

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Edito [p.1](#) Sigles [p.2](#) Prévention du suicide et de sa récurrence [p.3](#) Synthèse [p.4](#) Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire [p.16](#) Hospitalisations pour tentative de suicide [p.10](#) Evolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19 de janvier 2020 à mai 2021 dans l'ensemble des régions [p.14](#) Décès par suicide en période pré-pandémique [p.17](#) Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 [p.21](#) Méthodologie [p.22](#) Bibliographie [p.24](#) Comité de rédaction, remerciements [p.25](#)

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

Avec environ 9 000 décès annuels par suicide, la France présente l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe et ce, malgré une baisse au cours des 20 dernières années. L'acte suicidaire est évitable et sa prévention doit donc être une priorité de santé publique dans notre pays.

Le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel en lien avec différents facteurs, biologiques, psychologiques et environnementaux de mieux en mieux connus, permettant la mise en place de dispositifs de prévention efficaces. Il faut souligner que la majorité des suicides surviennent dans le contexte d'un trouble psychiatrique, et en particulier la dépression.

Les années 2020-2022 ont été marquées par la crise sanitaire d'ampleur inégalée liée à la pandémie de COVID-19. L'épidémie, comme les mesures mises en place pour son contrôle, étaient inédites et de nature à affecter la santé mentale des français dans la durée. La surveillance réactive de la santé mentale mise en place par Santé publique France à un niveau national et régional a permis d'identifier précocement l'altération des indicateurs de santé mentale tels que les idées suicidaires et les tentatives de suicide et d'en suivre l'évolution. Au-delà de l'impact de la crise, les difficultés économiques, la situation internationale ou les problèmes environnementaux, peuvent contribuer à une altération persistante de la santé mentale et au risque suicidaire.

Santé publique France publie des Bulletins de Santé Publique pour l'ensemble des régions françaises, dont les régions ultramarines, consacrés aux conduites suicidaires et couvrant les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides. Ces bulletins s'inscrivent dans le développement de la surveillance de la santé mentale à l'échelle régionale. Ils incluent une actualisation des données depuis la première publication régionale sur ce thème (février 2019) et un focus sur l'évolution des tendances durant la période aigue de la crise sanitaire. Les conduites suicidaires y sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées.

Le constat global, commun à l'ensemble des régions, est une dégradation continue, à partir de l'automne 2020, des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour idées suicidaires et gestes suicidaires et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 et même s'accrochée en 2022 (1er semestre), sans retentissement observable sur la mortalité par suicide jusqu'à mars 2021. L'augmentation très importante des passages aux urgences pour idées suicidaires, notamment chez les jeunes, témoigne d'un mal-être qui s'inscrit dans la durée. Au-delà de ce constat global, l'hétérogénéité des situations régionales au regard des indicateurs de conduites suicidaires et leurs évolutions, mise en évidence dans la synthèse en page 4, montre l'importance de la déclinaison régionale de la surveillance de la santé mentale et du suicide.

Si le mal-être des jeunes est préoccupant, et doit faire l'objet d'interventions ciblées, il n'en demeure pas moins que la majorité des décès par suicide concernent les adultes de plus de 40 ans, majoritairement des hommes, sans oublier que les taux les plus élevés de suicide sont constatés chez les seniors. La prévention du suicide, priorité de santé publique, s'inscrit donc également dans une stratégie plus large de promotion de la santé mentale et de prévention de la souffrance psychique.

SIGLES

- BSP : bulletin de santé publique
- CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision
- Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Drom : départements-régions d'outre-mer
- Gepp : groupe d'échange des pratiques professionnelles
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- Oscour® : organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI-MCO : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- RPU : résumé des passages aux urgences
- Samu : service d'aide médicale urgente
- SNDS : système national des données de santé
- SU : structure d'urgence
- SurSaUD® : surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : tentative de suicide
- Paca: Provence-Alpes-Côte d'Azur

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

3114

Ecoute professionnelle
et confidentielle
24h/24 - 7j/7
Appel gratuit

www.3114.fr

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Le 3114 est le numéro national de prévention du suicide. Sa création fait partie des mesures annoncées lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021. Opérationnelle depuis le 1^{er} octobre 2021, cette ligne est accessible gratuitement 24h/24h et 7j/7j en métropole et outre-mer.

Le 3114 a vocation à répondre à toutes les personnes en situation de souffrance psychique qui sont en recherche d'aide. Ses missions sont l'écoute, l'évaluation de la crise suicidaire, l'intervention, l'urgence, l'orientation ou le suivi de crise. Le numéro est également accessible aux professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur la crise suicidaire et à toute personne inquiète pour une personne de son entourage. Actuellement, le 3114 est structuré autour de 13 centres répondants situés dans des établissements de soin et à proximité des services d'aide médicale urgente (Samu). A terme, il est prévu d'ouvrir 4 autres centres. Les répondants sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. Un médecin coordinateur est présent dans chacun des centres.

Le dispositif de recontact Vigilans

Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de TS (tentative de suicide) et 75 % des récives ont lieu dans les 6 mois suivant une TS. La survenue d'une TS multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante et par 4 le risque de décès par suicide ultérieur. Vigilans est un dispositif post-hospitalier de prévention de la récive suicidaire. Il est proposé aux personnes suicidantes après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation.

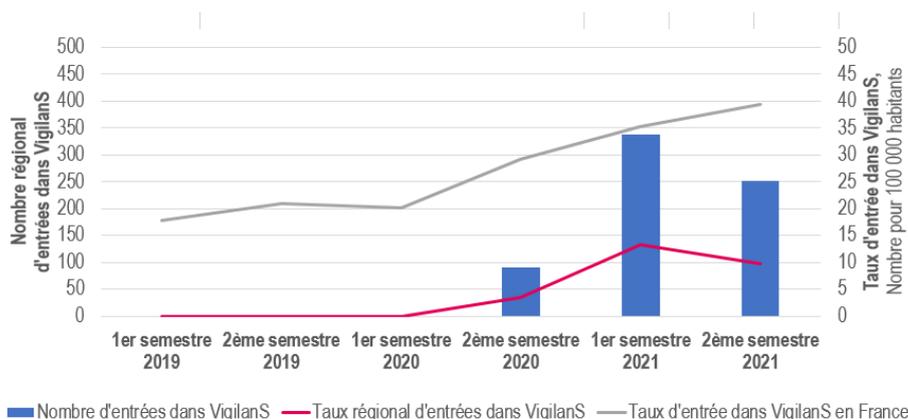


Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et à 6 mois pour l'ensemble des patients. Lorsque le patient n'est pas joignable, 4 cartes postales personnalisées lui sont envoyées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les vigilanseurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ces derniers peuvent également contacter directement l'équipe Vigilans quand ils le souhaitent. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif.

Vigilans a été expérimenté de 2015 à 2017 sur six sites pilotes. A partir de 2018, le ministère chargé de la santé a impulsé la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire national, régions ultra-marines comprises. **En 2020, 16 731 personnes sont entrées en France dans le dispositif Vigilans et 25 284 (+ 51 %) y sont entrées en 2021.** En 2022, des cellules Vigilans sont ouvertes dans toutes les régions, sauf à Mayotte.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur (**Paca**), Une équipe spécialisée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et de personnels administratifs déploie ce projet dans les Bouches-du-Rhône. L'objectif est qu'il soit généralisé dans toute la région Paca. La figure 1 présente le nombre d'inclusion de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux, rapporté à la population de la région.

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles inclusions dans Vigilans et taux d'inclusion semestriel (pour 100 000 habitants), Paca et France entière, 2019-2021



Vigilans : pour en savoir plus	3114 : pour en savoir plus
Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans : ici	Site du numéro national de prévention du suicide : https://3114.fr
Dispositif Vigilans en Paca	L'AP-HM impliqué dans le dispositif national de prévention du suicide ici

SYNTHÈSE NATIONALE

Les années 2020-2022 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 : l'évènement, comme les mesures nécessaires pour le contrôle de l'épidémie sur le territoire, étaient inédits et de nature à affecter la santé mentale des français pendant la phase aigüe de la crise sanitaire, et peut-être plus durablement. L'impact de la crise sur la santé mentale a rapidement été mis en évidence dans la littérature scientifique internationale ainsi que par les professionnels de santé.

La surveillance nationale de la santé mentale était jusque-là basée sur des études ponctuelles hospitalières à partir du système national des données de santé (SNDS) et des études répétées en population générale, telles que les baromètres de Santé publique France en population adulte, ou les études EnClass de l'EHESP et de l'OFDT¹ chez les adolescents. Cette surveillance a évolué pour permettre une suivi réactif de l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale, identifier ainsi les besoins d'interventions afin d'apporter une aide à la population dans cette période critique. Santé publique France a ainsi mis en place notamment² :

- dès mars 2020, l'étude CoviPrev en population générale adulte (18 ans et plus) afin de suivre l'évolution de la santé mentale (bien-être, troubles anxieux et dépressifs) et des comportements (respect des mesures, alimentation et activité physique, alcool et tabac) ;
- début 2021, une surveillance en continu d'indicateurs concernant les passages aux urgences pour différents troubles psychiques, les idées et le geste suicidaires.

Jusqu'à février 2019, avec la parution des premiers bulletins de santé publique (BSP) « Conduites suicidaires », la surveillance de la santé mentale était peu déclinée à l'échelle régionale. Durant la crise sanitaire, les travaux nationaux ont été rapidement déclinés à l'échelle régionale avec la parution de points épidémiologiques « CoviPrev », en mars 2021, présentant un bilan des 18 premières vagues d'enquête, suivie d'une actualisation régulière des principaux indicateurs. Depuis septembre 2021, des points épidémiologiques régionaux mettent à disposition les principaux indicateurs de cette surveillance réactive de la santé mentale en région.

Ce BSP sur le thème des conduites suicidaires s'inscrit dans le développement de la surveillance de la santé mentale à l'échelle régionale. Il inclut une actualisation des données depuis la première publication sur le thème (février 2019) et un focus sur l'évolution des tendances durant la période aigüe de la crise sanitaire. D'autres travaux d'analyse à l'échelle régionale sont en cours sur les principales catégories de troubles psychiques et ils feront l'objet de publications au cours de l'année 2023.

Présentation du BSP « Conduites suicidaires » 2023

Les conduites suicidaires (des idées suicidaires aux TS et décès par suicide) sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées. A la suite de la synthèse, qui apporte une vision globale et comparative des principaux résultats régionaux, la situation régionale est analysée dans trois articles :

- **Passages aux urgences pour idées et geste suicidaires** : les indicateurs de nombre de passages et de part d'activité sont issus des données des structures d'urgence (SU) participant au réseau Oscour® (intégré dans le système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®)), qui couvre entre 2017 et 2021, 94 % des passages aux urgences enregistrés au niveau national. Ils sont présentés pour l'ensemble des patients âgés de 11 ans et plus, suivi d'un focus sur les jeunes de 11-17 et 18-24 ans. L'évolution mensuelle (bimensuelle pour les départements-régions d'outre-mer (Drom) et la Corse) durant la phase aigüe de la crise sanitaire de janvier 2020 à juin 2022 est comparée aux années pré-pandémiques 2017-2019. Les indicateurs moyens annuels de nombre de passages et de part d'activité selon la classe d'âge et le sexe sont comparés entre la période pandémique 2020-2021 et la période pré-pandémique 2017-2019.
- **Hospitalisations pour TS** : les taux annuels d'hospitalisation pour TS et les caractéristiques de ces hospitalisations, issus de la base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO), sont analysés pour les patients âgés de 10 ans et plus, sur la période pré-pandémique 2010-2019, période sur laquelle une mise en regard est possible avec les données régionales de mortalité par suicide (disponibles jusqu'à l'année 2017). L'évolution mensuelle des hospitalisations durant la phase aigüe de la crise sanitaire 2020-2021 est comparée aux années pré-pandémiques 2017-2019 et les caractéristiques des TS en 2020-2021 sont comparées avec celles de la période pré-pandémique 2017-2019. Par ailleurs, un encadré présente la cartographie des taux départementaux 2017-2019 d'hospitalisation pour TS et un autre encadré présente la déclinaison régionale, mise à disposition par les auteurs (P. Pirard et coll.), d'une étude de Santé publique France sur l'évolution des hospitalisations pour TS durant les phases de confinement et d'inter-confinement de la crise sanitaire.
- **Décès par suicide en période pré-pandémique** : les taux de mortalité et les caractéristiques des décès par suicide chez les habitants âgés de 10 ans et plus, issus de la base de données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), sont analysés sur la période 2000-2017 (2017 étant la dernière année consolidée disponible). Un encadré présente la cartographie des taux départementaux de mortalité par suicide 2015-2017 et un autre encadré présente un résumé, mis à disposition par les auteurs (A. Fouillet et coll.), d'une étude nationale de Santé publique France et du CépiDC, basée sur les certificats de décès permettant une surveillance de l'évolution temporelle des suicides durant la crise sanitaire de janvier 2020 à juin 2021.

