

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Edito [p.1](#) Sigles [p.2](#) Prévention du suicide et de sa récurrence [p.3](#) Synthèse nationale [p.4](#) Synthèse régionale [p.8](#) Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire [p.9](#) Hospitalisations pour tentative de suicide [p.13](#) 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.18](#) Décès par suicide en période pré-pandémique [p.20](#) Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 [p.24](#) Méthodologie [p.25](#) Bibliographie [p.27](#) Comité de rédaction, remerciements [p.28](#)

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

Santé publique France publie des bulletins de santé publique pour l'ensemble des régions françaises, dont les régions ultramarines, consacrés aux conduites suicidaires et couvrant les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides. Ces bulletins s'inscrivent dans le développement de la surveillance de la santé mentale à l'échelle régionale. Ils incluent une actualisation des données depuis la première publication régionale sur ce thème (février 2019) et un focus sur l'évolution des tendances durant la période aigüe 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 et geste suicidaires et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 et même s'accroît en 2022 (1^{er} semestre), sans retentissement observable sur la mortalité par suicide jusqu'à mars 2021. L'augmentation très importante des passages aux urgences pour idées suicidaires, notamment chez les jeunes, témoigne d'un mal-être qui s'inscrit dans la durée. Au-delà de ce constat global, l'hétérogénéité des situations régionales au regard des indicateurs de conduites suicidaires et leurs évolutions, mise en évidence dans la synthèse en page 4, montre l'importance de la déclinaison régionale de la surveillance de la santé mentale et du suicide.

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

SIGLES

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

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 outre-mer.

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

3114

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

www.3114.fr

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

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

Le dispositif de recontact Vigilans

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



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

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

En Corse, Vigilans a débuté mi-décembre 2021 autour de 1 centre de coordination au CH de Castelluccio. Le pilotage est assuré par la Communauté Psychiatrique de Territoire : les CH de Castelluccio, de Bastia et la clinique San Ornello. A la date de parution de ce bulletin, les données 2022 d'inclusion n'étaient pas disponibles pour la Corse.

Vigilans : pour en savoir plus	3114 : pour en savoir plus
Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans : ici	Site du numéro national de prévention du suicide : https://3114.fr
Pour la Corse, le CH de Castelluccio est le centre de coordination régional Vigilans depuis décembre 2021, ainsi que le centre régional répondant 3114 depuis mars 2022 : plus d'informations sur le site du CH de Castelluccio et de l' Agence régionale de santé (ARS) de Corse	

SYNTHÈSE NATIONALE

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

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

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

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

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

Présentation du BSP « Conduites suicidaires » 2023

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

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

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

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

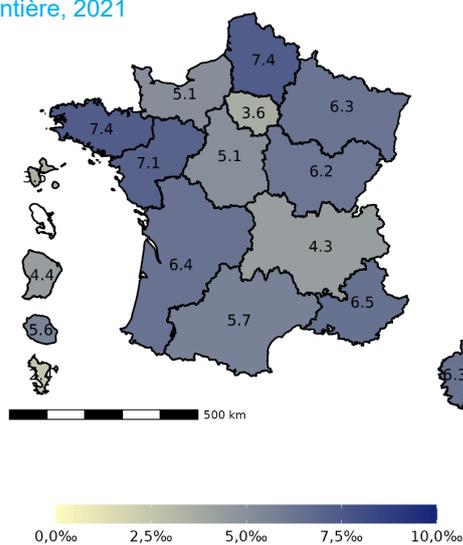
Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

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

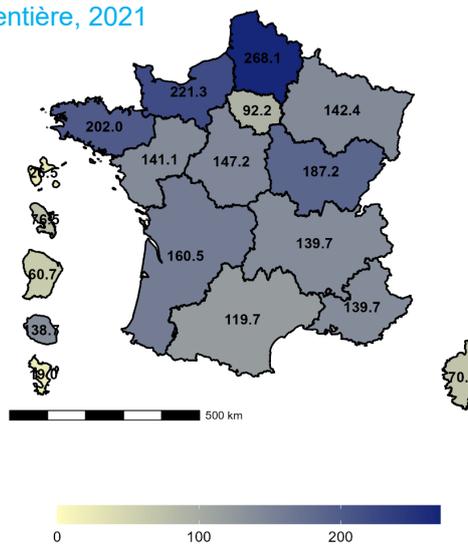
Concernant les hospitalisations pour TS, les taux régionaux annuels d'hospitalisation, standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus, variaient pour les régions métropolitaines de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, soit près de 4 fois plus (figure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

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



Source : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

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

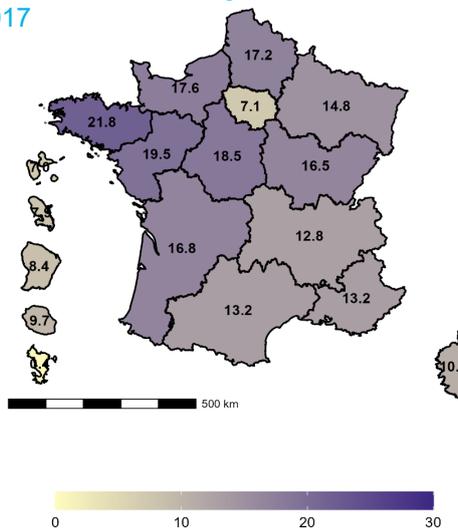


Source : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

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

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

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



Source : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

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

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

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

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

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

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

• Principales tendances concernant les hospitalisations pour tentative de suicide

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

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

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

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

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

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

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

• Principales tendances concernant la mortalité par suicide

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

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

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

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

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

Conclusion et perspectives

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

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

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

Une synthèse des résultats régionaux est présentée page suivante.

TENDANCES EN CORSE

Passages aux urgences pour idées et geste suicidaires :

- Concernant les **idées suicidaires**, une diminution du nombre de passages et des parts d'activité a été observée en Corse en 2020, suivie d'une légère augmentation en 2021, et enfin d'une forte augmentation en mai-juin 2022. Par sexe, les parts d'activité observées étaient globalement équivalentes entre 2017 et 2022.
- Concernant le **geste suicidaire**, de la même manière, une diminution du nombre de passages et des parts d'activité a été observée en Corse en 2020, suivie d'une légère augmentation fin 2020-début 2021, et enfin de nouveau d'une diminution en 2022. En revanche, les parts d'activité observées chez les femmes étaient supérieures à celles observées chez les hommes
- L'analyse n'a pas montré d'évolution significative d'activité pour idées ou geste suicidaires aux urgences entre les **périodes pré-pandémiques et pandémiques** en Corse, sauf chez les 11-24 ans où l'activité pour idées suicidaires a augmenté.
- **Par département**, les parts d'activité pour geste suicidaire en 2021 aux urgences étaient globalement similaires sur l'île, et étaient légèrement supérieures à celle observée au niveau national.
- **Chez les jeunes de 11-24 ans**, en Corse, l'analyse a montré que l'activité pour idées et geste suicidaire a augmenté pour les 11-17 ans entre les périodes pré-pandémiques et pandémiques, mais chez les 18-24 ans, elle n'a diminué que pour le geste suicidaire. Pour cet indicateur, une augmentation de l'activité est observée chez les jeunes femmes, et une diminution chez les jeunes hommes.

