

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Edito p.1 Sigles p.2 Prévention du suicide et de sa récurrence p.3 Synthèse nationale p.4 Synthèse régionale p.7 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire p.8 Hospitalisations pour tentative de suicide p.12 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.17 Décès par suicide en période pré-pandémique p.19 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 p.23 Actions en région p.24 Méthodologie p.26 Bibliographie p.27 Comité de rédaction, remerciements p.29

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 suicide 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 geste suicidaire 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 accentuée en 2022 (1^{er} 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

- ARS : Agence régionale de santé
- BSP : Bulletin de santé publique
- CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CHS / CHU : Centre hospitalier Spécialisé / centre hospitalier universitaire
- 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'échanges et de pratiques professionnelles
- IML : Institut médico-légal
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- Oscour® : Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- 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

DÉFINITIONS

Dénombrer le nombre de suicides et de tentatives de suicide (TS) suppose de se doter d'une définition du suicide et des TS, et de rendre ces définitions opérationnelles, c'est-à-dire de déterminer les processus permettant en pratique de qualifier un décès de suicide ou un acte en TS. (ONS, 2014)

- Conduites suicidaires : ce terme intègre les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide
- Idées suicidaires : elles correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. (Source : [Romano, H. Suicide et conduite suicidaire. Repérage et perspectives de prise en charge. 2013](#)). Les pensées suicidaires sont un facteur de risque important du suicide, mais également la manifestation d'une souffrance psychique profonde.
- Suicide : acte de se donner délibérément la mort (Source : Organisation mondiale de la Santé ; OMS, 2014)
- Tentative de suicide : tout comportement suicidaire non mortel, un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas tout en soulignant que « l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées (Source : OMS, 2014)
- Vigilantseur : infirmier ou psychologue sous la coordination d'un médecin de Vigilans

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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 en 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 soins et à proximité des 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

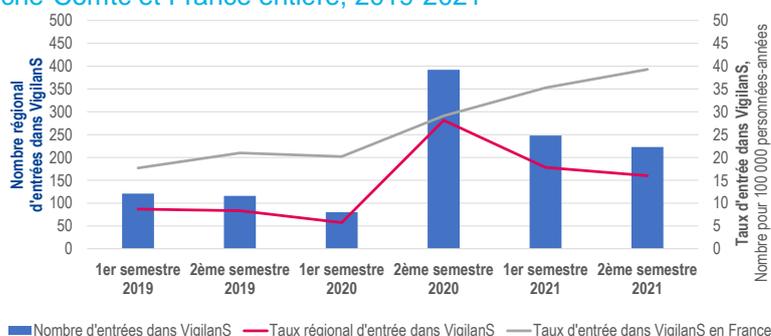
Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de TS (tentative de suicide) et 75 % des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une TS. La survenue d'une TS multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante et par 4 le risque de décès par suicide ultérieur. Vigilans est un dispositif post-hospitalier de prévention de la récurrence suicidaire. Il est proposé aux personnes suicidantes après leur passage aux urgences (80 % des TS prises en charge par le système de soins passent par les 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 « vigilanceurs » et de personnel administratif en appui. 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 vigilanceurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ces patients peuvent également contacter directement l'équipe Vigilans quand ils le souhaitent. Leur médecin généraliste, et leur psychiatre le cas échéant, sont informés de leur entrée dans le dispositif.

Vigilans a été expérimenté de 2015 à 2017 sur six sites pilotes en France, dont le Jura. 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 dans le dispositif Vigilans en France et 25 284 (+ 51 %) y sont entrées en 2021.** En 2022, des cellules Vigilans ont été ouvertes dans toutes les régions, sauf à Mayotte.

Dans le **Jura**, Vigilans a débuté en 2016 (positionné au CHS Saint-Ylie à Dole) et s'est étendu dès 2019 aux départements de l'ex-Franche-Comté. Côté ex-Bourgogne, un déploiement progressif a débuté en 2020 ; la coordination médicale régionale étant portée par le CHU Dijon. La figure 1 illustre la forte progression du nombre d'entrées de patients pendant le second semestre 2020 (ainsi que le taux rapporté à la population de la région*) témoignant d'une **meilleure implantation du dispositif**. Toutefois, le nombre d'entrées en 2021 est stable par rapport à 2020 (environ 470 personnes). La répartition par semestre (probablement liée à la crise sanitaire de la COVID-19 engendrant des annulations/reports de formation au dispositif) et par centre est différente (47 % des patients de la région inclus par le Jura en 2020 puis 70 % en 2021). Le taux régional reste inférieur au taux national, mais il est à interpréter avec prudence étant donné que le dispositif ne couvrait pas entièrement la région entre 2019 et 2021. Vigilans s'adapte aux spécificités de la région, en lien avec les acteurs locaux.

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles entrées dans Vigilans et taux d'entrée semestriel (/100 000 habitants), Bourgogne-Franche-Comté et France entière, 2019-2021



* Le taux d'entrée dans Vigilans est estimé en divisant le nombre d'entrées par le nombre de personnes-années par semestre (nombre d'habitants x 0,5), rapporté pour 100 000 personnes-années. Ceci permet de comparer la dynamique régionale par rapport à la France entière.

Source : Mission nationale d'appui du dispositif Vigilans, Santé publique France.

Vigilans : pour en savoir plus

Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans [ici](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/le-dispositif-de-recontact-vigilans)

Doubs, Jura, Haute-Saône et Territoire-de-Belfort : CHS Saint-Ylie Jura : [ici](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/le-dispositif-de-recontact-vigilans)

Côte-d'Or, Nièvre : CH La Chartreuse, [CHU DIJON](https://www.chu-dijon.fr/), CH Pierre Léo

Saône-et-Loire : CHS de Sevrey

Yonne : CHS de l'Yonne

3114 : pour en savoir plus

Site du numéro national de prévention du suicide : <https://3114.fr>

ARS Bourgogne-Franche-Comté : lancement d'un numéro national de prévention du suicide [ici](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/le-dispositif-de-recontact-vigilans)

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 dû évoluer pour permettre un 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 suicidaires et le geste suicidaire.

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, un point épidémiologique régional trimestriel (semestriel pour les départements-régions d'outre-mer (Drom) et la Corse) met 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 bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

Les conduites suicidaires, des idées suicidaires aux tentatives de suicide 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, auxquels s'ajoute en général un article d'un partenaire décrivant des actions régionales de prévention du suicide :

1) 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 ans et 18-24 ans. L'évolution mensuelle (bimensuelle pour les 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.

2) Hospitalisations pour tentative de suicide (TS) : les taux annuels d'hospitalisation pour TS et les caractéristiques des hospitalisations pour TS, 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.

3) 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 réactive 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>

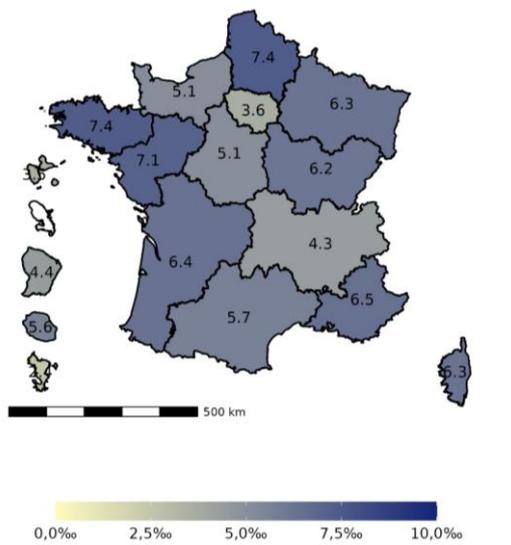
Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour mille passages dans 3 régions (Hauts-de-France, Bretagne et Pays-de-la-Loire) et était inférieure à 4 pour mille passages 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 mille passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Ile-de-France dont la part d'activité est plus faible (Figure 2). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car représentant la fréquence relative des passages aux urgences pour geste suicidaire parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

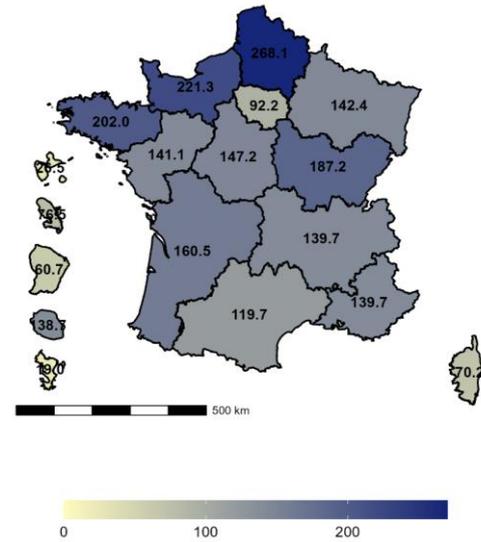
Concernant les hospitalisations pour tentative de suicide, les taux régionaux d'hospitalisation, standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus, variaient en 2021, pour les régions métropolitaines, de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France soit près de 4 fois plus (Figure 3). 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 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 avec la Corse étaient les 2 régions métropolitaines avec des taux d'hospitalisation inférieurs à 100 pour 100 000 habitants.

Figure 2 : Parts d'activité 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 3 : Taux régionaux d'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes, France entière, 2021

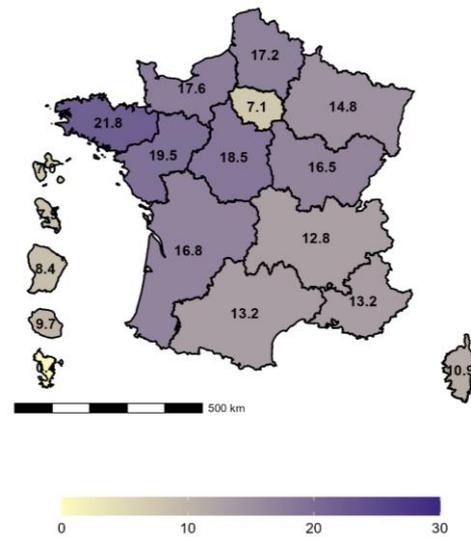


Source PMSI-MCO, traitement Santé publique France

Figure 4 : Taux régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes, France entière, 2017

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 Île-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne (Figure 4). Les taux de mortalité par suicide les plus élevés concernaient les régions du quart nord-ouest de la France, incluant aussi le Centre-Val-de-Loire. La mortalité par suicide reste élevée en Bourgogne-Franche-Comté (et Nouvelle-Aquitaine). 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).



