

Santé mentale et Covid-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#); [p.2 Sigles](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récurrence](#); [p.4 Synthèse](#); [p.6 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#); [p.10 Hospitalisations pour tentative de suicide](#); [p.14 Evolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de Covid-19 de janvier 2020 à mai 2021 dans l'ensemble des régions](#); [p.17 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.21 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France](#); [p.22 Actions de prévention du suicide en région](#); [p.23 Méthodologie](#); [p.25 Bibliographie](#); [p.26 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeur 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
- 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
- FM : France métropolitaine
- GEPP : Groupe d'échanges et de pratiques professionnelles
- IML : Institut médico légal
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- Oscour[®] : Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- 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 (TS) et 75% des récidives ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide. La survenue d'une TS multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante et par 4 le risque de décès par suicide ultérieur. **VigilanS est un dispositif post-hospitalier de prévention de la récidive 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.

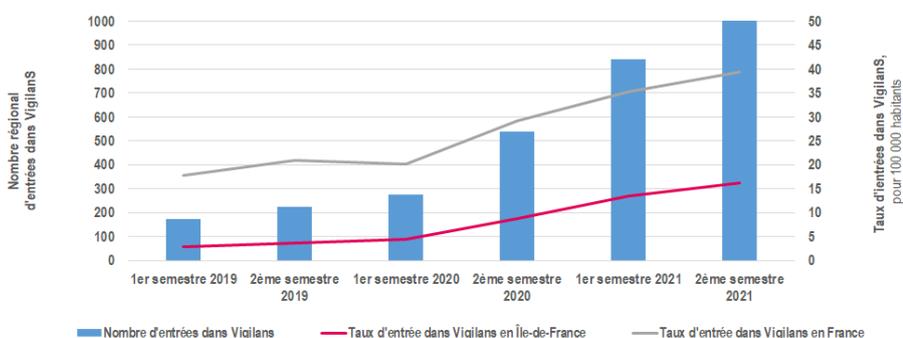
VigilanS a été expérimenté de 2015 à 2017 sur six sites pilotes. A partir de 2018, le ministère chargé de la santé a impulsé la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire national, régions ultra-marines comprises.

En 2020, 16 731 personnes sont entrées en France dans le dispositif Vigilans et 25 284 en 2021 (+ 51%). En 2022, des cellules Vigilans sont ouvertes dans toutes les régions, sauf à Mayotte.

En Île-de-France, Vigilans a débuté en **novembre 2018** dans le Val de Marne-Est*. En janvier 2023, tous les départements franciliens sont couverts et les centres de coordination Vigilans sont opérationnels dans 6 départements (les départements 77 et 93 étaient en cours de déploiement fin 2022).

La Figure 1 présente le nombre d'entrées de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux, rapporté à la population de la région.

Figure 1: Nombre semestriel de nouvelles entrées dans Vigilans et taux de nouvelles entrées pour 100 000 habitants, par semestre, Île-de-France et France entière, de 2019 à 2021



Près de 50% des services d'urgence hospitaliers franciliens ont réalisé des inclusions dans Vigilans en 2022.

* Le centre de Créteil (Val de Marne-Est) a fermé en 2022. Le département du Val de Marne est désormais couvert entièrement par le dispositif Vigilans 94 situé au Kremlin-Bicêtre

VigilanS : pour en savoir plus

Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans [ici](#)

[Lien sur le site de l'ARS Île-de-France](#)

3114 : pour en savoir plus

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

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-Loire ; elle était inférieure à 4 pour mille passages en Ile-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 Ile de France dont la part d'activité est plus faible (Figure 2). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car représentant la fréquence relative des passages aux urgences pour 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'Ile-de-France avec la Corse étaient les 2 régions métropolitaines avec des taux d'hospitalisation inférieurs à 100 pour 100 000 habitants.

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

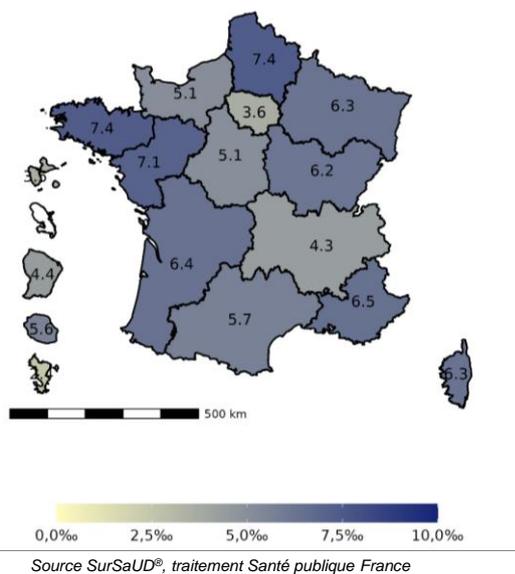


Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021

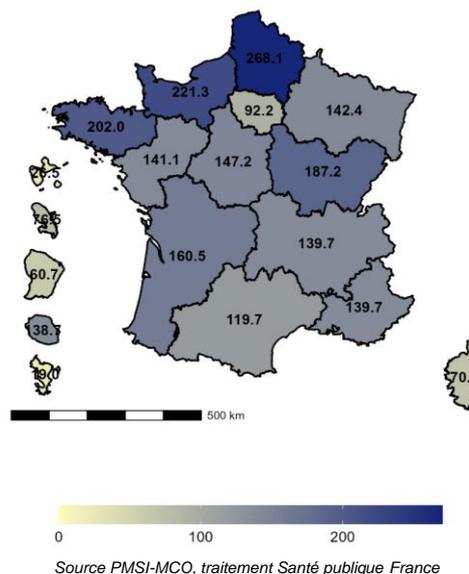
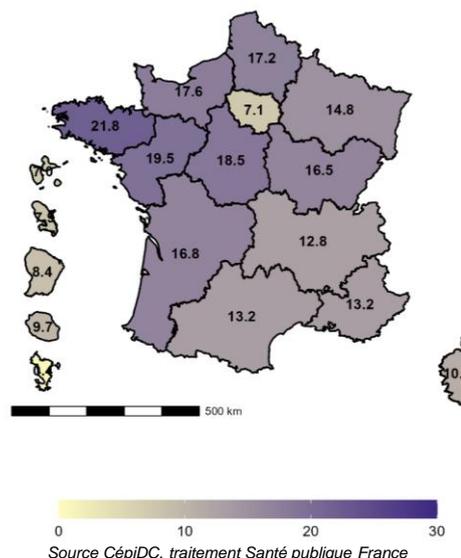


Figure 4. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2017

Concernant la mortalité par suicide en 2017 (dernière année disponible dans la base CépiDC), les taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus, standardisés sur l'âge, variaient pour les régions métropolitaines de 7,1 pour 100 000 habitants en Île-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne. 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 et en Guyane, 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 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. Ce taux d'hospitalisation dépassait 70% en Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est et Nouvelle-Aquitaine.

La période 2020-2021 comparée à celle de 2017-2019 montrait une augmentation significative des parts d'activité chez les jeunes, notamment les jeunes femmes, dans toutes les régions 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 part 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 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 (sexe ratio des taux entre 0,6 et 0,8 en 2019) dans les régions métropolitaines et à La Réunion, particulièrement chez les jeunes.

Les taux départementaux 2017-2019 apparaissaient plus hétérogènes pour les femmes que pour les hommes.

En fonction de l'âge, le pic de taux d'hospitalisation 2017-2019 concernait les 10-19 ans chez les femmes, et chez les hommes les 30-39 ans ou les 40-49 ans dans la plupart des régions. La létalité hospitalière (c.à.d.. après hospitalisation 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, montre une baisse pendant le 1^{er} confinement suivie d'une augmentation continue en France et dans les régions métropolitaines, particulièrement chez les jeunes filles et femmes de 10 à 24 ans.

Comparativement à la période 2017-2019, en 2020, la proportion d'hommes dans les hospitalisations pour TS a significativement augmenté en France métropolitaine et dans 4 régions (Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays-de-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 sex ratio des taux de mortalité tendait à augmenter entre 2010 et 2017 en France métropolitaine et dans une majorité de régions.

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

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 ÎLE-DE-FRANCE

L'Île-de-France (IdF) a été très fortement touchée par la 1^{ère} vague de l'épidémie de COVID-19 et les cliniciens franciliens ont été les premiers à alerter sur une possible augmentation des TS chez les jeunes enfants et un engorgement des services d'urgence pédiatriques.

La pandémie a probablement été le révélateur - en Île-de-France comme ailleurs - d'une augmentation à bas bruit d'un mal-être préexistant, tout particulièrement chez les plus jeunes.

En exemple, les passages aux urgences pour idées suicidaires qui avaient augmenté entre 2017 et 2019, mais dont les effectifs étaient encore très faibles. Il en va de même pour les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide: la comparaison des taux d'hospitalisation selon les différentes phases de l'épidémie de COVID-19 montrait qu'une augmentation avait eu lieu sur le 1^{er} trimestre 2020, avant même le début de l'épidémie de COVID-19.

