

Santé mentale et Covid-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#); [p.2 Sigles](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récidence](#); [p.4 Synthèse](#); [p.8 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#); [p.12 Hospitalisations pour tentative de suicide](#); [p.17 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.19 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.23 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19](#); [p.24 Actions de prévention du suicide en région](#); [p.26 Méthodologie](#); [p.28 Bibliographie](#); [p.29 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

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

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

SIGLES

- ARS : Agence régionale de santé
- CépiDc: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CIM10 : Classification internationale des maladies, 10^{ième} révision
- DA / DP : Diagnostic associé / diagnostic principal
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- GEPP : Groupe d'échange de pratiques professionnelles
- 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
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

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 soin 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 tentative de suicide et 75 % des récidives ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide. La survenue d'une tentative de suicide 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 ou leur hospitalisation.

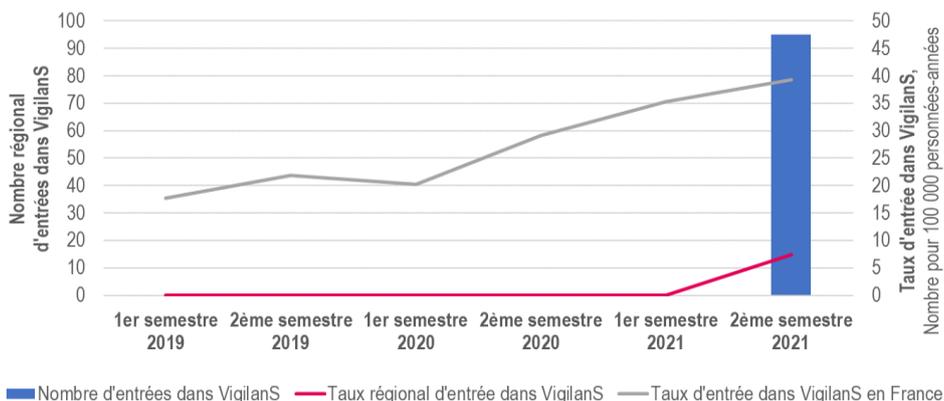


Une fois entrée dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et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

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

En Centre-Val de Loire, Vigilans a débuté en 2021 autour d'un centre de coordination au CHRU de Tours. Le nombre d'inclusions* de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux, rapporté à la population de la région sont présentés en Figure 1.

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles inclusions dans Vigilans et taux d'inclusion semestriel (/100 000 personnes-années), Centre-Val de Loire et France entière, 2019-2021



Vigilans : pour en savoir plus	3114 : pour en savoir plus
Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans ici	Site du numéro national de prévention du suicide : https://3114.fr
CdP-2021-VIGILANS.pdf (chu-tours.fr)	Le CHRU de Tours impliqué dans le dispositif national de prévention du suicide ici

*Le taux d'entrée (ou d'inclusions) 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.

SYNTHÈSE

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 suicidaire et le geste suicidaire.

Jusqu'à février 2019, avec la parution des premiers 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 épidémiologique « 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 DROM et la Corse) met à disposition les principaux indicateurs de cette surveillance réactive de la santé mentale en région.

Ce bulletin de santé publique 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 ; 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 suicidaires (IS) et geste suicidaire (GS) : les indicateurs de nombre de passages et de part d'activité sont issus des données du réseau OSCOUR® (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 tentatives de suicide (TS) : les taux annuels d'hospitalisation pour TS et les caractéristiques des hospitalisations pour TS, issus de la base de données du 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; les caractéristiques des TS en 2020 et 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 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>

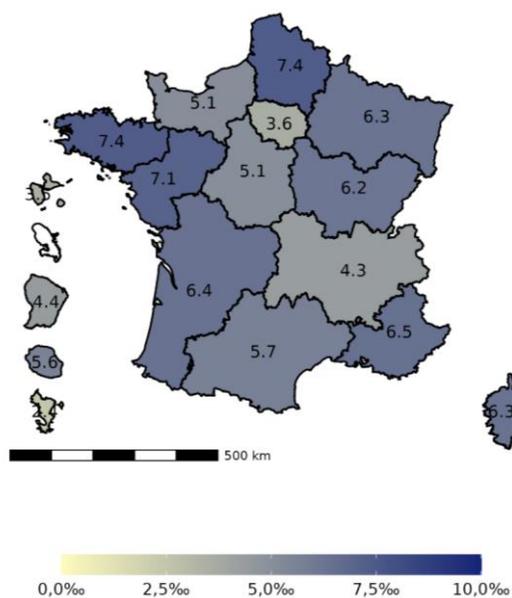
Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour mille dans 3 régions : les Hauts-de-France, la Bretagne et les Pays de la Loire ; elle était inférieure à 4 pour mille passages en Île-de-France et dans deux DROM (Guadeloupe et Mayotte). Pour la métropole, on observe une diagonale ouest-est allant de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes avec une activité modérée entre 4,3 et 5,1 pour mille passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Île-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 GS parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

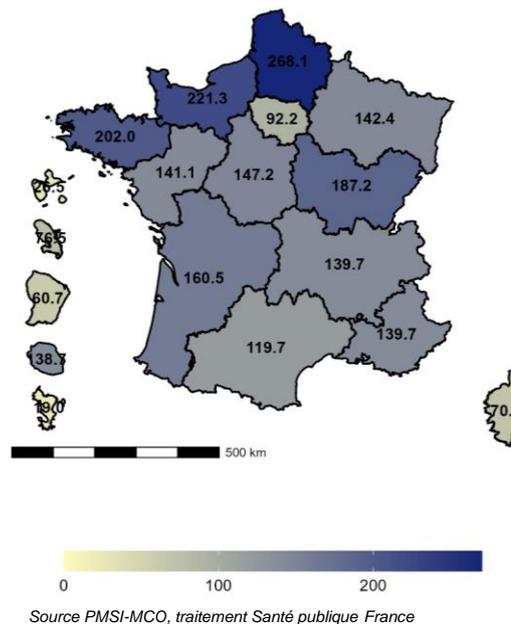
Concernant les hospitalisations pour tentatives de suicide, les taux régionaux annuels d'hospitalisation standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus variaient pour les régions métropolitaines, de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 dans les Hauts-de-France soit près de 4 fois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

Figure 2. Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (%) chez les 11 ans et plus, 2021



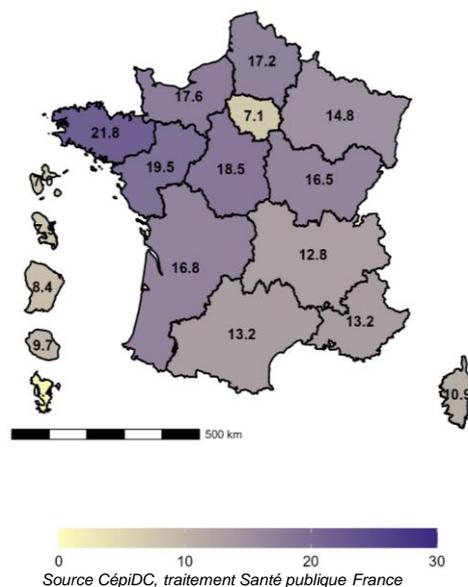
Source SurSaUD®, traitement Santé publique France

Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021



Source PMSI-MCO, traitement Santé publique France

Figure 4. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2017



Source CépiDC, traitement Santé publique France

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

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

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

Concernant les idées suicidaires (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 18-24 ans. Pendant le 1^{er} confinement, les nombres de passages aux urgences pour IS 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 importantes 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 (janvier-2017 à juin-2022), l'évolution était beaucoup moins marquée que pour les IS. Dans toutes les régions métropolitaines, les nombres de passages aux urgences ont diminué durant le 1^{er} confinement (mais pas les parts d'activité, ce qui est lié à la diminution globale 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 passages 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 métropolitaines (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 GS 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 la 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'hospitalisations pour TS chez les hommes et les femmes, moins marquée après 2014, dans toutes les régions et DROM sauf en Nouvelle-Aquitaine et à La Réunion. Néanmoins, une tendance croissante sur les dernières années était observée dans le Grand-Est, les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes. Les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes (sex-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 pour TS) 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, montrait une baisse pendant le 1^{er} confinement suivie d'une augmentation continue en France et dans les régions métropolitaines, particulièrement chez les jeunes filles et femmes de 10 à 24 ans.

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

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

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

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 arme à feu pour les hommes et par auto-intoxication médicamenteuse pour les femmes.

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

Conclusion et perspectives

La période de la crise sanitaire est marquée dans toutes les régions par une dégradation continue des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour IS et GS 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 SPÉCIFIQUES EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

En Centre-Val de Loire et en complément des tendances décrites ci-dessus, il est également à noter qu'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 dans le Cher et le Loir-et-Cher.

Contrairement aux autres régions, le taux régional standardisé d'hospitalisation pour tentative de suicide durant la période pandémique enregistrait une baisse, passant de 163,8 en 2019 à 147,2 cas pour 100 000 habitants en 2021. Au niveau infrarégional, 3 départements de la région présentaient des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide supérieur au niveau national (151,9 hospitalisations pour 100 000 habitants): l'Indre-et-Loire (180,1), l'Indre (173,1) et l'Eure-et-Loir (160,5).

Concernant les décès par suicide, en 2017, le taux standardisé de mortalité par suicide chez les hommes (29,1 pour 100 000 hommes) était supérieur au niveau national chez les hommes (22,5), à un niveau parmi les plus élevés en France métropolitaine derrière la Bretagne (33,4) et les Pays de la Loire (31,5). Par classe d'âge, les 75 ans et plus présentaient les taux bruts de mortalité par suicide les plus élevés (34,4 suicides pour 100 000 habitants), suivi des 45-59 ans (22,7) et des 60-75 ans (22,6).

La répartition par sexe des décès par suicide montrait une majorité d'hommes (78 %). Chez ces derniers, les 40-49 ans et les 80 ans et plus étaient les plus fréquents (18,3 % des suicides). Chez les femmes, les 50-59 ans (19,8 %), les 60-69 ans et les 80 ans et plus étaient les plus représentées (17 %).