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 à la 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 de 18-24 ans. Pendant le premier confinement, les nombres de passages urgences pour idées suicidaires n'ont pas augmenté, le pic de part d'activité observé sur cette période étant lié à une diminution globale des passages 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 de 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 premier confinement (mais pas les parts d'activité, ce qui est lié à la diminution globale des passages aux urgences), puis ont augmenté 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. Le 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 significative dans les Drom) ainsi que chez les femmes tous âges en Bretagne, Grand-Est et Pays-de-la-Loire. En revanche, une baisse, 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 baisse des parts d'activité était aussi observée chez les adultes de 25-54 ans et de 65 ans et plus en France, chez les 25-54 ans dans toutes les régions métropolitaines sauf en Pays-de-la-Loire, et chez les 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en Île-de-France.

• Principales tendances concernant les hospitalisations pour tentative de suicide

Sur la période 2010-2019, la tendance générale était à la baisse des taux d'hospitalisation 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) dans les régions métropolitaines et à La Réunion, particulièrement chez les jeunes. Les taux départementaux 2017-2019 apparaissaient plus hétérogènes pour les femmes que pour les hommes.

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 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 premier 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, arme à feu, saut dans le vide) ont augmenté en 2020 et plus encore en 2021 en France métropolitaine, la plupart de ses 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 baisse 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 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 10-19 ans chez les femmes et 202-29 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 ; suivaient les suicides par auto-intoxication médicamenteuse pour les femmes, par arme à feu pour les hommes dans les régions métropolitaines et par saut dans le vide à La Réunion.

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 toutes les régions 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'à 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 EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

La situation de la région reste plus défavorable (quel que soit le sexe) qu'au niveau national pour les indicateurs de mortalité par suicide en 2017 (dernières données consolidées) et d'hospitalisation pour tentative de suicide en 2019, même si les écarts se réduisent comparé aux indicateurs observés 2 ans auparavant. L'impact de la prise en charge des idées et geste suicidaires sur l'activité des urgences est non négligeable, notamment chez les 11-24 ans. La région affiche même un taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour geste suicidaire parmi les plus élevés de France.

La **diminution de la mortalité par suicide** observée en 2015 **se poursuit** jusqu'en 2017, quel que soit le sexe. **Cette tendance est encourageante**, au regard des indicateurs récents (page 23) et malgré l'absence d'indicateur de mortalité régional consolidé entre 2018 et 2022. Le nombre de décès par suicide est sous-estimé d'environ 10 % en France (défaut de déclaration, de l'existence de suicides "cachés" ou dont l'intentionnalité de l'acte n'est pas clairement établie ; décès étant déclarés comme intoxications, accidents ou décès indéterminés). Néanmoins, étant donné que cette sous-déclaration est une constante, la tendance à la baisse se confirme (Rapports ONS, 2014 et 2016). Les décès par suicide sont plus nombreux chez les hommes et la part régionale des 50-59 ans fait partie des taux les plus élevés en France métropolitaine.

Même si le nombre de personnes hospitalisées en 2021 est dans les valeurs habituellement observées, le taux d'hospitalisation était supérieur à celui de 2017-2019 pour **les jeunes de 10 à 24 ans et les femmes**. Les passages aux urgences pour geste suicidaire des 11-24 ans ont également augmenté en 2020-2021. Ces résultats incitent à maintenir une surveillance des indicateurs et de continuer à déployer les actions de prévention.

Une **hétérogénéité régionale** est observée à travers les indicateurs départementaux : la Nièvre et la Saône-et-Loire ont une situation (tous sexes) des plus défavorables en termes de mortalité (sous réserve de la sous-estimation) et d'hospitalisations en MCO. Les données des passages aux urgences pour geste suicidaire à l'échelle départementale sont à interpréter au regard de la non-intégration des services d'urgence psychiatriques et d'un dispositif évolutif. En 2021, la Nièvre a la plus faible activité aux urgences et le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé. A l'inverse, la Haute-Saône présente, l'activité parmi les plus élevées aux urgences et un taux d'hospitalisation inférieur au taux régional et un taux de mortalité chez les femmes parmi les plus élevées en 2015-2017. Le Territoire-de-Belfort présente un taux d'hospitalisation chez les femmes 2 fois plus élevés que celui des hommes en 2017-2019. Les spécificités observées par source de données et les différences entre sources de données peuvent être expliquées en partie par l'hétérogénéité des filières de soins, par le [taux d'équipement \(lit et place\) en psychiatrie](#), par des pratiques de codage différentes, et non par une réalité épidémiologique.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDÉES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

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

Evolution régionale et caractéristiques des passages aux urgences, janvier 2017-juin 2022

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Une baisse générale des passages aux urgences (dont les causes sont multiples) a été observée lors du premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020, mais pas lors des deux confinements ultérieurs.

• Idées suicidaires

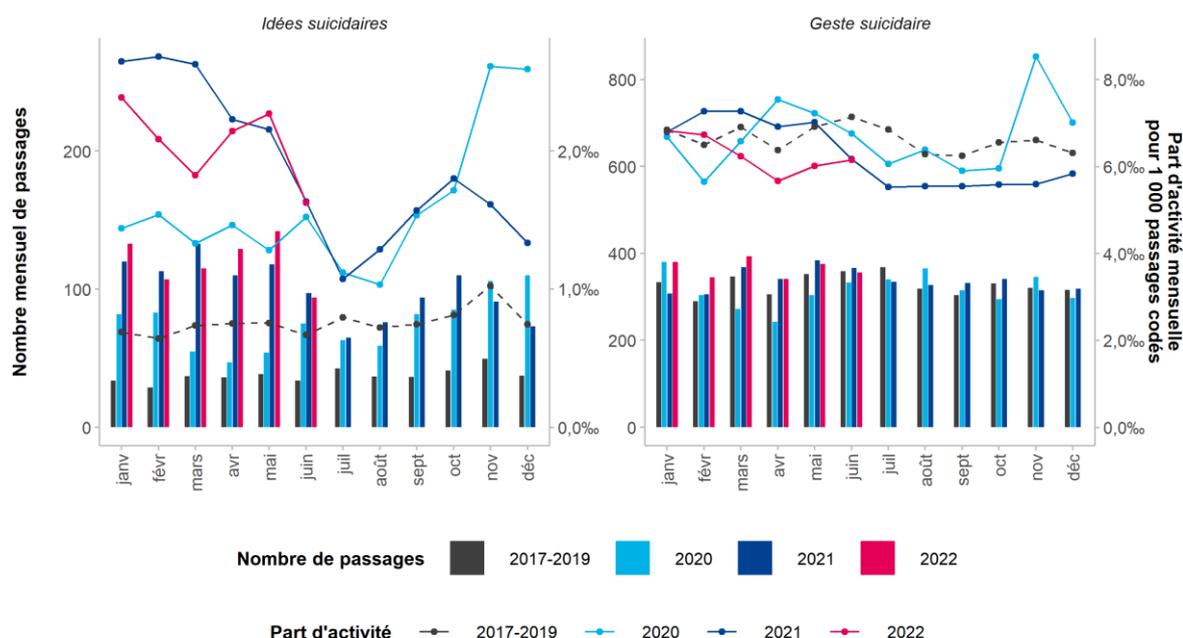
Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en hausse dès 2020 (et plus particulièrement depuis novembre 2020), comparativement à la période 2017-2019. Cette tendance s'est poursuivie en 2021. Le nombre mensuel moyen des passages aux urgences était malgré tout modeste pour la région quelle que soit l'année : respectivement 100 en 2021, 75 en 2020 vs 37 passages annuels pendant la période 2017-2019. Au cours du premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences était globalement dans la valeur observée à la même période en 2021 (Figure 5).

• Geste suicidaire

Pendant le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+6 %) et aux années précédentes. Bien que moins marquée que pour les idées suicidaires, on observe une augmentation du nombre moyen mensuel de passages aux urgences en 2021 (337 passages) par rapport à 2020 (+7 % ; 316 passages) et à la période 2017-2019 (+2 % ; 329 passages annuels). Cependant, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était comparable à celle de la période 2017-2019 (Figure 5). En 2020 et 2021, des fluctuations de la part d'activité pour geste suicidaire sont plus importantes que les variations saisonnières enregistrées pendant la période 2017-2019. Ces variations sont sans doute à mettre en lien avec certaines périodes de la crise sanitaire où le confinement et/ou les restrictions ont eu un impact sur les interactions et les activités sociales.

Au cours de la période 2020-2021, la majorité des passages aux urgences pour geste suicidaire (72 %) a donné lieu à une hospitalisation, ce qui était significativement supérieur à la période 2017-2019 (65 %). Les hospitalisations après passage aux urgences ont fortement augmenté dans le Jura (+42 points) et la Nièvre (+36 points) et dans une moindre mesure (autour de 15 points) en Saône-et-Loire et dans le Territoire-de-Belfort.

Figure 5 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées et geste suicidaires, chez les 11 ans et plus, Bourgogne-Franche-Comté, janvier 2017-juin 2022



N.B. Les échelles pour l'axe des ordonnées diffèrent entre les graphes en raison de grands écarts d'effectifs

Note : Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire de la COVID-19 ait pu entraîner une évolution des pratiques (notamment de codage aux urgences), une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaires, depuis novembre 2020, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes

• Comparaison 2017-2019 vs 2020-2021

L'activité pour idées suicidaires a augmenté fortement et significativement dans les 3 classes d'âge pendant la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019, tout en concernant davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les seniors sur les 2 périodes. Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a été presque multipliée par quatre entre les 2 périodes. Les nombres de passages comme les parts d'activité étaient globalement similaires chez les hommes et les femmes 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 suicidaires, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient presque deux fois plus fréquemment les femmes que les hommes tant sur la période 2020-2021 (sexe ratio 0,52) que la période 2017-2019 (sexe ratio 0,54). Pour les hommes, la part d'activité pour geste suicidaire a diminué significativement pendant la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019, tandis qu'aucune évolution significative n'était observée pour les femmes. Pendant les deux périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les seniors. L'activité pour geste suicidaire a augmenté significativement (+ près de 2 points) chez les 11-24 ans pendant la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative d'un point environ était observée chez les 25-64 ans et aucune évolution chez les seniors (Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (‰) pour idées et geste suicidaires par sexe et classe d'âge, Bourgogne-Franche-Comté, périodes 2017-2019 et 2020-2021