- Les données des passages aux urgences pour geste suicidaire (ou tentative de suicide) sont difficiles à exploiter en Île-de-France. L'analyse des tendances montre tout de même que la part des tentatives de suicide (TS) dans l'activité en 2020 et 2021 était restée en-dessous des valeurs observées avant la pandémie, sauf pour les jeunes filles de 11 à 24 ans. Le nombre de passages pour TS restait majoritaire chez les femmes (66%) et avait augmenté en 2020 et 2021. Les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation pour TS avaient diminué entre 2017 et 2019 puis la tendance s'était inversée au 2nd semestre 2020 et jusqu'au 1^{er} semestre 2022 : en IdF, 60% des passages étaient suivis d'une hospitalisation.
- Plus marquant a été l'augmentation brutale des passages aux urgences pour idées suicidaires au 2nd trimestre 2020: 6,3 fois plus de passages chez les 11-17 ans et 3,7 plus chez les 18-24 ans entre les 2 périodes d'analyse (2017-2019 et 2020-2021). Plus inquiétante est la persistance du niveau élevé de ces passages en 2022, suggérant une dégradation de la santé mentale qui s'est inscrite dans la durée. Avec un sex ratio de 0,5 en 2020-2021, la différence homme/femme était beaucoup plus marquée en IdF qu'au niveau national (sex ratio à 0,8).
- Les taux annuels d'hospitalisation pour une tentative de suicide en IdF n'ont cessé de diminuer entre 2010 et 2019, chez les hommes comme chez les femmes. Avec un taux d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge de 91 p. 100 000 habitants en 2019 (n=9 915 hospitalisations pour TS), la région se situait très au-dessous du taux national qui était de 152,1 pour 100 000 habitants en 2019. Ces hospitalisations concernaient majoritairement les femmes (63%), notamment les jeunes femmes de 10 à 19 ans (taux à 206,4 hospitalisations pour 100 000).
- La proportion des femmes hospitalisées pour TS avait augmenté en 2021 (mais pas en 2020): 67% en 2021 versus 63% entre 2017-2019. Si la classe d'âge des 25-64 ans contribuait toujours le plus en termes d'hospitalisation, le pourcentage était passé de 60% en 2017-2019 à 47% en 2021, au profit très net des 10-24 ans avec 29% des hospitalisations pour TS en 2017-2019, contre respectivement 33% et 43% en 2020 et 2021.
- Deux modes de TS, plus violents, avaient augmenté en 2020 et 2021: les TS par utilisation d'objet tranchant (8,7% vs 12,1% en 2020 et 14,3% en 2021) et les TS par saut dans le vide (2,7% en 2017-2019 vs 2,1% en 2021, p=002).
- En 2017, 710 personnes résidant en Île-de-France sont décédées suite à un suicide et 70% d'entre elles étaient des hommes (n=499). Avec un taux standardisé de 7,2 décès par suicide pour 100 000 habitants (deux fois moins élevé que le taux national: 14,4 pour 100 000 habitants), l'Île-de-France serait la région avec le taux de mortalité par suicide le plus bas en France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes. La sous-estimation des décès par suicide est cependant majeure en Île-de-France et ne permet pas une comparaison fiable des taux par rapport aux autres régions. Cette sous-déclaration étant constante, la tendance à la baisse se confirme néanmoins en IdF comme au niveau national. A noter aussi, que les taux d'hospitalisation pour TS dans la région sont également parmi les plus bas en France et suggèrent que les taux de suicides pourraient y être moins élevés.
- Chez les moins de 30 ans, la proportion des décès par suicide parmi le total des décès par suicide (12,1%) est en Île-de-France supérieure aux données de France métropolitaine (8,2%) .
- Les décès par suicide chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans représentent 10% de la mortalité de cette classe d'âge en Île-de-France (6,7% en France métropolitaine). C'est également en Île-de-France que la part de la mortalité par suicide chez les femmes présente un plus grand écart avec l'ensemble de la France Métropolitaine (8,7% en IdF vs 5,8% en FM).
- Le saut dans le vide est le deuxième mode de suicide (16,6%) le plus fréquent en IdF et le plus fréquent de toutes les régions métropolitaines puisque ce mode opératoire est au 5^{ème} rang (6,3% du total des suicides) au niveau de la FM. Ce mode de suicide est également très fréquent chez les femmes (24,1%), juste devant les intoxications médicamenteuses (24,1%).
- Au niveau départemental, sous réserve de la qualité des données sur les TS aux urgences et de la sous-déclaration de la mortalité par suicide, on observe que tous les indicateurs de la Seine-St-Denis présentent les niveaux les plus bas de la région tandis que les niveaux les plus préoccupants sont documentés en Seine-et-Marne. Les taux d'hospitalisation pour TS - indicateur le moins biaisé en Île-de-France - montre que les Yvelines, la Seine-et-Marne, l'Essonne (départements de la grande couronne) et le Val-de-Marne présentaient les taux les plus élevés de l'Île-de-France, tout en ayant des niveaux très inférieurs à ceux de la France métropolitaine.
- Depuis fin 2022, le dispositif de prévention du suicide Vigilans est déployé sur tous les départements.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

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

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

Une baisse importante des recours aux soins d'urgence toutes causes de février 2020 à juin 2021 a témoigné de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité des urgences. Dans les services d'urgences hospitaliers et à SOS Médecins, cette baisse s'est accentuée lors du 1^{er} confinement. Ceci correspond directement ou indirectement avec les mesures mises en place par les autorités (-45% des recours tous âges, - 60% chez les enfants).

• Idées suicidaires

Si les passages aux urgences pour idées suicidaires étaient en très légère progression entre 2017 et 2020, l'augmentation observée en octobre 2020 confirme l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale constaté aux urgences hospitalières (Figure 5). Les passages pour idées suicidaires représentent une faible part de l'activité mais la part de ces passages dans l'activité globale était passée de 0,12/1 000 en 2017-2019 (soit 23 passages mensuels en moyenne) à 0,39/1 000 passages au dernier trimestre 2020. Cette activité, qui a continué d'augmenter ces dernières années pour atteindre 0,75 pour 1 000 en 2022, témoigne probablement d'une dégradation de la santé mentale sans que l'on en connaisse encore précisément les caractéristiques.

• Geste suicidaire

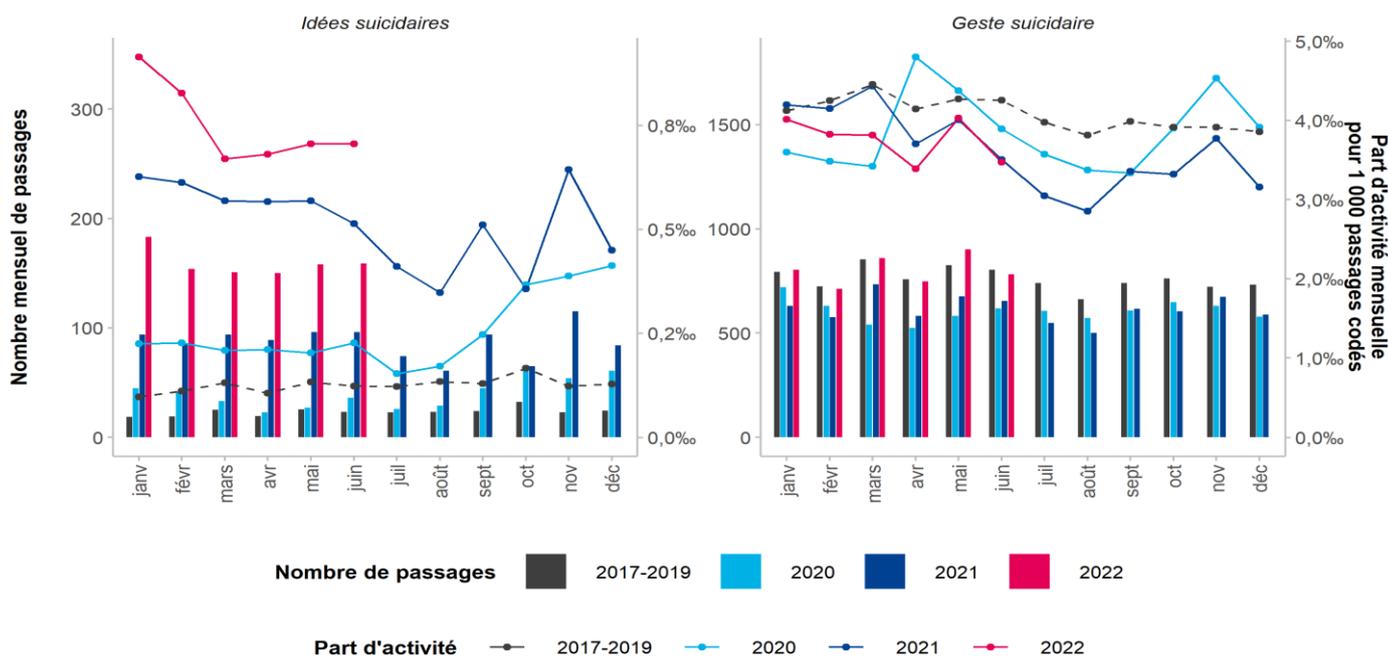
En revanche, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour un geste suicidaire (ou tentative de suicide, TS) était entre 2017 et 2019 relativement stable; avec en moyenne près de 800 TS par mois, ce qui représente une part d'activité de 4,1 TS pour 1 000 passages. En 2020 et 2021, la part des TS parmi les passages codés avait globalement diminué sur l'année (en moyenne 600 TS par mois) en dépit des fluctuations d'activité plus marquées en avril et novembre 2020. En 2022, le nombre moyen de TS mensuel se situait de nouveau autour de 800, la part des TS dans l'activité (3,7 TS pour 1 000 passages) restant cependant en-dessous de celle de 2017-2019.

Si les passages pour gestes suicidaires chez des adultes de 25 ans et plus ont nettement diminué, une augmentation des passages pour une TS chez les enfants et les jeunes adultes de 18 à 24 ans a été observée entre les 2 périodes. A noter également que les TS vues aux urgences concernent majoritairement les femmes (66%) et que cette proportion a augmenté de 3 points ces 2 dernières années.

Le pourcentage de passages suivis d'une hospitalisation pour TS était passé de 62% en 2017 à 56% en 2019. Cette tendance s'est inversée en septembre 2020 et en 2022, 60% des passages pour TS ont été suivis d'une hospitalisation en Île-de-France.

Les données des TS sont difficilement exploitables dans les RPU franciliens pour diverses raisons (technique, thésaurus, pratique de codage...). Aussi l'interprétation de ces données doit rester prudente, y compris sur les tendances.

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



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

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

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

L'activité pour idées suicidaires a augmenté significativement dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019. Les augmentations ont d'avantage concerné les femmes (3,6 fois plus) et la classe d'âge des 11-24 ans (4 fois plus). Avec un sex ratio de 0,5 en 2020-2021, la différence homme/femme était beaucoup plus marquée en IdF qu'au niveau national (sex ratio à 0,8, France entière).

Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a d'avantage augmenté en IdF qu'au niveau national entre les 2 périodes. Cependant la part des idées suicidaires restait très inférieure en IdF et sur les 2 périodes par rapport au niveau national (FE), avec par exemple une part d'activité proche de 1,5 pour 1 000 en France entière contre 0,54 en IdF. Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques de codage après passage aux urgences, une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaires - particulièrement chez les jeunes - était confirmée par des cliniciens de différentes régions à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022 (Tableau 1).

Si les passages aux urgences pour geste suicidaire ont pour leur part diminué significativement chez les femmes et les hommes entre les 2 périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire restaient deux fois plus fréquents pour les femmes sur les 2 périodes. En termes de classe d'âge, seule la part des gestes suicidaires chez les 11-24 ans montrait une augmentation significative entre les 2 périodes (Tableau 1). Les adultes de 25-64 ans, qui représentaient 62% du volume des TS vues aux urgences entre 2017-2019 (contre 46% en 2020-2021) semblaient avoir été moins touchés que les plus jeunes par la pandémie. A noter que l'activité liée aux passages aux urgences (rapportée aux passages avec un diagnostic codé) pour geste suicidaire était inférieure à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge.

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, Île-de-France, périodes 2017-2019 et 2020-2021

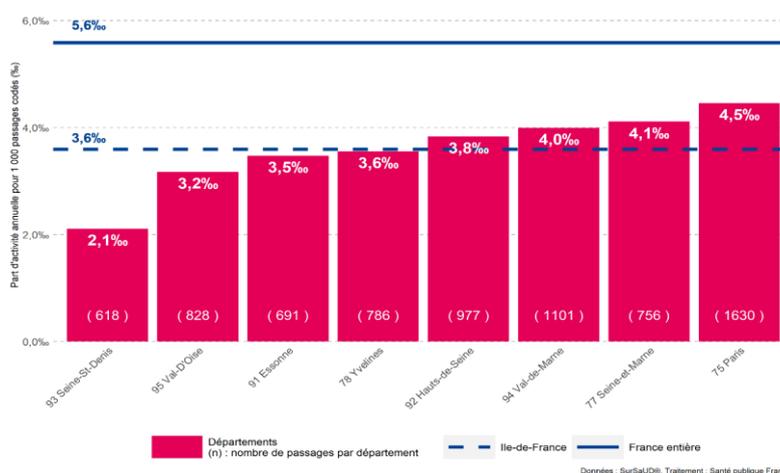
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	117	0,10	243	0,24	<0,001
	Femmes	163	0,15	521	0,54	<0,001
	11-24 ans	149	0,31	506	1,25	<0,001
	25-64 ans	113	0,09	219	0,19	<0,001
	65 ans et plus	19	0,04	38	0,09	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	3069	2,74	2404	2,37	<0,001
	Femmes	6040	5,44	4918	5,07	<0,001
	11-24 ans	2727	5,64	2613	6,47	<0,001
	25-64 ans	5601	4,33	4047	3,50	<0,001
	65 ans et plus	781	1,72	662	1,56	0,005

* 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 par département étaient toutes inférieures à l'activité calculée au niveau national. La région Île-de-France a la part d'activité pour geste suicidaire la plus faible, parmi toute les régions, probablement en lien avec les divers problèmes techniques mentionnés plus haut qui rendent l'identification des TS aux urgences difficiles à exploiter (Figure 6).