¹ EnCLASS: Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances ; EHESP : École des hautes études en santé publique ; OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

² <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

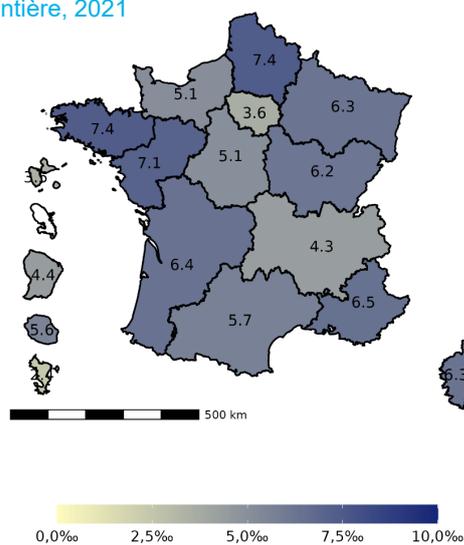
Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

• Indicateurs annuels les plus récents concernant les tentatives de suicides et les suicides

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour 1 000 passages codés dans 3 régions (les Hauts-de France, la Bretagne et les Pays de la Loire) et elle était inférieure à 4 pour 1 000 passages codés en Ile-de-France et dans deux Drom : la Guadeloupe et Mayotte. Pour la métropole, une diagonale ouest-est allant de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes présentait une activité modérée entre 4,3 et 5,1 pour 1 000 passages codés, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Ile-de-France où la part d'activité est encore plus faible (figure 1). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car il représente la fréquence relative des passages aux urgences pour geste suicidaire parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

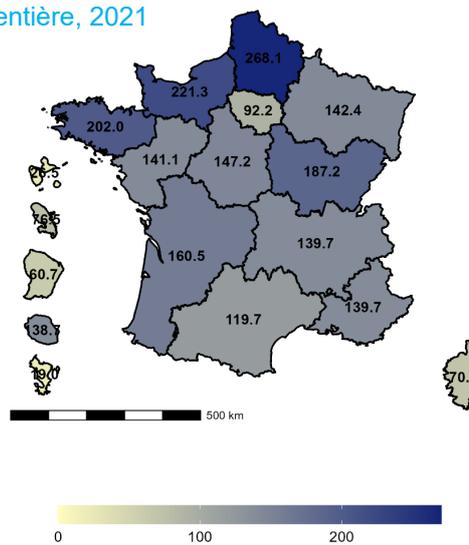
Concernant les hospitalisations pour TS, les taux régionaux annuels d'hospitalisation, standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus, variaient pour les régions métropolitaines de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, soit près de 4 fois plus (figure 2). Dans les Drom, les taux d'hospitalisation pour TS étaient parmi les plus faibles de France, particulièrement à Mayotte (19,0), et à l'exception de La Réunion (138,7). Les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés concernaient les 3 régions du nord-ouest de la France métropolitaine (Hauts-de-France, Normandie et Bretagne) avec des taux d'hospitalisation supérieurs à 200 pour 100 000 habitants, suivies de la Bourgogne-Franche-Comté (187,2) et de la Nouvelle-Aquitaine (160,5). L'Ile-de-France et la Corse étaient les 2 régions métropolitaines avec des taux d'hospitalisation inférieurs à 100 pour 100 000 habitants.

Figure 1 : Parts d'activité annuelles régionales des passages aux urgences pour geste suicidaire (pour 1 000 passages codés chez les 11 ans et plus), tous sexes, France entière, 2021



Source : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

Figure 2 : Taux annuels régionaux d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes, France entière, 2021

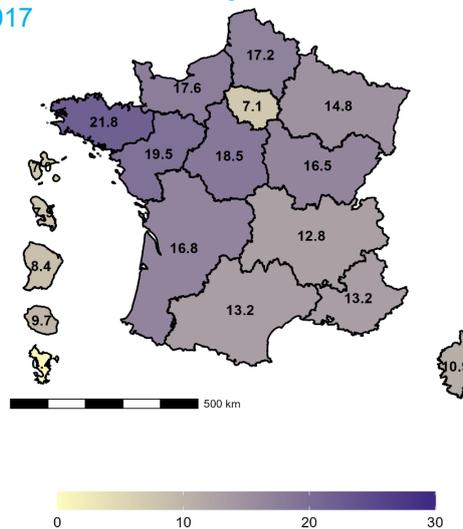


Source : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

Concernant la mortalité par suicide, en 2017 (dernière année disponible dans la base CépiDC), les taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus, standardisés sur l'âge, variaient pour les régions métropolitaines de 7,1 pour 100 000 habitants en Ile-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne (figure 3). Les taux de mortalité par suicide les plus élevés, supérieurs à 17 pour 100 000 habitants, concernaient les régions du quart nord-ouest de la France métropolitaine, incluant aussi le Centre-Val-de-Loire. La mortalité par suicide était modérée dans le sud-est de la France métropolitaine, avec des taux entre 10 et 14 pour 100 000 habitants.

Dans les Drom, les taux de mortalité étaient parmi les plus faibles de France, particulièrement à Mayotte (0,4 pour 100 000 habitants), le plus élevé étant observé à La Réunion (9,7 pour 100 000 habitants).

Figure 3 : Taux annuels régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes, France entière, 2017



Source : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

- **Principales tendances concernant les passages aux urgences pour idées et geste suicidaires**

Concernant les idées suicidaires de janvier 2017 à juin 2022, l'évolution mensuelle montrait une augmentation importante des nombres de passages aux urgences, comme des parts d'activité, dans toutes les régions de France métropolitaine et d'outre-mer (sauf à Mayotte, ininterprétable, et en Martinique, non disponible) qui a débuté en général à l'automne 2020, et s'est amplifiée en 2021 et 2022 (1^{er} semestre). Cette évolution affectait particulièrement les jeunes de 11-17 ans et 18-24 ans. Pendant le 1^{er} confinement, les nombres de passages aux urgences pour idées suicidaires n'ont pas augmenté, le pic de part d'activité observé sur cette période étant lié à une diminution globale de l'activité aux urgences.

La période 2020-2021, comparée globalement à la période 2017-2019, montrait une augmentation significative des parts d'activité pour les deux sexes et pour toutes les classes d'âge, toutefois plus importante chez les jeunes et chez les femmes chez lesquels les parts d'activité, comme les nombres de passages, ont été multipliés par 2, voire 3 entre les deux périodes. Ce phénomène correspond aux constats de cliniciens à l'hôpital et dans différentes structures de prise en charge des jeunes en difficulté.

Concernant les gestes suicidaires de janvier 2017 à juin 2022, l'évolution était beaucoup moins marquée que pour les idées suicidaires. Dans toutes les régions métropolitaines, les nombres de passages aux urgences ont diminué durant le 1^{er} confinement (mais pas les parts d'activité, ce qui est lié à la diminution globale de l'activité des urgences), puis en augmentation à partir de l'automne 2020, par rapport aux années 2017-2019. Cette augmentation s'est amplifiée en 2021 et au 1^{er} semestre 2022, notamment chez les jeunes de 11-17 ans et 18-24 ans. Les tendances différaient dans les Drom, sauf concernant les jeunes.

Les taux d'hospitalisation après passage aux urgences variaient de 32 % à 76 % en 2020-2021 selon les régions, Drom inclus. Ce taux d'hospitalisation dépassait 70 % en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Nouvelle-Aquitaine.

La période 2020-2021, comparée à celle de 2017-2019, montrait une augmentation significative des parts d'activité chez les jeunes, notamment les jeunes femmes, dans toutes les régions à l'exception de la Guadeloupe (pas d'évolution), ainsi que chez les femmes tous âges en Bretagne, Grand Est et Pays de la Loire. En revanche, une diminution significative des parts d'activité pour geste suicidaire chez les hommes de tous âges était observée en France et dans 7 régions métropolitaines, tandis qu'elles étaient en augmentation en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire (pas d'évolution dans les autres régions). Une diminution des parts d'activité était aussi observée chez les adultes de 25-64 ans et de 65 ans et plus en France, chez les 25-64 ans dans toutes les régions métropolitaines sauf dans les Pays de la Loire, et chez les 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en Ile-de-France.

- **Principales tendances concernant les hospitalisations pour tentative de suicide**

Sur la période 2010-2019, la tendance générale était à la diminution des taux d'hospitalisations pour TS chez les hommes et les femmes, moins marquée après 2014, dans toutes les régions et Drom, sauf en Nouvelle-Aquitaine et à La Réunion. Néanmoins, une tendance croissante sur les dernières années était observée dans le Grand Est, les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes. Les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes (sexe ratio des taux entre 0,6 et 0,8 en 2019), sauf dans les Drom, et particulièrement chez les jeunes. Les taux départementaux 2017-2019 apparaissaient hétérogènes en intra et inter-régional.

En fonction de l'âge, le pic de taux d'hospitalisation 2017-2019 concernait les 10-19 ans chez les femmes, et chez les hommes les 30-39 ans ou les 40-49 ans dans la plupart des régions. La létalité hospitalière (c.-à-d. après hospitalisation) était plus forte chez les hommes que chez les femmes (sauf en Guadeloupe) et croissait considérablement avec l'âge dans toutes les régions.

Le principal mode de TS était l'auto-intoxication médicamenteuse dans toutes les régions, sauf en Martinique, puis suivaient, selon les régions, les TS par utilisation d'objet tranchant ou par auto-intoxication par d'autres produits.

Sur la période 2020-2021, l'analyse par période des taux d'hospitalisation pour TS de janvier 2020 à mai 2021, comparés à ceux de 2017-2019, montre une baisse pendant le 1^{er} confinement, suivie d'une augmentation continue en France et dans les régions métropolitaines, particulièrement chez les jeunes filles et femmes de 10 à 24 ans.

Comparativement à la période 2017-2019, en 2020, la proportion d'hommes dans les hospitalisations pour TS a significativement augmenté en France métropolitaine et dans 4 régions (Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire et Grand Est) et celle des patients âgés de 65 ans et plus a significativement augmenté en France métropolitaine, dans 9 régions métropolitaines et 2 Drom.

En 2021, la proportion de femmes, ainsi que la proportion de jeunes de 10-24 ans, ont significativement augmenté en France métropolitaine et dans la majorité des régions.

Les proportions de TS par modes violents (objet tranchant, pendaison, armes à feu, saut dans le vide) ont augmenté en 2020 et plus encore en 2021 en France métropolitaine, dans la plupart des régions, et à La Réunion.

- **Principales tendances concernant la mortalité par suicide**

Sur la période 2010-2017, la tendance de la mortalité par suicide était à la diminution pour les deux sexes dans toutes les régions, avec cependant une stabilisation ou une remontée des taux annuels de mortalité observée entre 2015 et 2017 dans 7 régions métropolitaines. La variabilité géographique intra- et inter-régionale des taux départementaux 2017-2019 était importante pour les deux sexes.

La mortalité par suicide chez les hommes restait environ 3 fois plus importante que celle chez les femmes ; le sexe ratio des taux de mortalité tendait à augmenter entre 2010 et 2017 en France métropolitaine et dans une majorité de régions.

Les taux de mortalité les plus faibles étaient observés chez les jeunes de 10-19 ans et les plus élevés chez les seniors de 75 ans et plus, suivis des adultes de 45-59 ans, dans toutes les régions métropolitaines (non interprétable pour les Drom et la Corse). La répartition des suicides par âge montre une majorité d'adultes de 40 à 69 ans avec, pour les femmes un pic à 50-59 ans dans toutes les régions et pour les hommes un pic à 50-59 ans ou à 40-49 ans suivant les régions, à l'exception de la Guyane (pic observé chez les 10-19 ans chez les femmes, et chez les 20-29 ans chez les hommes).

Le principal mode de suicide en 2015-2017 était la pendaison dans toutes les régions sauf en Corse, la proportion variant fortement selon le sexe et la région ; puis suivaient les suicides par arme à feu pour les hommes et par auto-intoxication médicamenteuse pour les femmes.

Sur la période janvier 2020-mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide n'a été observée en France.

Conclusion et perspectives

La période de la crise sanitaire est marquée dans l'ensemble du territoire français par une dégradation continue des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour idées et geste suicidaires et aux hospitalisations pour TS à partir de l'automne 2020, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans, s'accroissant en 2022. Au niveau national, ce phénomène est sans retentissement observable sur la mortalité par suicide jusqu'en mars 2021, ce qui pourrait évoluer par la suite.

En effet, l'augmentation très importante des passages aux urgences pour idées suicidaires témoigne d'un mal-être qui apparaît durable. Si l'impact de la crise sanitaire est probable, d'autres causes de mal-être pourraient contribuer à une altération persistante de la santé mentale et à l'aggravation du risque suicidaire. Il importe donc de maintenir une surveillance réactive de la santé mentale et des conduites suicidaires.

Par ailleurs, l'inquiétude suscitée par le mal-être des jeunes ne doit pas faire oublier la prédominance des adultes, majoritairement des hommes, dans les décès par suicide, ainsi que les taux élevés de mortalité par suicide chez les seniors. Promouvoir la santé mentale, prévenir, détecter et prendre en charge les troubles psychiques, prévenir le geste suicidaire sont des objectifs concernant l'ensemble de la population, sans oublier les plus vulnérables.