Hospitalisations pour TS :

- En Corse, une diminution des **taux d'hospitalisation pour TS** a été observée entre 2010 et 2019, avec des taux chez les femmes supérieurs à ceux observés chez les hommes (environ deux tiers de femmes chaque année). Néanmoins, la diminution des taux était plus marquée chez les femmes que les hommes sur l'île, l'écart observé entre les deux sexes s'étant réduit au cours du temps.
- Les taux observés en Corse étaient largement inférieurs à ceux observés au niveau national où une stabilisation est observée depuis 2013. L'écart observé entre les taux observés en Corse et en France tend à s'accroître.
- **Par classe d'âge**, les taux d'hospitalisation les plus élevés ont été retrouvés chez les moins de 30 ans et les 50-59 ans chez les femmes, et chez les 20-59 ans chez les hommes, mais les taux observés chez ces derniers étaient quand même plus faibles que ceux observés chez les femmes.
- Le **mode de TS** le plus fréquemment rapporté sur l'île était l'auto-intoxication médicamenteuse, quel que soit le sexe, comme au niveau national. La **léthalité** hospitalière était en revanche supérieure à celle observée en France, et elle était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et chez les personnes les plus âgées.
- **Pendant la pandémie (2020-2021)**, une stabilisation des taux d'hospitalisation a été observée chez hommes, alors que chez les femmes, ceux-ci ont augmenté. La classe d'âge la plus touchée restait les 25-64 ans, le principal mode de TS la pendaison, et la létalité hospitalière restait faible.
- **Par département**, les deux départements de l'île présentaient des taux parmi les plus faibles de France pour les deux sexes avant la pandémie (2017-2019) ou pendant celle-ci (2021).

Mortalité par suicide :

- Entre 2000 et 2017, en Corse, les **taux de mortalité par suicide** étaient en diminution. Cependant, si ceux-ci ont bien diminué chez les hommes, ils sont restés globalement stables chez les femmes. Contrairement aux hospitalisations, les taux de mortalité étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, l'écart observé entre les deux sexes se réduisant aussi au cours du temps.
- **Par classe d'âge**, les effectifs corses étaient trop faibles pour dégager des tendances, mais sur la période 2015-2017, chez les hommes, les 40-59 ans étaient majoritaires. Chez les femmes, les effectifs étaient trop faibles pour réaliser une analyse par classe d'âge.
- Le **mode de suicide** le plus fréquemment rapporté était la pendaison, mais la fréquence en Corse était plus faible que celle observée au niveau national, et le deuxième mode était l'utilisation d'arme à feu où la fréquence était plus élevée qu'au niveau national.
- **Par département**, en 2017, les taux observés en Corse-du-Sud étaient plus élevés que ceux en Haute-Corse, mais ils restaient inférieurs à celui observé au niveau national, et dans la moyenne basse des taux observés parmi l'ensemble des départements de France.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDÉES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN CORSE

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

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

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Une baisse générale notable des passages aux urgences a été observée lors du 1^{er} confinement de mi-mars à mi-mai 2020, dont les causes sont multiples, qui ne s'est pas reproduite lors des deux confinements ultérieurs.

• Idées suicidaires

En 2020, les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient globalement similaires à ceux observés sur la période 2017-2019, voire même en légère diminution (figure 4). En 2021, les passages pour idées suicidaires ont légèrement augmenté par rapport à la période 2017-2020, que ce soit en nombre ou en part d'activité. Concernant la part d'activité, cette augmentation était notamment plus marquée sur la période janvier-février 2021. En 2022, le nombre de passages aux urgences a continué d'augmenter légèrement au cours des 4 premiers mois, avant d'augmenter fortement en mai-juin 2022. L'activité pour idées suicidaires a aussi fortement augmenté au cours de cette période, mais reste faible par rapport à l'ensemble de l'activité des services d'urgence de l'île (0,3 % de l'activité totale).

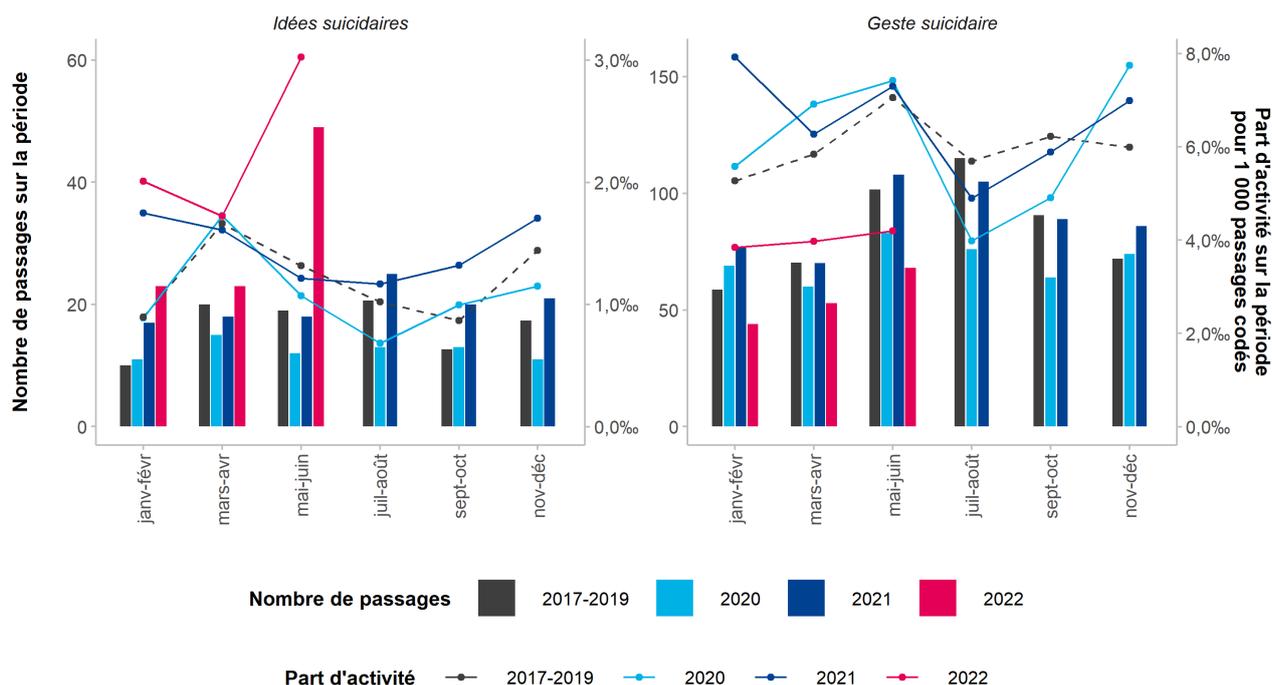
Enfin, au cours de la période analysée, le sexe ratio est resté stable, variant entre 1,14 et 0,87 (1,11 en 2022).

