. Le tableau 7 montre les OR calculés pour l'étude. Ces OR reflètent le risque relatif qu'un patient fasse une TS grave compte tenu de chacun des différents facteurs d'exposition présentés sur la table. Afin d'effectuer une analyse plus complète des facteurs pouvant augmenter le risque d'une TS grave, en plus des facteurs liés à l'alcool, d'autres facteurs ont été analysés : le sexe du patient, les antécédents de TS et la présence de troubles psychiatriques.

Tableau 7. Odds ratio de réaliser une TS grave selon différents facteurs d'exposition

Facteurs	OR	IC à 95%	p
<b>Liés à la consommation d'alcool</b>			
- OH+	0.86	[0.25,2.87]	0.8024
- Dépendance à l'alcool**	4.33	[1.11,16.90]	0.0347
<b>Sexe</b>			
- Homme	2.24	[0.61,7.43]	0.1895
<b>Antécédents de TS</b>			
- Au moins une TS dans le passé**	0.01	[0.00,0.06]	<0.001
<b>Trouble psychiatriques (par type)</b>			
- Troubles de l'humeur	3.07	[0.38,24.98]	0.2943
- Troubles anxieux	2.27	[0.68,7.60]	0.1851
- Psychose	0.82	[0.10,6.95]	0.8542
<b>Trouble psychiatriques (nombre)</b>			
- Au moins 1 trouble	2.75	[0.34,22.45]	0.3450
- Au moins 2 troubles	2.24	[0.57,8.72]	0.2457
- Au moins 3 troubles	2.36	[0.70,7.91]	0.1654

(\*) Significatif à 10 %, (\*\*) Significatif à 5 %.

Concernant les facteurs liés à la consommation de l'alcool, l'analyse montre que seules les personnes ayant une dépendance à l'alcool ont un risque accru statistiquement significatif de faire une TS grave. Le résultat a priori indique que la consommation d'alcool avant la TS réduit le risque d'une éventuelle tentative grave, mais le résultat est loin d'être statistiquement significatif.

Il n'y a pas d'évidence statistique dans l'échantillon de l'étude indiquant qu'il y a un plus grand risque de faire une TS grave selon le sexe du patient.

Fait intéressant, dans notre échantillon, un antécédent de TS réduit pratiquement à zéro le risque que le patient subisse un épisode grave lors d'une TS ultérieure. Ce résultat est obtenu car sur les 12 patients de l'échantillon, dont les TS ont été classées comme graves, seul 1 avait des antécédents de TS dans le passé.

Enfin, on peut observer qu'il n'existe pas un risque accru de faire TS grave lorsque le patient souffre ou a souffert d'un trouble psychiatrique. Si bien les résultats bruts indiquent que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux augmentent le risque d'avoir un TS grave, cette association n'est pas statistiquement significative. Le nombre de comorbidités n'augmente pas non plus le risque.

### III. DISCUSSION

Dans notre échantillon, 45.1 % (IC à 95% [0.363, 0.539]) des patients ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la TS, soit environ 1 patient sur 2 qui fait une TS a consommé de l'alcool au cours de celle-ci. Cette proportion diffère considérablement entre les distinctes études révisées, par exemple, dans une étude réalisée à la fin des années 80s, plus de 70 % des individus ayant réalisé un TS avaient consommé de l'alcool [43], alors que dans une autre réalisée en 2004, cette proportion n'a pas dépassé 35 % [13]. Il est possible qu'une partie de cette différence s'explique par l'époque où les études ont été menées et par la tendance de la consommation d'alcool à ce moment-là, ou même, les différences entre les populations d'étude.

Un pourcentage élevé des patients inclus dans l'étude qui ont fait TS étaient des femmes (67.2 %). Ce résultat coïncide avec la littérature examinée selon laquelle les TS sont significativement plus fréquentes chez les femmes [43, 11, 9]. De même, ces chiffres coïncident avec les résultats obtenus d'une étude épidémiologique menée en France, qui montre qu'en 2017, 61.1 % des patients hospitalisés pour une TS étaient des femmes [71].