Au niveau départemental, excepté l'Eure-et-Loir, la totalité des départements de la région présentait un taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge, supérieur au niveau national. Par ailleurs, avec un taux de 24,6 décès par suicide pour 100 000 habitants, le Loir-et-Cher faisait partie des 10 départements métropolitains présentant les taux les plus élevés.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

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

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

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Une baisse générale notable des passages aux urgences a été observée lors du premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020, dont les causes sont multiples, qui ne s'est pas reproduite lors des deux confinements ultérieurs.

• Idées suicidaires

Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en nette hausse dès 2020, comparativement à la période 2017-2019. Cette tendance s'est accentuée fortement en 2021 et au 1^{er} semestre 2022. Le nombre mensuel moyen de passages aux urgences était respectivement de 27 sur l'année 2021, 11 en 2020 versus 5 passages annuels en moyenne sur la période 2017-2019 (Figure 5).

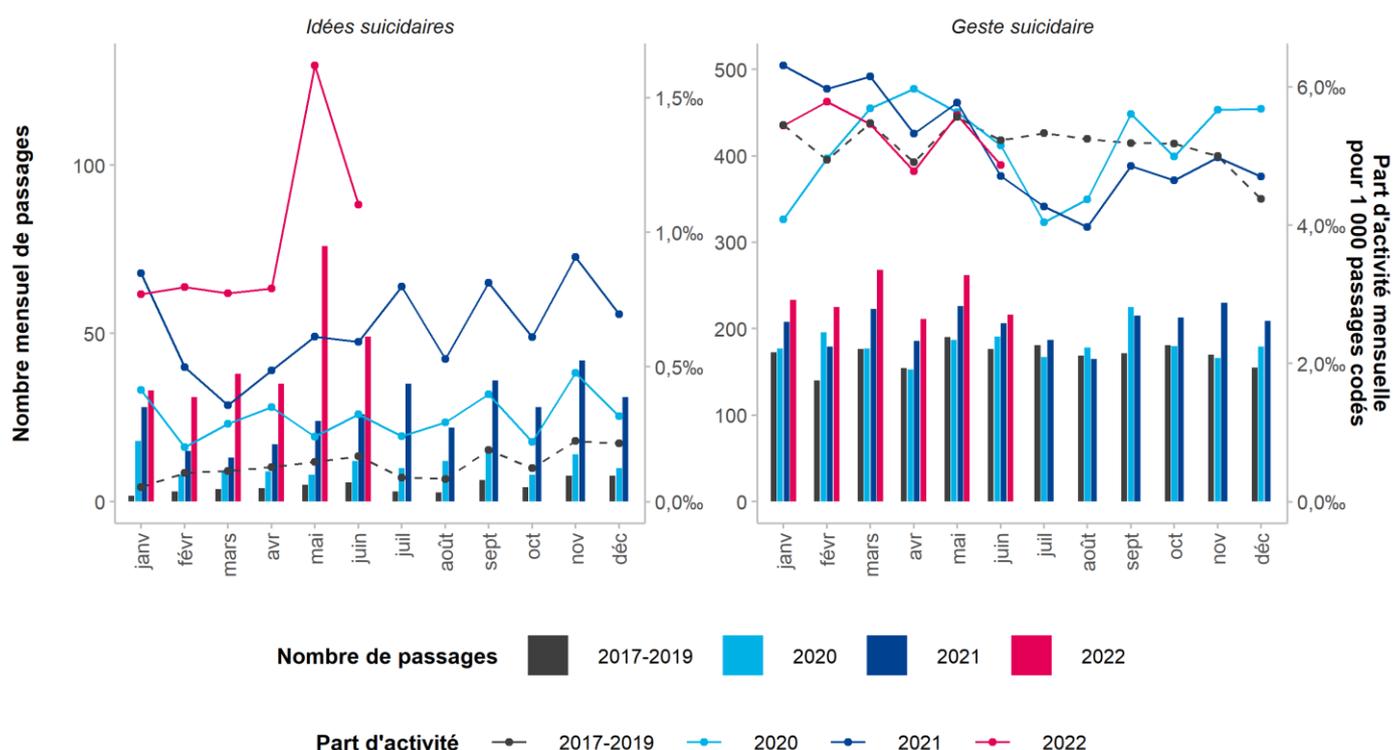
• Geste suicidaire

Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+13 %) 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 (204 passages) par rapport à 2020 (+11 %, 183 passages) et à la période 2017-2019 (+20,7 %, 169 passages annuels) (Figure 5).

Cependant, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était comparable à celle de la période 2017-2019. On observe au cours des années 2020 et 2021, des fluctuations plus importantes que les variations saisonnières de la période 2017-2019, à mettre en lien avec les phases de la crise sanitaire dont les périodes de confinement ou de restrictions des contacts et des activités sociales (Figure 5).

Sur la période 2020-2021, la moitié des passages aux urgences pour geste suicidaire (50 %) ont donné lieu à une hospitalisation, ce qui restait comparable à la période 2017-2019 (47 %).

Figure 5 : Nombre mensuel de passages aux urgences pour idées et geste suicidaires et part d'activité mensuelle (‰), chez les 11 ans et plus, Centre-Val de Loire, janvier 2017 - juin 2022



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

Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Idées suicidaires et geste suicidaire en 2017-2019 et 2020-2021

Le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires a augmenté de manière significative dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019, tout en concernant davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les séniors sur les deux périodes (Tableau 1).

Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a été presque multipliée par quatre entre les deux périodes. Les nombres de passages comme les parts d'activité étaient similaires chez les hommes et les femmes tant sur la période 2017-2019 que la période 2020-2021 (Tableau 1).

Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire a 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 et 2022, 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 (sex-ratio = 0,52) que durant la période 2017-2019 (sex-ratio = 0,54). Pour les hommes, la part d'activité pour geste suicidaire a diminué significativement sur la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019, tandis qu'aucune évolution significative n'était observée pour les femmes. Sur les deux périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les séniors. L'activité pour geste suicidaire montrait une augmentation significative modérée chez les 11-24 ans sur la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative modérée était observée chez les 25-64 ans et aucune évolution chez les séniors (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, Centre-Val de Loire, périodes 2017-2019 et 2020-2021

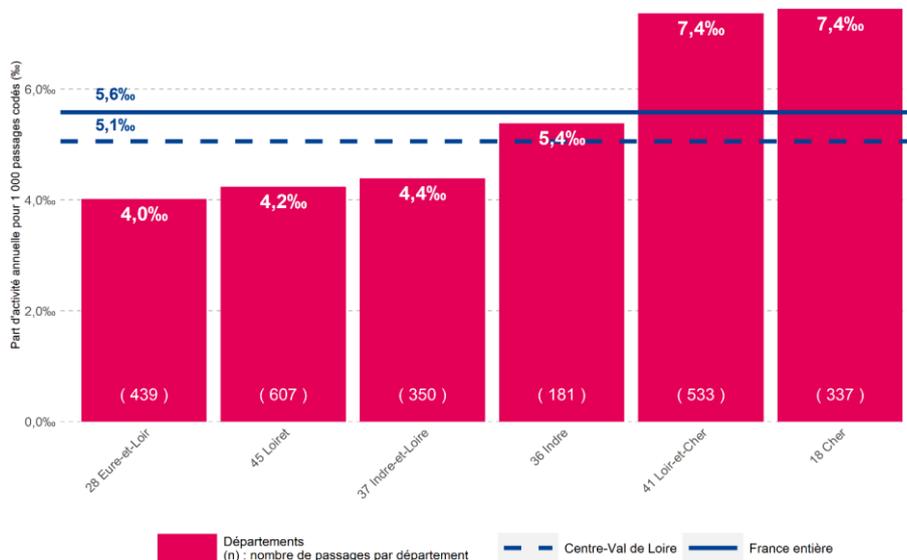
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	25	0,13	110	0,48	<0,001
	Femmes	29	0,14	115	0,51	<0,001
	11-24 ans	18	0,20	80	0,84	<0,001
	25-64 ans	29	0,15	120	0,55	<0,001
	65 ans et plus	8	0,07	25	0,18	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	717	3,74	792	3,45	0,014
	Femmes	1320	6,49	1518	6,71	0,167
	11-24 ans	531	6,02	713	7,51	<0,001
	25-64 ans	1281	6,61	1334	6,04	<0,001
	65 ans et plus	224	1,98	264	1,88	0,368

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

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

En 2021, les parts d'activité de passages aux urgences pour geste suicidaire différaient selon le département. Elles étaient supérieures aux niveaux régional et national dans le Cher et le Loir-et-Cher et inférieures à ceux-ci en Indre et Loire, en Eure-et-Loir et dans le Loiret (Figure 6).