• Geste suicidaire

Comme pour les idées suicidaires, en 2020, les passages aux urgences pour geste suicidaire, en nombre comme en part d'activité, étaient globalement similaires voire en diminution par rapport à ceux observés sur la période 2017-2019 (figure 4). Une légère augmentation de l'activité est observée à la fin de l'année 2020 par rapport à la période 2017-2019. En 2021, sur la période janvier-février, l'activité est restée similaire à celle observée à la fin de l'année 2020, avant de diminuer pour revenir aux niveaux observés les années précédentes au cours du reste de l'année. En revanche, en 2022, le nombre de passages et l'activité pour geste suicidaire aux urgences étaient bien inférieurs à ce qui était observé les années précédentes.

Enfin, les données par sexe montraient un sexe ratio en diminution depuis 2018, et cette diminution était davantage marquée en 2022 (0,89 en 2018, 0,83 en 2020, 0,74 en 2021 et 0,5 en 2022).

Figure 4 : Evolution sur deux mois des nombres de passages et parts d'activité (%) aux urgences pour idées et geste suicidaires, chez les 11 ans et plus, tous sexes, Corse, janvier 2017-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

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

L'analyse de l'activité pour idées suicidaires aux urgences, par sexe, n'a pas montré d'évolution significative entre les périodes pré-Covid-19 et Covid-19 (tableau 1). Néanmoins, par classe d'âge, l'activité pour idées suicidaires a significativement augmenté chez les 11-24 ans sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019. L'activité dans cette classe d'âge a augmenté de 43 %. Dans les deux autres classes d'âge, aucune évolution significative n'a été observée. Sur la période Covid-19, l'activité diminue avec l'augmentation de l'âge.

Concernant les gestes suicidaires, que ce soit par sexe, ou par classe d'âge, aucune évolution significative n'a été observée entre les deux périodes analysées (tableau 1). L'activité chez les femmes est restée plus élevée que celle observée chez les hommes, peu importe la période. Par classe d'âge, l'activité la plus élevée était observée chez les 25-64 ans.

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaires, par sexe et classe d'âge, chez les 11 ans et plus, Corse, périodes 2017-2019 et 2020-2021

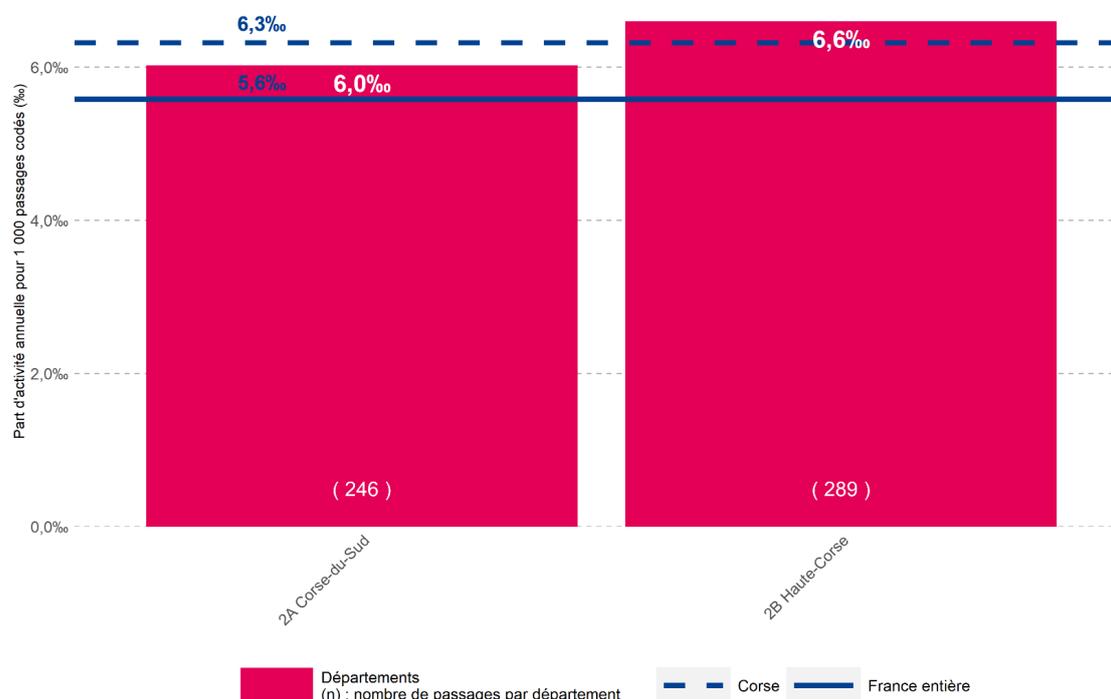
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	50	1,17	49	1,21	0,794
	Femmes	50	1,19	48	1,24	0,793
	11-24 ans	24	1,46	30	2,09	0,046
	25-64 ans	67	1,49	60	1,43	0,774
	65 ans et plus	9	0,39	7	0,31	0,525
Geste suicidaire	Hommes	235	5,53	210	5,20	0,326
	Femmes	273	6,53	270	6,95	0,263
	11-24 ans	108	6,59	94	6,59	1,000
	25-64 ans	335	7,47	320	7,60	0,722
	65 ans et plus	65	2,81	66	2,88	0,865

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

Analyse départementale des passages aux urgences pour geste suicidaire, 2021

En 2021, les parts d'activité de passages aux urgences pour geste suicidaire étaient globalement similaires dans les deux départements de l'île (figure 5). Néanmoins, les activités départementales étaient légèrement supérieures à celle observée au niveau national.