TENDANCES SPÉCIFIQUES EN PACA

• Passage aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaires

L'activité pour idées suicidaires a significativement augmenté dans les classes d'âge jeunes et adultes, et est restée stable chez les > 65 ans. Les nombres de passages, tout comme les parts d'activité, étaient plus marqués chez les femmes que chez les hommes tant sur la période 2017-2019 que la période 2020-2021.

Entre les périodes 2017-2019 et 2020-2021, pour les gestes suicidaires, on note une augmentation significative de l'activité chez les jeunes (11-24 ans), contrairement aux adultes.

• Hospitalisations pour tentatives de suicides

En 2019, le taux d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge en Paca se situait en-dessous du taux national. Entre 2010 et 2019, on note une baisse progressive du taux d'hospitalisation pour TS, qui chez les femmes a toujours été supérieur à celui observé chez les hommes. Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de Paca âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes, et la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée. Par ailleurs, chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 40-49 ans.

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 14,1 pour 1000 en Paca, chiffre plus élevé que celui observé en France métropolitaine. La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les hommes que chez les femmes. Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse.

Durant la période pandémique, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du 1er confinement lié à l'épidémie de COVID-19. Toutefois, en 2021, on a observé une légère augmentation du nombre d'hospitalisation pour TS, et, le Var, les Hautes-Alpes et les Alpes-Maritimes présentaient les taux les plus élevés, à des niveaux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine.

• Décès par suicide

En 2017, le taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide était inférieur à celui de la France métropolitaine. La majorité des décès par suicide concernait des hommes. Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région. Cette diminution s'observait chez les hommes comme chez les femmes. Cependant, le décès par suicide était en 2017 près de trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance chez les 40 ans et plus. Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans et les 60-69 ans. Les jeunes de 10-19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes. La région se distinguait par une part élevée des suicides observée chez les 80 ans et plus pour les deux sexes, comparativement à la France métropolitaine.

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré était la pendaison, et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. En 2017, trois départements présentaient des taux de mortalité par suicide à la fois supérieurs au taux régional et à celui de la France métropolitaine : le Var, les Alpes-Maritimes, et le Vaucluse. Les Bouches-du-Rhône présentait des taux de mortalité chez l'homme et chez la femme parmi les plus bas des départements métropolitains.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Données issues de la surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®)

Evolution régionale des passages aux urgences de janvier 2017 à juin 2022

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Durant cette période, on a noté une augmentation significative des passages aux urgences comparativement à la période 2017-2019.

• Idées suicidaires

Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en hausse dès 2020, comparativement à la période 2017-2019. Cette tendance s'est accentuée en 2021 et au 1^{er} semestre 2022 : le nombre mensuel moyen des passages aux urgences était respectivement de 169 sur l'année 2021, 105 en 2020 vs 103 passages annuels sur la période 2017- 2019 (Figure 5).

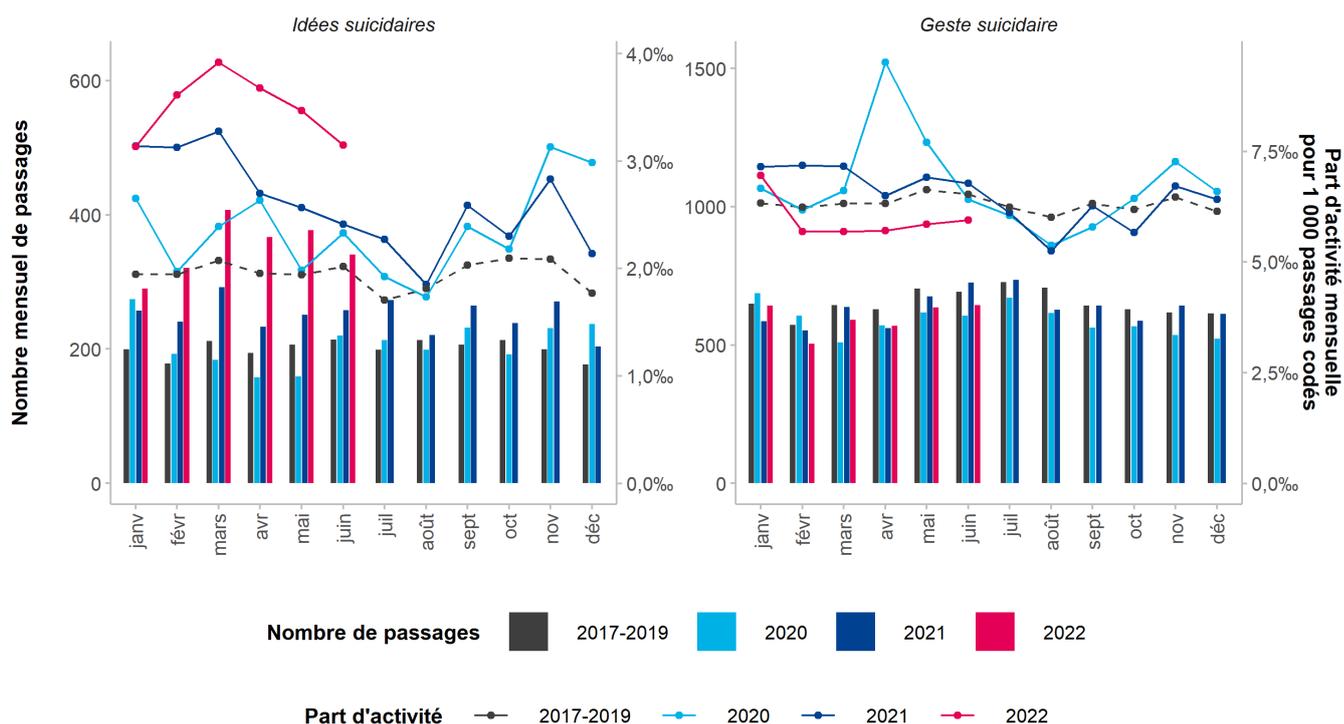
• Geste suicidaire

Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était en baisse par rapport à la même période en 2021 (-4 %) et durant la période 2017-2019 (-7 %). En revanche, il était proche de celui observé en 2020.

On observe une légère augmentation du nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2021 (632 passages) par rapport à 2020 (+ 7 % ; 589 passages) et une légère diminution par rapport à la période 2017-2019 (- 3 % ; 652 passages). Cependant, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était nettement supérieure à celle la période 2017-2019 pendant le premier semestre, et, au deuxième semestre, semblait égaliser voir être en dessous des niveau d'activité observés au cours du deuxième semestre de de la période 2017-2019 (Figure 5). On observe au cours de l'année 2020 une nette augmentation de la part des passages pour geste suicidaire par rapport au total des passages entre mars et juin, correspondant à la première période de confinement caractérisée par de fortes restrictions des contacts et des activités sociales et de la baisse de fréquentation des urgences pour d'autres motifs.

Sur la période 2020-2021, la moitié des passages aux urgences pour geste suicidaire (65 %) ont donné lieu à une hospitalisation, ce qui restait similaire à la période 2017-2019 (67 %).

Figure 5 : Evolution mensuelle des nombres de passages et part d'activité (‰) aux urgences pour idées et geste suicidaires chez les 11 ans et plus, Provence-Alpes-Côte d'azur, janvier 2017-juin 2022



• Comparaison de l'activité pour idées suicidaires et geste suicidaire 2017-2019 vs 2020-2021

L'activité pour idées suicidaires a significativement augmenté dans les classes d'âge jeunes et adultes, et est restée stable chez les seniors. Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a presque doublé entre les 2 périodes. Les nombres de passages tout comme les parts d'activité étaient plus marqués chez les femmes que chez les hommes tant sur la période 2017-2019 que la période 2020-2021. Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaire, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Entre les périodes 2017-2019 et 2020-2021, pour les gestes suicidaires, on note une légère augmentation de l'activité chez les hommes et chez les femmes, mais cette augmentation est significative chez les hommes et pas chez les femmes. Par classe d'âge, on note également une augmentation significative de l'activité chez les jeunes (11-24 ans), contrairement aux adultes pour lesquels on note plutôt une baisse significative de l'activité chez les 25-64 ans, et une stabilité chez les plus de 65 ans. (Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaires par sexe et classe d'âge, Provence-Alpes-Côte d'Azur, périodes 2017-2019 et 2020-2021

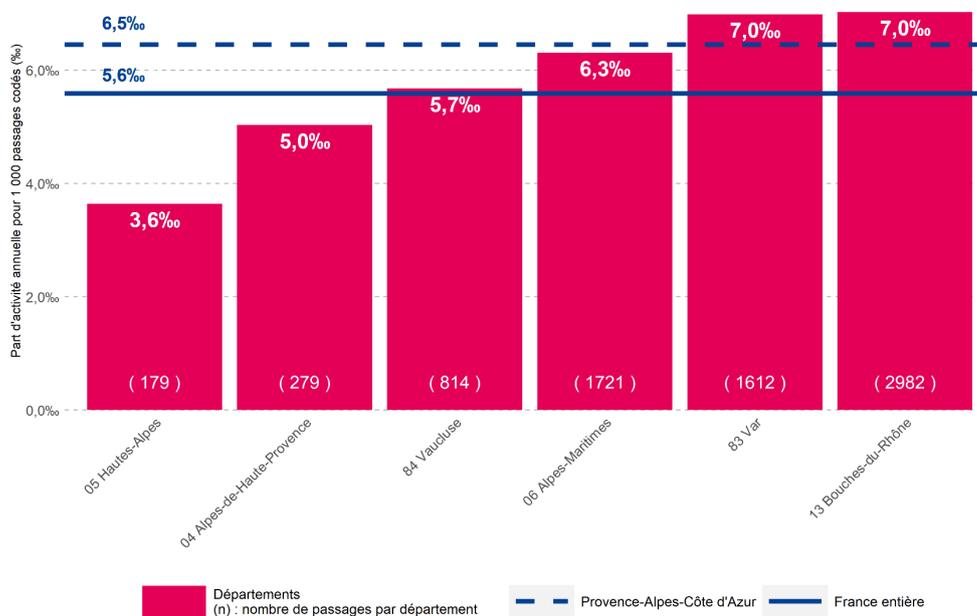
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (%)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (%)	p*
Idées suicidaires	Hommes	1152	1,84	1228	2,13	<0,001
	Femmes	1260	2,05	1521	2,76	<0,001
	11-24 ans	854	3,31	1187	5,48	<0,001
	25-64 ans	1324	2,12	1338	2,37	<0,001
	65 ans et plus	234	0,65	223	0,65	0,904
Geste suicidaire	Hommes	3134	5,01	3033	5,27	0,002
	Femmes	4693	7,63	4292	7,80	0,111
	11-24 ans	1745	6,76	1986	9,16	<0,001
	25-64 ans	5064	8,11	4374	7,73	<0,001
	65 ans et plus	1019	2,85	966	2,81	0,706

* p-value comparant les parts d'activité, test significatif si $p < 0,05$.
Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

Passages aux urgences pour geste suicidaire par département dans la région en 2021

En 2021, les parts d'activité de passages aux urgences pour geste suicidaire différaient selon le département. Elles étaient supérieures dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var par rapport aux niveaux régional et national. Le Vaucluse et les Alpes-Maritimes avaient une part d'activité supérieure au niveau régional mais inférieure au niveau national, alors que les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence avaient une part d'activité à la fois inférieure au niveau national et régional.

Figure 6 : Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (%) par département, chez les 11 ans et plus, tous sexes, Paca et France entière, 2021



Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

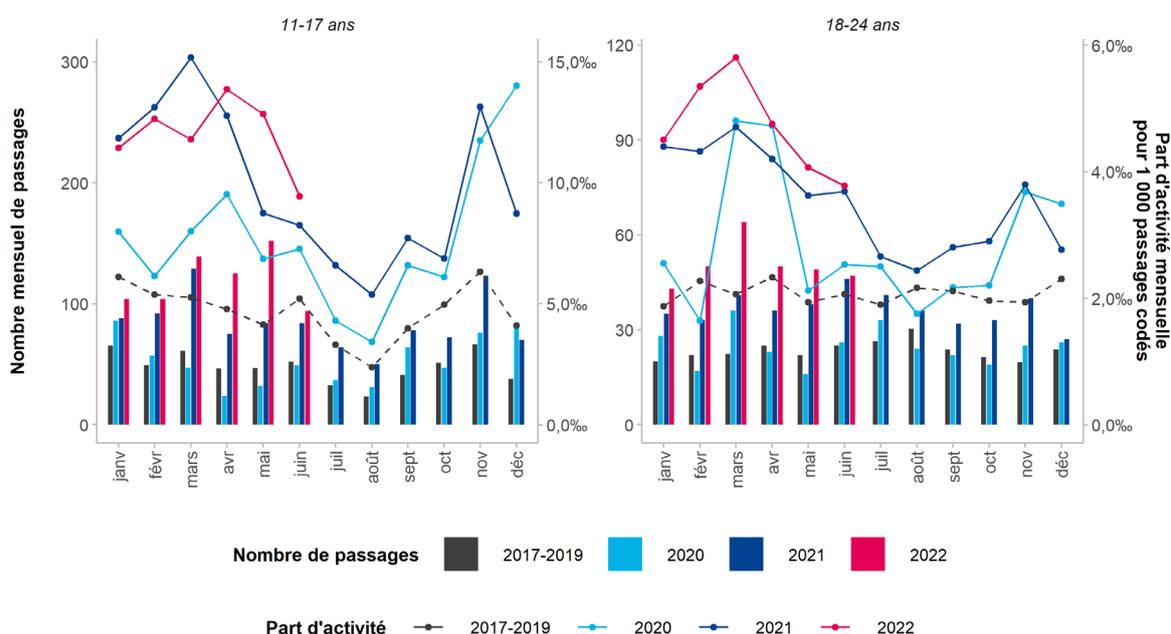
• Idées suicidaires

A Comparativement à la période 2017-2019, les années 2020, 2021 et 2022 ont été marquées par une augmentation fluctuante de l'activité liée aux idées suicidaires, de manière plus marquée chez les 11-17 ans que chez les 18-24 ans.