Figure 6 : Part d'activité annuelle de passages aux urgences pour geste suicidaire (‰) par département, en Centre-Val de Loire et en France entière, 2021



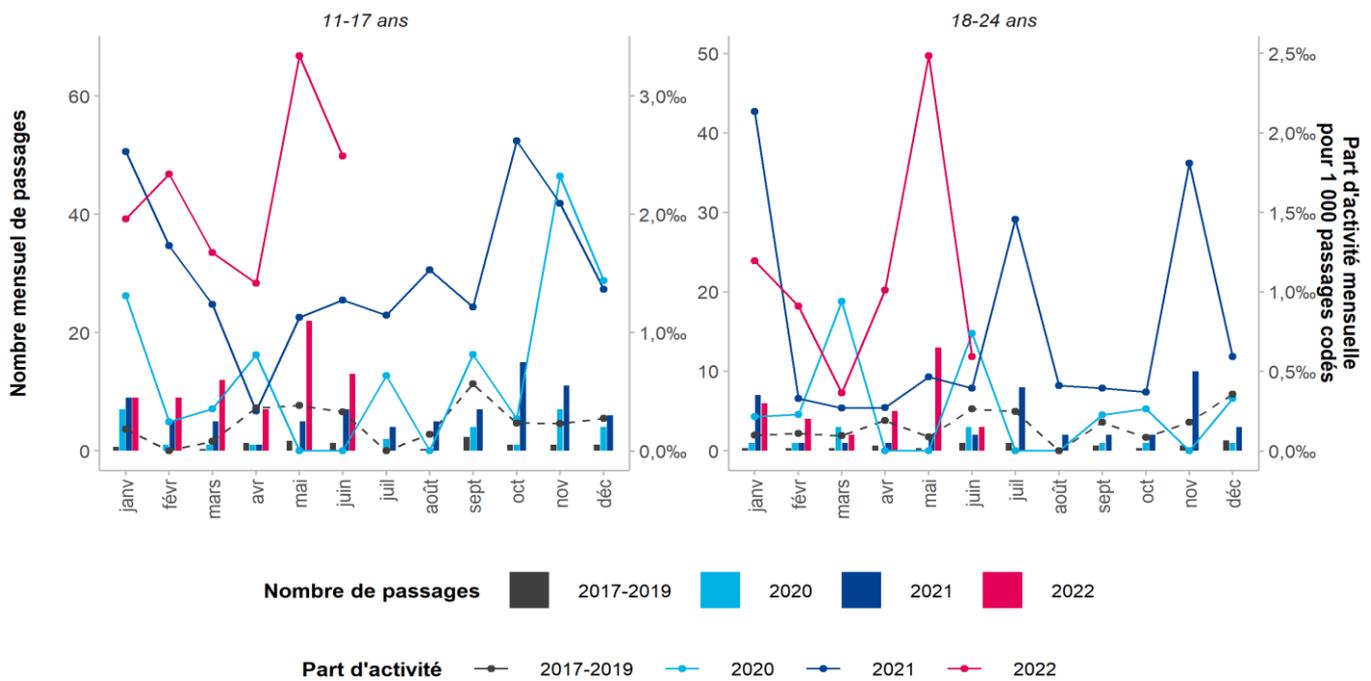
Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• 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 1^{er} semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire (Figure 7).

Chez les 11-17 ans comme les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur l'année 2021 était supérieur à celui de 2020 et à celui de la période 2017-2019 (effectifs respectivement inférieurs à 10 passages et 5 passages). La tendance était la même pour les parts d'activité. Dans ces deux tranches d'âge, des fluctuations importantes étaient observées sur les années 2020-2021, notamment une baisse durant le 1^{er} confinement en 2020, une 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 différaient des variations saisonnières observées en 2017-2019 et sont à mettre notamment en lien avec les phases de la crise sanitaire (Figure 7).

Figure 7 : Nombre mensuel de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Centre-Val de Loire, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

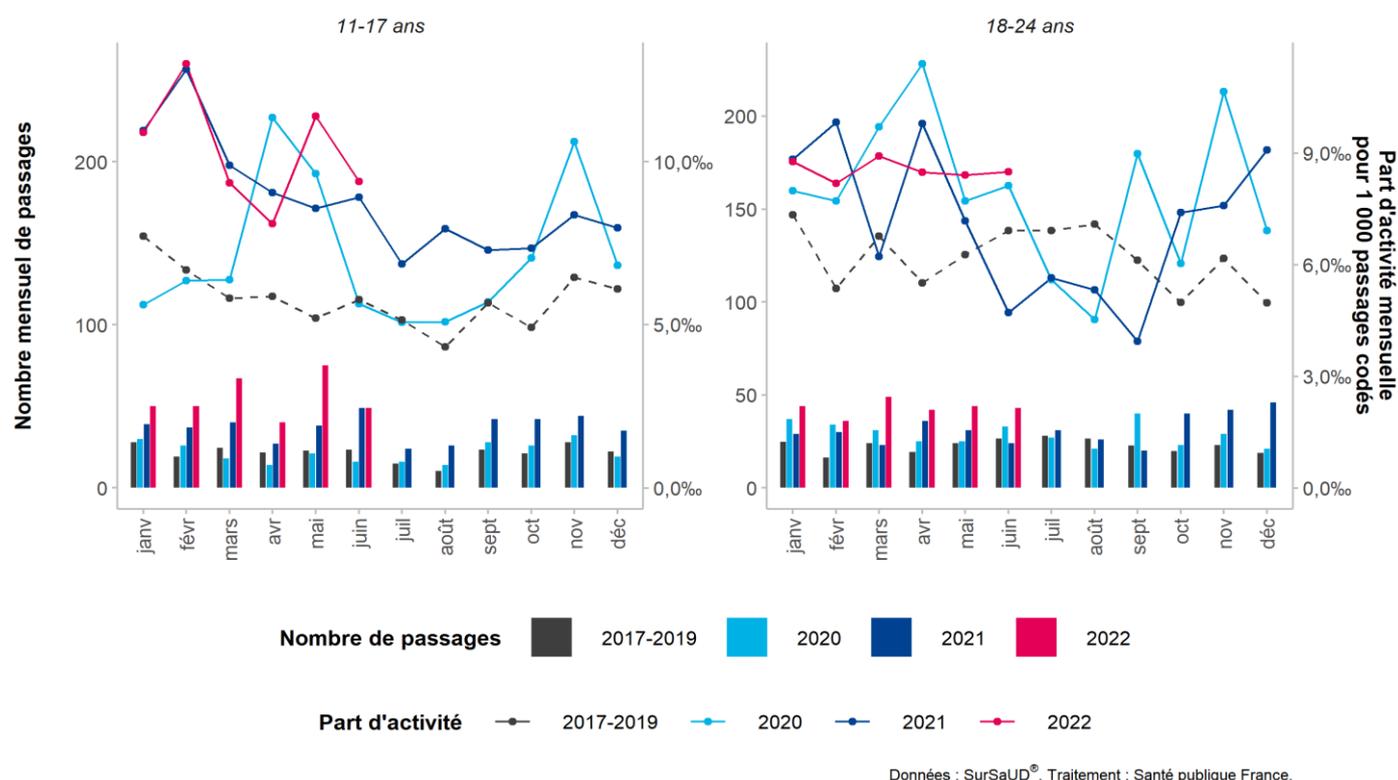
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences était en forte hausse par rapport à la même période en 2021 (+45 %) et en 2020 (+162 %). Le nombre moyen mensuel en 2021 (37 passages) était très supérieur à celui de 2020 et celui de la période 2017-2019 (respectivement, +68 %, 22 passages ; +68 %, 22 passages). En revanche, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était comparable à celle de la période 2017-2019 (Figure 8).

Chez les 18-24 ans, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences sur le premier semestre 2022 était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+48 %) et en 2020 (+38 %). Le nombre moyen mensuel en 2021 (32 passages) était supérieur à celui de 2020 (+10,3 %, 29 passages) et à la période 2017-2019 (+39,1 %, 23 passages). En revanche, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était comparable à celle de la période 2017-2019 (Figure 8).

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 : Nombre mensuel de passages aux urgences et part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Centre-Val de Loire, janvier 2017 - juin 2022



• Idées suicidaires et geste suicidaire en 2017-2019 et 2020-2021

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité des passages aux urgences ont significativement augmenté sur la période 2020-2021 pour idées suicidaires et geste suicidaire, comparativement à la période antérieure 2017-2019. Cette augmentation était particulièrement forte pour les idées suicidaires. L'augmentation entre les deux périodes (2020-2021 vs. 2017-2019) était significative chez les adolescentes/jeunes femmes (11-24 ans) pour les idées suicidaires et le geste suicidaire. Chez les adolescents/jeunes hommes (11-24 ans), 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 suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, Centre-Val de Loire, 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	6	0,14	24	0,50	<0,001
	Femmes	12	0,26	56	1,20	<0,001
	11-17 ans	11	0,25	54	1,20	<0,001
	18-24 ans	7	0,15	26	0,52	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	147	3,38	162	3,33	0,884
	Femmes	384	8,60	551	11,90	<0,001
	11-17 ans	258	5,83	352	7,80	<0,001
	18-24 ans	273	6,21	362	7,25	0,003

* 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 CENTRE-VAL DE LOIRE

Données issues du PMSI-MCO

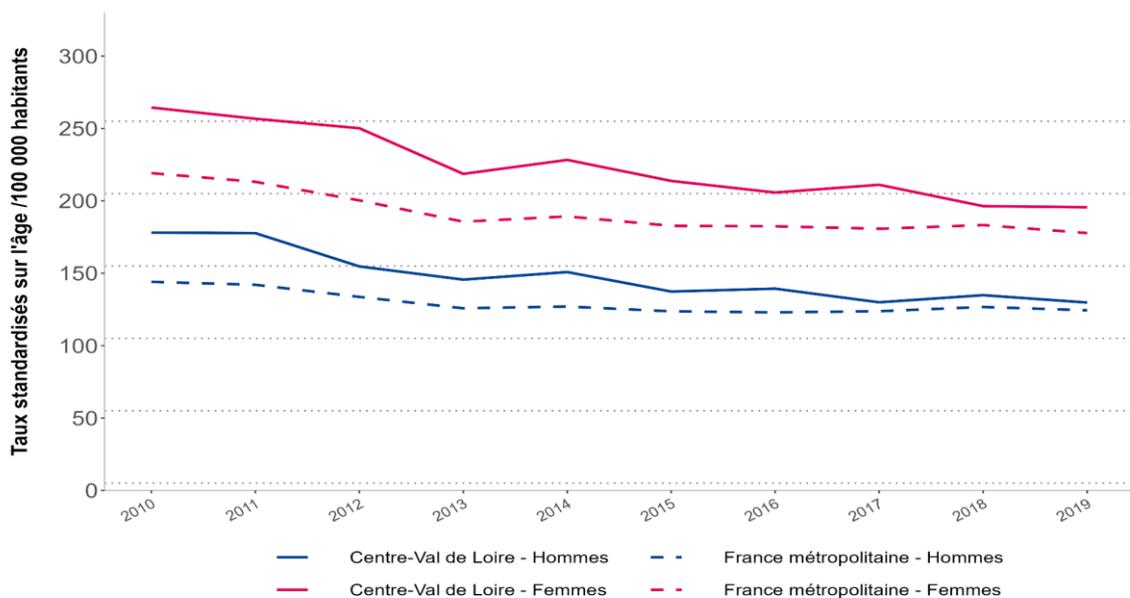
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation de 2010 à 2019

Entre 2010 et 2019, chaque année en moyenne 4 209 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrées chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Centre-Val de Loire. Par ailleurs, depuis 2014, le taux standardisé d'hospitalisation tous sexes confondus suivait une tendance à la baisse. Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 163,8 pour 100 000 habitants en 2019, la région Centre-Val de Loire se situait au-dessus du taux national (152,1 pour 100 000 habitants en 2019) (Figure 9).