Figure 5 : Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰), par département, chez les 11 ans et plus, Corse et France entière, 2021



Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans, janvier 2017-juin 2022

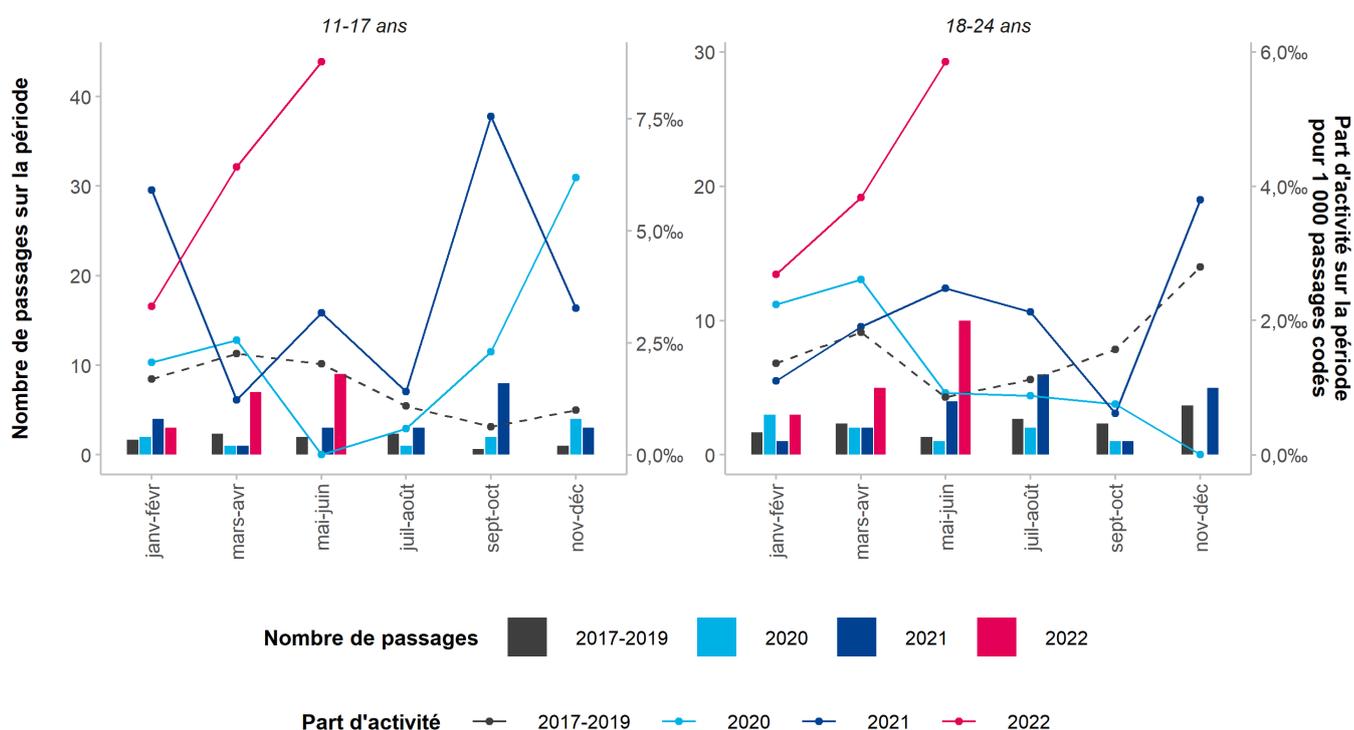
• Idées suicidaires

Chez les 11-17 ans, l'activité aux urgences pour idées suicidaires a augmenté à la fin de l'année 2020 par rapport à la période 2017-2019, restant à un niveau plus élevé début 2021, avant de revenir à une activité habituelle en milieu d'année (figure 6). Un nouveau pic d'activité a été observé à la rentrée scolaire 2021. En début d'année 2022, l'activité a fortement augmenté jusqu'en mai-juin.

Chez les 18-24 ans, l'activité aux urgences pour idées suicidaires est restée globalement similaire en 2020 par rapport à la période 2017-2019 (figure 6). En 2021, un pic d'activité a été observé à la fin de l'année, et comme chez les 11-17 ans, l'activité observée au cours du 1^{er} semestre 2022 a fortement augmenté.

Ainsi, chez les jeunes, les phases aigües de la crise ne semblent pas avoir eu d'impact sur l'activité aux urgences pour idées suicidaires, mais cette activité a semblé augmenter post-crise, fin 2021, début 2022.

Figure 6 : Evolution sur deux mois des nombres de passages et parts d'activité (%) aux urgences pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, tous sexes, Corse, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

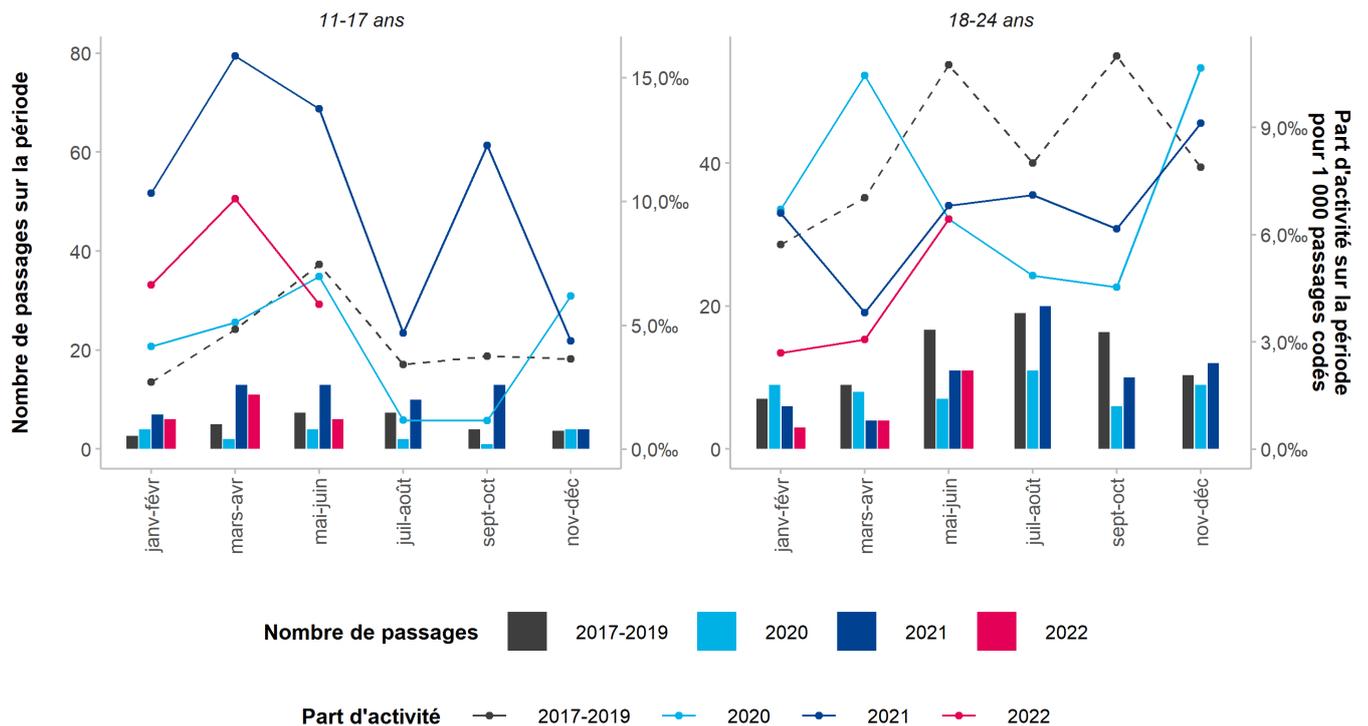
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, en 2020, l'activité aux urgences pour geste suicidaire était globalement similaire à celle observée sur la période 2017-2019, puis une augmentation a été observée au cours du 1^{er} semestre 2021, ainsi qu'en septembre-octobre de la même année (figure 7, page suivante). En 2022, au cours des 4 premiers mois, l'activité est restée assez élevée, avant de revenir à un niveau observé en 2017-2019 et 2020 à la fin du 1^{er} semestre.