Figure 6 : Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰) chez les 10 ans et plus, par département, en Île-de-France et en France entière, 2021



Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

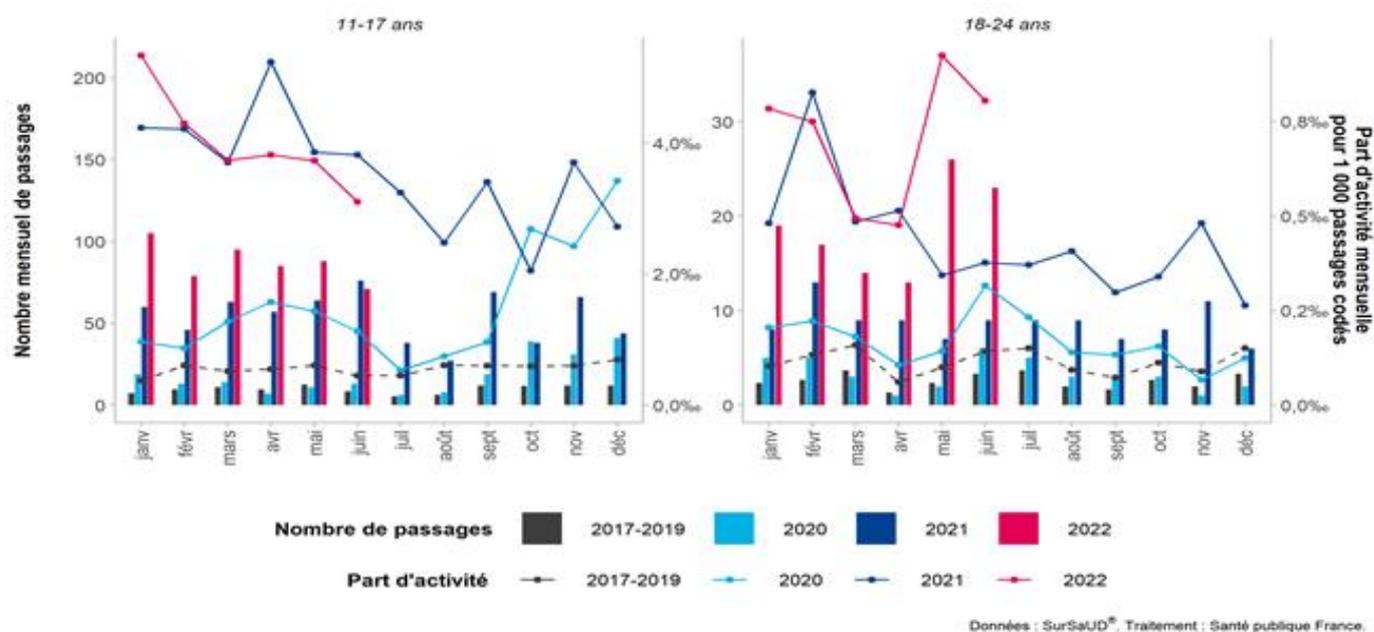
• Idées suicidaires

Une augmentation régulière mais modérée des passages pour idées suicidaires était observée dans toutes les classes d'âge entre 2017 et 2019, les effectifs étaient restés comparativement faibles sur ces 3 années (10 passages par mois en moyenne chez les 11-17 ans, 3 chez les 18-24 ans).

L'augmentation en 2020 des effectifs et de la part des passages pour idées suicidaires a concerné exclusivement les enfants de 11 à 17 ans et a eu lieu plus particulièrement sur le dernier trimestre 2020. En 2021, l'augmentation des passages pour idées suicidaires s'est accélérée et concernait aussi bien les enfants de 11-17 ans (avec une part d'activité multipliée par 6,3, soit en moyenne 55 passages mensuels) que les jeunes adultes de 18-24 ans (3,7 fois plus qu'en 2017-2019 mais avec des effectifs mensuels inférieurs à 10 passages). La proportion des passages chez les jeunes filles n'a cessé d'augmenter ces dernières années : elles représentaient 68% des passages pour idées suicidaires en 2017-2019 contre 80% en 2022.

Au premier semestre 2022, la part d'activité codée atteignait son niveau le plus élevé (4,3 passages pour 1 000) mais est en phase descendante depuis février 2022 chez les 11-17 ans. La temporalité et l'intensité de ces fluctuations vues depuis fin 2020 différaient des variations saisonnières observées en 2017-2019. Le niveau d'activité encore élevé en 2022 laisse penser à ce stade que ce mal-être, qui a émergé avec la pandémie, risque de s'installer dans la durée. (Figure 7).

Figure 7 : Evolution mensuelle du nombre de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Île-de-France, janvier 2017 à juin 2022.



• Geste suicidaire

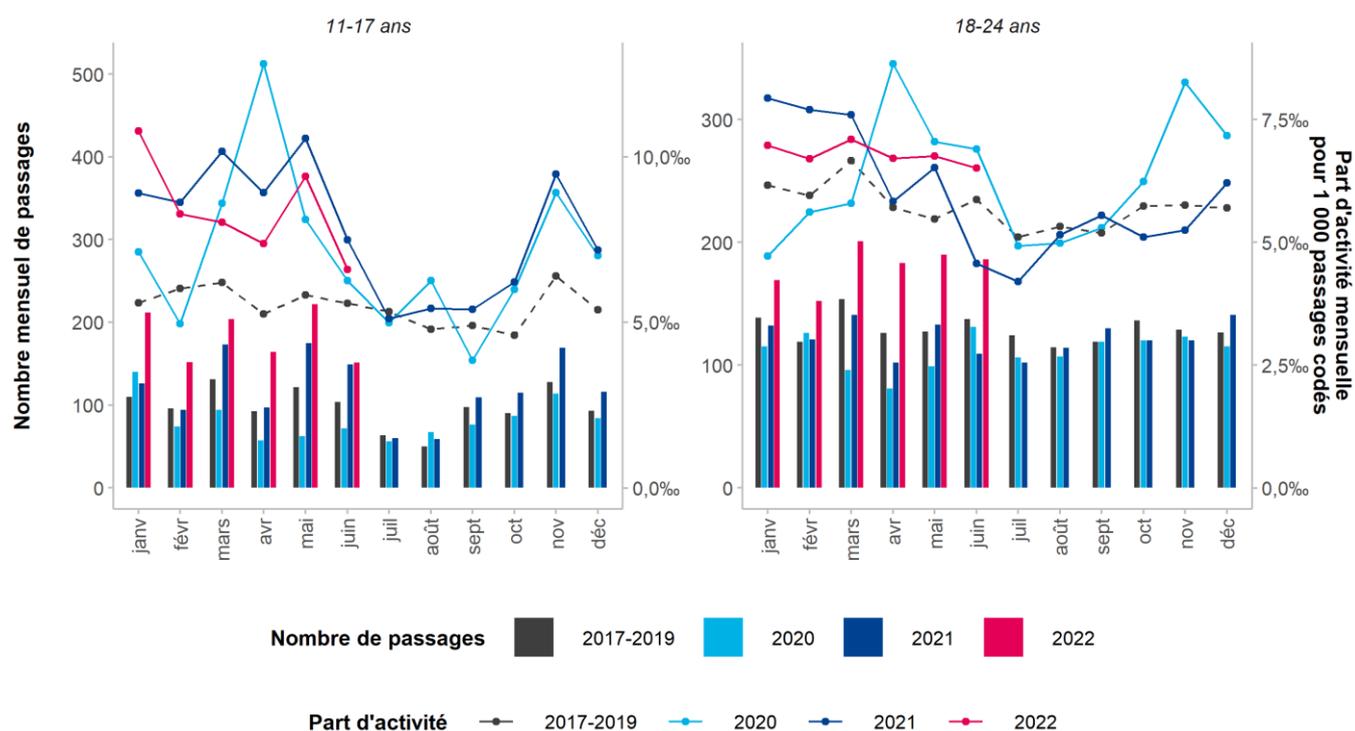
La part des gestes suicidaires (TS) dans les passages codés aux urgences a augmenté significativement chez les adolescentes et les jeunes filles âgées de 11 à 24 ans entre la période pré-épidémique 2017-2019 et la période 2020-2021 (tableau 2). Elle a aussi augmenté chez les garçons mais pas chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans.

En 2020, la forte diminution de l'activité aux urgences ne rendait pas compte de la part d'activité liée réellement au TS ((en diminuant le dénominateur) et créait de fortes variations selon les différentes phases de confinement, tout particulièrement chez les enfants de 11 à 17 ans. Néanmoins, l'augmentation des TS dans cette classe d'âge devenait visible en octobre 2020 et n'a pas cessé d'augmenter depuis. Chez les enfants de 11-17 ans (tous sexes confondus) la part annuelle des TS vues aux urgences a augmenté de 1,7 point entre les 2 périodes. Elle atteignait 8,4 TS pour 1 000 passages aux urgences au 1^{er} semestre 2022, soit 185 TS par mois (Figure 8 et tableau 2).

Chez les 18-24 ans l'augmentation n'était pas statistiquement significative entre la période 2017-2019 et la période 2020-2021. On identifiait cependant de fortes variations: variations en 2020 à mettre plutôt en parallèle avec les phases de confinement, tandis que les variations en 2021 ressemblaient plus aux variations saisonnières constatées pendant la période 2017-2019. Au 1^{er} semestre 2022, l'activité s'était stabilisée dans cette classe d'âge à 6,8 passages pour 1 000 passages aux urgences soit environ 180 TS vues aux urgences chaque mois.

Ainsi, chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, le nombre de passages codés pour TS dans les services d'urgence en IdF continuait d'augmenter au cours du premier semestre 2022, donc après la phase aigüe de la crise sanitaire.

Figure 8 : Evolution mensuelle du nombre de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour un geste suicidaire chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Île-de-France, de janvier 2017 à juin 2022



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

En Île-de-France, les passages aux urgences pour idées suicidaires ont augmenté chez les hommes et beaucoup plus chez les femmes. Ils ont également augmentés chez les 11-17 ans et un peu moins chez les 18-24 ans. En comparaison avec le niveau national, la part d'activité reste très inférieure à celle au niveau national et sur les 2 périodes. La part des idées suicidaires aux urgences dans d'activité globale a cependant augmenté 2 fois moins qu'au niveau national, sauf pour les enfants de 11-17ans pour lesquels la part d'activité a augmenté au même rythme que le niveau national entre les 2 périodes (+ 2 points).