Chez les 11-17 ans, l'année 2021 a enregistré des niveaux d'activités les plus élevés par rapport à la l'année 2020 et au premier semestre 2022. Bien que très fluctuantes, les niveaux d'activité semblaient suivre l'allure saisonnière observée durant la période 2017-2019 à quelques exceptions près.

Chez les 18-24 ans, malgré des niveaux d'activité plus faibles comparativement à ceux observés chez les 11-17 ans, le premier semestre 2022 a enregistré des niveaux d'activité plus élevés que ceux observés en 2020, en 2021 et durant la période 2017-2019. Par ailleurs, on note un pic survenu entre février et juin 2020, pouvant être en lien avec le premier confinement (Figure 7).

Figure 7 : Evolution mensuelle des nombres de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, tous sexes, Paca, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Geste suicidaire

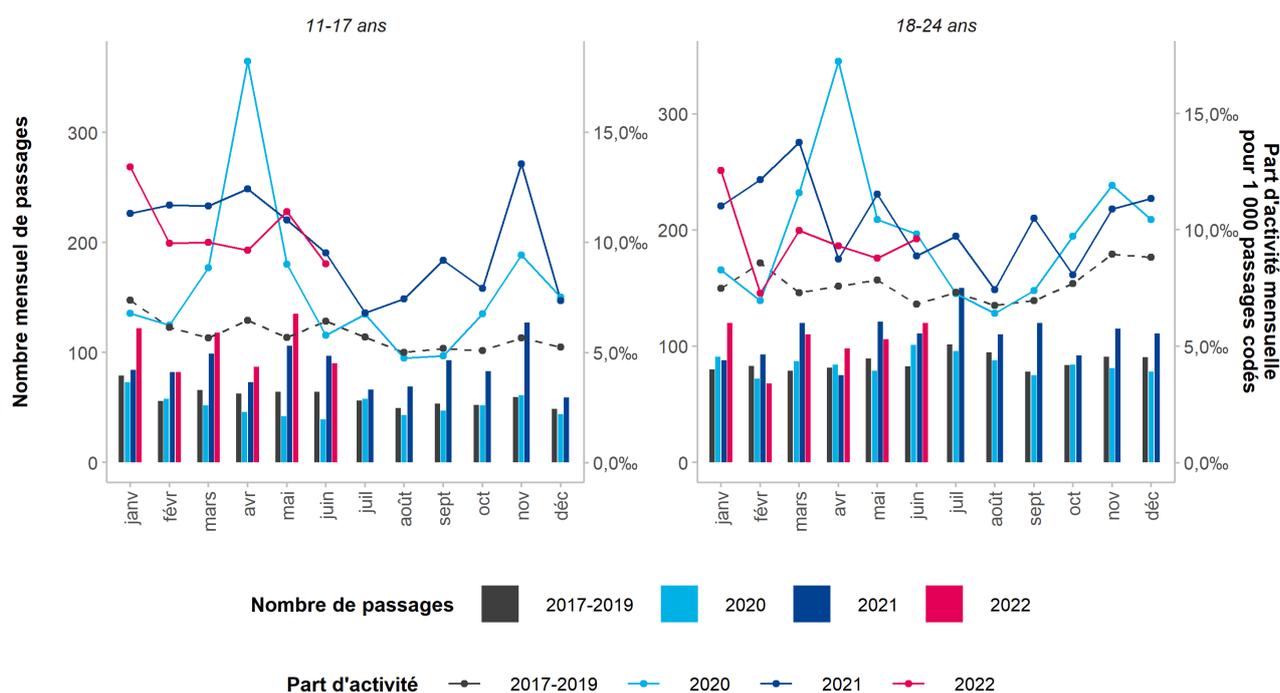
Chez les jeunes de 11-17 ans, on a enregistré au cours du 1^{er} semestre 2022, un nombre moyen mensuel de passages aux urgences avec 106 passages. Ce nombre était en forte hausse par rapport à la même période en 2021 (+ 17 %, 90 passages) et en 2020 (+ 104 %, 51 passages). Le nombre moyen mensuel, estimé sur l'année entière, en 2021 (86 passages) était supérieur à celui de 2020 et celui de la période 2017-2019 (respectivement, + 69 %, 51 passages ; + 46 %, 59 passages). Par ailleurs, la part d'activité enregistrée en 2021 et en 2020 était supérieure à celle enregistrée durant la période 2017-2019 (Figure 8).

Chez les 18-24 ans, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences sur le 1^{er} semestre 2022 (104 passages) était quasi-similaire à celui enregistré durant la même période en 2021 (101 passages, + 2 %) mais supérieur à celui enregistré en 2020 (+ 21 %, 86 passages), Le nombre moyen mensuel sur l'année entière en 2021 (101 passages) était supérieur à celui de 2020 (+ 18 %, 86 passages) et à la période 2017-2019 (+ 18 %, 86 passages). Par ailleurs, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était supérieure à celle de la période 2017-19 (Figure 8, p.9).

Par ailleurs, pour ces deux tranches d'âges, on note un pic survenu en avril 2020, pouvant être en lien avec le premier confinement (Figure 8).

Ainsi, chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, le nombre de nombre de patients pris en charge dans les services d'urgence pour geste suicidaire a continué à augmenter au cours du 1^{er} semestre 2022, et un pic d'activité a été retrouvé dans les deux catégories d'âge pendant le premier confinement.

Figure 8 : Evolution mensuelle des nombres de passages et parts d'activité (%) aux urgences pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et 18-24 ans, tous sexes, Paca, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Comparaison de l'activité pour idées suicidaires et geste suicidaire 2017-2019 vs 2020-2021

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire ont augmenté de manière significative sur la période 2020-2021, comparativement à la période antérieure 2017-2019, cette augmentation étant plus marquée chez les adolescents que chez les jeunes adultes. Par ailleurs, la part d'activité des idées suicidaires est restée relativement stable chez les hommes et a presque doublé chez les femmes entre les périodes 2017-2019 et 2020-2021, Une tendance similaire est également observée pour les gestes suicidaires, où l'activité augmente de manière plus marquée chez les femmes que chez les hommes entre les deux périodes (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaires, par sexe et classe d'âge, chez les 11-24 ans, Paca, périodes 2017-2019 et 2020-2021

Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (%)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (%)	p*
Idées suicidaires	Hommes	301	2,28	333	2,95	<0,001
	Femmes	553	4,39	854	8,23	<0,001
	11-17 ans	573	4,68	820	8,51	<0,001
	18-24 ans	281	2,07	366	3,05	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	589	4,45	646	5,72	<0,001
	Femmes	1156	9,18	1340	12,91	<0,001
	11-17 ans	710	5,80	826	8,57	<0,001
	18-24 ans	1035	7,62	1159	9,63	<0,001

* p-value comparant les parts d'activité, test significatif si p<0,05.
Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN PACA

Données issues du PMSI-MCO

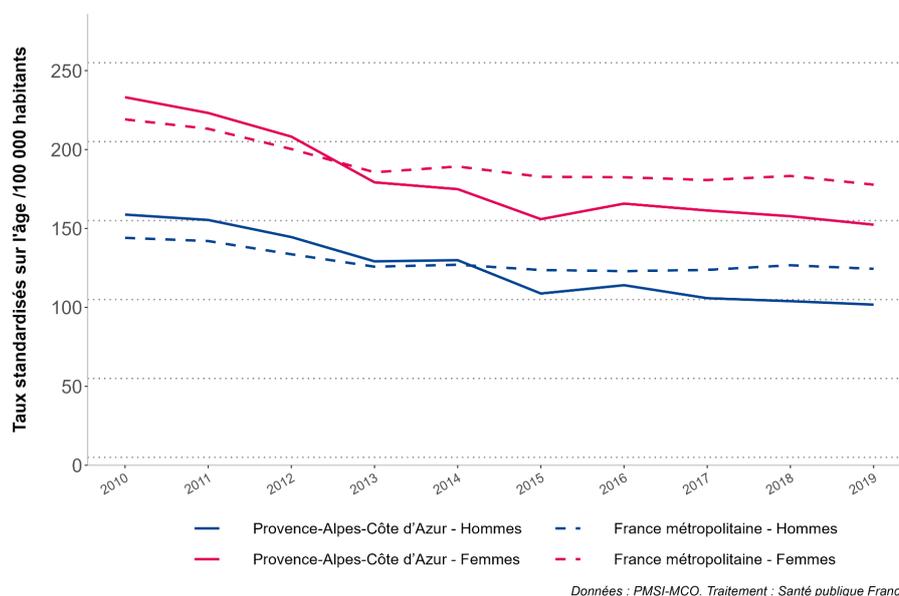
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010-2019

Entre 2010 et 2019, chaque année, en moyenne 6 810 hospitalisations pour TS ont été enregistrées chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Paca. Avec un taux d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge de 128,3 pour 100 000 habitants en 2019, Paca se situait en-dessous du taux national (152,1 pour 100 000 habitants en 2019).

Depuis 2010, on note une baisse progressive du taux d'hospitalisation pour TS. Entre 2010 et 2013, ce taux était supérieur au taux national, mais depuis 2014, ce taux est inférieur au taux national. Cette évolution par rapport au niveau national est quasi-similaire tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, sur toute la période de 2010 à 2019, le taux d'hospitalisation pour TS chez les femmes a toujours été supérieure à celui observé chez les hommes (Figure 9).

Figure 9 : Evolution des taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge, par sexe, Paca et France métropolitaine, 2010-2019



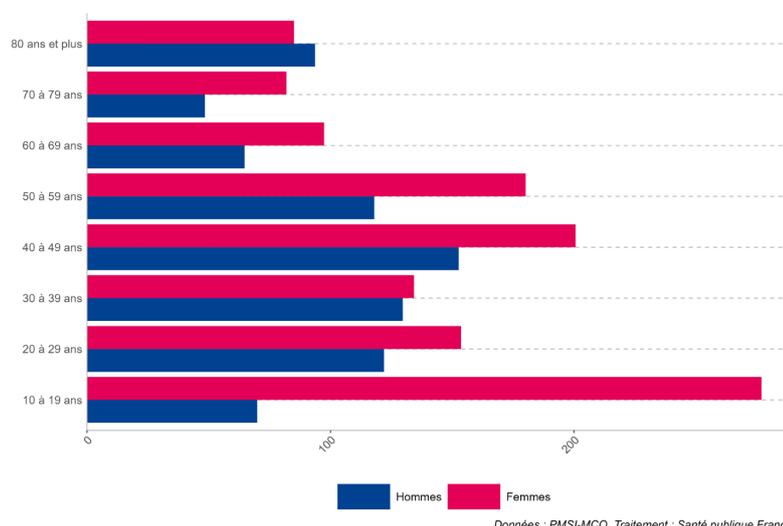
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de Paca âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (62 % des 17 490 hospitalisations pour TS ; sexe ratio 0,60 en faveur des femmes).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut d'hospitalisation s'élevant à 277,0 pour 100 000 femmes, nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 10).

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 40-49 ans (152,6 pour 100 000 hommes). La classe d'âge 70-79 ans montrait le taux le moins élevé (48,4 pour 100 000 hommes).

Figure 10 : Taux bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), par sexe et classe d'âge, Paca, 2017-2019



• Létalité hospitalière, modes de tentative de suicide, durée de séjour hospitalier, 2017-2019

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 14,1 pour 1 000 en Paca, chiffre plus élevé que celui observée en France métropolitaine (12,1 pour 1 000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les hommes que chez les femmes : elle passait de 7,2 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 94,6 pour 1 000 hospitalisations chez ceux de 65 ans et plus, soit 13 fois plus, alors que, chez les femmes, la létalité hospitalière passait de 1 décès pour 1 000 hospitalisations pour les moins de 25 ans à 30 pour 1 000 hospitalisations chez celles de 65 ans et plus, soit 30 fois plus.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 80,7 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'auto-intoxication par d'autres produits (9,0 %), l'utilisation d'objet tranchant (8,6 %), la pendaison (2,5 %) et le saut dans le vide (1,4 %). D'autres modes étaient peu fréquents. L'auto-intoxication médicamenteuse, était plus fréquemment utilisés par les femmes que par les hommes, tandis que l'auto-intoxication par d'autres produits et les objets tranchants étaient plus retrouvés chez les hommes que chez les femmes. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes d'autres modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation était de 1,5 jour, tous modes confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus élevée lors de TS par saut dans le vide (4 jours), arme à feu (4 jours) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (4 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (257 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (158 pour 1 000 hospitalisations) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (125 pour 1 000 hospitalisations).