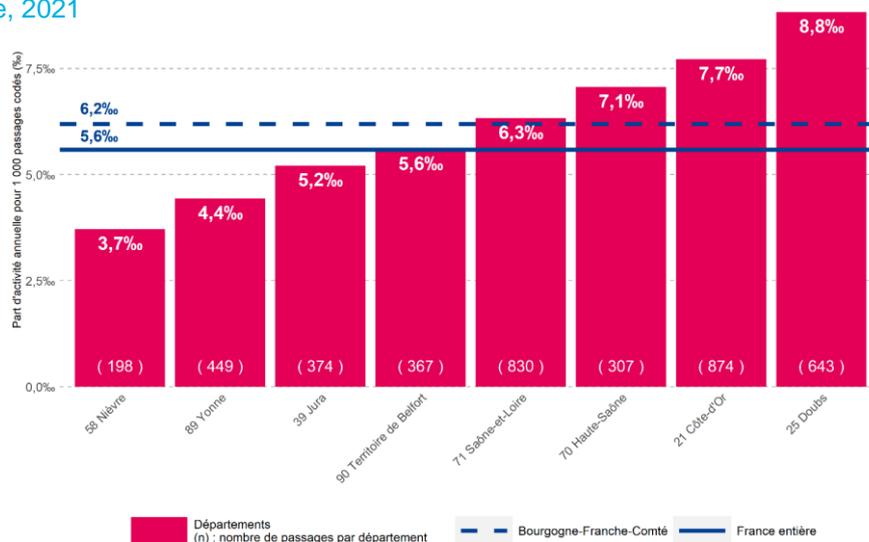
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	236	0,78	488	1,54	<0,001
	Femmes	215	0,74	562	1,89	<0,001
	11-24 ans	122	0,96	458	3,76	<0,001
	25-64 ans	279	0,97	505	1,72	<0,001
	65 ans et plus	50	0,28	88	0,44	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	1519	5,01	1469	4,65	0,002
	Femmes	2427	8,32	2448	8,23	0,541
	11-24 ans	932	7,35	1112	9,15	<0,001
	25-64 ans	2611	9,06	2390	8,13	<0,001
	65 ans et plus	403	2,24	416	2,10	0,164

* 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, 2021

En 2021, les parts d'activité de passages aux urgences pour geste suicidaire différaient selon le département. Elles étaient supérieures aux niveaux régional et national en Haute-Saône, en Côte-d'Or et dans le Doubs (comme en 2019, soit l'année avant la crise sanitaire), inférieures à ceux-ci dans la Nièvre, l'Yonne et le Jura ; et dans la moyenne en Saône-et-Loire et dans le Territoire-de-Belfort (Figure 6). Même si la part d'activité est élevée en Haute-Saône, ce département fait partie de ceux qui ont un nombre de passage parmi les plus faibles (307). Les différences entre département sont donc à interpréter avec précaution. Plusieurs hypothèses peuvent en partie les expliquer (pratiques de codage, offre de soins, ...). Ce constat est d'autant plus valable au regard des autres indicateurs décrits (Figure 13, page 16) à cet échelon géographique.

Figure 6 : Part d'activité (‰) des passages aux urgences pour geste suicidaire par département, Bourgogne-Franche-Comté et France entière, 2021



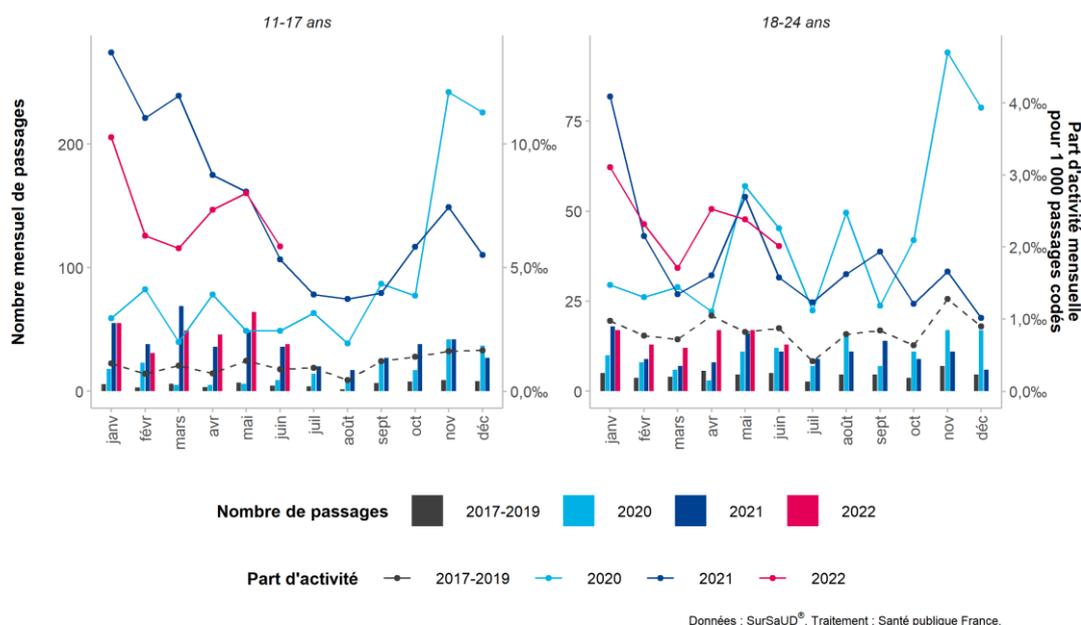
Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans étaient concernées par une forte hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires en nombre et en part d'activité à partir de 2020 comparativement à la période 2017-2019 ; cette tendance était encore plus marquée en 2021 et s'accroissait au premier semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire. Chez les 11-17 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences en 2021 était supérieur à celui de 2020 et à celui de la période 2017-2019 (effectifs respectivement égaux à près de 40, 20 et autour de 5 passages) ; la tendance était la même pour les parts d'activité. En revanche, le nombre moyen mensuel est équivalent pendant le premier semestre 2021 et celui de 2022. Chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences en 2020 et 2021 était équivalent sur ces deux années (autour de 10 passages) mais supérieur à celui de 2017-2019 (autour de 5 passages). Le premier semestre 2022 affichait une augmentation par rapport à la même période en 2021 pour cette classe d'âge (même si les effectifs restent faibles).

Dans ces deux tranches d'âge, des fluctuations importantes de la part d'activité étaient observées en 2020 et 2021, notamment une baisse durant le premier confinement en 2020, une nette augmentation à partir de novembre 2020, une baisse au printemps 2021 suivie d'une nouvelle augmentation à la rentrée 2021 ; la temporalité et l'intensité de ces fluctuations se distinguaient des variations saisonnières observées en 2017-2019 et sont notamment à mettre en lien avec les phases de la crise sanitaire (Figure 7).

Figure 7 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Bourgogne-Franche-Comté, janvier 2017-juin 2022



N.B. Les échelles pour l'axe des ordonnées diffèrent entre les graphes en raison de grands écarts d'effectifs

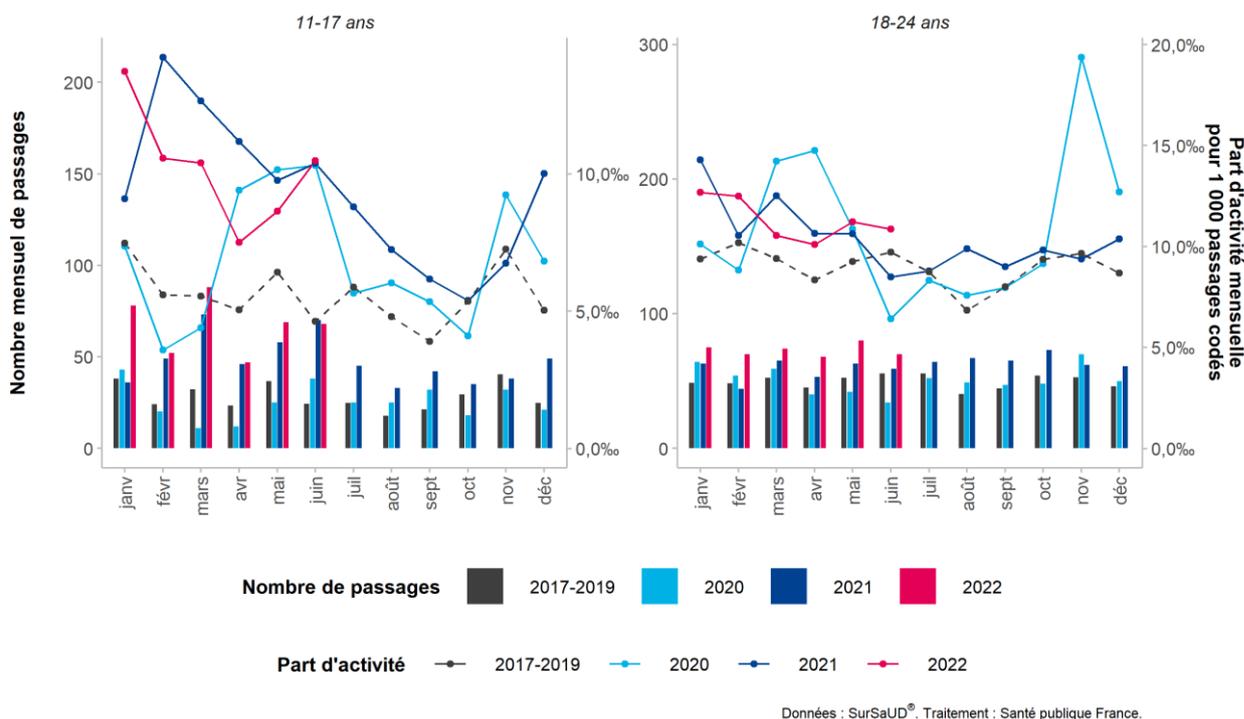
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, au cours du premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences était en forte hausse par rapport à la même période en 2021 (+21 %) et en 2020 (+170 %). Le nombre moyen mensuel en 2021 (48 passages) était très supérieur à celui de 2020 et celui de la période 2017-2019 (respectivement, +92 %, 25 passages ; +71 %, 28 passages). La part d'activité mensuelle moyenne augmente régulièrement en passant de 5,6 ‰ en 2017-2019 à 9,3 ‰ en 2021 (environ 7 ‰ en 2020 ; Figure 8, p.11).

Chez les 18-24 ans, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences au cours du premier semestre 2022 était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+26 %) et en 2020 (+49 %). Le nombre moyen mensuel en 2021 (62 passages) était supérieur à celui de 2020 (+21 %, 51 passages) et supérieur à la période 2017-2019 (+26 %, 49 passages). En revanche, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était globalement comparable à celle de la période 2017-2019 (Figure 8, p.11).

Ainsi, chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, le nombre de patients pris en charge dans les services d'urgence pour geste suicidaire a continué d'augmenter au cours du premier semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire.