Chez les 18-24 ans, que se soit en nombre ou en part d'activité, aucune évolution inhabituelle des indicateurs n'a été observée entre 2020 et 2022 par rapport à 2017-2019 (figure 7, page suivante).

Contrairement aux tendances observées pour les idées suicidaires, l'activité pour geste suicidaire chez les jeunes semble avoir été moins impactée par la crise sanitaire.

Figure 7 : Evolution sur deux mois des nombres de passages et parts d'activité (%) aux urgences pour geste suicidaire, chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, tous sexes, Corse, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

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

L'analyse par sexe montre que les parts d'activité aux urgences pour idées suicidaires n'ont pas évolué de manière significative entre 2017-2019 et 2020-2021 en Corse, alors que l'activité pour geste suicidaire a significativement diminué entre les deux périodes, mais uniquement chez les jeunes hommes (tableau 2). Chez les femmes, les activités pour idées et geste suicidaires semblaient avoir légèrement augmenté entre 2017-2019 et 2020-2021, mais ces tendances n'étaient pas significatives.

Enfin, l'analyse par classe d'âge montrait que chez les plus jeunes (11-17 ans), les parts d'activité pour les deux indicateurs analysés avaient significativement augmenté entre les deux périodes (tableau 2). Chez les 18-24 ans, l'activité pour idées suicidaires était restée stable entre les deux périodes, alors que celle pour geste suicidaire avait significativement diminué.

Ainsi, chez les hommes et chez les 18-24 ans, les activités semblaient ne pas avoir évolué entre les deux périodes, voire avoir diminué, alors que chez les femmes et les 11-17 ans, les activités semblaient avoir globalement augmenté.

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaires, par sexe et classe d'âge, chez les 11-24 ans, Corse, 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	9	1,11	10	1,41	0,450
	Femmes	15	1,80	20	2,76	0,055
	11-17 ans	10	1,38	16	2,73	0,008
	18-24 ans	14	1,52	14	1,65	0,714
Geste suicidaire	Hommes	45	5,52	26	3,67	0,012
	Femmes	64	7,62	68	9,44	0,058
	11-17 ans	30	4,15	38	6,57	0,003
	18-24 ans	78	8,50	56	6,61	0,030

* 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 CORSE

Données issues du PMSI-MCO

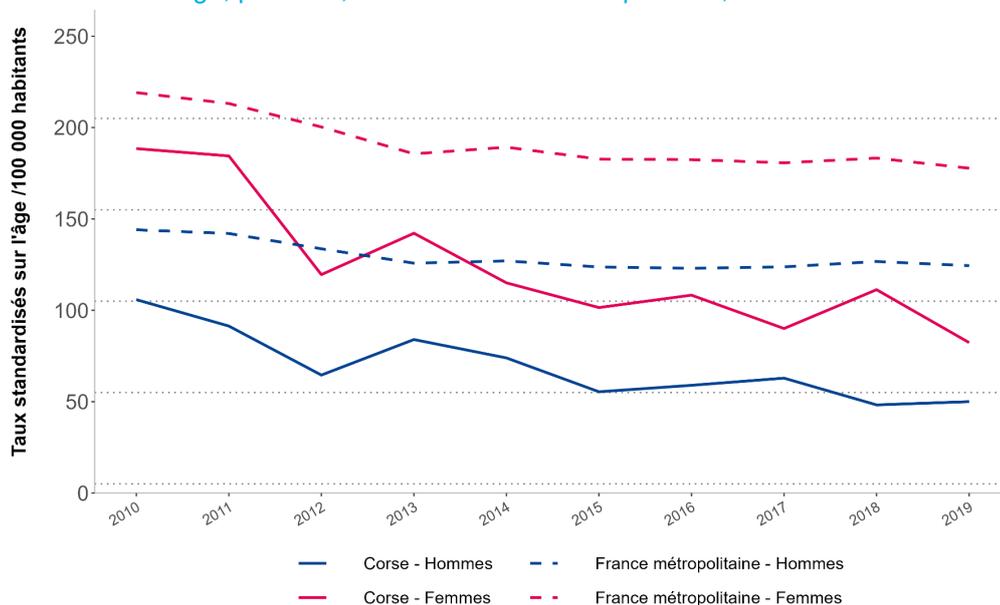
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010-2019

Entre 2010 et 2019, chaque année 284 hospitalisations pour TS ont été enregistrées en moyenne chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Corse (421 hospitalisations en 2010 vs 199 en 2019). Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS passé de 148,3 en 2010 à 66,6 pour 100 000 habitants en 2019, les taux observés en Corse se situaient toujours en dessous des taux de France métropolitaine au cours de la période 2010-2019 (183,2 en 2010 et 152,1 pour 100 000 habitants en 2019).