L'augmentation des passages pour un geste suicidaire entre les 2 périodes était significative pour les adolescentes et les jeunes femmes au niveau national. En Île-de-France, l'augmentation était significative uniquement pour les adolescentes avec une augmentation de la part d'activité de 1,5 point entre les 2 périodes (+ 2,8 points d'augmentation sur la France entière) et 1,7 pour les enfants de 11-17 ans (+ 2 au niveau national). (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, Île-de-France, 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	50	0,21	118	0,57	<0,001
	Femmes	99	0,41	388	1,97	<0,001
	11-17 ans	118	0,55	434	2,60	<0,001
	18-24 ans	31	0,11	72	0,30	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	712	2,92	654	3,17	0,023
	Femmes	2014	8,39	1958	9,94	<0,001
	11-17 ans	1176	5,53	1212	7,24	<0,001
	18-24 ans	1551	5,72	1401	5,93	0,135

* 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 ILE-DE-FRANCE

Données issues du PMSI-MCO

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

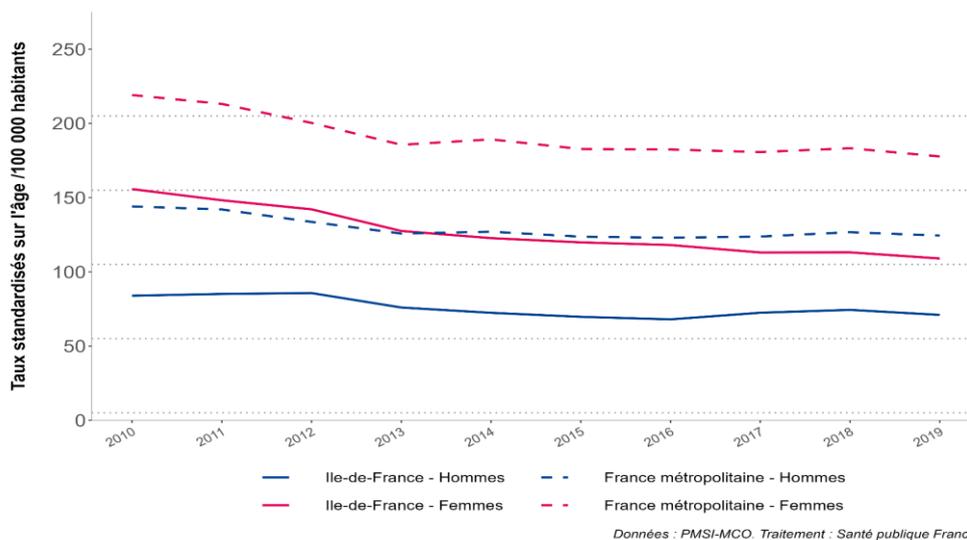
• Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide de 2010 à 2019

Entre 2010 et 2019, 11 110 hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) étaient enregistrées en moyenne chaque année chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Île-de-France. Avec un taux d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge de 91 pour 100 000 habitants en 2019, la région se situait très au-dessous du taux national qui était de 152,1 pour 100 000 habitants en 2019.

Alors que le taux national d'hospitalisation pour TS, quel que soit le sexe, était plutôt stable à partir de 2013, dans la région IdF, le taux chez les femmes a continué de diminuer très progressivement entre 2010 et 2019, avec toutefois une inflexion un peu plus marquée entre 2012 et 2013 (142,1 pour 100 000 habitants en 2012 vs. 127,5 pour 100 000 habitants en 2013). En 2019, le taux d'hospitalisation pour TS chez les femmes franciliennes était de 109 pour 100 000 habitants).

Chez les hommes, le taux d'hospitalisation pour TS a également diminué progressivement sur ces 10 ans avec la même inflexion entre 2012 et 2013. Une légère hausse était observée en 2017 et 2018, pour diminuer de nouveau en 2019 (74,4 pour 100 000 habitants en 2018 vs. 71 pour 100 000 habitants en 2019) (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, Île-de-France et France métropolitaine, 2010 à 2019



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

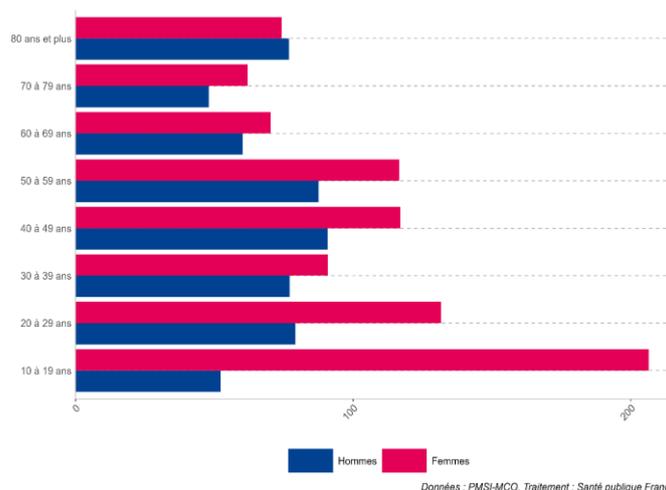
Comme au niveau national, les hospitalisations pour TS chez les résidents d'Île-de-France âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (63% des 30 343 hospitalisations pour TS sur les 3 ans en IdF sur la période 2017-2019).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 206,4 pour 100 000 (Figure 10), taux nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge, mais loin derrière les Hauts-de-France et la Normandie (respectivement 530 et 626 TS pour 100 000)

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 40-49 ans (90,8 pour 100 000) suivi de près par la classe d'âge de 50-59 ans (87,6 pour 100 000).

L'IdF présente un des taux les plus bas en France métropolitaine (juste derrière la Corse).

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



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

Sur la période 2017-2019, la létalité pour TS s'élevait à 12,6 pour 1 000 hospitalisations en Île-de-France (soit 381 décès sur la période totale), comparable à celle observée en France métropolitaine (12,0 p. 1 000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge. Elle était deux fois plus élevée chez les hommes: elle passait de 7,9 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 71,2 pour 1 000 chez ceux de 65 ans et plus, soit 9 fois plus. On observait également chez les femmes une augmentation avec l'âge avec respectivement un taux de létalité de 1,1 décès pour 1 000 pour les moins de 25 ans, 35 pour 1 000 chez celles de 65 ans et plus, soit 32 fois plus. Les taux de létalité franciliens sont proches de taux observés au niveau national.

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 71,3% des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour tentative de suicide (78,1% en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions moindres et décroissantes, l'auto-intoxication par d'autres produits (10,5%), l'utilisation d'objet tranchant (7,9%) la pendaison (2%) et le saut dans le vide (1,9%). Les autres modes étaient peu fréquents.

L'auto-intoxication médicamenteuse était plus utilisée chez les femmes: 77,5% des TS hospitalisées versus 60,8% chez les hommes. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ainsi que des modes de TS plus violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu).

La durée médiane d'hospitalisation, que les patients aient ou non survécu, était de un jour, tous modes de TS confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (5 jours), collisions intentionnelles, expositions aux fumées, gaz ou flammes (4 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (191 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (154 pour 1 000) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (103 pour 1 000). Les TS par arme à feu ou exposition aux fumées étaient peu nombreuses (Tableau 3).

Tableau 3 : Part (%) des modes de tentatives 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, Île-de-France, 2017 à 2019

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	21 641	71,3	77,5	60,8	1,0	5
Auto-intoxication par d'autres produits	3 190	10,5	6,5	17,3	1,0	13
Objet tranchant	2 397	7,9	7,8	8,1	2,0	6
Pendaison	605	2,0	1,1	3,5	2,0	155
Saut dans le vide	568	1,9	1,5	2,5	5,0	65
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	97	0,3	0,2	0,6	4,0	103
Arme à feu	89	0,3	0,0	0,7	2,0	191
Noyade	81	0,3	0,2	0,4	1,0	62
Collision intentionnelle	73	0,2	0,1	0,4	4,0	55
Mode non précisé	3 193	10,5	10,2	11,0	1,0	20

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS apparaissent relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes sur la période 2017-2019 ; chez les femmes, l'hétérogénéité était plus marquée (Figure 11). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 367,6 pour 100 000 (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 sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

Chez les hommes, 6 départements présentaient des taux supérieurs à 200 pour 100 000 (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 en métropole, 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 Île-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.

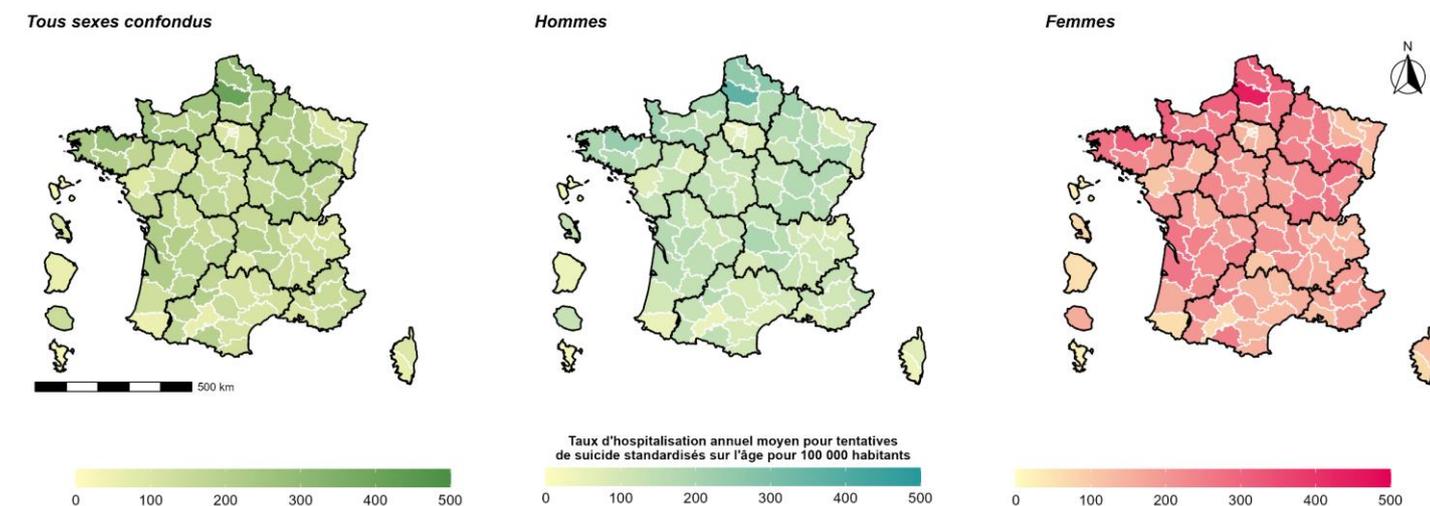
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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

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

En Île-de-France sur la période 2017-2019, 4 des 8 départements faisaient partie des départements ayant un taux d'hospitalisation pour TS les plus bas observés sur le territoire national. Paris, la Seine-St-Denis ont des taux d'hospitalisation pour TS inférieurs à 100/ 100 000 chez les femmes (Val de Marne=100 pour 100 000). Chez les hommes, La Seine-St-Denis et le Val-d'Oise ont les taux parmi les plus bas, c'est-à-dire un taux d'hospitalisation inférieur à 60 TS pour 100 000. La différence homme/femme est la plus marquée dans les Yvelines avec un sex-ratio égal à 0,5, sex-ratio parmi les plus bas observés sur le territoire national.