Figure 8 : Nombres mensuels de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour geste suicidaire, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Bourgogne-Franche-Comté, janvier 2017-juin 2022



N.B. Les échelles pour l'axe des ordonnées diffèrent entre les graphes en raison de grands écarts d'effectifs

• Comparaison de l'activité des idées et geste suicidaires, 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 et geste suicidaires ont significativement augmenté pendant la période 2020-2021, comparativement à la période antérieure 2017-2019, cette augmentation étant particulièrement forte pour les idées suicidaires. L'augmentation entre les 2 périodes était significative chez les adolescentes/jeunes femmes pour les idées et geste suicidaires. Chez les adolescents/jeunes hommes, la part d'activité a significativement augmenté en 2020-2021 uniquement pour les idées suicidaires, aucune évolution significative n'étant observée pour le geste suicidaire (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, Bourgogne-Franche-Comté, 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	49	0,75	137	2,16	<0,001
	Femmes	73	1,19	320	5,53	<0,001
	11-17 ans	67	1,11	331	6,00	<0,001
	18-24 ans	55	0,83	126	1,91	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	279	4,29	289	4,55	0,276
	Femmes	653	10,60	823	14,19	<0,001
	11-17 ans	337	5,60	438	7,94	<0,001
	18-24 ans	595	8,94	674	10,15	<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 BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Données issues du PMSI-MCO

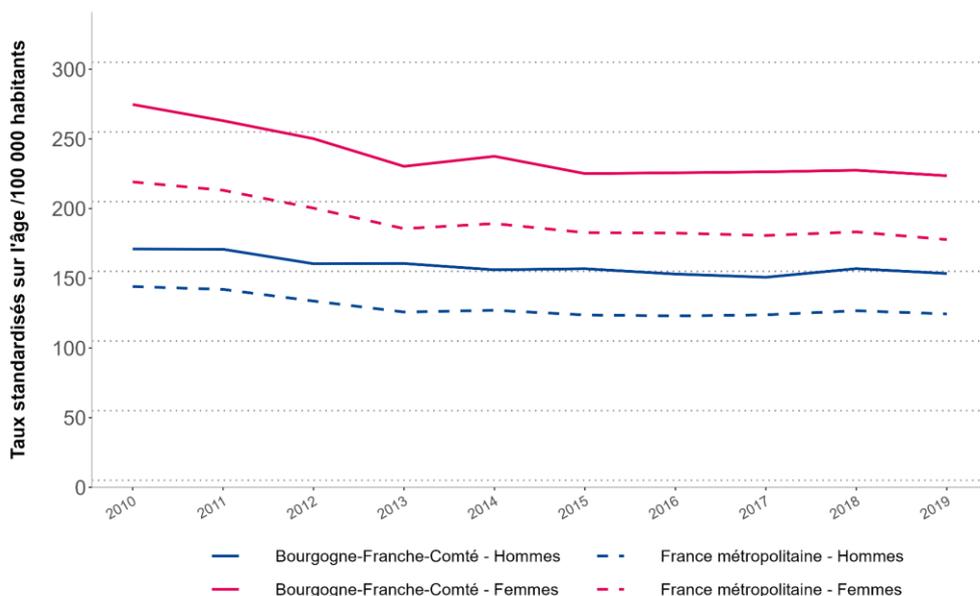
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010-2019

Entre 2010 et 2019, chaque année 4 921 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrées en moyenne chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Bourgogne-Franche-Comté. Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 189,4 pour 100 000 habitants en 2019, la région Bourgogne-Franche-Comté se situait au-dessus du taux national (152,1 pour 100 000 habitants).

Le taux régional d'hospitalisation pour TS, quel que soit le sexe, était globalement stable ces dernières années, comme observée au niveau national. Le taux chez les femmes était autour de 225 pour 100 000 habitants depuis 2015 et, chez les hommes, il était en moyenne autour de 155 pour 100 000 habitants depuis 2014 (Figure 9).

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



Données : Population âgée de 10 ans et plus.
Sources : Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Recensement France 2018 (Insee). Exploitation : Santé publique France.

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

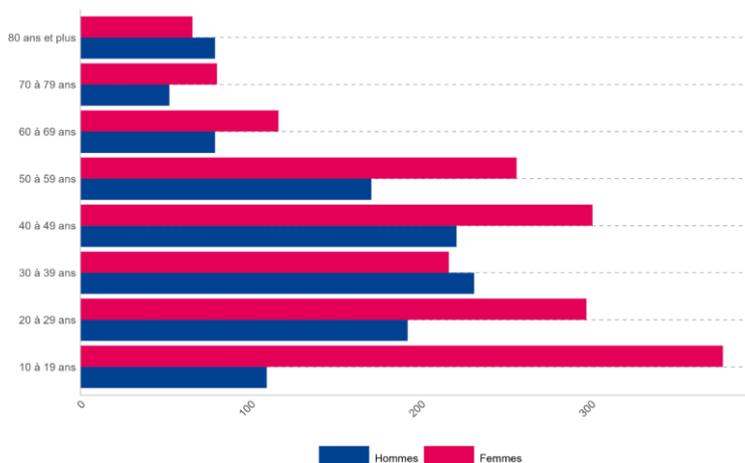
Comme au niveau national, pendant la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de Bourgogne-Franche-Comté âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (61 % des 13 886 hospitalisations pour TS ; sexe ratio H/F 0,64).

Les taux des 20-59 ans étaient nettement plus élevés (environ 2 fois plus) tant pour les femmes que pour les hommes aux taux enregistrés pour les 60 ans et plus.

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 377,6 pour 100 000 femmes, nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 10).

Chez les hommes, un taux brut d'hospitalisation pour TS supérieur à 200 est observé chez les 30-49 ans (231,4 pour 100 000 hommes âgés de 30-39 ans et 221,0 pour 100 000 hommes âgés de 40-49 ans) (Figure 10) ; la classe d'âge des 20-29 ans montrait un taux un peu inférieur (192,4 pour 100 000 hommes).

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



Données : Population âgée de 10 ans et plus.
Sources : PMSI-MCO. Exploitation : Santé publique France.

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

Pendant la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 11,2 pour 1 000 hospitalisations en Bourgogne-Franche-Comté, ce qui est dans la valeur observée en France métropolitaine (12,0 pour 1 000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les femmes que chez les hommes : elle passait de 14 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de 25-64 ans à 58 pour 1 000 hospitalisations chez ceux de 65 ans et plus, soit 4 fois plus, vs d'environ 6 décès pour 1 000 hospitalisations pour les 25-64 ans à 36 pour 1 000 chez celles de 65 ans et plus, soit 6 fois plus chez les femmes.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 81,2 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (10 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (6,8 %), la pendaison (3,4 %) et le saut dans le vide (1,5 %). D'autres modes étaient peu fréquents. L'auto-intoxication médicamenteuse était plus fréquemment utilisée par les femmes que par les hommes, ce mode étant néanmoins majoritaire aussi chez ces derniers. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) ainsi que des modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation était de 1 jour, tous modes confondus pendant la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par arme à feu (5 jours), expositions aux fumées, gaz ou flammes (4 jours) et saut dans le vide (3 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (237 décès pour 1 000 hospitalisations) et pendaison (113 pour 1 000 hospitalisations). Même si la létalité hospitalière est élevée pour les TS par exposition aux fumées, gaz ou flammes (67 pour 1 000 hospitalisations), elle doit être interprétée avec précaution au regard du faible nombre de séjours (n=45).

Tableau 3 : Part (%) des modes de tentative de suicide, tous sexes, chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus hospitalisés pour tentative de suicide, durée médiane de séjour et létalité hospitalière, Bourgogne-Franche-Comté, 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	11 275	81,2	85,5	74,5	1,0	4
Objet tranchant	1 393	10,0	9,5	10,8	1,0	6
Auto-intoxication par d'autres produits	939	6,8	5,3	9,0	1,0	10
Pendaison	477	3,4	1,9	5,8	1,0	113
Saut dans le vide	204	1,5	1,2	1,8	3,0	64
Arme à feu	93	0,7	0,1	1,6	5,0	237
Collision intentionnelle	53	0,4	0,2	0,7	1,0	19
Noyade	49	0,4	0,3	0,4	1,0	41
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	45	0,3	0,2	0,5	4,0	67
Mode non précisé	267	1,9	1,8	2,1	2,0	34

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

Cartographie des taux d'hospitalisation 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 tentative de suicide (TS) apparaissaient relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes pendant 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 (Corse-du-Sud) 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 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) : les Pyrénées-Atlantiques, la Corse-du-Sud 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, le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis en Ile-de-France.

Dans 6 départements métropolitains, les taux d'hospitalisation 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 et **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) : la Lozère, le Puy-de-Dôme, Paris et Pas-de-Calais.

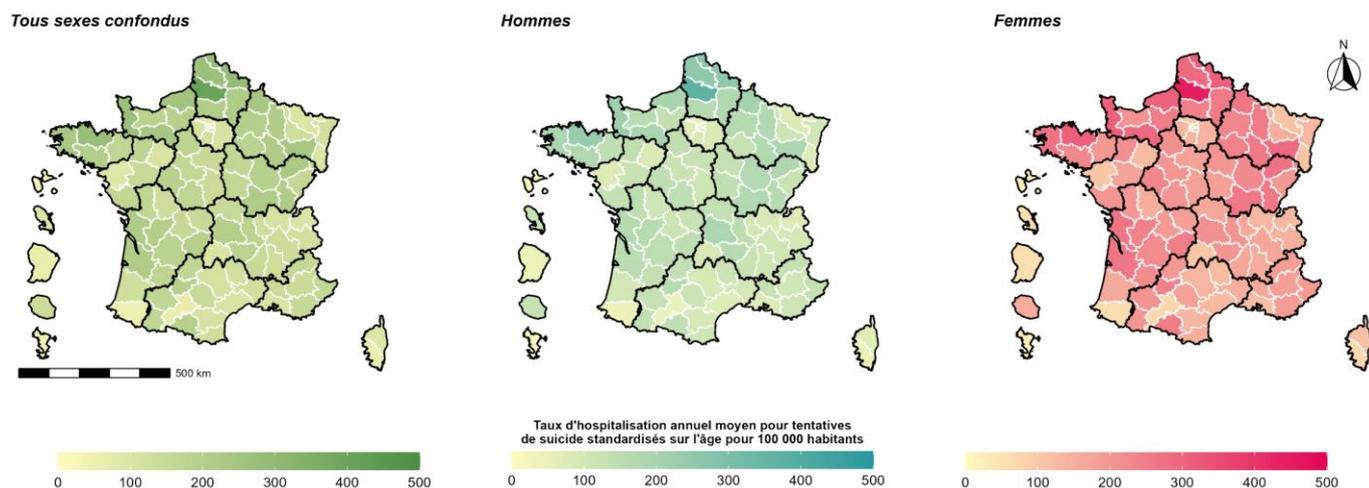
Les Drom présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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. page 22).

En Bourgogne-Franche-Comté, les taux de **Haute-Saône et de Saône-et-Loire** faisaient partie des 20 taux les plus élevés de France. Le **Jura, la Saône-et-Loire et la Haute-Saône** affichaient un taux d'hospitalisation parmi les 20 plus importants de France **chez les femmes** (respectivement 262,0, 262,5 et 270,5 pour 100 000 femmes). Le **Territoire-de-Belfort** fait partie des extrêmes en terme de sexe ratio du taux pendant la période 2017-2019.