Alors que les taux d'hospitalisation pour TS en France métropolitaine étaient plutôt stables à partir de 2013 quel que soit le sexe, les taux en Corse ont continué de diminuer, avec une diminution plus marquée chez les femmes que chez les hommes (figure 8). Depuis 2010, les taux observés en Corse étaient toujours inférieurs à ceux observés en France métropolitaine. Chez les femmes, le taux d'hospitalisation pour TS est passé de 142,2 en 2013 à 82,3 pour 100 000 habitants en 2019 et, chez les hommes, de 84,0 en 2013 à 50,0 pour 100 000 habitants en 2019. Ainsi, l'écart observé entre les taux de Corse et de France métropolitaine s'est creusé entre 2010 et 2019.

Figure 8 : Evolution des taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Corse et France métropolitaine, 2010-2019



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

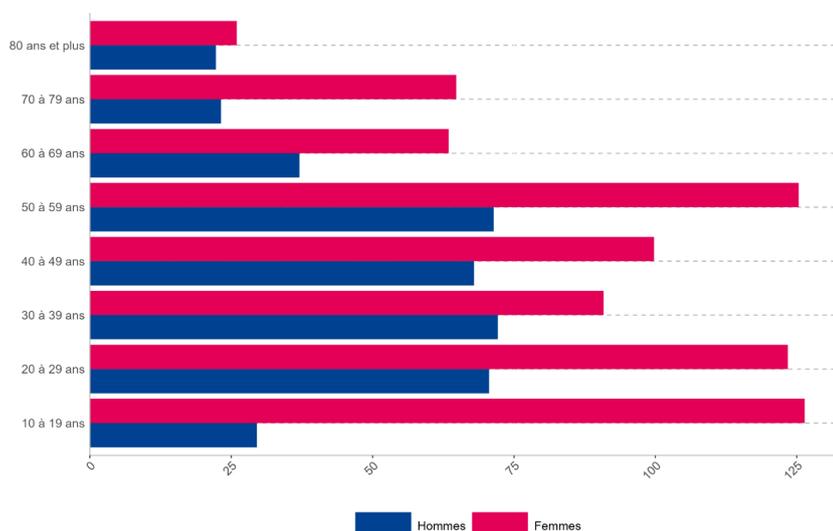
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de Corse âgés de 10 ans et plus concernaient majoritairement les femmes (65 % des 666 hospitalisations pour TS et sexe ratio 0,53 ; France métropolitaine : 61 % et sexe ratio 0,64).

Chez les femmes, les moins de 30 ans étaient particulièrement concernées avec des taux bruts s'élevant à 126,4 pour 100 000 femmes chez les 10-19 ans, et 123,4 chez les 20-29 ans (figure 9). Un taux élevé était aussi observé chez les 50-59 ans (125,3 pour 100 000 femmes).

Chez les hommes, les taux bruts d'hospitalisation pour TS les plus élevés étaient observés entre 20 et 59 ans (taux compris entre 67,9 et 72,1 pour 100 000 hommes).

Figure 9 : Taux bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), par sexe et classe d'âge, Corse, 2017-2019



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

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

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 19,5 pour 1 000 hospitalisations en Corse, et était supérieure à celle observée en France métropolitaine (12,0 pour 1 000 hospitalisations). En Corse, la létalité hospitalière était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (38,8 vs 9,2 décès pour 1 000 hospitalisations), augmentant avec l'âge (aucun décès chez les moins de 25 ans, 22,7 décès pour 1 000 hospitalisations chez les 25-64 ans et 35,3 décès pour 1 000 hospitalisations chez les 65 ans et plus).

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 83,2 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine, tableau 3). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'auto-intoxication par d'autres produits (6,9 %) et l'utilisation d'objet tranchant (5,6 %). D'autres modes étaient peu fréquents, et le mode de TS n'était pas renseigné pour un nombre non négligeable d'hospitalisations. L'auto-intoxication médicamenteuse était plus fréquemment utilisée par les femmes que par les hommes, bien que ce mode soit aussi majoritaire aussi chez ces derniers. Chez les hommes, les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux), la pendaison, l'utilisation d'objets tranchants, d'armes à feu étaient plus fréquemment rapportés que chez les femmes.

La durée médiane d'hospitalisation était plus élevée lors de TS par saut dans le vide (15 jours) et arme à feu (3 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (267 décès pour 1 000 hospitalisations), saut dans le vide (111 pour 1 000 hospitalisations), et pendaison (63 pour 1 000 hospitalisations).

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

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1 000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	554	83,2	88,9	72,4	1,0	10,8
Auto-intoxication par d'autres produits	46	6,9	6,0	8,6	1,0	0,0
Objet tranchant	37	5,6	4,4	7,8	1,0	0,0
Mode non précisé	21	3,2	2,3	4,7	2,0	47,6
Pendaison	16	2,4	0,9	5,2	1,0	62,5
Arme à feu	15	2,3	0,9	4,7	3,0	266,7
Saut dans le vide	9	1,4	1,4	1,3	15,0	111,1
Noyade	< 5	< 1,0	< 1,0	< 1,0	1,0	0,0
Collision intentionnelle	< 5	< 1,0	< 1,0	< 1,0	0,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	< 5	< 1,0	< 1,0	< 1,0	1,0	0,0

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 10). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 habitants (**Corse-du-Sud**) à 367,6 pour 100 000 habitants (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 habitants (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

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

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

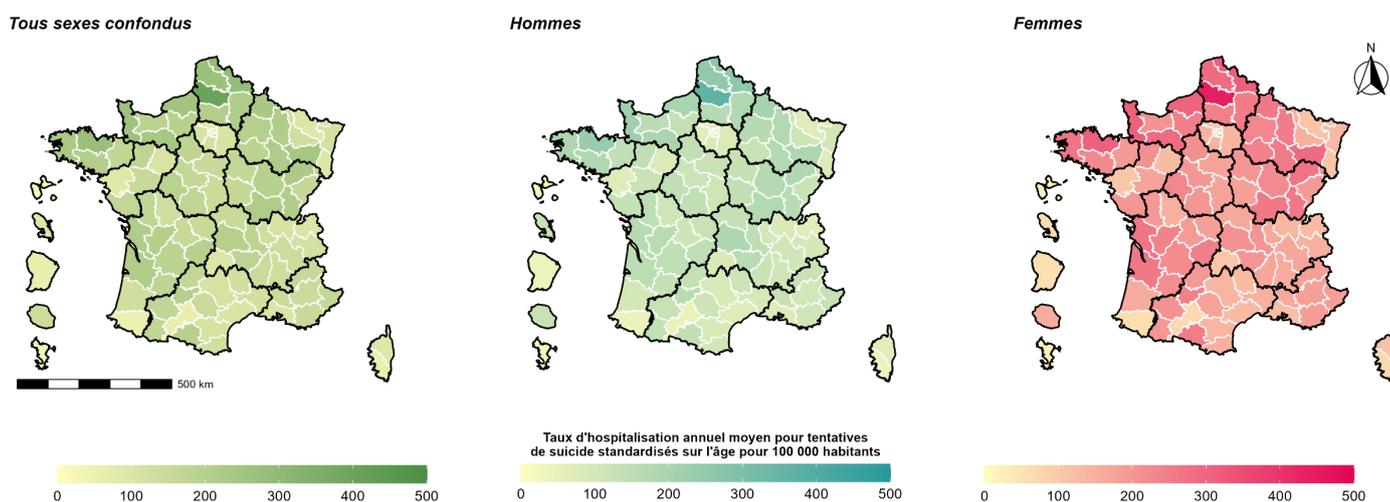
Les Drom présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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