Figure 11 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, 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

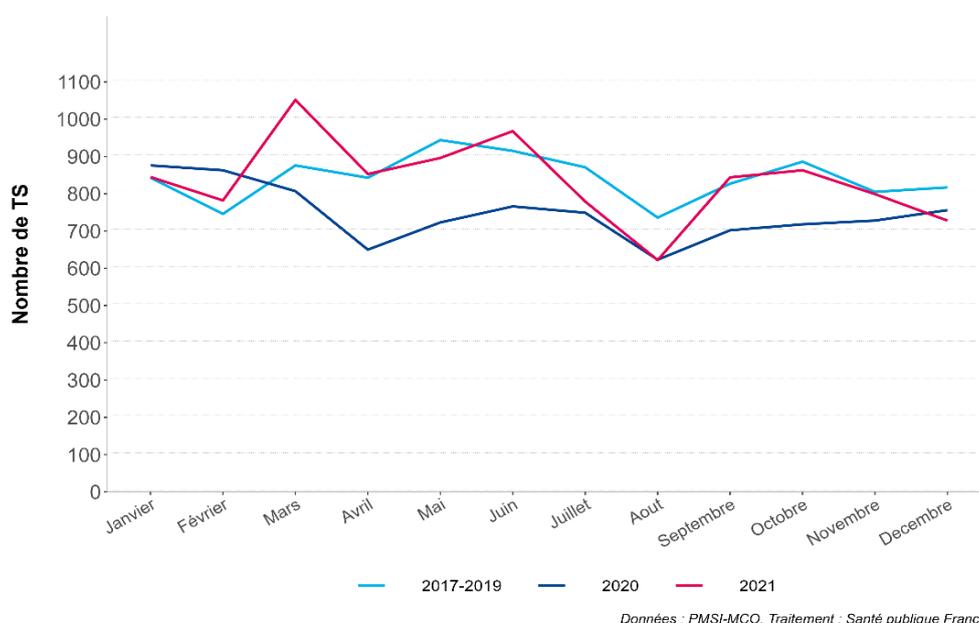
• Nombre mensuel de séjours hospitaliers – Île-de-France

En Île-de-France, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide avait diminué en 2020 (8 961 hospitalisations pour TS), avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement lié à l'épidémie de COVID-19 et une baisse au cours des vacances d'été (Figure 12). Une diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aiguë de la pandémie avait été décrite par plusieurs auteurs¹⁻², suggérant que les causes pouvaient être multiples : baisse réelle de certains recours aux soins (accidents de la voie publique par exemple), 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 pendant le premier confinement est donc probable.

En 2021, 10 031 hospitalisations pour TS étaient comptabilisées sur l'année (contre 10 109 en moyenne sur les années 2017-2019) et aucune tendance temporelle inhabituelle n'a été observée.

En revanche, des différences significatives ($p < 0,001$) de la répartition par âge ont été observées pour les années 2020 et 2021, en comparaison avec celle de 2017-2019 (Tableau 4)

Figure 12 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, Île-de-France, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



• Caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide – Île-de-France

La proportion des femmes parmi les personnes hospitalisées pour TS a augmenté en 2021 (mais pas en 2020) : 66,8% en 2021 versus 63% les années précédentes. Si la classe d'âge des 25-64 ans contribuait toujours le plus grand nombre de personnes hospitalisées pour TS, le pourcentage est passée de 60% en 2017-2019 à 47,2% en 2021, au profit très net des 10-24 ans qui représentaient 29% des hospitalisations pour TS en 2017-2019, contre respectivement 33% et 43% en 2020 et 2021. (Tableau 4).

Concernant l'évolution des modes de TS, la proportion de TS par auto-intoxication médicamenteuse a significativement diminué en 2020 et 2021 en comparaison à la période 2017-2019 (respectivement 78,2%, 75,9% et 73,5) et les auto-intoxications par autres produits ont également diminué en 2020 et plus significativement en 2021.

Deux modes de TS, plus violents, ont augmenté au cours de ces périodes d'études: La proportion de TS par utilisation d'objet tranchant a significativement augmenté entre 2017-2019 et 2020 (8,7% vs 12,1%) et en 2021 (14,3%).

La part des TS par saut dans le vide a augmenté en 2021 (2,7% en 2021 vs 2,1% en 2017-2019, $p=0,02$) (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 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

Tableau 4 : Principales caractéristiques des séjours hospitaliers pour TS, Île-de-France, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	37,0%	36,9%	0,866	33,2%	<0,001
	Femme	63,0%	63,1%		66,8%	
Classe d'âge	10-24 ans	28,9%	32,9%		42,9%	
	25-64 ans	59,9%	55,3%	<0,001	47,2%	<0,001
	65 ans et plus	11,2%	11,8%		9,9%	
Létalité		1,3%	1,6%	0,029	1,3%	0,915
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	78,2%	75,9%	<0,001	73,5%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	11,5%	10,4%	0,024	10,1%	<0,001
	Objet tranchant	8,7%	12,1%	<0,001	14,3%	<0,001
	Pendaison	2,2%	2,6%	0,123	2,3%	1,000
	Saut dans le vide	2,1%	2,5%	0,123	2,7%	0,002
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,4%	0,3%	1,000	0,6%	0,007
	Arme à feu	0,3%	0,3%	1,000	0,3%	1,000
	Noyade	0,3%	0,2%	1,000	0,3%	1,000
	Collision intentionnelle	0,3%	0,3%	1,000	0,3%	0,967

* 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=27674 en 2017-2019, 8337 en 2020 et 9252 en 2021).

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

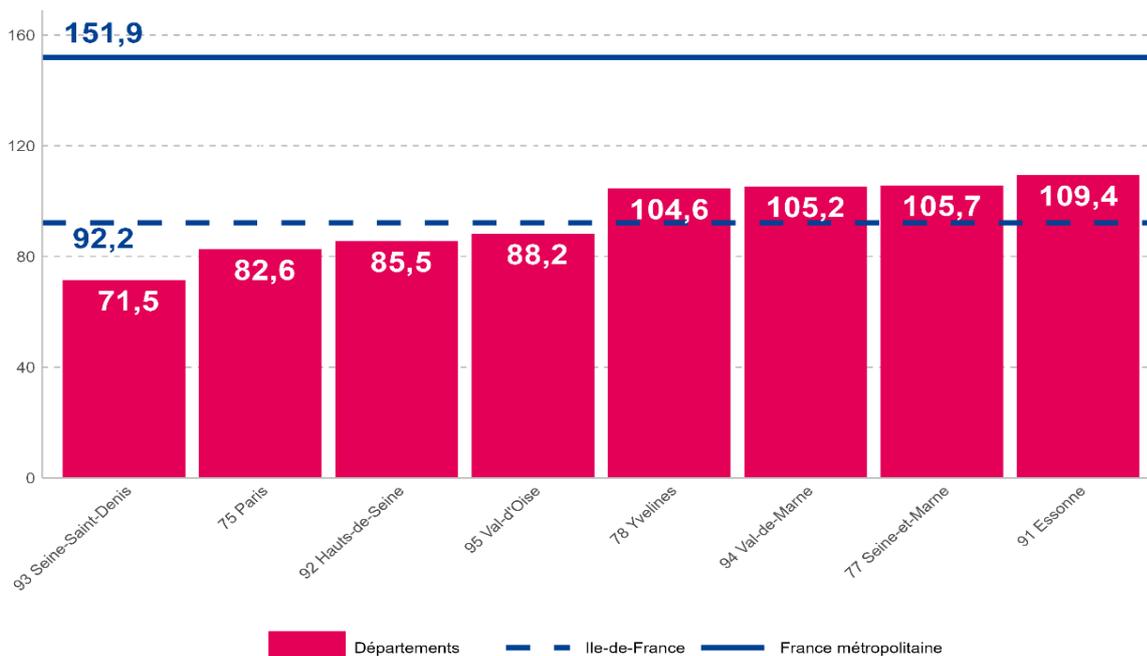
Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Hospitalisations pour tentative de suicide par département en Île-de-France et en France métropolitaine

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS a augmenté durant la période pandémique, passant de 82,9 pour en 2020 à 92,2 pour 100 000 habitants en 2021. Cette augmentation était observée uniquement chez les femmes (de 99,9 en 2020 à 117,3 pour 100 000 en 2021). Chez les hommes, le taux d'hospitalisation pour TS restait stable entre 2020 et 2021, autour de 64 hospitalisations pour 100 000.

Au niveau départemental, 3 départements de la grande couronne sur 4 présentaient les taux les plus élevés de l'Île-de-France, tous à des niveaux inférieurs à ceux de la France métropolitaine (Figure 13).

Figure 13 : Taux annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge, par département, en Île-de-France et en 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 entraînées, 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, et 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 de soins français publics et privés de court séjour (PMSI-MCO), des personnes âgées de 10 ans et plus, hospitalisées entre le 02/01/2020 et le 31/05/2021 pour un geste suicidaire ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

- la phase de pré-confinement (semaines 1 à 11, 2020) ;
- le premier confinement (semaines 12 à 19, 2020) ;
- la phase d'inter-confinement (semaines 20 à 44, 2020) ;
- le deuxième confinement (semaines 45 à 50, 2020) ;
- la phase de post-confinement (semaines 51 et 52 de 2020 ; semaines 1 à 20 de 2021), incluant le 3^{ème} confinement car moins restrictif que les deux précédents.

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

Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et 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, 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 (Figure 14).

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 post-confinement (sauf en Centre-Val-de-Loire et en Nouvelle-Aquitaine).

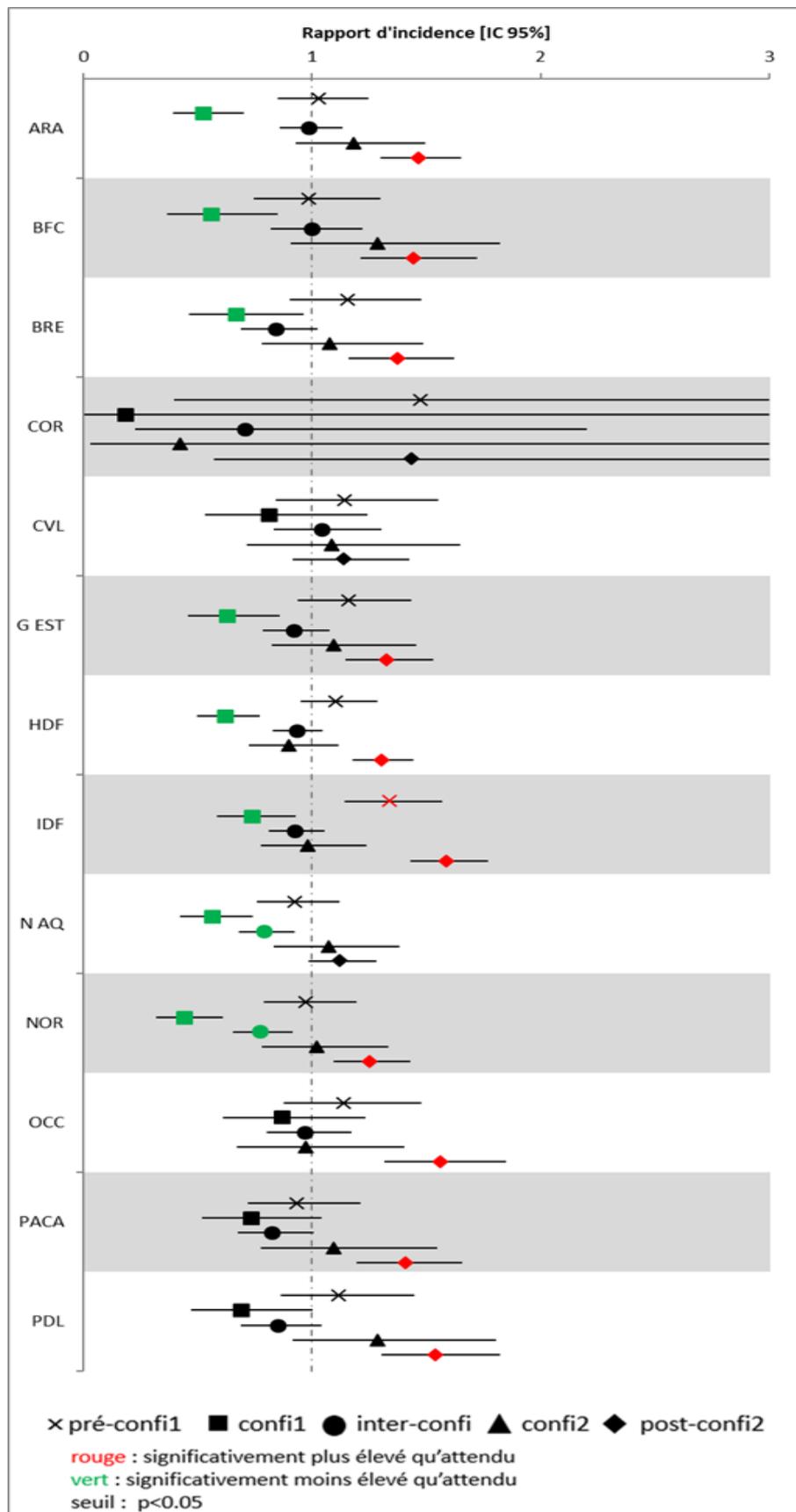
Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales. Chez les garçons et 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 n'étaient pas statistiquement significatives (données non présentées).