La sex-ratio aussi bien pour le groupe de patients ayant consommé de l'alcool au cours de la TS que pour le groupe de ceux qui n'en ont pas consommé, était d'environ 1 homme sur 2 femmes, contrairement à ce qui est exposé dans la littérature, où les hommes en France étaient plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool [34, 58]. Il est important de mentionner que Landheim et al. (2006) n'ont également trouvé aucune différence significative entre les sexes parmi les dépendants à l'alcool qui ont fait des TS [10].

Concernant l'âge, des différences significatives ont été retrouvées entre les deux groupes, les patients classés dans le groupe « OH- » étant en moyenne plus jeunes que ceux du groupe « OH+ ». La répartition par groupe d'âge était également différente, plus de 50 % des patients dans le groupe consommant de l'alcool, avait entre 34 et 53 ans au moment de la TS, tandis que dans le groupe sans avoir consommé de l'alcool, plus de 30 % des patients avaient 23 ans ou moins. Il s'agit d'un résultat intéressant, car il diffère des conclusions d'une étude menée en

Norvège, qui a trouvé une association statistiquement significative entre les TS et le fait d'avoir des troubles liés à l'usage de substances (dont l'alcool) à un âge plus précoce [10].

Cette étude n'a pas trouvé une différence statistiquement significative chez les patients qui ont fait une TS en ce qui concerne leur situation familiale. On a constaté que autour de 60 % des patients étaient seuls. D'autres études ont trouvé des proportions plus faibles (entre 27% et 50%) [59, 5], cependant, les perturbations relationnelles et les problèmes de développement de relations sont des facteurs de risque connus chez les personnes ayant des problèmes d'alcool [55]. De même, aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes en termes d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants.

D'un point de vue du suivi médical, dans l'étude, les patients consommant de l'alcool sont moins nombreux à disposer d'un suivi psychiatrique avant l'acte d'auto-agression, sans différence significative concernant le suivi par un médecin traitant ou en addictologie. En outre, plus de 90 % des patients ont déclaré avoir un suivi du médecin traitant, cependant il est difficile de vérifier dans quelle mesure ils ont un vrai suivi.

Concernant les caractéristiques socio-économiques des deux groupes, seul le fait d'avoir ou non une activité professionnelle avait une différence significative, avec plus de patients sans activité professionnelle dans le groupe « OH- ». Le fait d'avoir ou non des revenus, ou la possibilité de vivre dans un logement durable n'ont pas généré de différences significatives entre les deux groupes.

Des différences significatives ont également été trouvées concernant les jours de la semaine où chaque groupe a fait les tentatives. Le groupe « OH- » a une concentration importante de TS entre dimanche et mardi, tandis que dans le groupe « OH+ » les tentatives étaient réparties sur la semaine.

En ce qui concerne le type de TS ainsi que l'historique des tentatives, il n'y a aucune évidence de différences significatives. Pour les deux groupes, plus de 80 % des patients ont tenté de se suicider en prenant de fortes doses de médicaments. Ce résultat diffère grandement de la tendance mondiale où au moins 1 personne sur 5

qui tente de se suicider le fait avec des pesticides et une grande partie avec des armes à feu [17]. Un résultat surprenant a été de constater que 9 patients sur 10 de l'échantillon avaient eu au moins un antécédent de TS dans le passé, alors que d'autres études avaient trouvé des proportions plus faibles, entre environ 25 % et 60 % [8, 43].

Comme prévu, des différences significatives ont été trouvées dans la proportion de patients de chaque groupe qui présentaient une dépendance à l'alcool. On retrouve un plus grand nombre de patients ayant une dépendance à la consommation d'alcool chez les patients qui consommaient des boissons alcoolisées au cours de la tentative, alors que 4 patients sur 5 du groupe « OH- » ne souffraient pas de ce problème.

En revanche, aucune différence statistique n'a été trouvée concernant le type de diagnostique ou le nombre de comorbidités psychiatriques entre les deux groupes. De plus, plus de 80 % des patients de l'échantillon avaient au moins un trouble psychiatrique et presque 60 % avaient au moins deux comorbidités ou plus. Ce résultat conforte l'hypothèse selon laquelle le suicide est la conséquence de troubles mentaux indépendamment de la consommation d'alcool, alors que celle-ci en est un précipitant [8, 55].