Tableau 3 : Part des modes de tentative de suicide (%) par sexe et durée médiane de séjour et létalité hospitalière chez les 10 ans et plus hospitalisés pour tentative de suicide, durée médiane de séjour et létalité hospitalière, Paca, 2017-2019

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	14 111	80,7	86,0	71,8	1,0	6
Auto-intoxication par d'autres produits	1 572	9,0	7,2	12,0	1,0	8
Objet tranchant	1 512	8,6	7,8	10,0	1,0	10
Pendaison	348	2,0	0,8	4,0	2,0	158
Saut dans le vide	304	1,7	1,3	2,5	4,0	86
Arme à feu	105	0,6	0,1	1,5	4,0	257
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	48	0,3	0,1	0,6	4,0	125
Noyade	35	0,2	0,2	0,1	1,0	57
Collision intentionnelle	35	0,2	0,2	0,2	1,0	57
Mode non précisé	467	2,7	2,2	3,5	3,0	45

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

Cartographie des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide par département en France, 2017-2019

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS apparaissent relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes sur la période 2017-2019 ; chez les femmes, l'hétérogénéité était plus marquée (Figure 11). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 367,6 pour 100 000 habitants (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 habitants (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

Chez les hommes, 6 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour TS supérieurs à 200 pour 100 000 habitants (vs 44 départements pour les femmes) : le Nord, la Somme et le Pas-de-Calais dans les Hauts de France, les Ardennes (Grand-Est), la Manche (Normandie) et les Côtes d'Armor (Bretagne). Chez les femmes, 5 départements présentaient des taux supérieurs à 300 pour 100 000 habitants : le Nord et la Somme (Hauts de France), la Manche et la Seine Maritime (Normandie), les Côtes d'Armor (Bretagne).

Inversement, chez les femmes, en métropole, 5 départements présentaient des taux inférieurs à 100 pour 100 000 habitants (vs 25 départements pour les hommes) : la Corse-du-Sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et Paris, et la Seine-Saint-Denis en Ile-de-France. Chez les hommes, 5 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour TS inférieurs à 60 pour 100 000 habitants : la Corse-du-Sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et, en Ile-de-France, le Val-d'Oise ainsi que la Seine-Saint-Denis.

Dans 6 départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour TS chez les femmes étaient près du double de celui des hommes (sexe ratio entre 0,50 et 0,55) : 4 départements à caractéristique plutôt rurale (Alpes de Haute-Provence, Aube, Eure, Territoire de Belfort) et 2 départements de la grande couronne en Ile-de-France à territoire contrasté (Val d'Oise et Yvelines). Inversement, 4 départements présentaient des taux d'hospitalisation peu différents entre hommes et femmes (sexe ratio des taux autour de 0,9) : Paris, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme et Lozère.

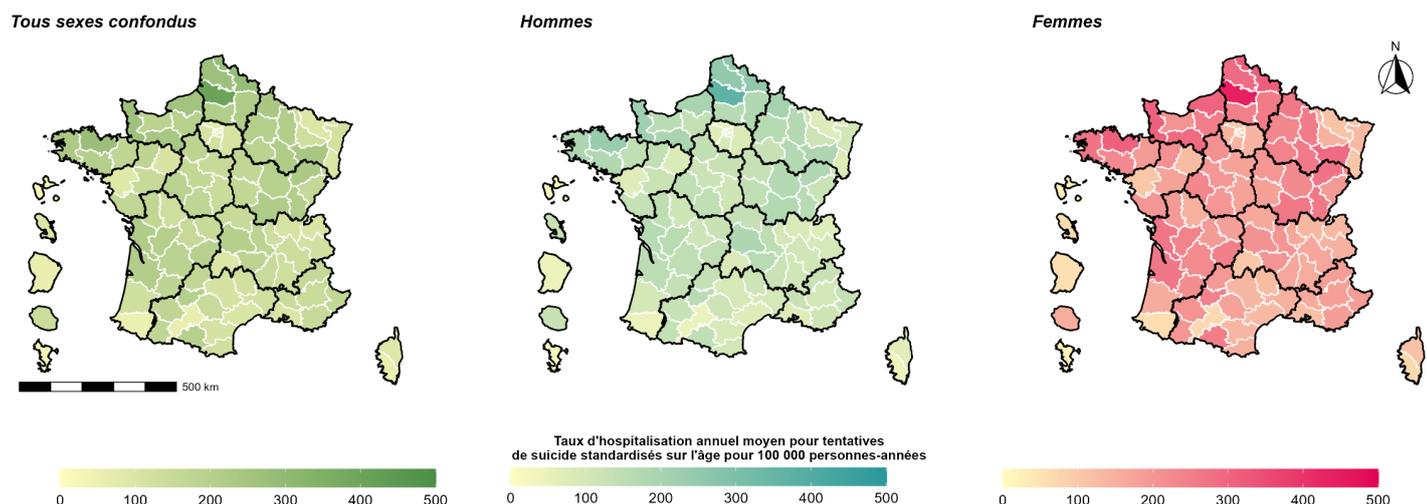
Les Drom présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

Dans les Drom, les taux d'hospitalisation différaient peu entre hommes et femmes, à l'exception de la Martinique. Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour TS variaient de 21,4 pour 100 000 habitants à 127,2 pour 100 000 habitants et chez les femmes de 20,4 pour 100 000 habitants à 157,6 pour 100 000 habitants. Les taux les plus faibles concernaient la Guadeloupe et Mayotte avec des taux entre 20 et 25 pour 100 000 habitants chez les hommes comme chez les femmes, tandis que la Réunion présentait un taux supérieur à 120 pour 100 000 habitants chez les hommes et les femmes. La Martinique était le seul drom présentant une prédominance masculine marquée à l'inverse de tous les autres départements français, le taux d'hospitalisation chez les hommes étant le double de celui des femmes.

Les tendances départementales concernant les hospitalisations pour TS sur la période 2017-2019 n'étaient pas identiques à celles concernant les taux départementaux de mortalité par suicide (2015-2017) décrites plus loin (cf p.20).

En Paca, la plupart de ses 6 départements ne faisaient pas partie des extrêmes décrits ci-dessus en termes de taux d'hospitalisation pour TS et de sexe ratio des taux sur la période 2017-2019, lesquels étaient relativement homogènes au sein de la région.

Figure 11 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge, tous sexe confondus, et par sexe, France entière, 2017-2019



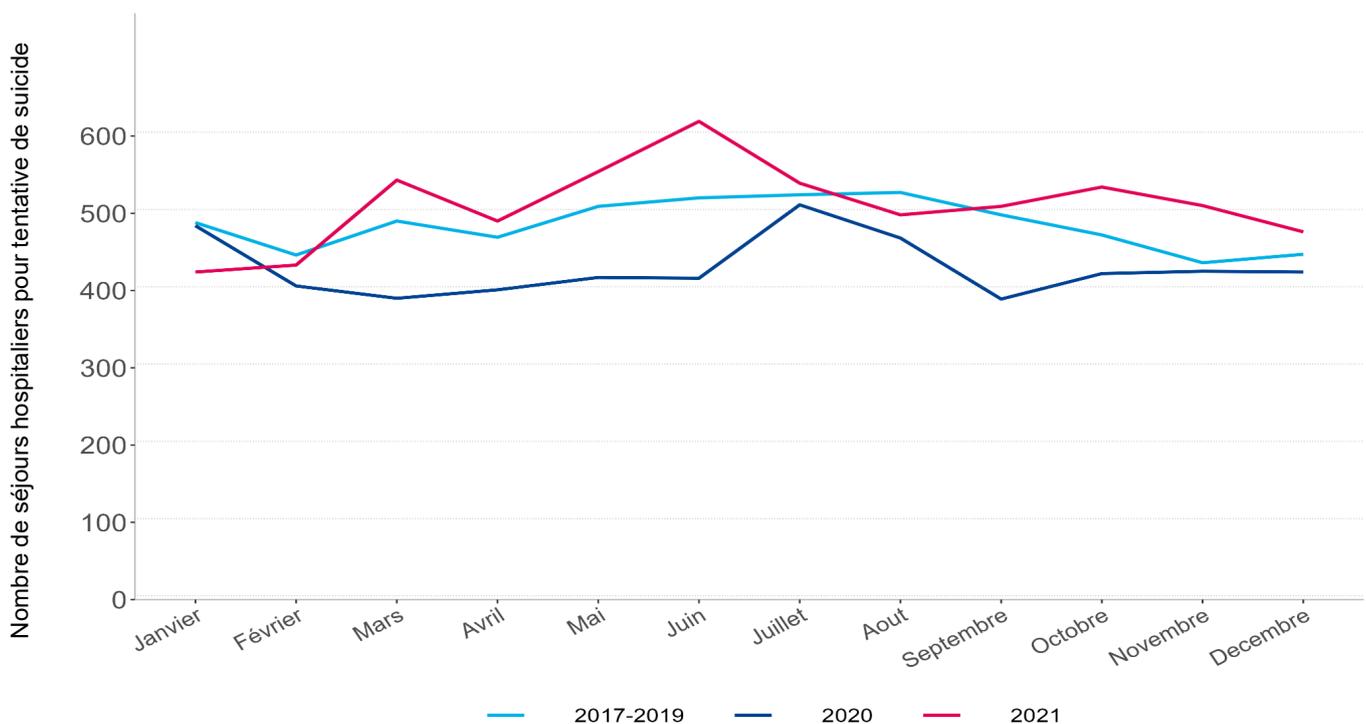
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• **Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021**

En Paca, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement lié à l'épidémie de COVID-19 (Figure 12). Une tendance à la diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aiguë de la pandémie a été décrite par plusieurs auteurs¹⁻², dont les causes peuvent être multiples : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents, restriction de l'offre de soins avec la déprogrammation de certaines prises en charge, crainte de se rendre dans un établissement de santé dans un contexte d'épidémie. Concernant les TS, si certains facteurs ont pu limiter les recours à l'hospitalisation pour des cas peu sévères, cela ne s'applique pas à des lésions ou intoxications auto-infligées nécessitant une prise en charge immédiate : une diminution effective des comportements suicidaires est probable pendant le 1^{er} confinement.

En 2021, on a observé une légère augmentation avec 6 121 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année (contre 5 826 en moyenne sur les années 2017-2019). En 2020, 16,8 % des TS concernaient les personnes de 65 ans et plus, contre 14,8 % les années précédentes ; à l'inverse en 2021, une part plus importante est observée chez les 10-24 ans (34,2 % vs 23,8 % en 2017-2019) (Tableau 4, p.14).

Figure 12 : Evolution des nombres mensuels de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, chez les 10 ans et plus, tous sexes, Paca, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• **Caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide, 2020-2021**

La part des hommes dans les hospitalisations pour TS a augmenté en 2020, mais a diminué de manière significative en 2021 par rapport à la période 2017-2019. Des différences significatives ($p < 0,001$) de la répartition par âge ont été observées pour les deux années 2020 et 2021, comparativement à celle de 2017-2019. En 2020, la part des 10-24 ans et des 65 ans et plus a augmenté tandis que celle des 25 à 64 ans a diminué. Inversement, en 2021, alors que la part des 10-24 ans a continué d'augmenter considérablement, celle des 25-64 ans et des 65 ans et plus a diminué.

Concernant l'évolution des modes de TS, la part des auto-intoxications médicamenteuse est restée très majoritaire, même si elle a diminué de manière significative en 2020 et 2021, tout comme la part des auto-intoxications d'autres produits. En revanche, la proportion de suicide par utilisation d'objet tranchant et par saut dans le vide a significativement augmenté en 2020. Les autres modes de TS en 2021 n'avaient pas évolué significativement comparativement à 2017-2019 (Tableau 4, p.14).

³ Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external_icon

⁴ Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1.