Concernant les DROM, le graphique n'est pas présenté car, d'une part, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en-dehors du premier confinement, les mesures de freinage prises par les territoires respectifs, ainsi que les périodes durant lesquelles elles ont été déployées étaient différentes de la métropole. En Guyane, aucune tendance à la baisse du taux d'hospitalisation pour TS n'est observée pendant le 1^{er} confinement.

En Île-de-France, comme dans la plupart des régions métropolitaines, on observait une baisse significative du taux d'hospitalisation pour TS lors du premier confinement chez les femmes de 10 à 24 ans en 2020. Cet indicateur augmentait ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19 et devint significativement supérieur au taux d'hospitalisation pour TS vus en 2017-2019.

A noter qu'en Île-de-France, les taux d'hospitalisation calculés en 2020 sur la période avant le 1^{er} confinement, était significativement supérieur aux taux calculés en 2017-2019.

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 (S0-10), premier confinement (S11-19), inter confinement (S20-44), deuxième confinement (S45-50), après le deuxième confinement (S51-52,S0-20))



Note: Dans les Droms, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant d'une part pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique 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.

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, ÎLE-DE-FRANCE, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En Île-de-France, le suicide a causé la mort de 710 personnes résidant en 2017 et 70% d'entre elles étaient des hommes (n=499). Avec un taux standardisé de 7,2 suicides pour 100 000 habitants, l'Île-de-France serait la région ayant un taux de suicide le plus bas en France, juste derrière Mayotte et la Guadeloupe et deux fois moins élevé que le taux national (14,4 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux de suicide (10,6 pour 100 000 hommes) serait le plus bas de France Métropolitaine. Il présenterait des écarts de 12 points par rapport au taux national (22,5 pour 100 000 hommes). Chez les femmes le taux de suicide francilien serait aussi le plus bas en France métropolitaine et resterait inférieur au taux national (6,8 pour 100 000 femmes). A noter que les écarts tendaient à légèrement diminuer depuis 2012.

La sous-estimation des décès par suicide est majeure en Île-de-France et ne permet pas une comparaison fiable des taux de suicide par rapport aux autres régions. Cette sous-estimation, due à une sous-déclaration des suicides adressés par les Instituts médico légaux au CépiDC, étant constante ; la tendance à la baisse se confirmerait néanmoins en IdF comme au niveau national. A noter que les taux d'hospitalisation pour TS dans la région sont également parmi les plus bas en France et suggèrent que les taux de suicides pourraient y être réellement moins élevés.

Evolution de la mortalité par suicide de 2000 à 2017

Entre 2000 et 2017, le taux standardisé de mortalité par suicide a diminué dans la région, passant de 12,4 à 7,2 pour 100 000 habitants. Une tendance à la baisse observée chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes, le taux standardisé atteignait 10,6 pour 100 000 hommes en 2017 (contre 18,9 en 2000) ; chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge a diminué plus lentement passant de 6,9 suicides pour 100 000 femmes en 2000 à 4,2 en 2017 (Figure 15). Les décès par suicide étaient en 2017 près de deux fois et demi plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, avec une légère évolution du sex ratio (H/F) qui avait diminué en passant de 2,7 en 2000 à 2,5 en 2017 (Figure 15).

L'analyse temporelle selon l'âge montrait une diminution des taux de mortalité dans toutes les classes d'âge et plus particulièrement chez les plus âgés dont le taux de suicide est passé de 26,2 à 14,8 pour 100 000 entre 2010 et 2017 et a chuté chez les adultes de 30 à 44 ans de 12,6 en 2010 à 5,1 pour 100 000 en 2017. Dans la classe d'âge des 10-29 ans, le taux de décès a également légèrement diminué (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, Île-de-France et France métropolitaine, 2000-2017

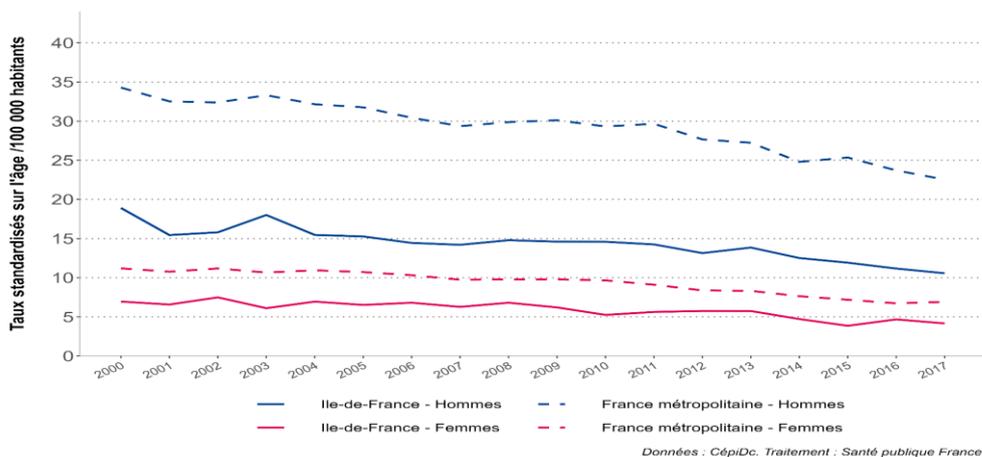
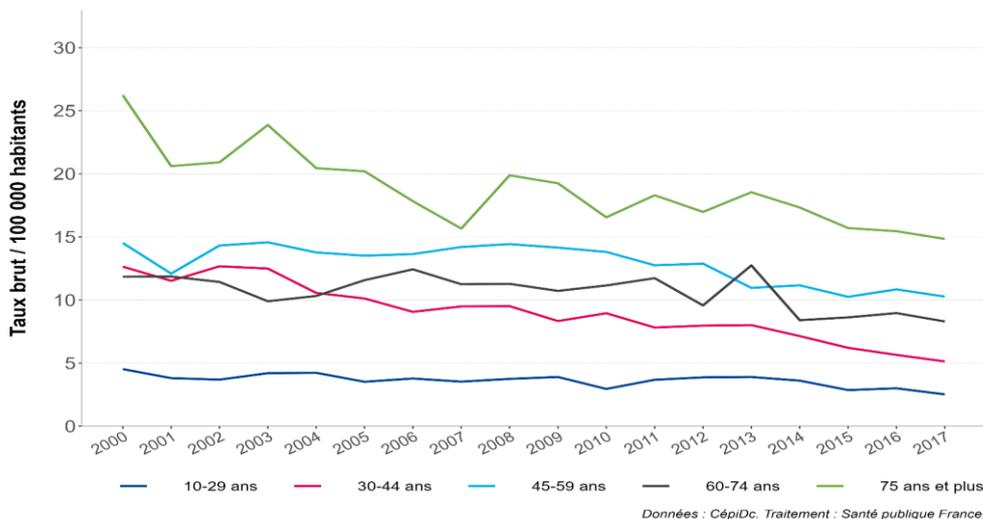


Figure 16 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Île-de-France, 2000-2017



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

En Île-de-France, sur la période 2015 à 2017, les suicides ont représenté 1% (n=2 224 sur 3 ans) des décès toutes causes de la région (1,5% en France métropolitaine, n=25 585 sur 3 ans). Chez les hommes, la part des décès par suicide dans la mortalité toutes causes s'élevait à 1,4% (n=1 580) contre 2,2% au niveau national. Chez les femmes, elle était plus de 2 fois inférieure aux hommes: 0,6% (n=644), comparable au niveau national (0,7%).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des décès par suicide dans la mortalité était plus importante chez les 20-29 ans (13,4%), les 10-19 ans (9,6%) et les 30-39 ans (8,9%). On retrouvait ce même schéma chez les hommes et les femmes, mais la part du suicide dans la mortalité était plus élevée chez les hommes. Parmi les 10-19 ans, les suicides représentaient 10,9% de la mortalité chez les garçons et hommes versus 7,7% chez les filles et femmes. Parmi les 30-39 ans, ils représentaient 10,5% de la mortalité chez les hommes versus 5,8% chez les femmes.

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

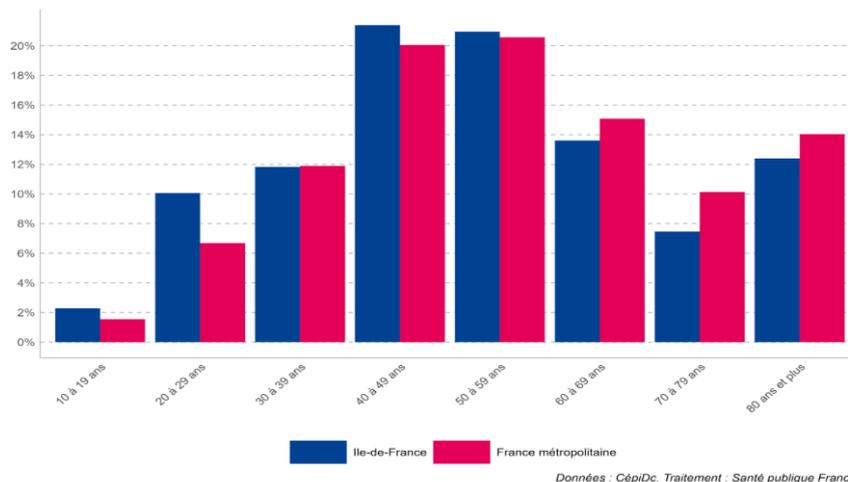
En Île-de-France, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 71% (n=1 580) des décès par suicide et étaient majoritaires, sans toutes les classes d'âge, par rapport aux femmes dans toutes les classes d'âge. Tous sexes confondus, les personnes de 40 à 59 ans représentaient 42% des suicides, les personnes étant âgées de 40-49 ans et 50-59 ans dans 20,3% et 21,6% des cas, respectivement.