Les tendances départementales concernant les hospitalisations pour TS sur la période 2017-2019 n'étaient pas identiques à celles concernant les taux départementaux de mortalité par suicide (2015-2017) décrites plus loin (cf. page 23).

En Corse, la Corse-du-Sud faisait partie des départements présentant les taux les plus faibles de France (le plus faible observé en France métropolitaine chez les hommes, le 2^e plus faible chez les femmes). La Haute-Corse présentait aussi des taux d'hospitalisation situés dans la moyenne basse pour les deux sexes.

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



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

• Evolution du taux régional d'hospitalisation pour tentative de suicide, 2020-2021

En Corse, le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS a légèrement diminué en 2020 par rapport à 2019 (61,2 pour 100 000 habitants vs 66,6), puis a augmenté en 2021 (70,2).

Par sexe, en 2020, les taux ont légèrement diminué chez les femmes comme chez les hommes, mais en 2021, l'évolution était différente. Chez les femmes, le taux a augmenté au cours de la période pandémique (96,3 pour 100 000 habitants en 2021 vs 78,2 en 2020) alors que chez les hommes, il est resté stable (43,1 pour 100 000 habitants en 2021 vs 43,0 en 2020).

• Evolution du nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En Corse, que se soit en 2020 ou 2021, les nombres observés sont restés du même ordre de grandeur que ceux observés sur la période pré-Covid 2017-2019 (figure 11). Néanmoins, quelques légères fluctuations ont pu être observées. Le nombre d'hospitalisations pour TS a légèrement augmenté en février 2020 par rapport au mois précédent mais aussi par rapport à la moyenne des mois de février sur la période 2017-2019. Une légère diminution a pu être observée au cours des mois de mai et juin 2020 par rapport à la moyenne 2017-2019.

Figure 11 : Evolution des nombres mensuels de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, chez les 10 ans et plus, tous sexes, Corse, moyenne des années 2017-2019 et années 2020 et 2021



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

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

Entre la période 2017-2019 et les années 2020 d'une part, en 2021 d'autre part, les répartitions par sexe et par classe d'âge des personnes ayant été hospitalisées pour TS n'a pas évolué (tableau 4, page suivante). Les femmes restaient majoritaires, peu importe la période analysée, et les 25-64 ans la classe d'âge la plus représentée.

Les modes de TS reportés, ainsi que la létalité, n'ont pas non plus évolué au cours de ces 3 périodes. Peu importe la période analysée, le mode de TS le plus souvent reporté était l'auto-intoxication médicamenteuse. En revanche, le deuxième mode le plus reporté était l'auto-intoxication par d'autres produits en 2017-2019, alors qu'il s'agissait de l'utilisation d'objet tranchant en 2020, comme en 2021. Néanmoins, ces évolutions n'étaient pas significativement différentes, les pourcentages étant proches, et les effectifs faibles. Au cours des 3 périodes analysées, la létalité est restée faible et inférieure à 3 %.

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

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	34,8%	34,2%	0,950	30,8%	0,318
	Femme	65,2%	65,8%		69,2%	
Classe d'âge	10-24 ans	21,0%	15,8%	0,214	24,0%	0,109
	25-64 ans	66,2%	68,5%			
	65 ans et plus	12,8%	15,8%		17,3%	
Létalité		< 3,0%	< 3,0%	0,772	< 3,0%	1,000
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	85,5%	83,7%	1,000	87,9%	1,000
	Objet tranchant	5,7%	7,1%	1,000	8,2%	1,000
	Auto-intoxication par d'autres produits	7,1%	6,5%	1,000	< 3,0%	0,189
	Arme à feu	< 3,0%	< 3,0%	1,000	< 3,0%	1,000
	Pendaison	< 3,0%	< 3,0%	1,000	< 3,0%	0,706
	Saut dans le vide	< 3,0%	< 3,0%	1,000	< 3,0%	1,000
	Noyade	< 3,0%	< 3,0%	1,000	< 3,0%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	< 3,0%	< 3,0%	1,000	< 3,0%	1,000
	Collision intentionnelle	< 3,0%	< 3,0%	1,000	< 3,0%	1,000

* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.
 *** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=648 en 2017-2019, 184 en 2020 et 207 en 2021).

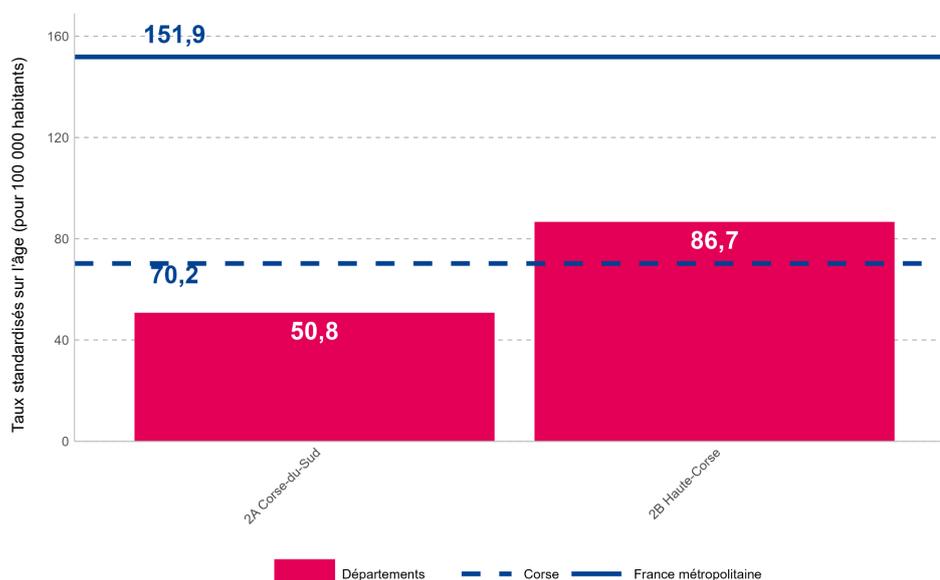
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

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

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

Au niveau départemental, en 2021, la Haute-Corse présentait un taux d'hospitalisation plus élevé que la Corse-du-Sud, mais ces deux taux restaient largement inférieurs à celui observé au niveau national (figure 12). Néanmoins, l'importante différence observée entre les taux des deux départements corses pourrait en partie être liée à des différences de pratiques de codage par exemple, car celle-ci n'est pas retrouvée dans les parts d'activité aux urgences (cf. figure 5, page 10).