Alors que le taux national d'hospitalisation quel que soit le sexe était plutôt stable sur la période d'étude, dans la région, le taux chez les femmes a connu une diminution marquée entre 2017 et 2019 (195,6 pour 100 000 habitants en 2019 vs. 211,1 pour 100 000 habitants en 2017) tandis qu'une stabilisation de ce taux a été observée chez les hommes (129,8 pour 100 000 habitants en 2019 vs. 129,9 pour 100 000 habitants en 2017) (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, Centre-Val de Loire et France métropolitaine, 2010-2019



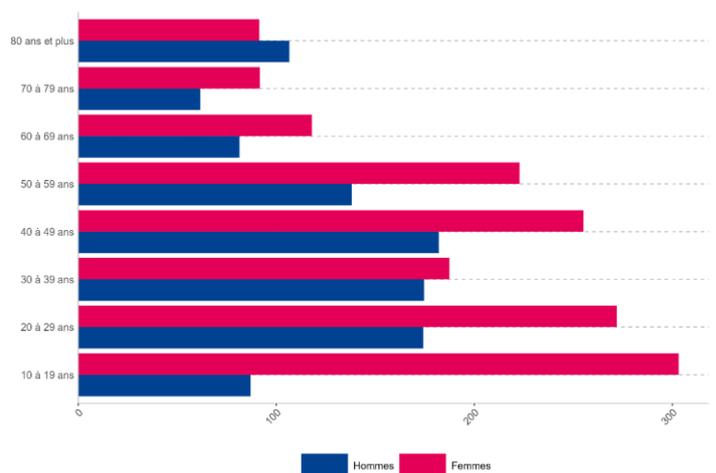
Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

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

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de Centre-Val de Loire âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (61 % des 11 214 hospitalisations pour TS; sex-ratio estimé à 0,61).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 303,2 pour 100 000 personnes-années. Chez les hommes, le taux brut le plus élevé était observé chez les 40-49 ans (182,1 pour 100 000 personnes-années) (Figure 10).

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



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

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

Sur la période 2017-2019, la létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (282 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (137 pour 1 000) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (105 pour 1 000). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les hommes que chez les femmes, passant de 5 décès pour 1 000 chez les hommes de moins de 25 ans à 98 pour 1 000 chez ceux de 65 ans et plus, et de 1 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS chez les femmes de moins de 25 ans à 29 pour 1 000 chez celles de 65 ans et plus (Tableau 3). Cette tendance était également observée au niveau national.

Durant la même période, le mode de tentative de suicide le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 80,0 % des personnes âgées de 10 ans et plus et hospitalisées pour tentative de suicide (78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (9,1 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (9,0 %), la pendaison (3,6 %) et le saut dans le vide (1,3 %). Les autres modes étaient peu fréquents (Tableau 3).

L'auto-intoxication médicamenteuse était plus fréquemment utilisée par les femmes que par les hommes (respectivement 85,6 % vs. 70,8 %), ces deux modes étant néanmoins majoritaires 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 (objet tranchant, pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation tous modes confondus sur la période 2017-2019 était de deux jours. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (6 jours) et arme à feu (4 jours) (Tableau 3).

Tableau 3 : Part (%) des modes de tentative de suicide chez les hommes et les femmes âgées de 10 ans et plus hospitalisés pour tentative de suicide, durée médiane de séjour et létalité hospitalière, Centre-Val de Loire, 2017-2019

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation nombre de jours	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%		nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	8 971	80,0	85,6	70,8	1,0	5
Objet tranchant	1 020	9,1	8,7	9,8	1,0	8
Auto-intoxication par d'autres produits	1 008	9,0	6,7	12,8	1,0	14
Pendaison	401	3,6	1,7	6,6	2,0	137
Saut dans le vide	145	1,3	1,0	1,7	6,0	83
Arme à feu	78	0,7	0,1	1,6	4,0	282
Noyade	45	0,4	0,3	0,5	2,0	44
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	38	0,3	0,2	0,5	2,0	105
Collision intentionnelle	34	0,3	0,2	0,5	2,0	0
Mode non précisé	576	5,1	4,5	6,1	2,0	33

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS apparaissent relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes sur la période 2017-2019 ; chez les femmes, l'hétérogénéité était plus marquée (Figure 11). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 (Corse-du-Sud) à 367,6 pour 100 000 (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 (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 sex-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 (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 : le Nord et la Somme (Hauts-de-France), la Manche et la Seine Maritime (Normandie), les Côtes d'Armor (Bretagne).

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

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

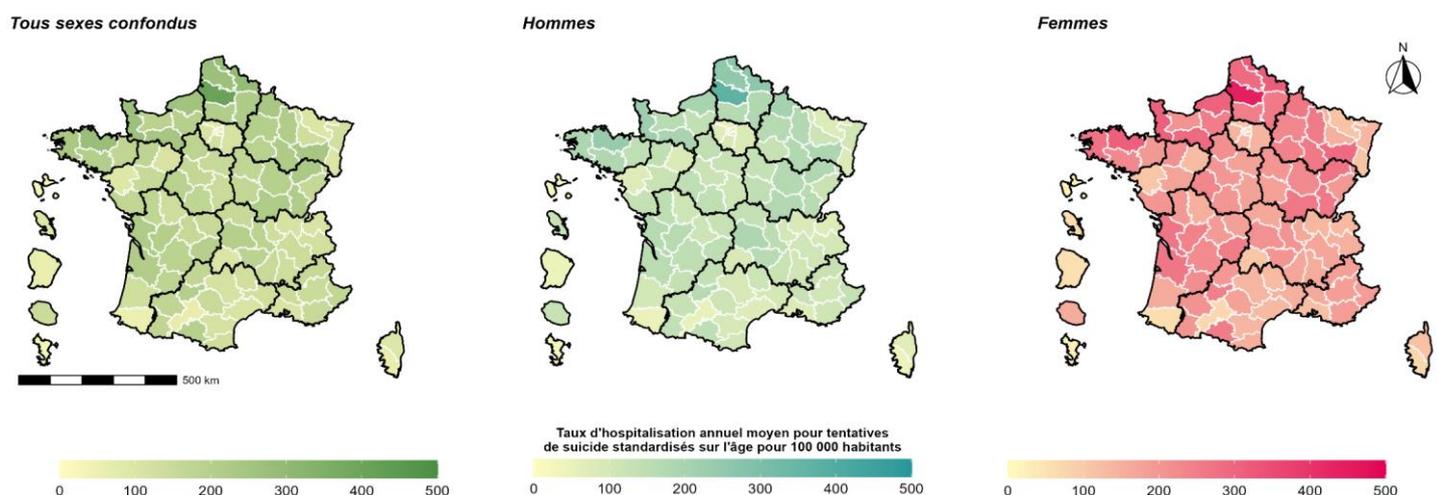
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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

Les tendances départementales concernant les hospitalisations pour TS sur la période 2017-2019 n'étaient pas identiques à celles concernant les taux départementaux de mortalité par suicide (2015-2017) décrites plus loin (cf. p.21).

En Centre-Val de Loire, la totalité des 6 départements ne faisait pas partie des extrêmes décrits ci-dessus en termes de taux d'hospitalisation pour TS et de sex-ratio des taux sur la période 2017-2019, lesquels étaient relativement homogènes au sein de la région.

Figure 11 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge, tous sexe confondus, chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus, France entière, 2017-2019



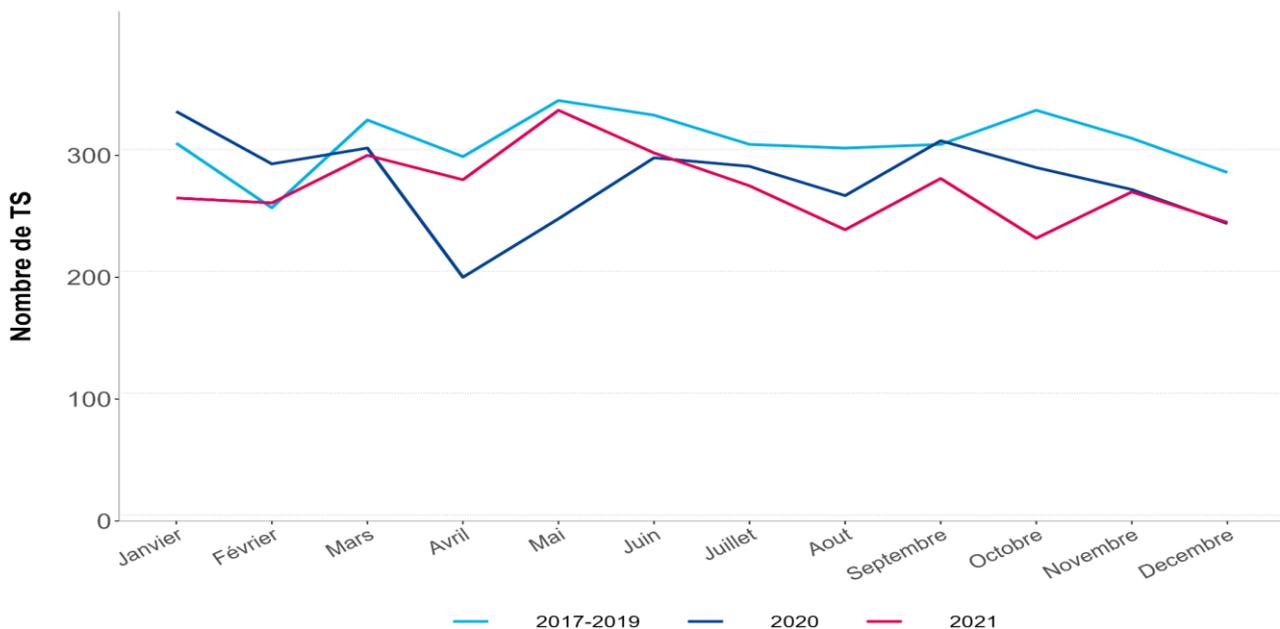
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers – Centre-Val de Loire

En Centre-Val de Loire, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement lié à l'épidémie de COVID-19 (Figure 12). Une tendance à la diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aigüe de la pandémie a été décrite par plusieurs auteurs¹⁻². 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 tentatives de suicide, si certains facteurs ont pu limiter les recours à l'hospitalisation pour des cas peu sévères, cela ne s'appliquait 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 3 287 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année (contre 3 357 en 2020 et 3 738 en moyenne sur les années 2017-2019). En 2020, 13,3 % des TS concernaient les personnes de 65 ans et plus, contre 13,3 % les années précédentes. A l'inverse en 2021, une part plus importante est observée chez les 10-24 ans (32,1 % vs 24,1 % en 2017-2019) (Tableau 4).