L'analyse visait également à déterminer si l'alcool jouait un rôle déterminant dans la gravité de la TS. En ce sens, il n'a pas été constaté qu'il y avait un plus grand risque de faire une TS grave si de l'alcool avait été consommé au cours de celle-ci. Par contre, le fait d'avoir une dépendance à l'alcool multiplie par 4 le risque de faire une TS grave. C'est un résultat qui a été trouvé dans plusieurs études [43, 5, 10, 9], en fait, Beck et Steer [7] ont conclu que le seul facteur prédictif significatif d'un comportement suicidaire possible était un diagnostic de TUA. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une dépendance à l'alcool entraînent fréquemment des problèmes personnels et sociaux, facteurs qui augmentent le risque de se suicider [5].

Fait intéressant, dans notre échantillon, un antécédent de TS réduit pratiquement à zéro le risque que le patient subisse un épisode grave lors d'une TS ultérieure. Ce résultat va à l'encontre d'études antérieures qui avaient montré qu'un antécédent de TS est un puissant prédicteur de l'aboutissement d'un suicide [10, 43], mais il a été

obtenu car sur les 12 patients de l'échantillon dont les TS ont été classées comme graves, seul 1 avait des antécédents de TS dans le passé. Cependant, une étude qui a analysé les données de 1 397 sujets a montré que la plupart des hommes (62 %) et une proportion substantielle de femmes (38 %) meurent lors de leur première TS [72].

Enfin, il n'a pas été constaté que le diagnostic de troubles psychiatriques augmente le risque de faire une TS grave. Il est important de mentionner que peu d'études ont évalué l'impact des problèmes psychiatriques sur la sévérité de la TS et se sont concentrées sur le risque de commettre ou de ne pas commettre la tentative. Bien qu'une étude réalisée avec des données d'Angleterre en 2003 ait montré que les personnes qui avaient fait une TS grave avaient tendance à avoir des problèmes d'anxiété, tandis que celles qui avaient des problèmes de personnalité antisociale faisaient des tentatives moins graves juste pour attirer l'attention [44].

### Limites de l'étude

Cette étude a deux grandes forces : (i) se concentrer sur les TS plutôt que sur les suicides réussis permettant une étude directe du patient ; (ii) utiliser des données primaires, ce qui réduit le risque de perte de données ou d'informations manquantes. Malgré cela, il a des limites importantes.

La principale limite était la petite taille de l'échantillon, limitant la puissance statistique. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence. De même, il peut y avoir un biais d'information puisque l'identification de la consommation d'alcool, de la dépendance à la consommation d'alcool et des différentes comorbidités psychiatriques du patient, a été basée sur des tests auto-rapportés. L'étude peut avoir également un biais de sélection dû à l'inclusion des patients d'un seul centre hospitalier, ce qui peut réduire la représentativité de l'échantillon. De ce fait, il peut y avoir une sous- (ou une sur-) estimation de ces données. Par conséquent, la généralisation des résultats à la population générale pourrait être hâtive.

## Conclusion

Malgré la baisse du taux de suicide ces dernières années, celle-ci reste un problème majeur de santé publique en France et dans le monde. Les suicides réussis et les TS impliquent une grande perte pour les patients et leurs proches, en plus d'être le reflet d'une santé mentale douteuse.

Pour sa part, la consommation d'alcool continue d'être l'une des principales causes de décès prématurés dans le monde, et bien que certaines habitudes aient changé, son acceptation sociale réduit la perspective de risque que les gens ont à propos de sa consommation. Cette étude a analysé la relation entre ces deux problèmes, en particulier sur le rôle de la pris d'alcool dans le comportement suicidaire et le risque d'une TS grave en raison de sa consommation.

Il a été constaté qu'en moyenne 1 TS sur 2 est faite sous l'influence de l'alcool. Que les patients qui le font de cette façon ont tendance à être plus âgés, professionnellement actives ou à la retraite, moins susceptibles d'avoir un suivi psychiatrique et avec une forte prévalence de dépendance à l'alcool.