Chez les moins de 30 ans, la proportion des suicides parmi le total des suicides en Île-de-France (12,1%) est supérieure aux données de France métropolitaine (8,2%). Chez les plus de 60 ans, la proportion des suicides est plus faible en Île-de-France (35%) qu'en France métropolitaine (40%). Les suicides chez les plus jeunes (10-19 ans) représentaient 2,4% des suicides de la région (1,7% en France métropolitaine).

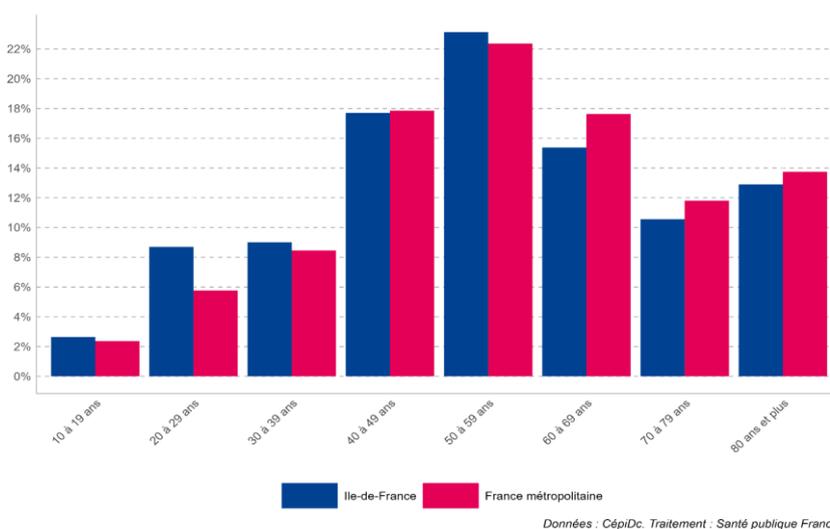
C'est aussi parmi les jeunes adultes de 20 à 29 ans, que les écarts avec la Métropole étaient les plus marqués, aussi bien chez les hommes (10% en IdF vs 6,7% en FM) que chez les femmes (8,7% en IdF vs 5,8% en FM). Une meilleure déclaration des décès par suicide chez les plus jeunes pourrait expliquer ces différences.

Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe en (%), en Île-de-France et en France métropolitaine, 2015-2017 (n=2 224)

17.a. Chez les Hommes



17.b. Chez les Femmes



• Modes de décès par de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de décès par suicide enregistré en Île-de-France était la pendaison : 47,8% des décès versus 57,2% au niveau national, et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. En Île-de-France, le saut dans le vide est le deuxième mode de suicide (16,6%) et il le plus élevé de toutes les régions; au niveau national ce mode opératoire est au 5^{ème} rang (6,3% du total des suicides). Ce mode de suicide est également très fréquent chez les femmes (24,1%), juste devant les intoxications médicamenteuses (24,1%). Chez les hommes, les deux autres modes de suicide les plus fréquents sont le saut dans le vide (13,6%) et l'utilisation d'arme à feu (13,6%), ce dernier étant rare chez les femmes (1,7%). Les suicides par collision intentionnelle (3,5%) et par objet tranchant (2,1%) sont légèrement plus élevés en Île-de-France qu'au niveau national (respectivement 1,7% et 1,2% au niveau national). A l'inverse, les noyades intentionnelles sont moins fréquentes en Île-de-France que sur le reste du territoire (Tableau 5).

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1062	47,8	35,2	52,8
Arme à feu	222	10,0	1,1	13,6
Auto-intoxication médicamenteuse	254	11,4	23,0	6,7
Saut dans le vide	370	16,6	24,1	13,6
Noyade	39	1,8	3,1	1,2
Auto-intoxication par d'autres produits	55	2,5	4,0	1,8
Collision intentionnelle	78	3,5	4,0	3,3
Objet tranchant	46	2,1	1,4	2,3
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	11	0,5		
Mode non précisé	201	9,0	10,6	8,4

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

• Taux départementaux de mortalité par suicide, en 2017, Île-de-France

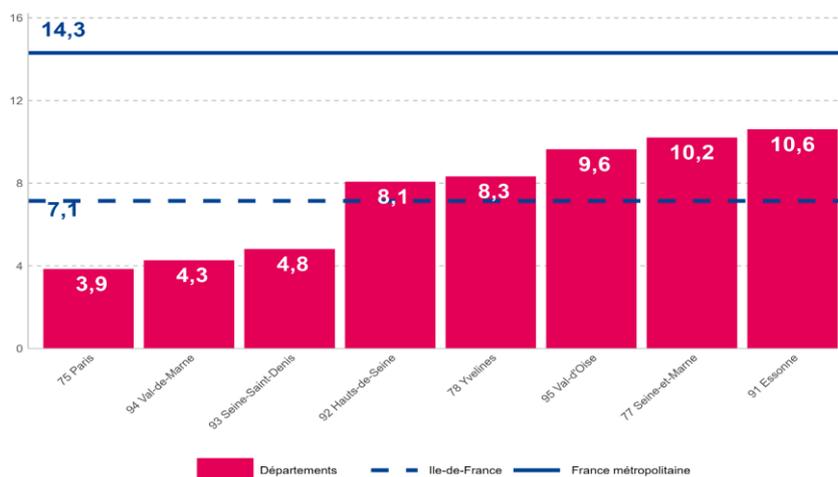
En 2017, Les taux standardisés sur l'âge de mortalité par suicide chez les personnes résidentes âgées de plus de 10 ans différaient selon le département. Aucun des huit départements franciliens n'atteint le taux de mortalité par suicide de la France Métropolitaine (et France entière), et trois d'entre eux ont des taux inférieurs au taux régional (Figure 18).

Une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. On sait cependant qu'une sous déclaration des suicides existe en raison d'une transmission non-systématique des informations au CépiDc après enquête médico-légale. En Île-de-France cette sous-estimation de la mortalité par suicide atteindrait 46% et rendrait la comparaison avec les autres régions non valides.

La comparaison entre départements est tout aussi discutable en raison des habitudes de transmission probablement différentes d'un institut médico-légal (IML) à un autre. En Île-de-France, trois IML transmettent des informations au CépiDc et les taux de suicide semblent assez dépendant de chaque IML. Un article de l'IML de Paris, datant de 1994, estimait à 74% la sous-estimation des suicides à Paris chez les personnes de 15 à 45 ans.

Une évolution des circuits d'information est actuellement en cours et devrait probablement modifier les taux de mortalité par suicide en Île-de-France dans les années à venir. A rappeler toutefois, que les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide étant en Île-de-France également inférieurs au taux national en Île-de-France et vont dans le sens de l'hypothèse d'une mortalité par suicide moins élevée dans la région

Figure 18 : Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge par département, Île-de-France, 2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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

N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au 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 entre 5,3 pour 100 000 hommes (Paris) et 45,2 pour 100 000 hommes (Côtes-d'Armor) et chez les femmes entre 2,6 pour 100 000 femmes (Rhône) et 13,9 pour 100 000 femmes (Sarthe). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes était au moins 2 fois plus élevé que chez les femmes dans presque tous les départements, le 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 (vs. tous les départements sauf 4 pour les hommes) ; cela concernait la Haute-Saône à l'est, la Creuse et l'Indre au centre, et 6 départements à l'ouest : les Côtes-d'Armor, Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan en Bretagne ainsi que l'Orne (Normandie) et la Sarthe (Pays de Loire). Chez les hommes, 4 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 40 pour 100 000, tous dans l'ouest de la France : les Côtes-d'Armor et le Morbihan (Bretagne), la Sarthe (Pays de Loire) et la Manche (Normandie).

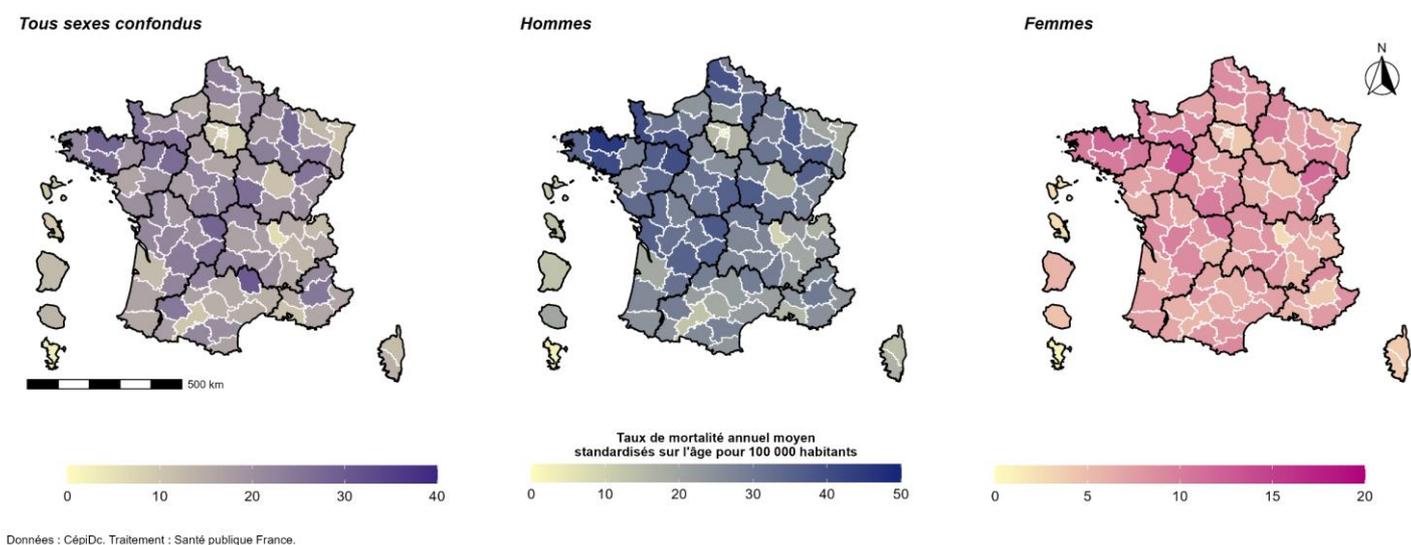
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Île-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000). Des taux d'hospitalisation 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(cf. figure 11).

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

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

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 dans tous les DROM. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des DROM (5,6 pour 100 000 en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements métropolitains (Figure 19).

Figure 19 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département pour 100 000 habitants, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



³ Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khireddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chéri-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 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

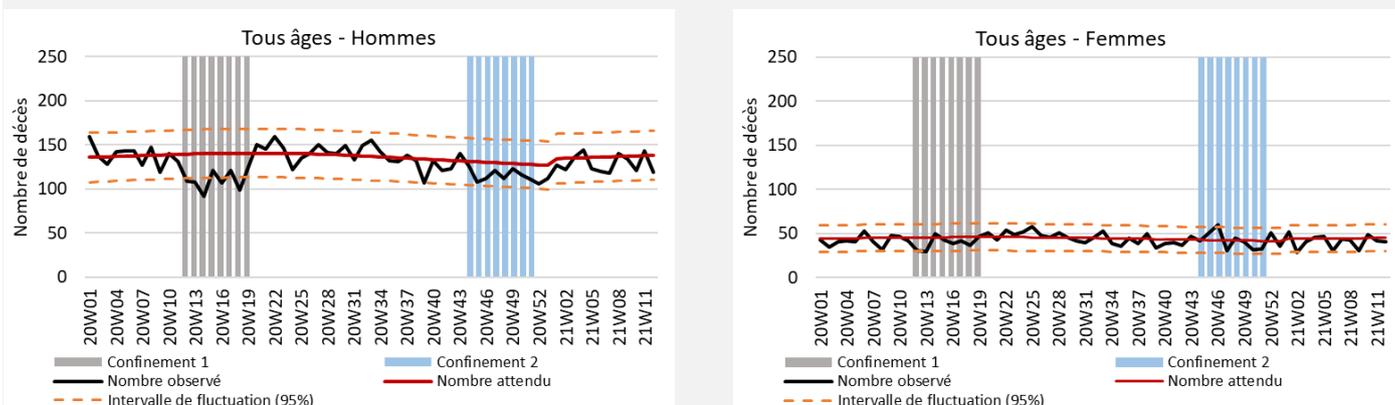
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies (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 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



• 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 EN ÎLE-DE-FRANCE

A Paris



Déclinaison parisienne du dispositif Vigilans initié à Lille en 2015, VigilansS Paris est opérationnel depuis le 6 juin 2020. Composée de 3 infirmier-e-s vigilanseurs/seuses, d'une secrétaire et d'un médecin coordonnateur, il est installé au sein du GHU Paris Neurosciences (site Ste Anne) et rattaché au service PsyLine, du pôle CPOA-SMPR-PsyLine.