Figure 12 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour tentative de suicide, Centre-Val de Loire, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



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

• Caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide – Centre-Val de Loire

Des différences significatives de la répartition par âge ont été observées pour les deux années 2020 et 2021, comparativement à 2017-2019. En 2020, la part des 65 ans et plus avait légèrement augmenté (13,8 % en 2020 vs 13,3 % en 2017-2019), de même que celle des jeunes de 10-24 ans (26,2 % en 2020 vs 24,1 % en 2017-2019) tandis que celle des 25-64 ans avait diminué légèrement. En 2021, seule la part des 10-24 ans avait augmenté.

Seule la proportion de TS par utilisation d'objet tranchant a significativement augmenté (11,8 % en 2021 vs 9,3 % en 2017-2019) (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 tentative de suicide, Centre-Val de Loire, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	37,8%	38,1%	0,806	37,4%	0,650
	Femme	62,2%	61,9%		62,6%	
Classe d'âge	10-24 ans	24,1%	26,2%	0,019	32,1%	<0,001
	25-64 ans	62,6%	60,0%			
	65 ans et plus	13,3%	13,8%		12,7%	
Létalité		1,5%	1,4%	0,740	1,5%	1,000
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	81,5%	79,8%	0,228	80,0%	0,434
	Objet tranchant	9,3%	11,1%	0,018	11,8%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	9,2%	9,7%	1,000	9,4%	1,000
	Pendaison	3,6%	3,5%	1,000	3,3%	1,000
	Saut dans le vide	1,3%	1,4%	1,000	1,3%	1,000
	Arme à feu	0,7%	1,1%	0,228	1,0%	0,492
	Noyade	0,4%	0,2%	1,000	0,5%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,3%	1,000	0,2%	0,709
	Collision intentionnelle	0,3%	0,4%	1,000	0,2%	1,000

* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.

*** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=11005 en 2017-2019, 3317 en 2020 et 3244 en 2021). Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

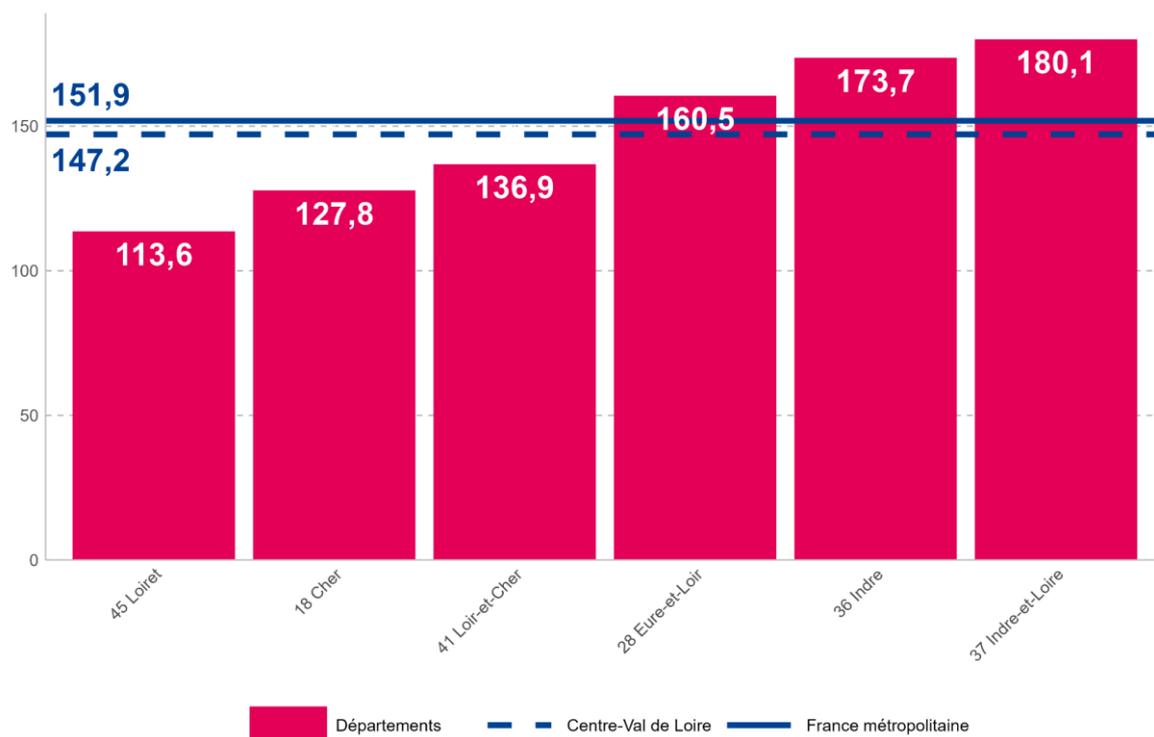
Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Hospitalisations pour tentative de suicide par département dans la région et en France métropolitaine

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS avait diminué durant la période pandémique, passant de 163,8 en 2019 à 147,2 pour 100 000 en 2021.

Au niveau départemental, l'Indre-et-Loire, l'Indre et l'Eure-et-Loir présentaient les taux les plus élevés, à des niveaux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine (Figure 13).

Figure 13 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants chez les personnes âgées de 10 ans et plus), par département, Centre-Val de Loire et France métropolitaine, 2021



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

EVOLUTION DES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES 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 entraîné, peut avoir eu un impact sur la santé mentale et notamment sur les tentatives de suicide. Si globalement, les hospitalisations pour tentative de suicide 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 tentatives de suicide 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 tentative de suicide (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 un geste suicidaire ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

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

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 était 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 était 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.

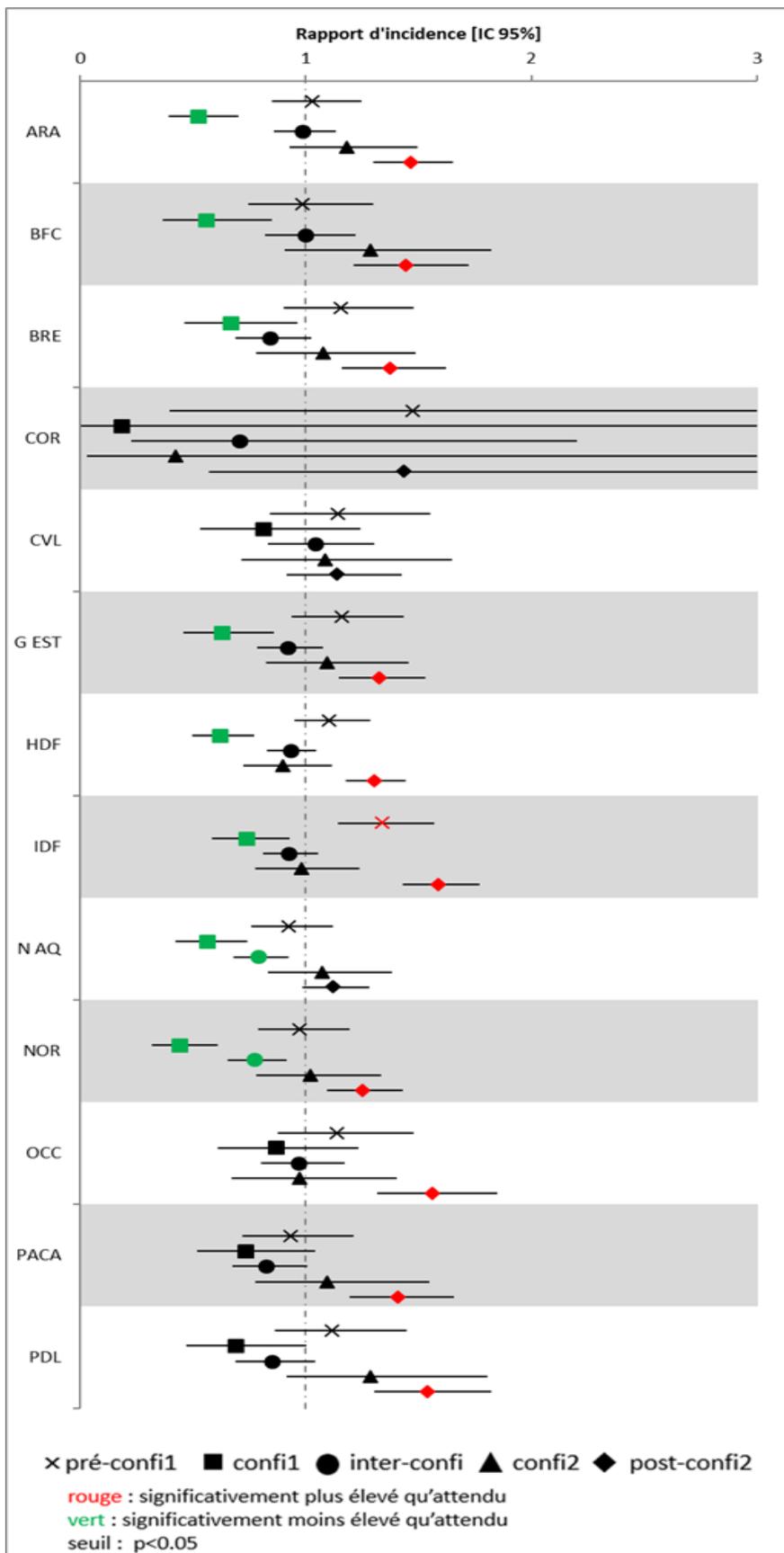
La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale ainsi qu'à La Réunion, on observe une chute nette des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans 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 et en Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales ainsi qu'à La Réunion, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaissait insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe de population régionale. (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 DROMS, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique pour être effectué d'une part, et d'autre part pour réaliser le graphique correspondant. Par ailleurs, 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 Centre-Val de Loire, comme dans la plupart des régions métropolitaines continentales, on observe une baisse du taux d'hospitalisation pour TS 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. Cependant, ces variations n'étaient pas statistiquement significatives.