Tableau 4 : Distribution des principales caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentative de suicide (%), chez les 10 ans et plus, tous sexes, Paca, périodes 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	37,5%	38,2%	0,375	34,7%	<0,001
	Femme	62,5%	61,8%		65,3%	
Classe d'âge	10-24 ans	23,8%	24,6%	<0,001	34,2%	<0,001
	25-64 ans	61,5%	58,6%		51,9%	
	65 ans et plus	14,8%	16,8%		14,0%	
Létalité		1,4%	1,5%	0,790	1,6%	0,370
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	82,3%	82,0%	1,000	80,0%	<0,001
	Objet tranchant	8,8%	9,4%	1,000	12,1%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	9,2%	8,0%	0,117	7,4%	<0,001
	Pendaison	2,0%	2,4%	0,915	2,4%	0,483
	Saut dans le vide	1,8%	1,8%	1,000	2,6%	0,001
	Arme à feu	0,6%	0,5%	1,000	0,5%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,4%	0,915	0,4%	0,811
	Noyade	0,2%	0,2%	1,000	0,2%	1,000
	Collision intentionnelle	0,2%	0,2%	1,000	0,2%	1,000

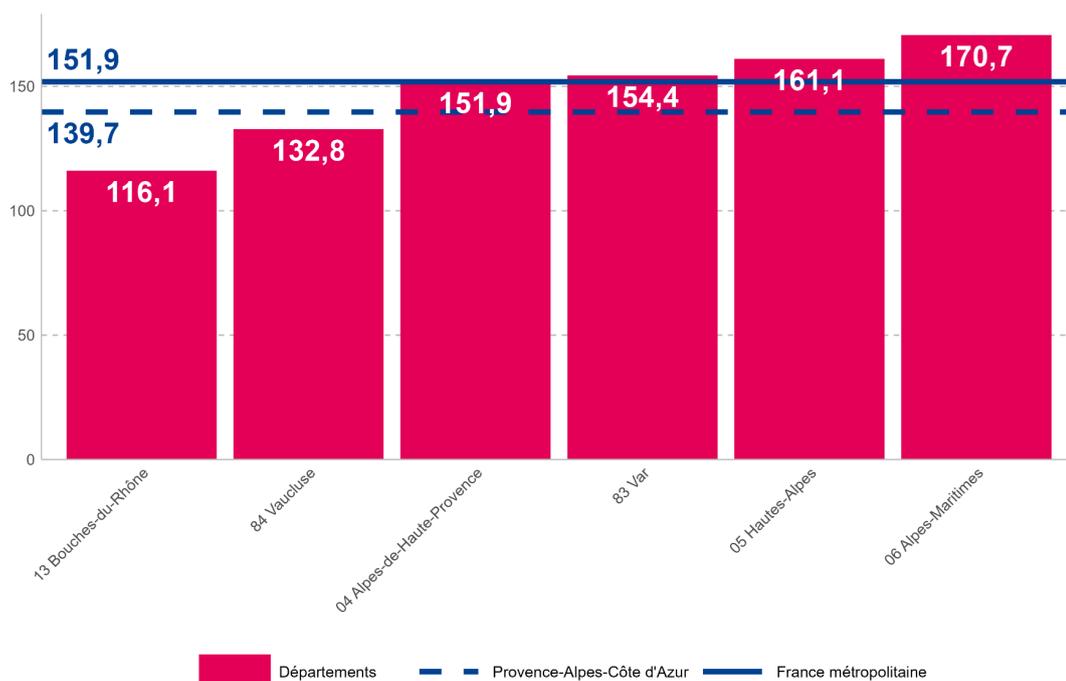
* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.
 *** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=17137 en 2017-2019, 5069 en 2020 et 6040 en 2021).

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Hospitalisations pour tentative de suicide par département dans la région et en France métropolitaine, 2020-2021

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS a augmenté durant la période pandémique, passant de 116,2 en 2020 à 139,7 pour 100 000 habitants en 2021. Selon le sexe, cette augmentation a été observée chez les femmes et les hommes, mais de manière plus marquée chez les femmes (de 137,0 en 2020 à 174,8 en 2021 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 93,3 en 2020 à 101,5 en 2021 pour 100 000 habitants chez les hommes). Au niveau départemental, le Var, les Hautes-Alpes et les Alpes-Maritimes présentaient les taux les plus élevés, à des niveaux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine (Figure 13).

Figure 13 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par département, Paca et France métropolitaine, 2021



Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

EVOLUTION DES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE SELON LES PHASES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 DE JANVIER 2020 À MAI 2021 DANS L'ENSEMBLE DES RÉGIONS

Données : 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; septembre 2022. *Fiche N°3. Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de COVID-19 (P. Pirard, F. Chin, I. Khireddine, N. Regnault - Santé publique France)*

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

La pandémie, par la durée et l'importance des mesures de restriction sociale et des contraintes qu'elle a entraînées, peut avoir eu un impact sur la santé mentale et notamment sur les TS. Si globalement le nombre d'hospitalisations pour TS a semblé moins élevé pour l'année 2020 comparé à la moyenne des trois années précédentes, les cliniciens ont alerté à la fin du premier semestre 2020 au sujet d'une augmentation observée de ces TS chez les jeunes, particulièrement chez les adolescentes. C'est dans ce contexte que la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes (DMNTT) de Santé publique France a décidé d'analyser l'évolution des hospitalisations pour TS en France de janvier 2020 à mai 2021 selon le sexe et l'âge en tenant compte des différentes périodes de confinement et de dé-confinement.

Tous les séjours dans les établissements français publics et privés de court séjour (PMSI-MCO), des personnes âgées de 10 ans et plus, hospitalisées entre le 02/01/2020 et le 31/05/2021 pour un geste suicidaire ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

- la phase de pré-confinement (semaines 1 à 11, 2020) ;
- le premier confinement (semaines 12 à 19, 2020) ;
- la phase d'inter-confinement (semaines 20 à 44, 2020) ;
- le deuxième confinement (semaines 45 à 50, 2020) ;
- la phase de post-confinement (semaines 51 et 52, 2020 ; semaines 1 à 20, 2021).

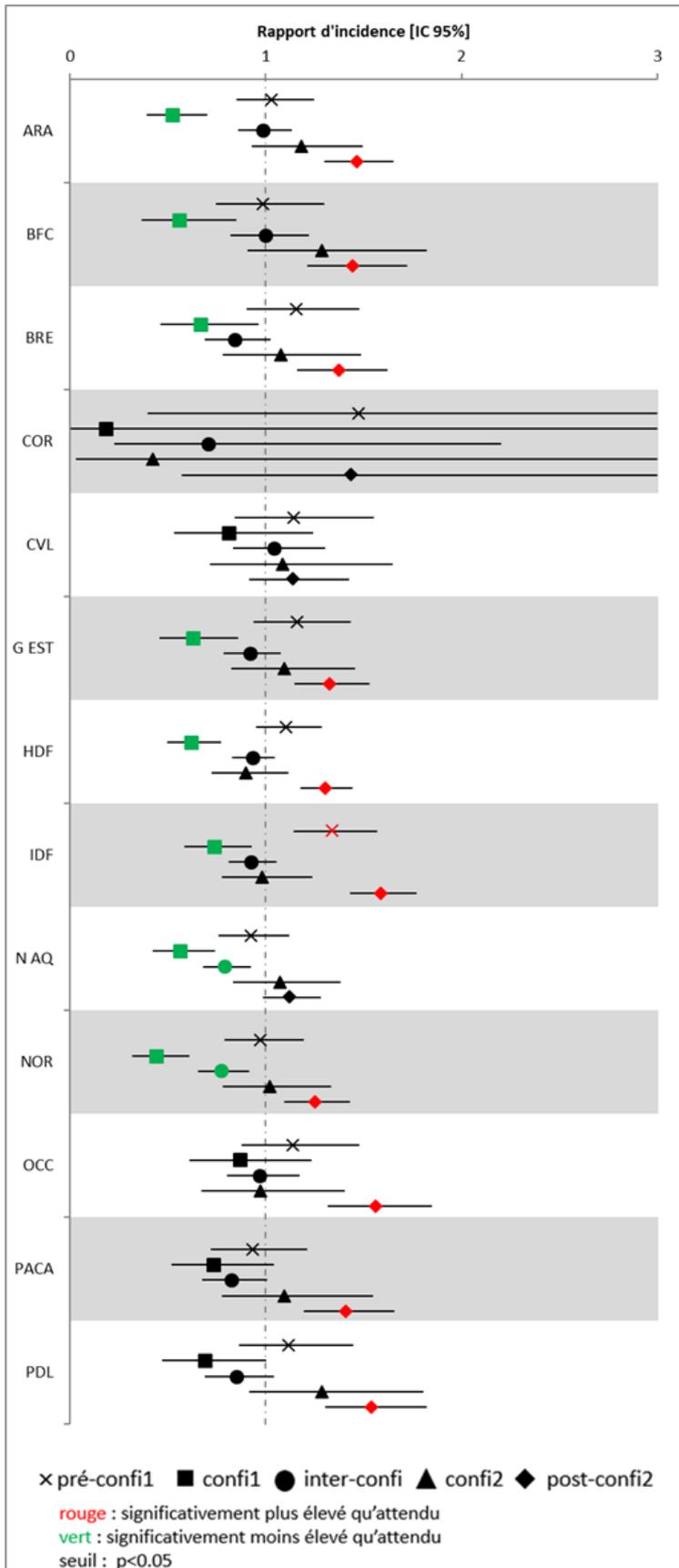
Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour TS mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de COVID-19 à ceux de ces trois années de référence pour la période équivalente (Figure 14). Si le rapport est significativement supérieur à 1, c'est que le taux d'hospitalisation pendant cette période de la pandémie était supérieur à celui des années 2017-2019. Si, au contraire, ce rapport est inférieur à 1, alors le taux d'hospitalisation pendant la pandémie était inférieur à celui de la période pré-pandémique.

Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale ainsi qu'à La Réunion, on observe une chute nette des hospitalisations pour TS durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales ainsi qu'à La Réunion, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Dans les autres régions ultra-marines et la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 14).

Chez les hommes de 10 à 24 ans, l'évolution des rapports d'incidence par période est comparable à celle des femmes mais les augmentations d'hospitalisations pour TS par rapport aux années précédentes chez les hommes ne sont pas statistiquement significatives (données non présentées).

En Paca, contrairement à la plupart des régions métropolitaines, on observe une baisse non significative du taux d'hospitalisation pour TS lors du 1^{er} confinement chez les femmes de 10 à 24 ans. Cet indicateur augmente ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19 pour aboutir à des taux significativement supérieurs aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase du 2^e post-confinement.

Figure 14 : Rapports 2020-2021/2017-2019 des taux d'incidence d'hospitalisation pour tentative de suicide, selon cinq périodes*, chez les femmes de 10 à 24 ans, France métropolitaine, janvier 2020-mai 2021



Sigles des régions :

- ARA Auvergne Rhône-Alpes
- BFC Bourgogne-Franche-Comté
- BRE Bretagne
- COR Corse
- CVL Centre-Val de Loire
- G EST Grand-Est
- HDF Hauts-de-France
- IDF Ile-de-France
- N AQ Nouvelle-Aquitaine
- NOR Normandie
- OCC Occitanie
- PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PDL Pays de la Loire

***Sigles des périodes :**

- pré-confi1 pré-confinement (2020-S01 à 2020-S11)
- confi1 1^{er} confinement (2020-S12 à 2020-S19)
- inter-confi inter-confinement (2020-S20 à 2020-S44)
- confi2 2^e confinement (2020-S45 à 2020-S50)
- post-confi2 post-confinement (2020-S51 à 2021-S20)

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, PACA, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En 2017, 610 personnes résidant en Paca se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 13,2 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, qui était inférieur à celui de la France métropolitaine (14,4 / 100 000 habitants). La majorité (72,9 %; n = 445) des décès par suicide concernait des hommes, avec un taux de mortalité par suicide de 20,4 pour 100 000 habitants en Paca moins élevé que le taux en France métropolitaine (22,5 / 100 000 hommes en France métropolitaine), et en deçà de la médiane des régions métropolitaines (25,6 / 100 000 habitants). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 (6,8 pour 100 000 femmes) restait proche du taux en France métropolitaine (6,9 pour 100 000 femmes).

Evolution de la mortalité par suicide, 2000-2017

Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région, passant de 21,9 à 14,4 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe chez les hommes (34,3 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2000 vs 22,5 en 2017) comme chez les femmes (11,2 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2000 vs 6,9 en 2017) (Figure 15). Cependant, le décès par suicide était en 2017 près de trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le sexe ratio des taux ayant augmenté de 3,06 en 2000 à 3,26 en 2017 (Figure 15). L'analyse temporelle selon l'âge montre une diminution des taux de mortalité dans toutes les classes d'âge depuis 2015 (Figure 16). La classe d'âge des 75 ans et plus présentait des taux de mortalité nettement plus élevés que les autres classes d'âge sur toute la période 2000-2017, tandis que celle des 10-29 ans présentait les taux les plus faibles.