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



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

• Taux d'hospitalisation, 2020-2021

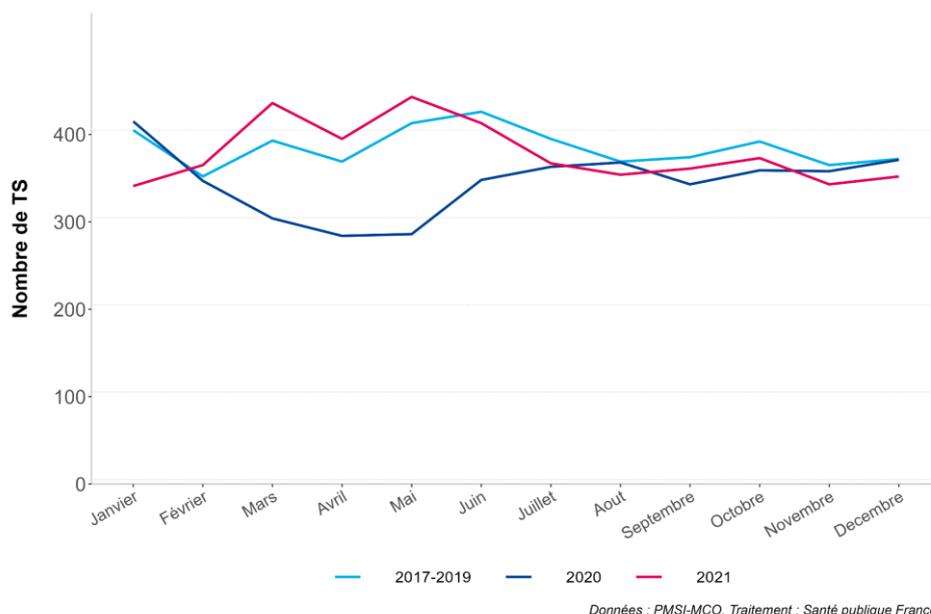
Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS est passé de 170,4 en 2020 à 187,2 pour 100 000 habitants en 2021. Le taux régional (tous sexes) enregistré en 2021 a ainsi retrouvé le taux observé en 2019. Cependant, le taux d'hospitalisation des femmes en 2021 est supérieur à celui de 2019 (223,6 en 2019, 201,4 en 2020 et 233,6 en 2021).

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En Bourgogne-Franche-Comté, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du premier confinement lié à l'épidémie de COVID-19 (Figure 12). Une tendance de diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aigüe 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 premier confinement.

En 2021, aucune tendance temporelle inhabituelle n'a été observée avec 4 543 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année (contre 4 625 en moyenne pendant les années 2017-2019). En 2020, 12,1 % des TS concernaient les personnes de 65 ans et plus, contre 9,8 % les années précédentes ; à l'inverse en 2021, une part plus importante est observée chez les 10-24 ans (36,4 % vs 25,5 % en 2017-2019) (Tableau 4).

Figure 12 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, chez les 10 ans et plus, tous sexes, Bourgogne-Franche-Comté, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



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

La part des hommes dans les hospitalisations pour TS a diminué en 2021 (mais pas en 2020) par rapport aux années précédentes (35,7 % vs 39,0 % en 2017-2019, $p < 0,001$). 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 jeunes de 10-24 ans et celle des 65 ans et plus a augmenté tandis que celle des adultes de 25 à 64 ans a diminué. Inversement, la part des jeunes de 10-24 ans a fortement augmenté en 2021 (36,4 % en 2021 vs 25,5 % en 2017-2019) tandis que celle des 25-64 ans baissait notablement.

Les modes de TS reportés ont évolué. L'auto-intoxication par d'autres produits a significativement augmenté en 2020 (8,9 % vs 6,9 % en 2017-2019, $p < 0,01$) et a poursuivi sa progression en atteignant 9,5 % en 2021. L'utilisation d'objet tranchant a significativement augmenté (respectivement 13,6 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS en 2021 vs 10,2 % en 2017-2019, $p < 0,01$) ainsi que la pendaison (4,6 % en 2021 vs 3,5 % en 2017-2019, $p = 0,006$). La proportion des séjours pour auto-intoxication médicamenteuse a, quant à elle, significativement diminué en 2021 (79,1 % vs 82,5 % en 2017-2019, $p < 0,01$) (Tableau 4).

¹ 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

² 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 : Principales caractéristiques des séjours hospitaliers pour TS (%), Bourgogne-Franche-Comté, chez les 10 ans et plus, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	39,0%	39,1%	0,889	35,7%	<0,001
	Femme	61,0%	60,9%		64,3%	
Classe d'âge	10-24 ans	25,5%	27,6%	<0,001	36,4%	<0,001
	25-64 ans	64,6%	60,3%		54,0%	
	65 ans et plus	9,8%	12,1%		9,7%	
Létalité		1,1%	1,7%	0,007	1,5%	0,029
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	82,5%	80,7%	0,080	79,1%	<0,001
	Objet tranchant	10,2%	11,4%	0,185	13,6%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	6,9%	8,9%	<0,001	9,5%	<0,001
	Pendaison	3,5%	3,6%	1,000	4,6%	0,006
	Saut dans le vide	1,5%	2,0%	0,185	1,5%	1,000
	Arme à feu	0,7%	0,6%	1,000	0,5%	1,000
	Noyade	0,4%	0,3%	1,000	0,3%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,2%	0,904	0,4%	1,000
	Collision intentionnelle	0,4%	0,2%	0,455	0,2%	0,441

* 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=13669 en 2017-2019, 4090 en 2020 et 4468 en 2021).

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

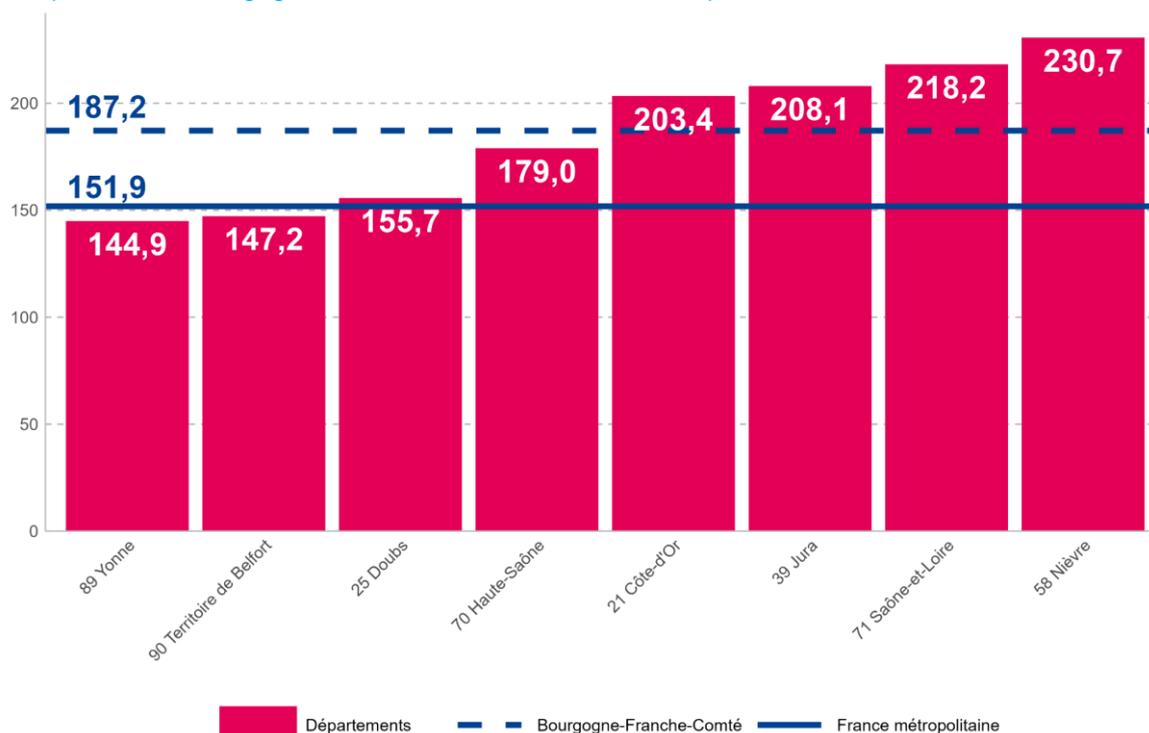
Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Hospitalisations pour TS par département dans la région et en France métropolitaine, 2021

Au niveau départemental, en 2021, la Côte-d'Or, le Jura, la Saône-et-Loire et la Nièvre présentaient les taux les plus élevés, à des niveaux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine (Figure 13).

En 2021, la Nièvre affichait la plus faible activité aux urgences (inférieur à 4 pour 1 000 passages avec un diagnostic codé chez les 11 ans et plus ; Figure 6, page 9) et le plus fort taux d'hospitalisation pour TS chez les 10 ans et plus. Cette même observation était valable pour le Jura même si la différence est moins marquée. Le département de la Haute-Saône présentait, quant à lui, l'activité aux urgences parmi les plus élevées (autour de 7 ‰) et un taux d'hospitalisation inférieur à celui de la région. Ces observations peuvent être en partie expliquées par des paramètres non quantifiés tels que des pratiques de codage aux urgences différentes, des admissions en MCO sans passage aux urgences, des prises en charge par des établissements de soins spécialisés en psychiatrie sans passer par un établissement de court séjour MCO, ou un niveau de gravité des TS admis aux urgences pouvant ne pas nécessiter d'hospitalisation en MCO par la suite.

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, Bourgogne-Franche-Comté et France métropolitaine, 2021



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

ÉVOLUTION 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

Référence : 5^{ème} 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°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 tentatives de suicide (TS). Si globalement les hospitalisations pour TS semblaient moins importantes pour l'année 2020 comparées 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 02/01/2017 et le 31/05/2021 pour 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; incluant le 3^{ème} confinement car moins restrictif que les deux précédents).

Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide 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 (Figure 14) pour la période équivalente. 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.