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 : pré confinement (S1-11,2020), premier confinement (S12-19,2020), inter confinement (S20-44,2020), deuxième confinement (S45-50,2020), après le deuxième confinement (S51-52,2020 et S1-20,2021), France métropolitaine



DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, CENTRE-VAL DE LOIRE, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En 2017, 431 personnes résidant en Centre-Val de Loire se sont suicidées, soit un taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge de 18,5 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, à un niveau supérieur au taux national (14,4 pour 100 000 habitants). La majorité (76,0 %; n=328) des décès par suicide concernait les hommes. Le taux de mortalité par suicide chez les hommes en Centre-Val de Loire de 29,1 pour 100 000 habitants (vs. 22,5 pour 100 000 hommes en France métropolitaine) était parmi les plus élevés en France métropolitaine. Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 (8,6 pour 100 000 habitants) restait proche du taux national (6,9 pour 100 000 habitants en France métropolitaine).

Evolution de la mortalité par suicide de 2000 à 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 27,6 à 18,5 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe chez les hommes (29,1 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs. 43,6 en 2000) comme chez les femmes (8,6 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs. 13,1 en 2000) (Figure 15). Cependant, le décès par suicide était en 2017 près de quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le sex-ratio en revanche était stable durant la période de 3,1 en 2000 à 3,1 en 2017 (Figure 15). L'analyse temporelle selon l'âge montrait une diminution des taux de mortalité chez les 75 ans et plus depuis 2015. Cette classe d'âge présentait des taux de mortalité nettement plus élevés sur toute la période 2000-2017, avec cependant une réduction de l'écart par rapport aux autres classes d'âge, tandis que celle des 10-29 ans présentait les taux les plus faibles (Figure 16).

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

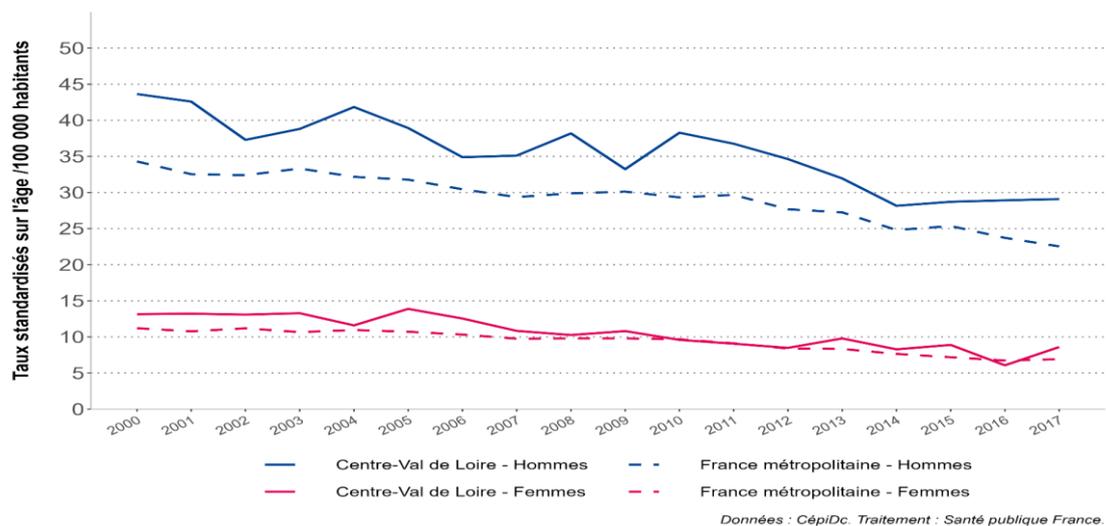
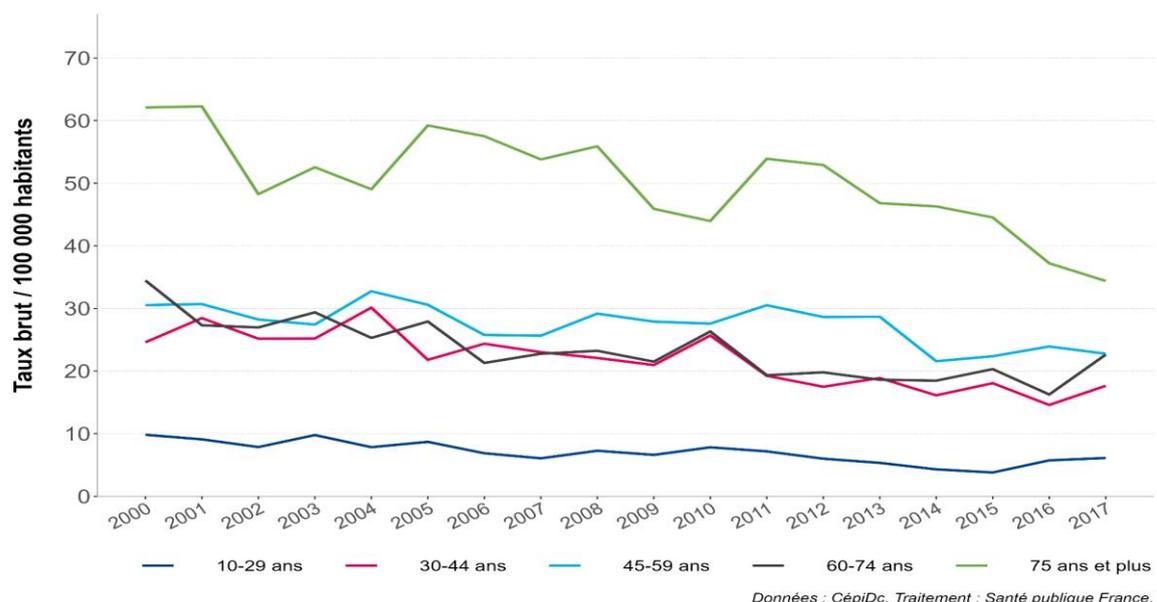


Figure 16 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Centre-Val de Loire, 2000-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 1,6 % (n=1 263) des décès toutes causes confondues en Centre-Val de Loire, proche du niveau national (1,5 % en France métropolitaine). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,5 % (n=980) dans la région versus 2,2 % (n=19 460) au niveau national. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure par rapport à celle des hommes (0,7 % (n=283) comme au niveau national (0,7 % ; n=6 125)).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe : les suicides représentaient la part la plus importante des causes de décès chez les 30-39 ans (20,4 %) et les 20-29 ans (17,9 %). Dans ces classes d'âge, la mortalité par suicide était particulièrement marquée chez les jeunes hommes par rapport aux jeunes femmes.

Les suicides représentaient 13,3 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) et 0,5 % chez les plus âgés (80 ans et plus).

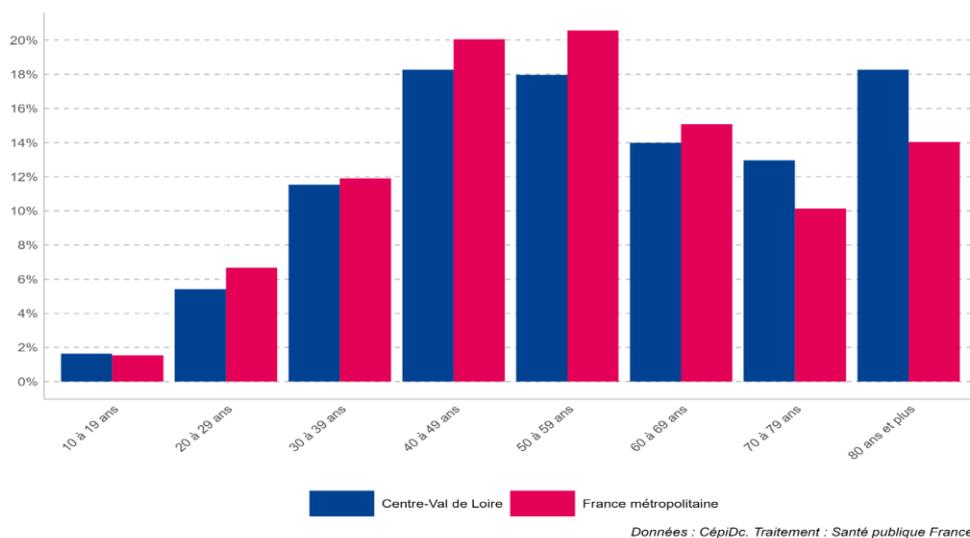
Répartition des décès par suicide selon l'âge et selon le sexe 2015-2017

En Centre-Val de Loire, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 77,6 % (n=1 263) des suicides.