En général, aucune différence n'a été trouvée en termes de diagnostics psychiatriques entre les deux groupes. De plus, 4 patients sur 5 souffraient d'au moins un problème psychiatrique, corroborant que les troubles psychiatriques sont un facteur de risque important pour une TS.

Enfin, il a été démontré que les patients ayant une dépendance à l'alcool ont un risque plus élevé de faire une TS grave.



## Annexes

### *Annexe 1. Nombre de personnes par modalité de TS*

<b>Modalité</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Arme à feu	2	1,64
Pendaison	4	3,28
Collision intentionnelle	1	0,82
Saut dans le vide	3	2,46
Phlébotomie	6	4,92
Noyade	0	0,00
Lésion par fumée, gaz, flammes	0	0,00
Auto-intoxication par médicaments	100	81,97
Auto-intoxication par autres produits	4	3,28
Non précisé	2	1,64

### *Annexe 2. Nombre de personnes par diagnostique de troubles psychiatriques*

<b>Trouble</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Episode dépressif actuel	81	66,39
Episode dépressif passé	50	40,98
Trouble de panique (vie entière)	25	20,49
Trouble de panique (actuel)	24	19,67
Anxiété généralisée	22	18,03
Trouble panique sans agoraphobie	17	13,93
État de stress post-traumatique	16	13,11
Dysthymie actuel	13	10,66
Episode maniaque	10	8,20
Syndrome psychotique (actuel)	10	8,20
Syndrome psychotique (vie entière)	10	8,20
Tr. de l'humeur avec car. psychotiques	8	6,56
Trouble panique avec agoraphobie	7	5,74
Trouble obsessionnel compulsif	6	4,92
Phobie sociale	3	2,46
Episode hypomaniaque	1	0,82
Agoraphobie sans trouble panique	1	0,82
Attaques paucisymptomatiques	0	0,00

## Références

- [1] Santé publique France. Conduites suicidaires dans les régions françaises pendant et à la suite de la crise sanitaire. 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/conduites-suicidaires-dans-les-regions-francaises-pendant-et-a-la-suite-de-la-crise-sanitaire>.
- [2] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017. 143 (12): 187-232.
- [3] Ministère de la Santé et de la Prévention. Le dispositif de recontact Vigilans. 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>.
- [4] Inserm. Alcool & Santé : Lutter contre un fardeau à multiples visages. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>.
- [5] Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Sher L, Grønbaek. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide - Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research*. 2009. 167(1-2): 123-130.
- [6] Center for Disease Control and Prevention. Suicide Prevention. 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>.
- [7] Organisation mondiale de la Santé. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>.
- [8] Beck A, Steer R. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*. 1989. 117: 203-209.
- [9] Moscicki E. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001. 11: 310-323.
- [10] Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. What Characterizes Substance Abusers Who Commit Suicide Attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorder. *European Addiction Research*. 2006. 112: 102-108.

- [11] Roy A, Janal M. Risk Factors for Suicide Attempts Among Alcohol Dependent Patients. *Archives of Suicide Research*. 2007. 11(12): 211-217.
- [12] Nicoli M, Bouchez S, Nieto I, Gasquet I, Kovess V, Lépine J. Idéation et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. *L'Encéphale*. 2012. 138: 296-303.
- [13] Cherpitel C, Borges G, Wilcox H. Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2004. 28(15): 18S-28S.
- [14] Conner K, McCloskey M, Duberstein P. Psychiatric risk factors for suicide in the alcohol-dependent patient. *Psychiatric Annals*. 2008. 38(111): 742-748.
- [15] Bácskai E, Czobor P, Gerevich J. Suicidality and trait aggression related to childhood victimization in patients with alcoholism. *Psychiatry Research*. 2009. 1165: 103-110.
- [16] Nicolas D. Hausse des tentatives de suicide depuis le Covid-19 : les chiffres par région en France. *Centre Presse Aveyron*. 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.centrepresseaveyron.fr/2023/02/04/hausse-des-tentatives-de-suicide-depuis-le-covid-19-les-chiffres-par-region-en-france-10975099.php>.
- [17] World Health Organization. Suicide. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- [18] World Health Organization. Suicide Worldwide in 2019 - Global Health Estimates. Geneva: 2021.
- [19] World Health Organization. Suicide prevention. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide-prevention>.
- [20] Eurostat. Mental health and related issues statistics. 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental\\_health\\_and\\_related\\_issues\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics).
- [21] Pirkis J, Gunell D. Suicide as a global priority. *The Lancet*. 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30161-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30161-4/fulltext).
- [22] Santé publique France. Suicides. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/suicide/donnees>.