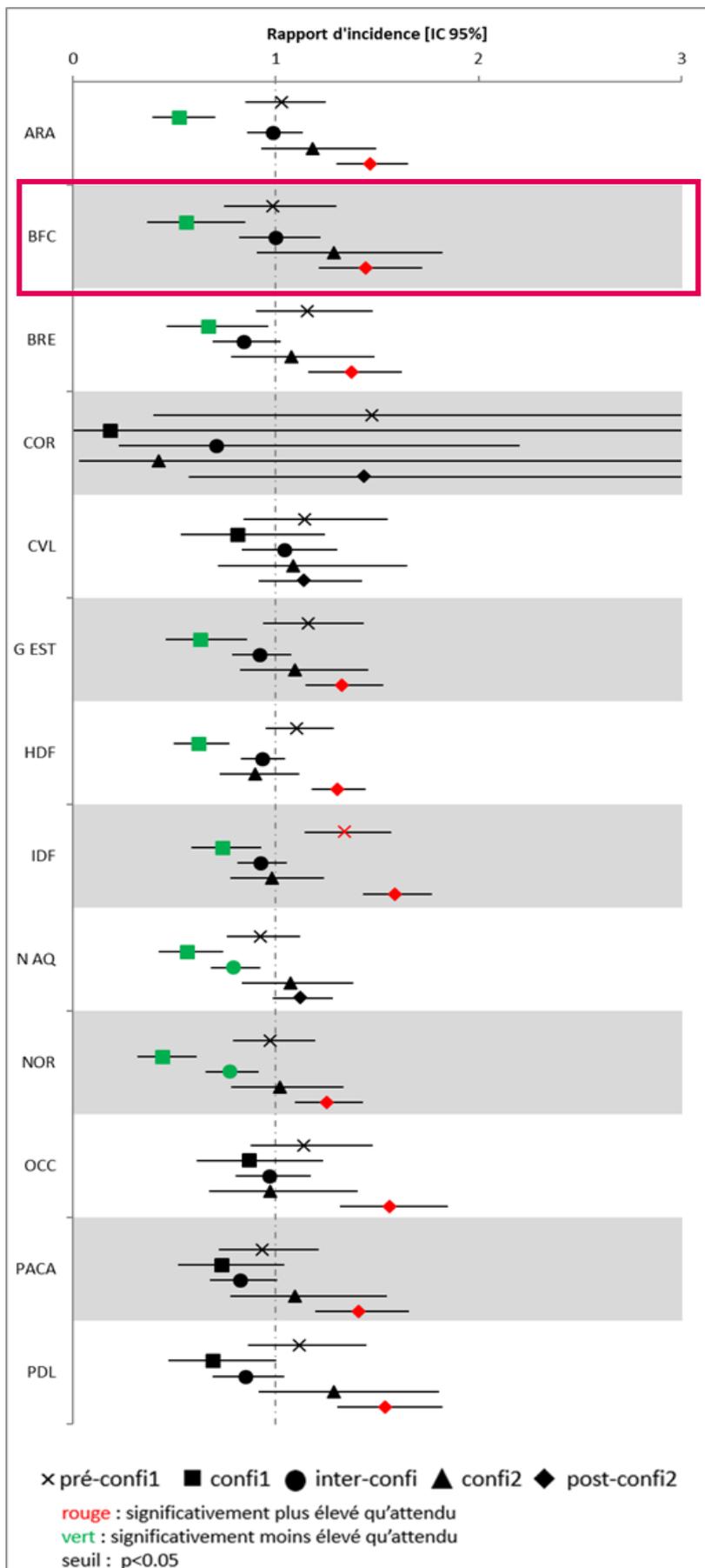
Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale ainsi qu'à La Réunion, on observe une chute nette des hospitalisations pour tentative de suicide 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, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant 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).

Dans les Drom, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en dehors du premier confinement, les mesures de freinage prises par les territoires respectifs, ainsi que les périodes durant lesquelles elles ont été déployées étaient différentes de la métropole.

En **Bourgogne-Franche-Comté**, comme dans la plupart des régions métropolitaines, une baisse significative du taux d'hospitalisation pour TS est observée lors du premier confinement chez les femmes de 10 à 24 ans. Cet indicateur augmente ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19 (sans influence du second et troisième confinement).

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



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 (S01-11)
- confi1 Premier confinement (S12-19)
- inter-confi Inter-confinement (S20-44)
- confi2 Deuxième confinement (S45-50)
- post-confi2 Post-confinement (S51-52,S01-20), incluant le 3^{ème} confinement

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En 2017, 422 personnes résidant en Bourgogne-Franche-Comté se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 16,5 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus qui était supérieur à celui de la France métropolitaine (14,4 pour 100 000 habitants). La majorité (75 % ; n=316) des décès par suicide concernait des hommes ; le taux de mortalité par suicide de 25,6 pour 100 000 habitants chez les hommes en Bourgogne-Franche-Comté était plus élevé que le taux en France métropolitaine (22,5 pour 100 000 hommes), et comparable à la médiane des régions métropolitaines (25,6 pour 100 000 habitants). Chez les femmes, le taux régional de mortalité par suicide en 2017 était légèrement supérieur au taux en France métropolitaine (8,0 vs 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 25,3 à 16,5 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe chez les hommes (25,6 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs 40,9 en 2000) comme chez les femmes (8,0 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs 11,3 en 2000) (Figure 15). Le décès par suicide était en moyenne trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le sexe ratio des taux diminue légèrement tout en restant supérieur à 3 (3,6 en 2000 et 3,2 en 2017 - Figure 15). L'analyse temporelle selon l'âge montrait globalement une diminution des taux de mortalité dans toutes les classes d'âge depuis 2015 (Figure 16). La classe d'âge 75 ans et plus présentait des taux de mortalité nettement plus élevés que les autres classes d'âge depuis 2010, avec cependant une réduction de l'écart avec les 45-59 ans, tandis que celle des 10-29 ans présentait les taux les plus faibles.

Figure 15 : Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Bourgogne-Franche-Comté et France métropolitaine, 2000-2017

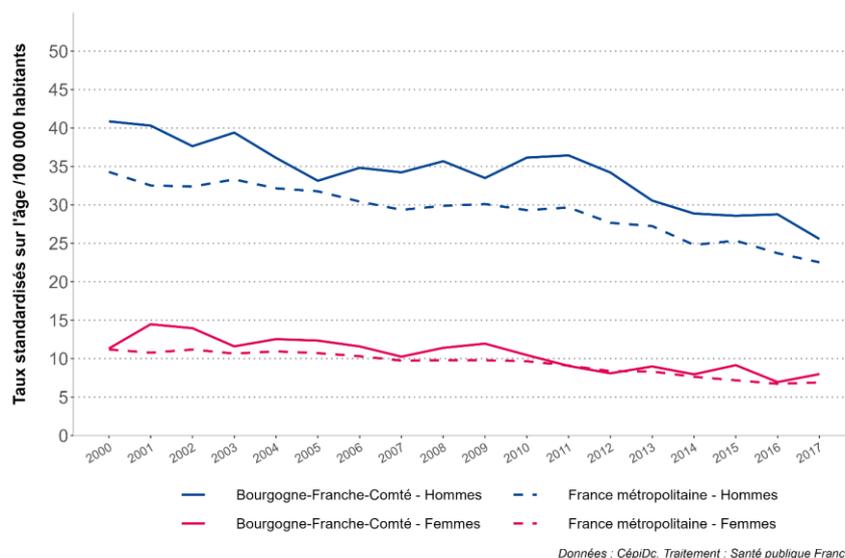
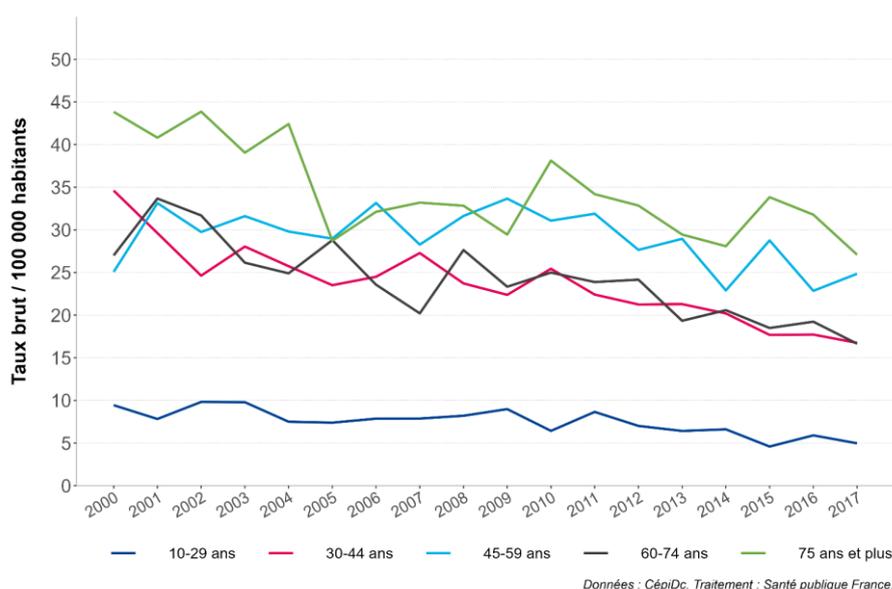


Figure 16 : Taux bruts annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), tous sexes, Bourgogne-Franche-Comté, 2000-2017



Part du suicide dans la mortalité toutes causes et caractéristiques des décès par suicide, 2015-2017

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

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 1,5 % (n = 1 345) des décès toutes causes confondues en Bourgogne-Franche-Comté, comme au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,3 % (n=1 025) dans la région contre 2,2 % (n=19 811) au niveau national. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure : 0,7 % (n = 320) 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 importante chez les 10-19 ans (16,4 %), 20-29 ans (15,6 %) et les 30-39 ans (19,5 %). Dans ces classes d'âge, la part du suicide dans la mortalité était nettement plus importante pour les jeunes hommes (respectivement 17,8 % chez les 10-19 ans, 16,8 % chez les 20-29 ans et 22,4 % chez les 30-39 ans) que pour les jeunes femmes (respectivement 13,8 % chez les 10-19 ans, 11,1 % chez les 20-29 ans et 11,9 % chez les 30-39 ans). La part des décès des hommes âgés de 40-49 ans n'est pas négligeable (15,1 %).

Les suicides représentaient 16,4 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) et 0,4 % chez les plus âgés (80 ans et plus).