Figure 15 : Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Paca et France métropolitaine, 2000-2017

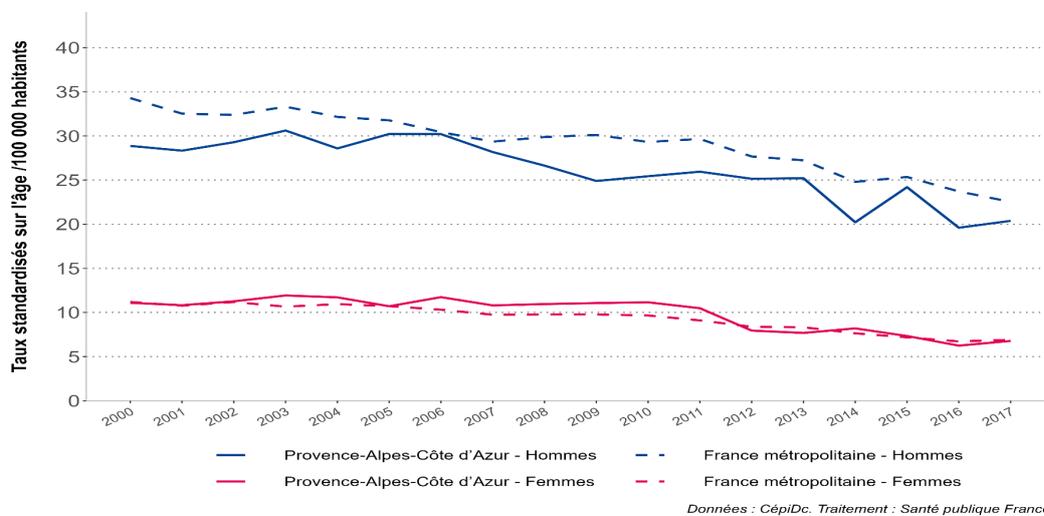
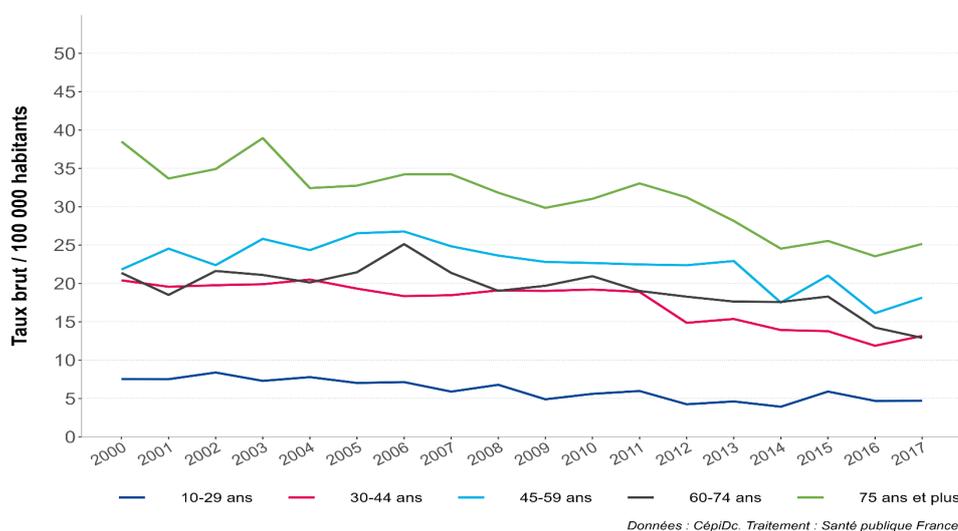


Figure 16 : Evolution des taux annuels bruts de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), par classe d'âge, tous sexes, Corse, 2000-2017



Part du suicide dans la mortalité toutes causes et caractéristiques des décès par suicide

• Part des décès par suicide selon le sexe et l'âge, 2015-2017

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 1,3 % (n = 1 887) des décès toutes causes confondues en Paca, très proche du niveau national (1,5 %, n = 26 040). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 1,9 % (n = 1 394) dans la région contre 2,2 % (n = 19 811) au niveau national. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure : 0,6 % (n = 493) comme au niveau national (0,7 % ; n = 6 229).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus élevée chez les 20-29 ans (16,0 %) et les 30-39 ans (16,8 %). Dans ces deux classes d'âge, la part du suicide dans la mortalité était nettement plus importante pour les jeunes hommes (respectivement 16,6 % chez les 20-29 ans et 19,5 % chez les 30-39 ans) que pour les jeunes femmes (respectivement 14,2% chez les 20-29 ans et 10,8% chez les 30-39 ans).

Les suicides représentaient 10,5 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) et 0,3 % chez les plus âgés (80 ans et plus).

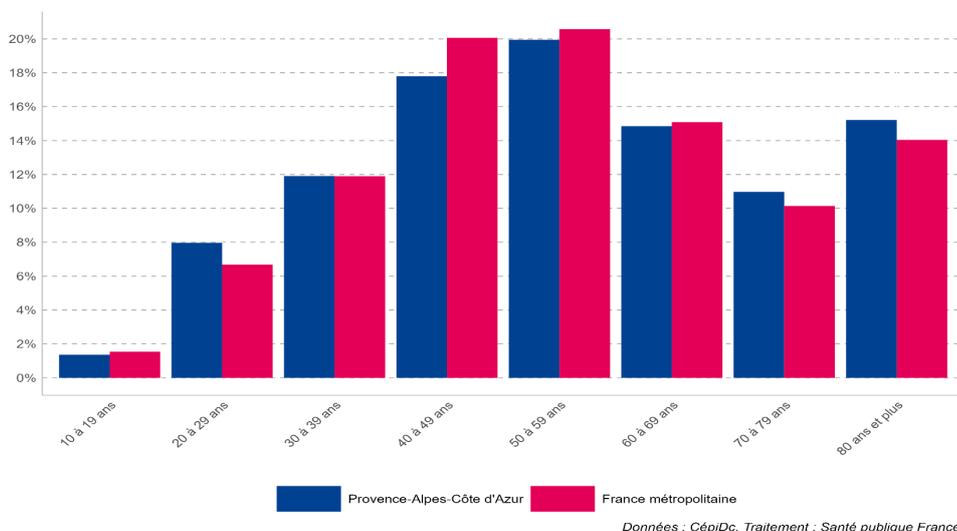
• Répartition des décès par suicide selon l'âge et selon le sexe , 2015-2017

En Paca, sur la période 2015-2017, les hommes représentaient 73,9 % (n = 1 394) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

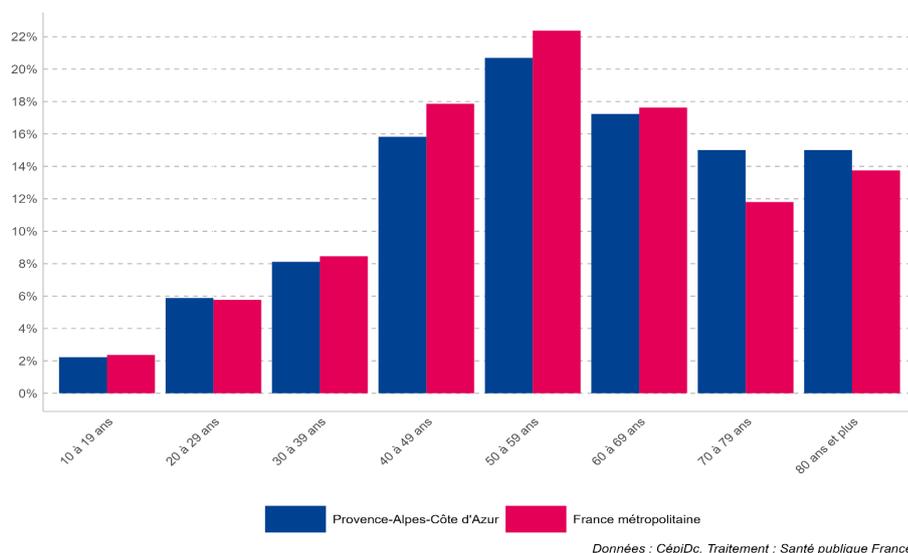
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 50-59 ans (19,9 %), les 40-49 ans (17,8 %) et les 80 ans et plus (15,2 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (20,7 %), les 60-69 ans (17,2 %). Les jeunes de 10-19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (1 à 2 %). La région Paca se distinguait par une part élevée des suicides observée chez les 80 ans et plus pour les deux sexes, comparativement à la France métropolitaine (respectivement 15,2 % chez les hommes et 15,0 % chez les femmes) (Figure 17).

Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge (%), par sexe, chez les 10 ans et plus, Paca et France métropolitaine, 2015-2017

17.a. Chez les Hommes



17.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Paca était la pendaison (45,0 % vs 57,2 % au niveau national), et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (22,6 %) lequel était rare chez les femmes (3,4 %) ; chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (24,5 %), moins fréquent chez les hommes (9,4 %). Les suicides par saut dans le vide, par noyade ainsi que par auto-intoxication par d'autres produits étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 11,7 %, 1,6 % et 3,2 %) que chez les hommes (respectivement 8,8 %, 0,4 % et 2,7 %) (Tableau 5).

Tableau 5 : Part des modes de suicide (%), par sexe, chez les 10 ans et plus, Paca, 2015-2017

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	849	45,0	33,9	48,9
Arme à feu	332	17,6	3,4	22,6
Auto-intoxication médicamenteuse	252	13,4	24,5	9,4
Saut dans le vide	221	11,7	19,9	8,8
Noyade	30	1,6	4,9	0,4
Auto-intoxication par d'autres produits	61	3,2	4,9	2,7
Collision intentionnelle	31	1,6	1,2	1,8
Objet tranchant	35	1,9	2,0	1,8
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	12	0,6		
Mode non précisé	209	11,1	10,3	11,3

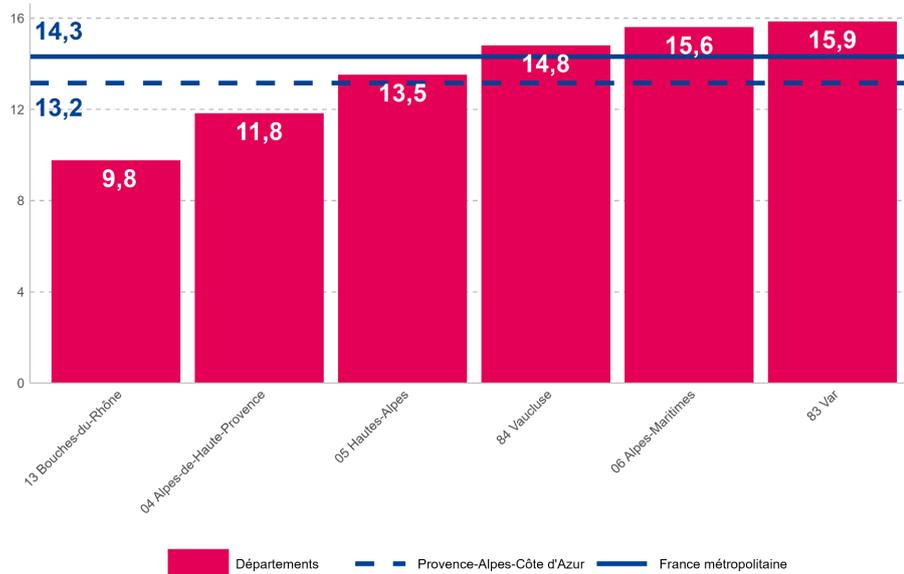
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

• Taux départementaux de mortalité par suicide, 2015-2017

En 2017, les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, chez les personnes résidentes en Paca âgées de 10 ans et plus différaient selon le département. Trois départements présentaient des taux de mortalité par suicide à la fois supérieurs au taux régional et à celui de la France métropolitaine : le Var, les Alpes-Maritimes, et le Vaucluse (Figure 18). Les Bouches-du-Rhône présentait des taux de mortalité chez l'homme (16,0 pour 100 000 habitants) et chez la femme (5,4 pour 100 000 habitants) parmi les plus bas des départements métropolitains.

Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. Une proportion variable suivant les départements de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'étant pas déclarés au CépiDC, il en résulte une sous-estimation de la mortalité plus ou moins importante³, rendant difficilement interprétable une sous-mortalité par suicide dans un département en l'absence d'information sur la sous-déclaration ou de tendance concordante avec les taux d'hospitalisation pour TS. En Paca, c'est le cas des Alpes-de-Haute-Provence où le taux de mortalité est l'un des plus faible de la région tandis que son taux départemental d'hospitalisation était l'un des plus élevé de la région. En revanche, dans les Bouches-du-Rhône, le taux d'hospitalisation et la taux de mortalité semble concorder (les plus bas de la région), pouvant donc confirmer la sous-mortalité observée dans ce département (cf. Figure 13 ; la tendance étant comparable selon le sexe).

Figure 18 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, Paca, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

Cartographie des taux de mortalité par suicide par département en France, 2015-2017

N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au CépiDC⁵. Lorsqu'un taux départemental de mortalité par suicide figure parmi les plus faibles, la différence pourrait être due à une sous-déclaration connue ou à documenter. Concernant les départements ayant présenté les taux départementaux les plus élevés, la mortalité réelle par suicide sur la période d'étude a été au moins égale à ces taux, et une surmortalité peut être considérée comme avérée.

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide sur la période 2015-2017 apparaissaient assez hétérogènes au sein d'une région, notamment pour les hommes. Chez les hommes, ces taux de mortalité départementaux variaient de 5,27 pour 100 000 hommes (Paris) à 45,20 pour 100 000 hommes (Côtes-d'Armor) et chez les femmes de 2,6 pour 100 000 femmes (Rhône) à 13,9 pour 100 000 femmes (Sarthe). Dans tous les drom, le taux de mortalité par suicide chez les hommes était au moins 2 fois plus élevé que chez les femmes dans presque tous les départements, le sexe ratio des taux variant de 1,9 (Paris, seul taux inférieur à 2) à 7,2 (Alpes de Haute-Provence).

En France métropolitaine, chez les femmes, 9 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 10 pour 100 000 habitants (vs tous les départements sauf 4 pour les hommes). Cela concernait la Haute-Saône à l'est, la Creuse et l'Indre au centre, et 6 départements à l'ouest : les Côtes-d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan en Bretagne ainsi que l'Orne (Normandie) et la Sarthe (Pays de Loire). Chez les hommes, 4 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 40 pour 100 000 habitants, tous dans l'ouest de la France : les Côtes-d'Armor et le Morbihan (Bretagne), la Sarthe (Pays de Loire) et la Manche (Normandie).