- [23] INSEE. Causes de décès. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4497699?sommaire=4497734>.
- [24] Ministère de la Santé et de la Prévention. La politique de prévention du suicide. 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>.
- [25] Santé publique France. Baromètre santé 2017. Saint-Maurice : 2018.
- [26] Observatoire national du suicide. Suicide : Mesurer l'impact de la crise saitaire liée au Covid-19. DREES. Paris : 2022.
- [27] Ministère de la Santé et de la Prévention. Le dispositif de recontact Vigilans. 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>.
- [28] Ritchie H, Roser M. Alcohol Consumption. 2018. [En ligne]. Disponible sur: [OurWorldInData.org](https://www.ourworldindata.org).
- [29] Inserm. Alcool et santé. 2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/>.
- [30] World Health Organization. The Global Health Observatory. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho>.
- [31] World Bank. World Development Indicators. Washington D. C.: 2022.
- [32] World Health Organization. The European Health Report 2021. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: 2022.
- [33] Santé publique France. Consommation d'alcool : où en êtes-vous ?. 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/consommation-d-alcool-ou-en-etes-vous>.
- [34] Santé publique France. Alcool. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/donnees/#tabs>.
- [35] Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre santé de Santé publique France. Santé Publique France. Saint-Maurice : 2021.

- [36] Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*. 2015. 37(11) : 5-84.
- [37] Karilq L, Benyamina A. Addictions. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2019. 36(12) : 233-240.
- [38] World Health Organization. Alcohol. 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- [39] MILDECA. Facteurs de risque, facteurs de protection. n.d.. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>.
- [40] World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: 2018.
- [41] Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2015. 125 : 440-449.
- [42] Borges G, Bagge C, Cherpitel C, Conner K, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*. 2017. 47(15): 949-957.
- [43] Beck A, Steer R et Trexler L. Alcohol abuse and eventual suicide: A 5- to 10-year prospective study of alcohol-abusing suicide attempters. *Journal of Studies on Alcohol*. 1989. 50(13): 202-209.
- [44] Conner K, Beautrais A, Conwell Y. Risk Factors for Suicide and Medically Serious Suicide Attempts among Alcoholics: Analysis of Canterbury Suicide Project Data. *Journal of Studies on Alcohol*. 2003. 64(4): 551-554.
- [45] Benyamina A, Taleb M. Alcool et dépression : aspects épidémiologiques et cliniques. Fondation Pierre Deniker. Paris : 2021.
- [46] Sullivan L, Fiellin D, O'Connor P. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *American Journal of Medicine*. 2005. 118(14): 330-341.
- [47] Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, Bloch V, Lépine JP. Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Current Psychiatry Reports*. 2015. 17(2): 4.
- [48] Rehm J, Gmel G, Gmel G, Hasan O, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov A, Shield K, Shuper P. The relationship between

different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017. 112(16), pp. 968-1001, 2017.