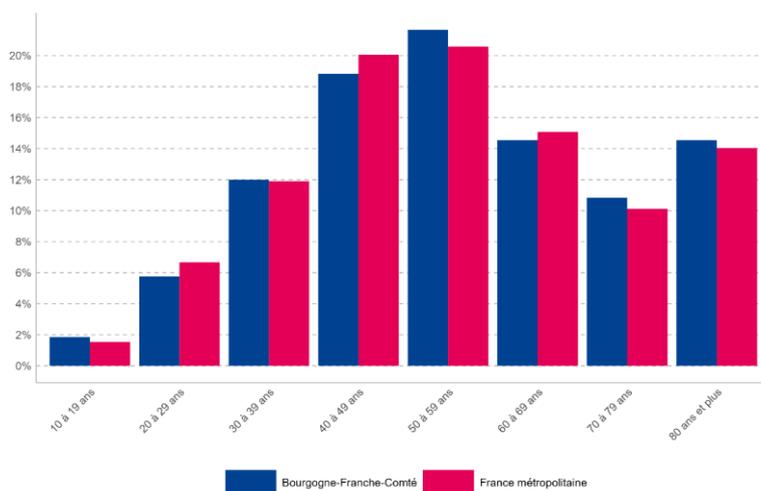
• Répartition des décès par suicide selon l'âge et selon le sexe, 2015-2017

En Bourgogne-Franche-Comté, entre 2015 et 2017, les hommes représentaient 76,2 % (n=1 025) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

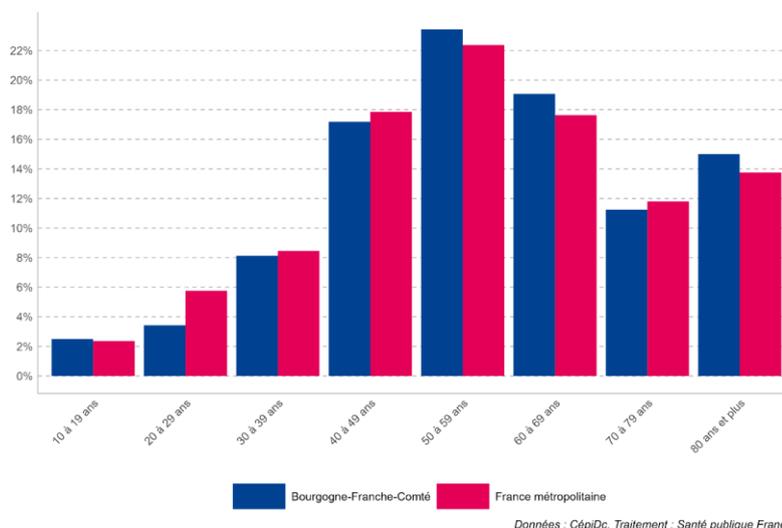
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 50-59 ans (21,7 % des suicides), les 40-49 ans (18,8 %), les 60-69 ans et les 80 ans et plus (14,5 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (23,4 %), les 60-69 ans (19,0 %), les 40-49 ans (17,2 %) et les 80 ans et plus (15,0 %). Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (2 à 2,5 %). La Bourgogne-Franche-Comté se distinguait par une part élevée (tous sexes) des suicides chez les 50-59 ans (3^{ème} taux le plus élevé après la Bretagne et l'Auvergne-Rhône-Alpes). De même, la part des 10-19 ans est le second taux le plus élevé en France métropolitaine (après l'Île-de-France). La part des suicides des 80 ans et plus est plus importante chez les femmes, comparativement à la France métropolitaine (Figure 17b).

Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge (%), par sexe, chez les 10 ans et plus, Bourgogne-Franche-Comté et en 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 Bourgogne-Franche-Comté était la pendaison (57,9 % 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 (18,1 %) lequel était rare chez les femmes (0,9 %). Chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (26,2 %), moins fréquent chez les hommes (5,7 %). Les suicides par saut dans le vide, par noyade et par auto-intoxication par d'autres produits étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 9,1 %, 10,9 % et 4,4 %) que chez les hommes (respectivement 3,3 %, 2,1 % et 1,7 %) (Tableau 5).

Tableau 5 : Part (%) des modes de suicide tous sexes, chez les hommes et chez les femmes, Bourgogne-Franche-Comté, 2015-2017

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	779	57,9	40,9	63,2
Arme à feu	189	14,1	0,9	18,1
Auto-intoxication médicamenteuse	142	10,6	26,2	5,7
Saut dans le vide	63	4,7	9,1	3,3
Noyade	57	4,2	10,9	2,1
Auto-intoxication par d'autres produits	31	2,3	4,4	1,7
Collision intentionnelle	17	1,3		
Objet tranchant	12	0,9		
Exposition aux fumées, gaz ou flammes				
Mode non précisé	150	11,2	11,9	10,9

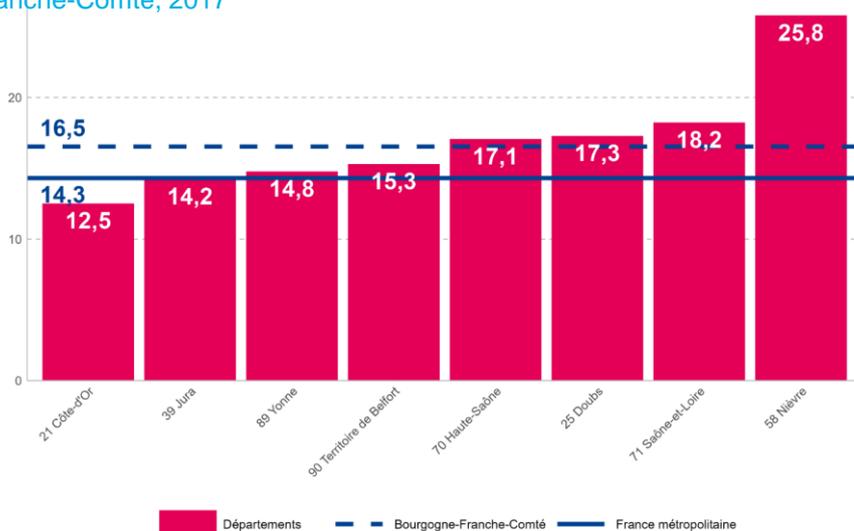
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

• 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 Bourgogne-Franche-Comté âgées de plus de 10 ans différaient selon le département. La moitié des départements de la région présentait des taux de mortalité par suicide à la fois supérieurs au taux régional et à celui de la France métropolitaine : la Haute-Saône, le Doubs, la Saône-et-Loire et la Nièvre (Figure 18), malgré la baisse observée comparé à 2015 pour 3 d'entre eux. Les plus fortes baisses sont attribuées au Jura (-9,4 points) et à la Haute-Saône (-8,8 points). La Haute-Saône présentait en 2017 des taux de mortalité chez l'homme (35,8 pour 100 000 habitants) et chez la femme (11,5 pour 100 000 habitants) parmi les plus élevés des départements métropolitains, plaçant le département au 11^{ème} rang pour les hommes et au 3^{ème} rang pour les femmes. Par ailleurs, pour les hommes, la Nièvre avec un taux de 35,4 pour 100 000 habitants, se situait au 9^{ème} rang des taux départementaux les plus élevés chez l'homme (cf. Figure 19, page 22). Dans la Nièvre, le taux de suicide chez les hommes était 6 fois plus élevé que chez les femmes ; le sexe ratio était le 4^{ème} plus élevé de tous les départements.

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 (IML) n'étant pas déclarés au CépiDC, il en résulte une sous-estimation de la mortalité plus ou moins importante³ (taux de sous-déclaration estimés en 2006 à 5,9 % en Bourgogne et 3,9 % en Franche-Comté), 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 Bourgogne-Franche-Comté, c'est possiblement le cas du Jura où le taux de mortalité est l'un des plus faibles tandis que le taux d'hospitalisation était l'un des plus élevés de la région (cf. Figure 13, page 16 ; la tendance étant comparable selon le sexe). A l'inverse, la Nièvre et la Saône-et-Loire affichaient les taux d'hospitalisation et de mortalité les plus élevés.

Figure 18 : Taux départementaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, Bourgogne-Franche-Comté, 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 IML n'est pas déclarée au CépiDC³. 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 5,3 pour 100 000 hommes (Paris) à 45,2 pour 100 000 (Côtes-d'Armor) et chez les femmes de 2,6 pour 100 000 femmes (Rhône) à 13,9 pour 100 000 femmes (Sarthe). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient au moins 2 fois plus élevés 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-la-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-la-Loire) et la Manche (Normandie).

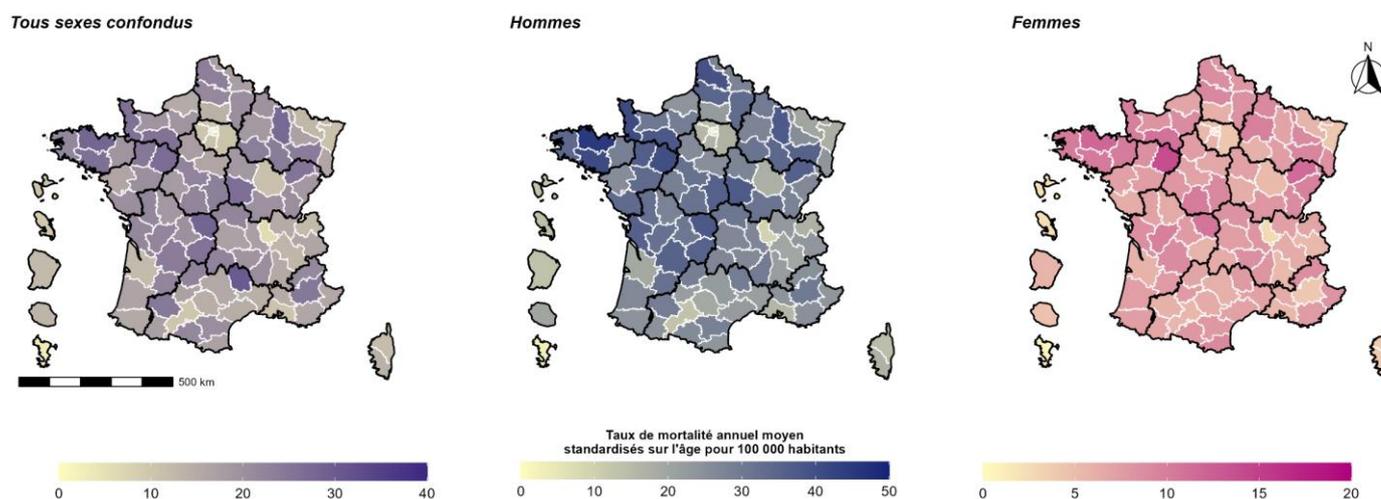
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). 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 11, page 14).

Dans 28 départements métropolitains, la mortalité par suicide était plus élevée chez les hommes que chez les femmes ; le sexe ratio des taux dépassait 5 dans 6 départements au moins 4 fois 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 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 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 standardisés sur l'âge, tous sexes et par sexe, France entière, 2015-2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

³ Richaud Eyraud E., Gignozac 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 certificat de décès. La revue de médecine légale, 1776(1), 1-39.