Il s'agit de réaliser une veille sanitaire auprès des patients ayant fait une tentative de suicide. Comme le prévoit le programme, basé sur le principe de « l'éthique de l'inquiétude », l'équipe rappelle de manière précoce après le geste et de manière plus éloignée (à 3 mois désormais) les patients suicidants (c'est à dire ayant fait une tentative de suicide). Il s'agit de créer et de garder un lien avec cette population fragile, à risque de récurrence et de geste abouti, et qu'il est difficile d'orienter vers des soins. L'entretien vise à réaliser une évaluation du risque suicidaire ainsi que d'aider le patient à accéder aux soins. Plusieurs entretiens peuvent être programmés en plus des deux appels prévus par l'algorithme initial. Ces appels supplémentaires sont appelés appels intermédiaires. Ils concernent près d'un patient sur deux.

VigilansS 75 traite aussi les appels dits « entrants ». En effet, si l'essentiel du dispositif consiste en la réalisation d'appel programmés auprès de patients suicidants signalés par les structures d'une zone géographique donnée (en l'espèce Paris *intramuros*), le programme prévoit aussi de pouvoir accueillir des appels « entrants ». Il s'agit essentiellement de patients connus du dispositif et souhaitant s'entretenir avec un vigilansecruteur mais aussi de famille, d'amis ou de professionnels de santé. Ces appels entrants peuvent donner lieu à la programmation d'appel supplémentaires ou bien, dans 5%, des cas à l'envoi des services de secours (SAMU, Pompiers).

Dans le cas de VigilansS Paris c'est près d'une dizaine de structures prenant en charge des patients suicidants (essentiellement le CPOA à l'hôpital Ste Anne ou bien les Services d'Accueil et d'Urgence de Paris) qui réfèrent les patients à notre structure. Avec plus de 2000 patients entrés dans le dispositif, dont 70% de femmes, le dispositif s'inquiète d'un rajeunissement de sa population, déjà statistiquement significatif en un an d'observation. En effet plus de 60% des patients entrés dans VigilansS en 2022 ont moins de 25 ans.

Ouvert il y a 2 ans, VigilansS Paris devrait très prochainement couvrir le territoire de la Seine-St-Denis et travaille sur la déclinaison du dispositif à la Maisons d'Arrêt de la Santé.

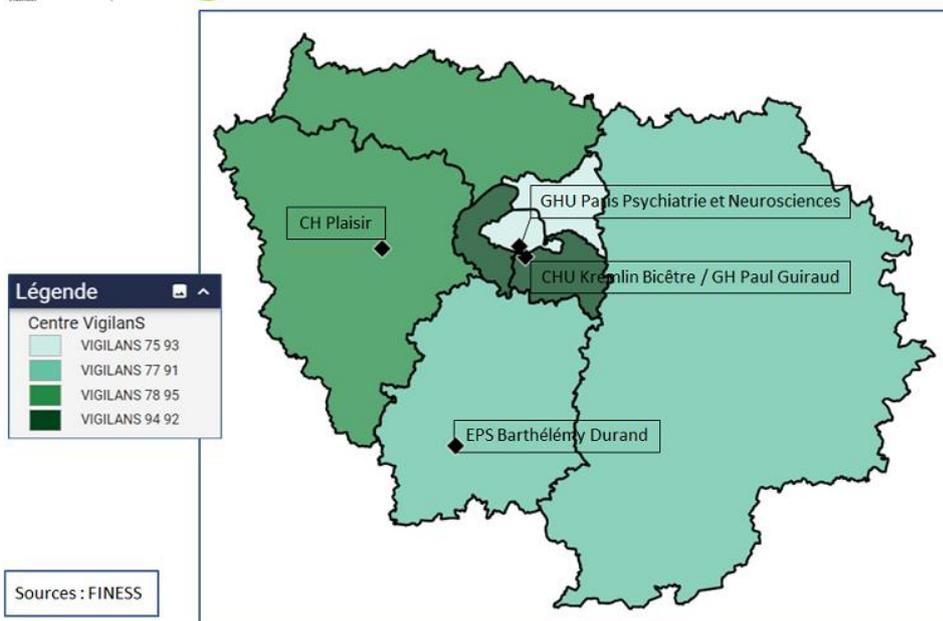
Fin 2022 c'est l'ensemble de la région parisienne qui sera couverte par les dispositifs VigilansS, comme le prévoit la stratégie multimodale de prévention du suicide.

Dr Liova YON - Chef de Service Psy Line (VigilansS Paris & Psy IdF)

Sur la région Île-de-France : déploiement des centres VigilansS



IMPLANTATION DES CENTRES VIGILANS EN ÎLE-DE-FRANCE



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) ayant un diagnostic codé et transmis par les structures d'urgences (SU) participant à la surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès - au dispositif Oscour®) de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), 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 reposait sur 105 structures d'urgences et couvre environ 95% des passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins : en moyenne 3,83 millions de RPU entre 2017 et 2019, 3,96 en 2022. La complétude de codage des diagnostics principaux s'est considérablement améliorée en 2022 (+ 11% par rapport à 2019). En revanche, les diagnostics associés sont très insuffisamment renseignés (moins de 5% des passages). En 2022, on estimait à 86,1% la complétude diagnostique, permettant avec un taux de couverture de 95% d'avoir une visibilité sur plus de 80% des motifs de passages aux urgences franciliens (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de services d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participants au réseau Oscour®. Île-de-France. 2022.

Départements	Nombre de SU	Couverture SU	Complétude diagnostique
Paris	13 sur 14	97,0%	84,0%
Seine-et-Marne	12 sur 13	88,0%	92,4%
Yvelines	12 sur 14	64,3%	89,2%
Essonne	13 sur 13	93,6%	78,3%
Hauts-de-Seine	16 sur 16	100,0%	89,0%
Seine-St-Denis	14 sur 15	93,2%	77,2%
Val-de-Marne	14 sur 14	100,0%	84,6%
Val d'Oise	11 sur 12	98,0%	84,0%
Île-de-France	105 SU connectés sur 111 attendus	95,4%	86,1%

- ❖ 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 Oscour® (passages aux urgences), les regroupements syndromiques ont été pré-définis :

- Geste suicidaire: cet indicateur regroupe les passages aux urgences en lien avec une tentative de suicide certaine (auto-intoxications et lésions auto-infligées, sauf le code X65) ou probable (intoxication médicamenteuse, 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, antiépileptiques, narcotiques et psychodysléptiques, autres substances pharmacologiques, substances biologiques) ;
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu (arme de poing, fusil et arme à feu) ;
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78, X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant ou contondant ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81, X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle (sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement, collision d'un véhicule à moteur) ;
- X83, X84 : lésion auto-infligée par un autre moyen ou moyen non précisé.

• Limites d'analyse

- Base Oscore® en Île-de-France:

Sur la période d'analyse 2017-2022, le nombre de services d'urgence franciliens transmettant les données n'est pas constant: 92 services en 2017 versus 105 en 2022. D'autre part certains SU n'ont pas transmis leurs données pendant quelques mois au cours des 6 ans d'analyse. L'analyse en nombre de services non constant modifie cependant peu les tendances observées au niveau régional, notamment en raison de la stabilité du codage des diagnostics entre 2017 et 2021 (76% en 2017 versus 77% en 2021). En janvier 2022, la complétude des diagnostics a augmenté de 11%, impactant partiellement la comparaison des données sur les effectifs mais pas sur les parts d'activité.

Certains regroupements syndromiques peuvent faire l'objet de variation dans le temps (changement de logiciel, changement de recommandation de codage) ou entre services (thésaurus de codage différents) ou ne sont tout simplement pas du tout codés.

Les chiffres présentés dans ce bulletin correspondent aux données extraites au 3^{ème} trimestre 2022.

Une baisse importante des recours aux soins d'urgence toutes causes de février 2020 à juin 2021 ont témoigné de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité des urgences. Dans les services d'urgences, cette baisse a été accentuée lors du 1^{er} confinement concordant directement ou indirectement avec les mesures mises en place par les autorités sanitaires (-45% des recours tous âges, - 60% chez les enfants). Cette baisse d'activité, notamment lors du 1^{er} et 2^{ème} confinement en 2020, a probablement biaisé les calculs de la part de l'activité pour geste suicidaire et idées suicidaires. Il est donc nécessaire dans la lecture des graphes de tenir compte à la fois des effectifs et des parts d'activité.

Pour les gestes suicidaires (ou tentatives de suicide), les données ne sont pas interprétables pour les enfants de moins de 11 ans. En Île-de-France, les données des TS sont également difficilement exploitables dans les RPU franciliens pour diverses raisons (technique, thésaurus, logiciel, pratique de codage...). En Île-de-France, moins de 25% des passages aux urgences identifiés par le regroupement syndromique concerne des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées de la CIM-10. Tous les autres passages concernent des TS qualifiées de « probables ».

De plus, conformément aux recommandations de codage, les TS aux urgences devraient être codées en diagnostic associé: or, les diagnostics associés sont très peu renseignés en Île-de-France (5% versus 20% au niveau national). Aussi l'interprétation de ces données doit rester prudente, y compris sur les tendances.

• 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 (*les dénominateurs sont exprimés en nombre d'habitants dans les titres de graphes et les légendes*) et 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-Bonferroni 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, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITE SUICIDAIRES ÎLE-DE-FRANCE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Annie-Claude Paty¹, Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, 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 Arnaud Tarantola dans le cadre du *Groupe d'échanges et de pratiques professionnelles en santé mentale (GEPP)* piloté par Dominique Jeannel (Coordinatrice de thématiques, Dire) et Emmanuelle Bauchet (Directrice adjointe, DMNTT)

Relecture : Anne Laporte, Directrice ; Patrick Rolland, Coordonnateur de l'animation scientifique (Dire)

Avec la contribution de : Dr Yon (psychiatre Vigilans 75) et Dr Pinède (psychiatre référent Santé mentale ARS Île-de-France)

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®
- Les coordonnateurs nationaux, régionaux et départementaux des centres Vigilans
- L'ARS Île-de-France
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU)
- L'observatoire régional des soins non programmés (ORNSP) en Île-de-France
- Le service numérique de santé en Île-de-France (SESAN)
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM

CONTACT

Santé publique France Île-de-France : cire-idf@santepubliquefrance.fr