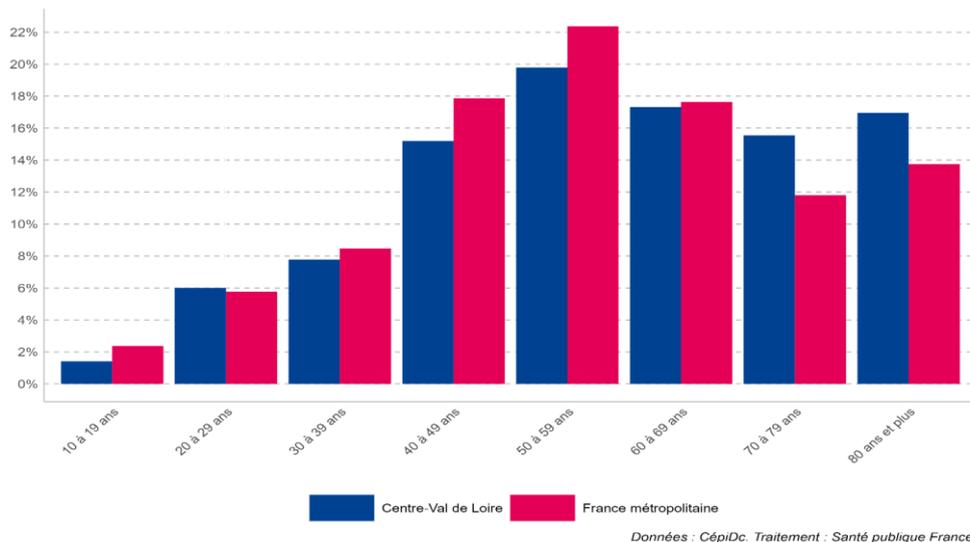
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 40-49 ans et 80 ans et plus (18,3 % des suicides) et les 50-59 ans (18,0 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (19,8 %), les 60-69 ans (17,3 %) et les 80 ans et plus (17,0 %). Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (1,5 %). Comparativement à la France métropolitaine, le Centre-Val de Loire se distinguait par une part importante des suicides observée chez les 80 ans et plus, tous sexes confondus (vs 14,0 % en France métropolitaine) (Figure 17).

Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe (%) en Centre-Val de Loire et en France métropolitaine, 2015-2017 (n=1 263)

17.a. Chez les Hommes



17.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Centre-Val de Loire était la pendaison (59,5 % en région, 57,2 % au niveau national), et ce pour les deux sexes. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (18,8 %) lequel était rare chez les femmes (1,1 %). Chez ces dernières, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (20,5 %), moins fréquente chez les hommes (4,9 %).

Les suicides par noyade, saut dans le vide, ainsi que par auto-intoxication par d'autres produits étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 9,9 %, 5,3 % et 2,8 %) que chez les hommes (respectivement 1,7 %, 3,4 % et 2,1 %) (Tableau 5).

Tableau 5 : Part (%) des modes de suicide chez les hommes et les femmes, Centre-Val de Loire, 2015-2017

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	752	59,5	49,8	62,3
Arme à feu	187	14,8	1,1	18,8
Auto-intoxication médicamenteuse	106	8,4	20,5	4,9
Saut dans le vide	48	3,8	5,3	3,4
Noyade	45	3,6	9,9	1,7
Auto-intoxication par d'autres produits	29	2,3	2,8	2,1
Collision intentionnelle	16	1,3		
Objet tranchant	11	0,9		
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	6	0,5		
Mode non précisé	154	12,2	16,3	11,0

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

• Taux départementaux de mortalité, par suicide, en 2015-2017, Centre-Val de Loire

En 2017, les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge chez les personnes résidentes en Centre-Val de Loire et âgées de plus de 10 ans différaient selon le département. Cinq départements présentaient des taux de mortalité par suicide supérieurs au taux national: Loir-et-Cher, Cher, Indre-et-Loire, Loiret et Indre. Le Loir-et-Cher, le Cher et l'Eure-et-Loir présentaient des taux supérieurs au niveau régional (Figure 18).

Le Loir-et-Cher fait partie des 10 départements de France métropolitaine ayant les taux de mortalité par suicide les plus élevés (24,6 pour 100 000 habitants).

Selon le sexe, avec un taux de 35,6 pour 100 000 hommes, le département du Cher présentait le taux de mortalité le plus élevé. Chez les femmes, l'Indre présentait le taux de mortalité le plus élevé (10,2 pour 100 000 femmes) (Figure 18).

Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. Une proportion variable suivant les départements de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'étant pas déclarés au CépiDC, il en résulte une sous-estimation de la mortalité plus ou moins importante.

Figure 18 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants chez les personnes âgées de 10 ans et plus, par département, Centre-Val de Loire, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

³ Richaud-Eyraud E., Gignozac V., Rondet C., Khiredine-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.

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

N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au 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 (Sarthe). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient au moins 2 fois plus élevés que chez les femmes dans la quasi-totalité des départements, le sex-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 femmes (vs. tous les départements sauf 4 pour les hommes) ; cela concernait la Haute-Saône à l'est, la Creuse et l'Indre en Centre-Val de Loire, et 6 départements à l'ouest : les Côtes-d'Armor, 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 hommes, 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).

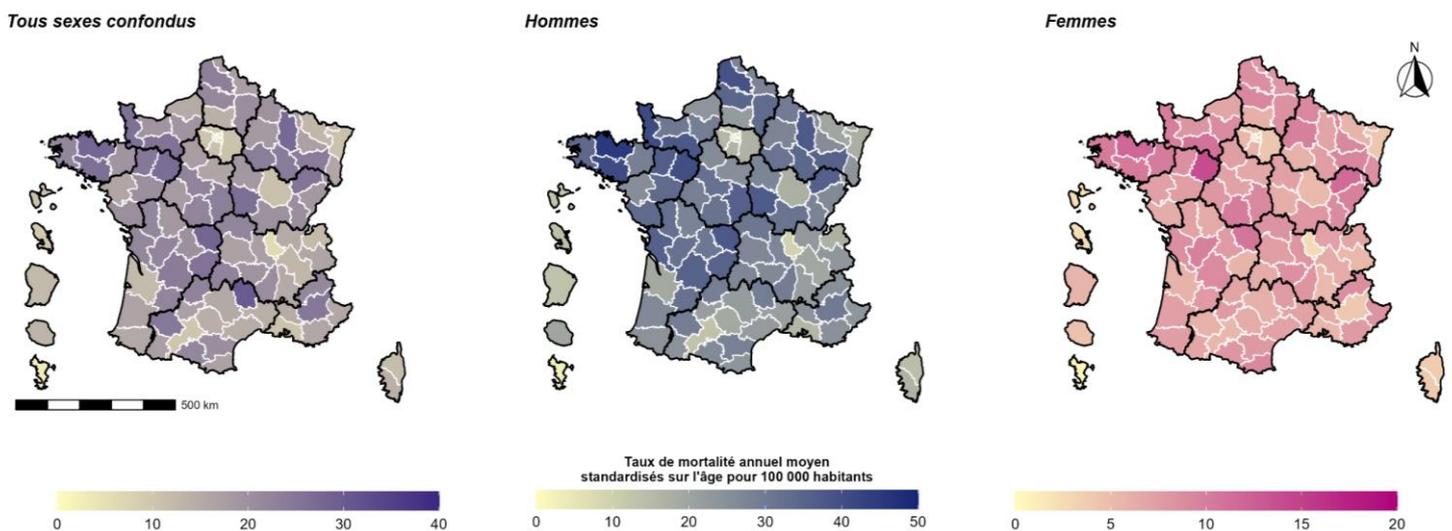
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Île-de-France pour les femmes, mais seule la Seine-Saint-Denis présentait un faible taux d'hospitalisation chez les hommes (Figure 19).

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

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

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 hommes dans tous les DROM. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des DROM (5,6 pour 100 000 femmes 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 confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

³ Richaudeau E., Gigonzac V., Rondet C., Khredaine-Medouni I., Chan-Chee C., Cherie-Chaline L. et al. (2017, décembre). Etat 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

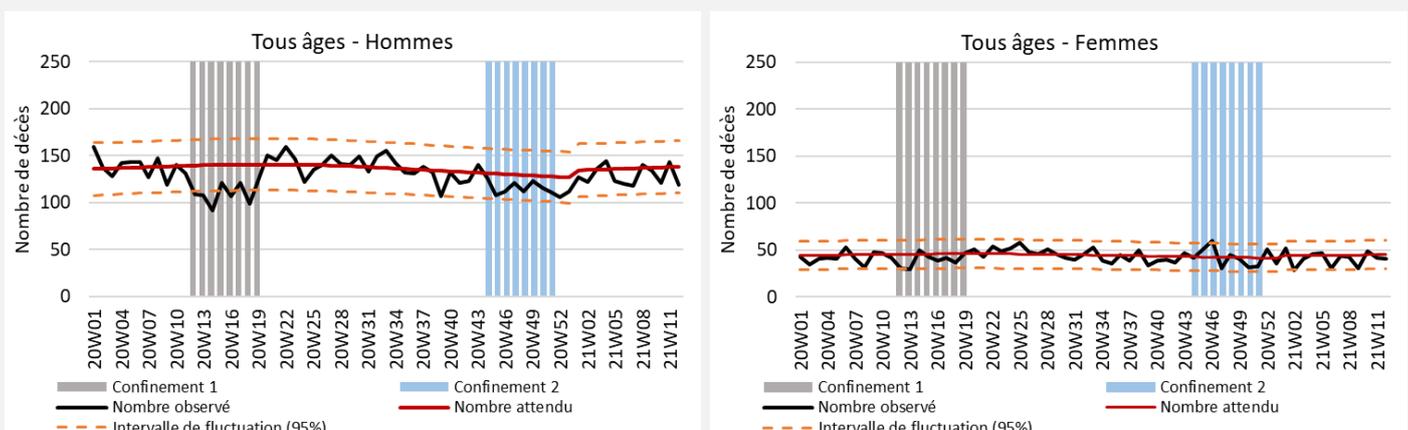
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies (CIM10) 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 chez les femmes de 65-84 ans, un excès limité de décès a été observé à la suite du 1^{er} confinement, inversement, chez les hommes de 45-64 ans, le nombre de décès par suicide est resté inférieur à l'attendu à la suite du 2^{ème} 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.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

VigilanS – Centre-Val de Loire

Le dispositif VigilanS fait partie de la stratégie multimodale nationale de prévention du suicide. C'est un dispositif de veille de 6 mois reconductibles pour les patients ayant fait une tentative de suicide. C'est un dispositif de prévention, mais au cours de leur activité les vigilanseurs peuvent être amenés à faire du soin, de l'urgence et du désamorçage de crise suicidaire. Tout patient ayant fait une tentative de suicide qu'elle soit médicalisée ou non peut être inclus dans le dispositif quelque soit son âge s'il est d'accord. Lors de son inclusion, un numéro vert lui est remis qu'il peut appeler quand il en ressent le besoin en semaine de 9h30 à 17h30. En dehors de ces appels « entrants » du patient, les vigilanseurs, suivant un protocole préétabli (en fonction de critères de gravité et d'âge) rappellent les patients (« appels sortants ») : appels à J10/J20, intercurrents ou fins de veille à 6 mois. En dehors de ces contacts oraux, un lien épistolaire est gardé avec le patient par le biais de cartes postales.