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

Référence : 5^{ème} 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

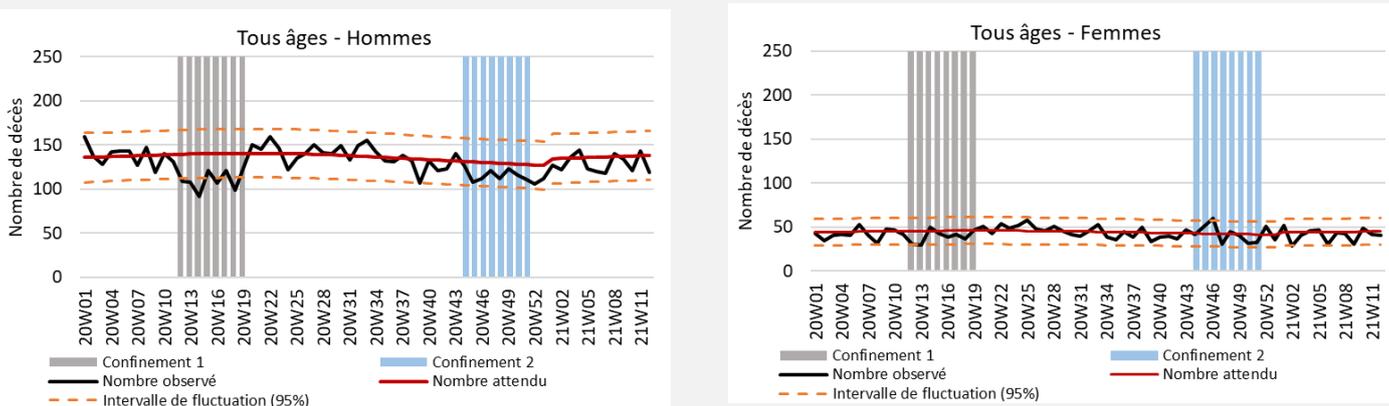
Une étude fondée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies (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 premier 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 premier 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 second 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 âgées. 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 : Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de S01-2020 à S12-2021, France entière



• 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.

Le taux de décès certifiés électroniquement en Bourgogne-Franche-Comté en 2018 était d'environ 9 % (et dépassait 10 % dans les maisons de retraite).

ACTIONS/FORMATION/ SYNTHÈSE EN RÉGION

Sensibilisation par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté aux déclarations des tentatives de suicide et suicides chez la personne âgée institutionnalisée

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté a identifié depuis 2016 près de 24 suicides et 41 tentatives de suicides déclarés par les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) grâce au système de signalement des Événements Indésirables Graves, **chiffres sans doute en-deçà des réalités rencontrées dans ces établissements.**

Le centre régional ressource de la psychiatrie du sujet âgé porté par le CHU Besançon et le CHU Dijon propose une consultation suicidologie de la personne âgée pour les patients de plus de 65 ans en situation de crise suicidaire, avec ou sans antécédent psychiatrique. Elle est mobilisable par les professionnels partenaires (santé, EHPAD). C'est la raison pour laquelle une **démarche de réflexion relative à la prévention du risque suicidaire en EHPAD** s'est initiée à l'ARS en lien avec le Conseil Départemental de Saône-et-Loire, l'ERAGE* et Santé publique France. Aussi, afin de pouvoir identifier les points saillants communs à tous ces signalements et mettre en place un plan d'action régional spécifique de prévention du risque de suicide en EHPAD, nous vous rappelons de bien vouloir déclarer ces événements via le portail national de déclaration <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

**Equipe régionale d'appui à la Gestion des Événements indésirables*

Source : [CRIQUETS n°3, décembre 2019](#)

Bilan réalisé à partir des signaux déclarés à l'ARS en 2019

Parmi les événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS), 17 % concernaient des suicides ou tentatives de suicide (vs 18 % au niveau national).

Source : [CRIQUETS n°4, mars 2020](#)

Prévention : des formations au repérage de la crise suicidaire

Des formations au repérage de la crise suicidaire ont été financées par l'ARS et mises en place par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Bourgogne-Franche-Comté sur l'ensemble de la région.

Source : Des bilans 2020, 2019-2020 et 2018 sont disponibles [ici](#)

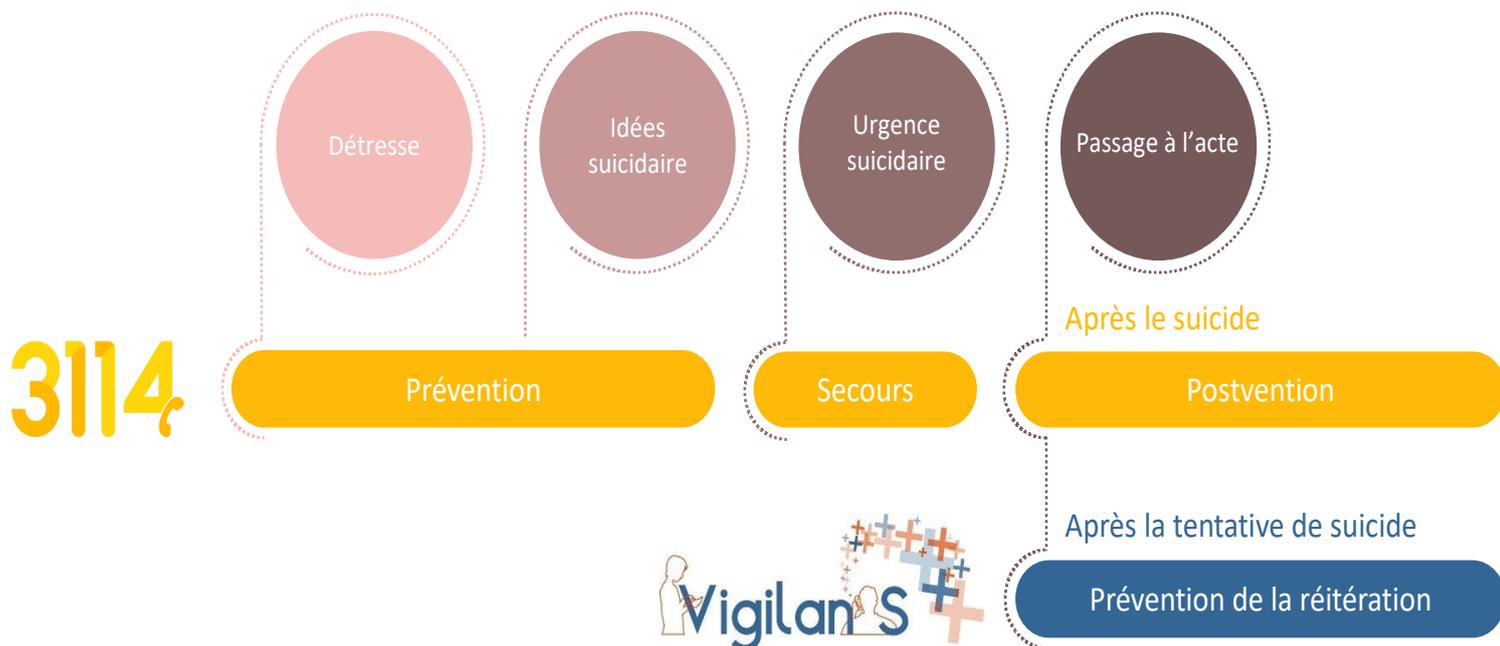
Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et les ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire ont réalisé une étude qualitative, en partant d'expériences concrètes et du vécu de 28 jeunes de 15 à 25 ans ayant exprimé des idées suicidaires, des projets de suicide ou ayant effectué des tentatives de suicide.

Source : Synthèse de l'étude [ici](#)

ARTICULATION DES ACTIONS DE PREVENTION EN RÉGION

Le 3114 et VigilanS tirent leur complémentarité à la fois de leur mission commune et de leurs spécificités.



SAINT-YLIE JURA
CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ

VigilanS
Franche-Comté

Après une tentative de suicide ...

VigilanS est là pour vous !

Scannez-moi !

Parlez-en aux soignants qui vous accompagnent

Plus d'informations sur le site : www.chsjura.fr/offre-de-soins/dispositif-vigilans-prevention-du-suicide

ars CHRU

Direction communication - Février 2022 - communication@chsjura.fr

Entretien sur le fonctionnement de VigilansS implanté au Centre Médico-Psychologique à Dole (Source : [Santé en action, décembre 2019](#))

A ce jour, l'équipe à Dole est composée d'un médecin coordinateur, d'un cadre de santé, des Vigilanseuses et d'une secrétaire. La veille est la même pour tous les patients : un appel à J10-J21, un appel à J90 et clôture de veille à 6 mois par l'envoi d'une carte postale.

L'équipe du CHU Dijon est composée d'un médecin coordinateur, d'un cadre de santé, d'IDE et d'une secrétaire.

Bilan du dispositif VigilansS au CHS de Sevrey (Saône-et-Loire) entre janvier 2020 et juin 2021. Cette évaluation montre une forte adhésion dans la prise en charge des patients à travers le dispositif VigilansS, permettant d'envisager avec intérêt le développement d'un tel suivi sur l'ensemble de la région. Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité du dispositif à l'avenir.

(Source : Lettre psychiatrique 2022 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-6-page-455.htm>)

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des passages aux urgences pour geste et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant à la surveillance SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès - dispositif Oscour®) de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), mise en œuvre et coordonnée par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. En Bourgogne-Franche-Comté, le réseau repose sur 41 structures d'urgences et couvre environ 96 % des passages aux urgences répertoriés en 2022 par l'Observatoire régional des Urgences. Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 93 % la complétude diagnostique en région (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 participants au réseau Oscour®, Bourgogne-Franche-Comté, 2022.

Département	Couverture SU	% complétude des diagnostics (principaux ou associés)
Côte-d'Or	6/6 (100 %)	97,2 %
Doubs	4/4 (100 %)	93,9 %
Jura	6/6 (100 %)	94,5 %
Nièvre	5/5 (100 %)	91,6 %
Haute-Saône	3/3 (100 %)	93,7 %
Saône-et-Loire	8/8 (100 %)	88,2 %
Yonne	7/7 (100 %)	99,4 %
Territoire-de-Belfort	2/2 (100 %)	86,7 %
Bourgogne-Franche-Comté	41/41 (100 %)	93,4 %

Les données d'hospitalisation pour TS sont issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (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 Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (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'entrées 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 :

- **Geste suicidaire** : 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 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et tentatives de suicide 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, anti-épileptiques, 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.

BIBLIOGRAPHIE (2/2)

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)
- Lazzerini 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 certificat 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>].
- 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, Sañas 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>

Réitération

- 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 CONDUITE SUICIDAIRES BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Sabrina Tessier¹, Sonia Chêne¹, 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

¹Direction 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, 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 : Olivier Retel, responsable cellule BFC ; Anne Laporte, Directrice ; Patrick Rolland, Coordonnateur de l'animation scientifique

Avec la contribution des collègues de l'ARS du parcours Santé mentale (Mme Zenou Delphine et Taфраout Eva), des équipes Vigilans (Drs Benetti Maud et Tainturier Claire-Marie), de l'Observatoire des Urgences de Bourgogne-Franche-Comté (Dr Hervé Roy),

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®
- L'ORU Bourgogne-Franche-Comté et la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU), les concentrateurs régionaux de résumés de passages aux urgences (RPU)
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- L'ARS, SAMU-Centre 15, Etablissements de santé, Caisse nationale d'assurance maladie, Insee, Inserm, CépiDC
- Les équipes du réseau Vigilans et du 3114

CONTACT

Santé publique France Bourgogne-Franche-Comté : cire-bfc@santepubliquefrance.fr