- [49] Boden J, Fergusson D. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011. 106(15): 906-914.
- [50] Goldstein B, Levitt A. Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality? Results from a pilot community survey. *Comprehensive Psychiatry*. 2006. 47(15): 330-333.
- [51] Bolton J, Robinson J, Sareen J. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Affective Disorders*. 2009. 115(13): 367-375.
- [52] Schuckit M, Tipp J, Bergman M, Reich W, Hesselbrock V, Smith T. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*. 1997. 60(13): 945-957.
- [53] Volkow N, Wiers C, Shokri-Kojori E, Tomasi D, Wang GJ, Baler R. Neurochemical and metabolic effects of acute and chronic alcohol in the human brain: Studies with positron emission tomography. *Neuropharmacology*. 2017. 122: 175-188.
- [54] Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2015. 15(10).
- [55] Conner K, Duberstein P. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 2004. 28(15): 6S-17S.
- [56] Hufford M. Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*. 2001. 21(15): 797-811.
- [57] Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, Kalant H, Koob GF, Li TK, Tabakoff B. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 1998. 22(15): 998-1040.
- [58] Conner K, Bagge C, Goldston D, Ilgen M. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014. 41(13): 204-208.

- [59] Murphy G, Armstrong J, Hermele S, Fischer J, Clendenin W. Suicide and Alcoholism. *Archives Of General Psychiatry*.1979. 36: 65-69.
- [60] Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol and Alcoholism*. 2006. 41(15): 473-478.
- [61] Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox H, Harris-Munfakh J, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008. 47(11): 32-40.
- [62] American Foundation for Suicide Prevention. Suicide Statistics. 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://afsp.org/suicide-statistics/>.
- [63] Youdelis-Flores C, Ries R. Addiction and Suicide: A Review. *The American Journal of Addictions*. 2015. 124: 98-104.
- [64] Bagge C, Lee HJ, Schumacher J, Gratz K, Krull J, Hollomna G. Alcohol as an acute risk factor for recent suicide attempts: A case-crossover analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2013. 74(4): 552-558.
- [65] Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. *Revista médica de Chile*. 2013. 141(10): 1329-1335.
- [66] Altman, DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall, 1991.
- [67] Sheskin D. Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures (3rd ed.). Boca Raton: Chapman & Hall, 2004.
- [68] Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daeppen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 2005. 29(11): 2001-2007.
- [69] American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier: Issy-les-Moulineaux, 2015.
- [70] Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora L et Lépine J. Mini International Neuropsychiatric Interview - French Version 5.0.0. Paris: Inserm, 1998.
- [71] Santé publique France. BEH Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Saint-Maurice, 2019.

- [72] Isometsä E, Lönnqvist J. Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*. 1998. 173: 531-535.
- [73] Landheim A, Bakken K, Vaglum P. What characterizes substance abuser who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. *European Addiction Research*. 2006. 112: 102-108.



## Résumé

### Introduction

Le suicide est un grave problème de santé publique. Selon l'OMS, plus de 700 000 personnes se suicident par an et beaucoup plus tentent de se suicider. La mise en évidence du lien entre la consommation d'alcool et les comportements suicidaires a été rapportée dans plusieurs études. Les facteurs de risque de tentative de suicide (TS) chez les toxicomanes sont pour la plupart les mêmes que dans la population générale, cependant, il est bien connu que la consommation d'alcool augmente le risque de comportement suicidaire chez les alcoolodépendants et non alcoolodépendants.

### Méthode

Cette est une étude de cohorte rétrospective, observationnelle, de soins courants, monocentrique. Son objectif est de déterminer le rôle de la consommation d'alcool dans les TS et le risque qui entraîne la consommation d'alcool et la dépendance à l'alcool pour faire une TS grave.

### Résultats

Sur les 122 patients inclus, il a été constaté qu'en moyenne 1 TS sur 2 est faite sous l'influence de l'alcool. Que les patients qui le font de cette façon ont tendance à être plus âgés, professionnellement actives, moins susceptibles d'avoir un suivi psychiatrique et avec une forte prévalence de dépendance à l'alcool. Enfin, il a été démontré que les patients ayant une dépendance à l'alcool ont un risque plus élevé de faire une TS grave.

### Discussion et conclusion

Ces résultats confortent l'hypothèse selon laquelle le suicide est la conséquence de troubles mentaux indépendamment de la consommation d'alcool, alors que celle-ci en est un précipitant. Cependant, et dû aux limites de puissance statistique de l'étude, la généralisation des résultats à la population générale pourrait être hâtive.

### Mots-clés :

Suicide ; Tentative de suicide ; Consommation d'alcool ; Troubles de l'usage de l'alcool ; Addictologie.