VigilanS Centre-Val de Loire est situé au CHRU de Tours ; l'équipe est constituée à ce jour d'un médecin coordonnateur, d'un mi-temps de cadre, de 2,5 temps de vigilanseurs (infirmiers et psychologue) et d'un temps de secrétariat. Sa mission est, outre les appels téléphoniques et la veille du patient, le déploiement sur toute la région Centre-Val de Loire du dispositif. C'est-à-dire la mise en place d'un travail de réseau, d'information et de contact avec les structures hospitalières, de soins (mais pas que) des autres départements afin qu'un maximum de patients de la région soient inclus dans le dispositif. Ainsi le dispositif situé géographiquement à Tours répond aux appels de toute la région. Il veille sur tous les patients de la région en lien étroit et coordonné avec les professionnels des 6 départements qui ont inclus des patients dans le dispositif. L'inclusion se fait par le biais d'une fiche de renseignements (préalablement transmise aux professionnels concernés) concernant le patient et transmise à vigilanscvl@chu-tours.fr.

Le dispositif a ouvert le 18 octobre 2021 pour les patients de Tours et de son agglomération aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours ainsi qu'aux urgences pédiatriques par le biais de la pédopsychiatrie de liaison. Le dispositif est déployé sur toute l'Indre-et-Loire. L'année 2022 a permis de développer le dispositif sur les 5 autres départements de la région à des degrés divers. L'année 2023 permettra de stabiliser le fonctionnement entre VigilanScvl et les centres qui nous adressent les patients et de poursuivre l'ouverture à d'autres villes de notre région qui n'ont pas encore été contactées.

Tous les trimestres, une newsletter est adressée aux partenaires de vigilanscvl qui décrit la situation du développement de VigilanS sur la région ainsi que le nombre de patients inclus dans le dispositif.

Dr F Dubois-Carmagnat, Médecin Coordinateur VigilanS CVL, le 16/01/2023

INCLUSIONS AU 31 DÉCEMBRE 2022	
37 - CHRU Tours	
▲ Urgences Psychiatriques	291
■ Pédopsychiatrie de Liaison	67
■ Psychiatrie de Liaison Bretonneau	20
▲ CPU Adultes / Adolescents	23/22
■ CMP La Chevalerie	4
■ CPTS A et B	8
■ Psychiatrie D	4
■ ELSA 37	5
37 - CH de Chinon	11
37 - CH de Loches	11
37 - Clinique Pierre de Ronsard	5
36 - CH de Châteauroux	
■ SAU BAHCO / Maison des Adolescents	25/1
18 - CH Georges Sand Bourges	
■ CADU / HDI	46/1
28 - CH de Dreux	
■ CAC / Psychiatrie Générale / UCDP	15/5/1
41 - CH de Vendôme	
■ SAU / Psychiatre	3/3
45 - EPSM Daumesnil	
■ CPAU	8
Divers + transferts	68

DÉPLOIEMENT AU 31 DÉCEMBRE 2022	
INDRE-ET-LOIRE	<ul style="list-style-type: none"> Intégralement ouvert
INDRE	<ul style="list-style-type: none"> Châteauroux et son secteur
CHER	<ul style="list-style-type: none"> Bourges et son secteur
EURE-ET-LOIR	<ul style="list-style-type: none"> Dreux et son secteur
LOIR-ET-CHER	<ul style="list-style-type: none"> Vendôme et son secteur
LOIRET	<ul style="list-style-type: none"> Orléans et son secteur



LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Formations « Prévention du suicide » en région Centre-Val de Loire, le 12 décembre 2022

Les formations en prévention du suicide sont déployées depuis plus de 20 ans en région Centre-Val de Loire. Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire en a délégué l'organisation au réseau VIES 37 (Vivre et intervenir ensemble face au suicide). Ce dernier en a réellement la gestion complète depuis 2020. Pour cela, le réseau a bénéficié d'un mi-temps de secrétariat (ce temps vient d'être partiellement augmenté afin de répondre aux critères Qualiopi) et d'un 0,05 temps de psychiatre. A ce jour, la région bénéficie de 2 formateurs nationaux ayant eux-mêmes formés 21 formateurs régionaux. Ce sont eux qui contribuent à transmettre les modules nationaux de formation prévention suicide aux professionnels concernés. Il existe 3 modules de formation :

« Module intervention de crise (IC) » ; « Module évaluation (EVAL) » et « Module sentinelles (SENT) ». Seul le module Sentinelle n'a pas encore été enseigné car il nécessite, avant sa mise en place, d'une part qu'un réseau soit suffisamment développé, d'autre part que l'organisation de supervisions et de réponses aux sentinelles soient structurés. A ce jour, 6 jours annuels de formation par département sont financés par l'ARS. Les années 2020/2021 n'ont pas permis de développer pleinement ces formations.

Nombre de formations par module:

Département	2021 (des formations ont été annulées cause COVID)			2022		
	IC	EVAL	SENT	IC	EVAL	SENT
18	2	2	2 (pour essai)	1	2	/
28	0	5	/	2	3	/
36	1	1	/	2	3	/
37	3	2	/	1	3	/
41	2	1	/	0	3	/
45	2	2	/	1	1	/

Modalités d'inscription:

La secrétaire du Réseau adresse aux structures concernées les bulletins d'inscription et le descriptif des formations. Elle recueille ensuite les demandes. Ces dernières sont classées, triées et sélectionnées par la responsable. Le stagiaire est prévenu un mois avant la formation si sa candidature est retenue ou non, par le biais d'un mail. En raison de nombreuses demandes, en particulier pour le module Évaluation, il est apporté une attention particulière sur l'appartenance à un groupe multidisciplinaire et nous nous attachons à sélectionner au moins une personne par structure demandeuse. Par ailleurs, nous étudions avec soin les motivations et les attentes de la structure et du professionnel souhaitant intégrer la formation.

Description des différents modules:

Le module *Intervention de crise* s'adresse aux « professionnels de la crise suicidaire » dont l'activité principale est de désamorcer des crises suicidaires et de gérer la situation des personnes ayant des idées suicidaires, principalement des cliniciens (psychiatres, psychologues, infirmières, médecins...) travaillant dans des services de psychiatrie, des urgences psychiatriques, en milieu scolaire,

Le module *Évaluation* s'adresse à un public de professionnels plus large du sanitaire et du médicosocial. Il s'adresse aux professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, policiers, CPE,) qui ont besoin de savoir évaluer une personne présentant des idées suicidaires mais dont l'activité n'est pas centrée sur ce sujet. Ces derniers orienteront, si besoin, en fonction de leur évaluation vers les personnes réalisant des Interventions de crise.

Le module *Sentinelles* s'adresse à des non-professionnels du soin ayant été repérés au sein de leur cercle de travail ou d'activité comme manifestant de l'empathie et aidant les autres. Ces derniers pourront repérer et orienter vers une personne qui pourra évaluer ou désamorcer la crise suicidaire (le déploiement de ce dernier module étant en cours de réflexion).

Pour toute demande d'informations complémentaires, merci de contacter : formationscvi@chu-tours.fr

Dr F Dubois-Carmagnat, Dr M Fillatre, Mme MC Sallustro, Mme A Caltagirone

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse régionale des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au dispositif Oscour® de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. Dans la région, le réseau repose sur 27 structures d'urgences et couvre environ 98 % des passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins. Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 85 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Centre-Val de Loire (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®, Centre-Val de Loire, 2022.

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Cher	3/3 (100 %)	88,1 %
Eure-et-Loir	5/5 (100 %)	79,2 %
Indre	3/3 (100 %)	46,2 %
Indre-et-Loire	7/7 (100 %)	66,2 %
Loir-et-Cher	3/3 (100 %)	73,1 %
Loiret	6/6 (100 %)	46,6 %
Centre-Val de Loire	27/27 (100 %)	65,0 %

Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide 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'inclusion dans Vigilans sont issues du dispositif Vigilans.

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

- 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.

• Population étudiée et échelon d'analyse

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

- Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1> external icon
- 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 certifi cat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

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

Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amarieï 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 EN CENTRE-VAL DE LOIRE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Jean-Rodrigue Ndong ¹, Delphine Casamatta¹, Thomas Benet¹ Francis Chin ², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet ², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, 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 et Esra Morvan

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

Relecture : Anne Laporte, Directrice de la DiRe ; Patrick Rolland, Coordonnateur de l'animation scientifique - DiRe

Avec la contribution de : Dr F Dubois-Carmagnat, Dr M Fillatre, Mme MC Sallustro et Mme A Caltagirone, auteurs des articles sur le dispositif Vigilans en Centre-Val de Loire et au réseau Vies37

REMERCIEMENTS

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

- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU), les concentrateurs régionaux de résumés de passages aux urgences (RPU),
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU),
- L'équipe de Vigilans Centre-Val de Loire et au réseau Vies37
- L'ARS, SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM

CONTACT

Santé publique France Centre-Val-de-Loire : cire-cvl@santepubliquefrance.fr