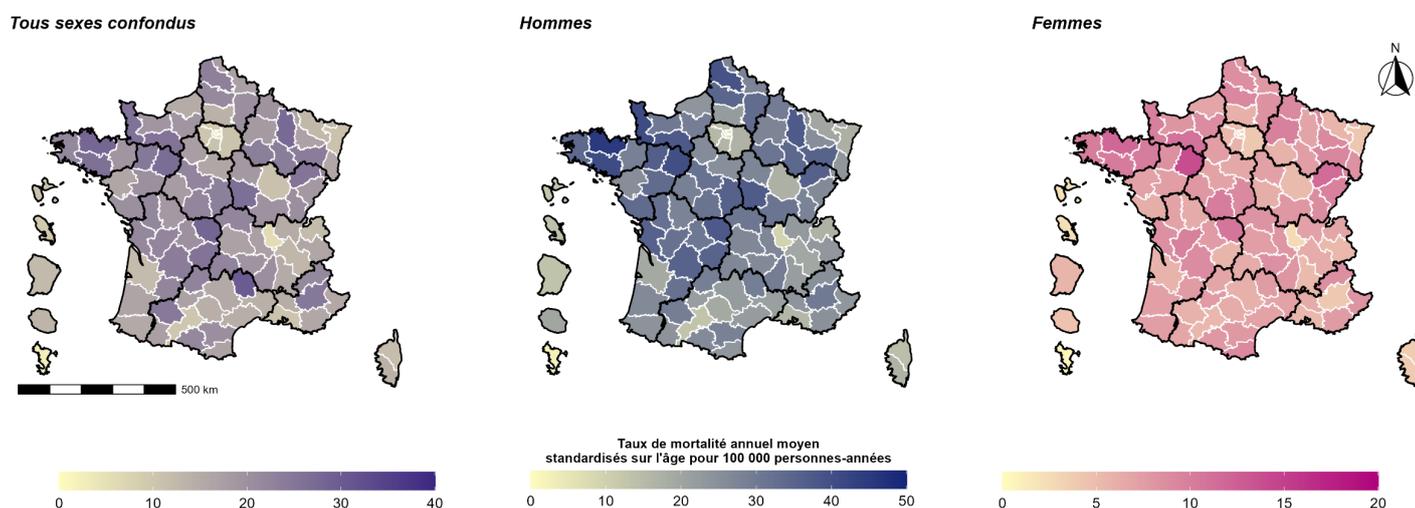
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Ile-de-France pour les femmes, mais seule la Seine-Saint-Denis présentait un faible taux d'hospitalisation chez les hommes (cf. figure 9).

Dans 28 départements métropolitains, la mortalité par suicide était au moins 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes ; le sexe ratio des taux dépassait 5 dans 6 départements de différentes régions, tous à caractéristique rurale : Alpes de Haute-Provence, Aube, Corrèze, Nièvre, Meuse et Vendée.

Les drom présentaient des taux de mortalité par suicide du même ordre de grandeur que les taux les plus faibles de la France métropolitaine pour les hommes et les femmes. La mortalité par suicide était 4 à 5 fois plus élevée chez les hommes dans tous les drom sauf en Guyane. Les taux mortalité par suicide variaient chez les hommes de 2,2 à 19,7 pour 100 000 habitants, et chez les femmes de 0,4 à 5,6 pour 100 000 habitants.

Mayotte présentait le taux de mortalité le plus faible pour les hommes comme pour les femmes (même tendance observée pour les taux d'hospitalisation pour TS), tandis que le taux de mortalité le plus élevé concernait La Réunion pour les hommes et la Guyane pour les femmes. Chez les hommes, à l'exception de Mayotte, les taux de mortalité étaient supérieurs ou égaux à 10 pour 100 000 habitants dans tous les drom. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des drom (5,6 pour 100 000 habitants en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements métropolitains (Figure 19).

Figure 19 : Taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

⁵ Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khiredine-Medouni I., Chan-Chee C., Chéri-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 177(1), 1-39.

SURVEILLANCE RÉACTIVE DES SUICIDES PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 EN FRANCE, JANVIER 2020 - MARS 2021

Référence : 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; septembre 2022. *Fiche N°1 : Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, 2020-mars 2021* (A. Fouillet, I. Pontais, C. Caserio-Schönemann – Santé publique France ; D. Martin, G. Rey – Inserm-CépiDC)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

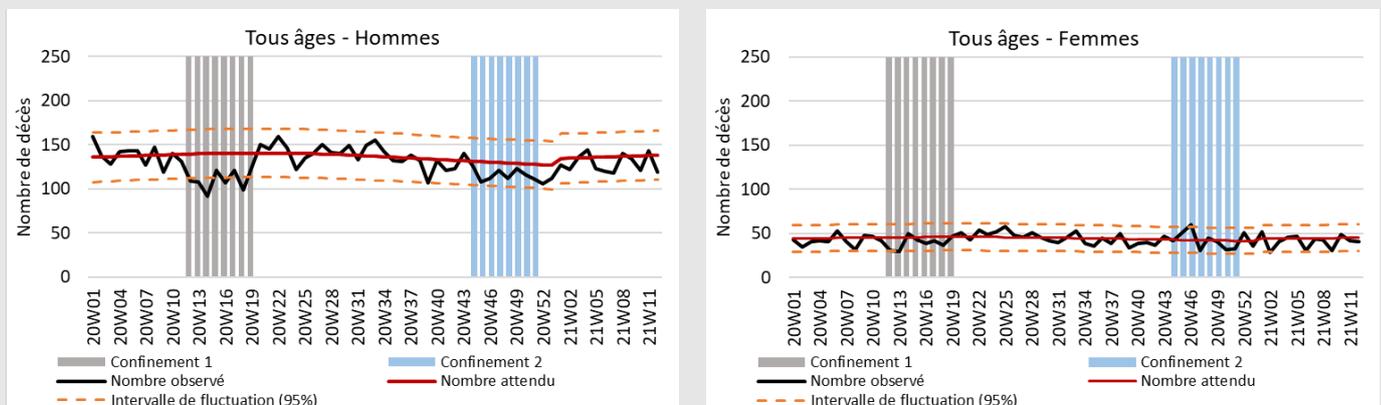
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies dixième révision (CIM-10) n'étant pas achevé, un algorithme automatique de reconnaissance textuelle des suicides a été développé afin de permettre la surveillance réactive des décès par suicide à partir de la base des certificats de décès enregistrés.

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du 1^{er} confinement (particulièrement chez les hommes). Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 20). Cependant, chez les hommes de 85 ans et plus, ainsi que les femmes de 65-84 ans, un excès limité de décès a été observé à la suite du 1^{er} confinement, inversement, chez les hommes de 45-64 ans, le nombre de décès par suicide est resté inférieur à l'attendu à la suite du 2^e confinement pendant quelques semaines.

Parmi les hypothèses évoquées, cette baisse pourrait être liée à la mise en place de mesures strictes de protection de la santé publique. Cette période de maintien à domicile et de fermeture des écoles a pu faciliter un plus grand soutien social (famille, voisinage), ainsi qu'une réduction du stress de la vie quotidienne. Enfin, un effet bénéfique des manifestations de cohésion et de solidarité citoyenne face à la crise majeure survenant sur l'ensemble de la population, la réduction du stress de la vie quotidienne pourraient également expliquer que la diminution de la mortalité s'observe plus nettement chez les personnes de 45-64 ans, alors que l'effet bénéfique des confinements quant à la dynamique des suicides, semble plus limité chez les plus âgés. Il convient toutefois de rester prudent, une augmentation de la mortalité par suicide est toujours susceptible de survenir de façon différée, si les impacts indirects de la crise se font sentir, notamment à partir de la réduction ou de l'arrêt des mesures sociales et économiques prises par le gouvernement français pour soutenir l'économie et maintenir l'emploi pendant le pic de la crise. Une surveillance réactive de la mortalité par suicide doit être poursuivie d'autant que d'autres événements susceptibles d'altérer la santé mentale sont survenus en 2022.

Figure 20 : Evolution du nombre de décès par suicide observé et attendu, et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, tous âges, France entière, janvier 2020-mars 2021



• Perspectives pour une surveillance réactive

Les certificats de décès électroniques représentent la seule source de données permettant d'assurer une surveillance de la mortalité par causes médicales de décès dans un délai court (24-48 heures). Fin 2021, seul un tiers des décès étaient enregistrés électroniquement en France, avec une répartition hétérogène par lieu de décès. La surveillance réactive de la mortalité par suicide nécessite donc le déploiement de la certification électronique en dehors des établissements de santé, chose rendue possible dans les communes où les procédures sont entièrement dématérialisées.

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les SU participant au dispositif réseau Oscour® (organisation coordonnée de la surveillance des urgences) de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), intégré dans le système de surveillance syndromique SurSaUD®, mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. En Paca, le réseau repose sur 55 structures d'urgences et couvre environ 98 % des passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#). Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 90 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Paca (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements de santé participant au réseau Oscour®, Paca, 2022

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostics (Principaux ou Associés)
Alpes-de-Haute-Provence	3/3 (100 %)	96,1 %
Alpes-Maritimes	10/10 (100 %)	89,0 %
Bouches-du-Rhône	19/20 (95 %)	88,0 %
Hautes-Alpes	3/3 (100 %)	100 %
Var	10/10 (100 %)	84,4 %
Vaucluse	9/9 (100 %)	84,4 %

Les données d'**hospitalisations** pour TS sont issues du PMSI-MCO pour l'analyse des tendances (2010-2019) et le focus COVID-19 (2020-2021).

Les données de **mortalité** par suicide sont issues du CépiDC pour les années 2000-2017. Les données relatives au COVID-19 (2020-2021) sont issues de cette même base sans le processus complet de codage des causes médicales de décès.

Les données d'inclusion dans **VigilanS** sont issues du dispositif VigilanS.

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

Pour la base de **passages aux urgences** (Oscour®), des regroupements syndromiques ont été définis :

- **Gestes suicidaires** : cet indicateur regroupe les passages aux urgences en lien avec un geste suicidaire certain (auto-intoxications et lésions auto-infligées) ou probable (intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée) (codes CIM-10 : T39, T42, T43, T50, T60, T71, X60 à X64, X66 à X84, Y870)
- **Idées suicidaires** : cet indicateur regroupe les passages aux urgences pour des symptômes et signes relatifs à l'humeur de type Idées suicidaires (code CIM-10 : R45.8).

Pour les bases **CépiDC** et **PMSI-MCO**, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les suicides et TS ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées de la CIM-10 :

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

- **Population étudiée et échelon d'analyse**

- Seules les personnes de 11 ans et plus et venant aux urgences d'un établissement de santé de la région sont considérées dans l'analyse des passages aux urgences ;
- Seules les personnes de 10 ans et plus et les personnes résidant dans la région d'analyse sont considérées dans l'analyse PMSI-MCO ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour. Les séjours sont sélectionnés sur la date de sortie et les séjours sans identifiant sont comptabilisés. Les TS ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide étant donné la sous-déclaration connue ;
- Les taux bruts de mortalité et d'hospitalisations ont été calculés à partir des données de populations personnes-années. Pour les titres et légendes graphiques, les dénominateurs sont dénommés « habitants » par soucis de simplification. Les taux standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France de 2018 (France métropolitaine ou France entière), permettant de comparer chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les données CépiDC, PMSI-MCO et Oscour® ont été analysées au niveau de la région et du département ;
- Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les parts d'activités aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire ;
- Les tests du Khi-deux et exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les caractéristiques des séjours hospitaliers pour TS en fonction des périodes ;
- Les p-value pour les modes de suicide (PMSI) sont corrigées selon la méthode de Holm pour la prise en compte des 9 tests réalisés.

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

- 5ème rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; Septembre 2022.
[ONS5_MAJ.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/ONS5_MAJ.pdf)
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-etiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

- Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI:
[http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external%20icon)
- Lazerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1
- Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khireddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chérié-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certifi cat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(3-4):36-86.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>
- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):637-44.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018.
[\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf)
- Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2011 ;(47-78):488-92.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE.
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>

Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITES SUICIDAIRES PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Nathan Yanwou¹, Lauriane Ramalli¹, Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

¹ Direction des régions (DiRe), ² Direction appui, traitements et analyses des données (DATA), ³ Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT)

Sous la coordination de : Dominique Jeannel (coordinatrice du Gepp santé mentale), Hélène Prouvost, Jenifer Yai.

dans le cadre du *Groupe d'échanges et de pratiques professionnelles en santé mentale (Gepp)* piloté par Dominique Jeannel (Coordinatrice de thématiques, DiRe) et Emmanuelle Bauchet (Directrice adjointe, DMNTT)

Relecture : Philippe Malfait, responsable cellule Paca-Corse ; Anne Laporte, Directrice ; Patrick Rolland, Coordonnateur de l'animation scientifique (DiRe)

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires contribuant à la surveillance de la santé mentale et de l'épidémie de COVID-19 :

- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences, les Observatoires Régionaux des Urgences, les concentrateurs régionaux de résumés de passages aux urgences
- La Société Française de Médecine d'Urgence
- Les Agences Régionales de Santé, Samu-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, établissements de santé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CONTACT

Santé publique France Paca-Corse : paca-corse@santepubliquefrance.fr