Figure 12 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par département, Corse et France métropolitaine, 2021



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

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

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

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

La pandémie, par la durée et l'importance des mesures de restriction sociale et des contraintes qu'elle a entraînées, peut avoir eu un impact sur la santé mentale et notamment sur les TS. Si globalement les hospitalisations pour TS semblaient moins importantes pour l'année 2020 comparées à la moyenne des trois années précédentes, les cliniciens ont alerté à la fin du 1^{er} semestre 2020 au sujet d'une augmentation observée de ces TS chez les jeunes, particulièrement chez les adolescentes. C'est dans ce contexte que la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes (DMNTT) de Santé publique France a décidé d'analyser l'évolution des hospitalisations pour TS en France de janvier 2020 à mai 2021 selon le sexe et l'âge en tenant compte des différentes périodes de confinement et de dé-confinement.

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

- la phase de pré-confinement (semaines 1 à 11, 2020) ;
- le 1^{er} confinement (semaines 12 à 19, 2020) ;
- la phase d'inter-confinement (semaines 20 à 44, 2020) ;
- le 2^e confinement (semaines 45 à 50, 2020) ;
- la phase de post-confinement (semaines 51 et 52, 2020 et semaines 1 à 20, 2021, incluant le 3^e confinement car moins restrictif que les deux précédents).

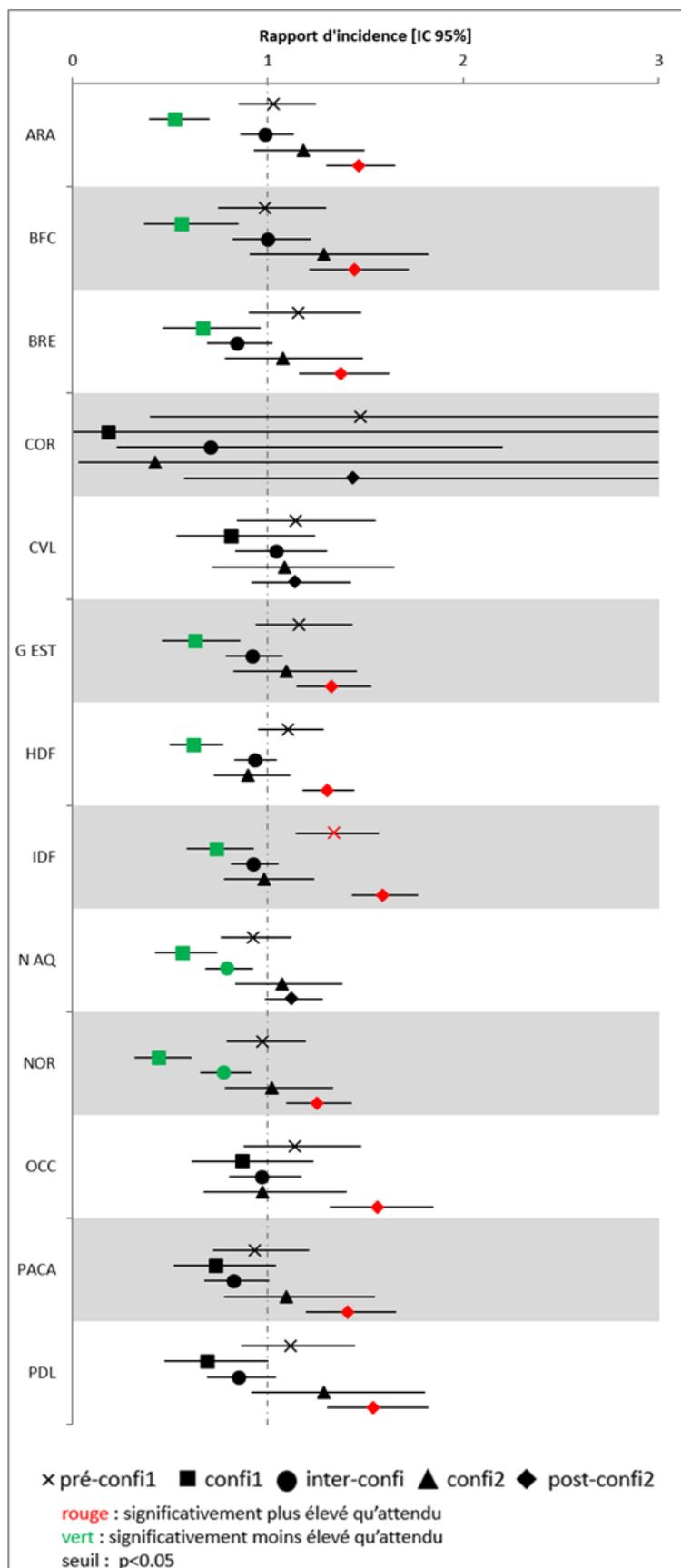
Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour TS mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de Covid-19 à ceux de ces trois années de référence pour la période équivalente (figure 13). Si le rapport est significativement supérieur à 1, cela signifie que le taux d'hospitalisation pendant cette période de la pandémie était supérieur à celui des années 2017-2019. Si, au contraire, ce rapport est inférieur à 1, alors le taux d'hospitalisation pendant la pandémie était inférieur à celui de la période pré-pandémique.

Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, une nette chute des hospitalisations pour TS est observée durant la période du 1^{er} confinement (figure 13, page suivante). Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le 2^e confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et 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 hommes de 10 à 24 ans, l'évolution des rapports d'incidence par période est comparable à celle des femmes mais les augmentations d'hospitalisations pour TS par rapport aux années précédentes chez les hommes ne sont pas statistiquement significatives (données non présentées).

Dans les Drom, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour TS n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en dehors du 1^{er} 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.

Figure 13 : Rapports 2020-2021/2017-2019 des taux d'incidence d'hospitalisation pour tentative de suicide, selon cinq périodes*, chez les femmes de 10 à 24 ans, France métropolitaine, janvier 2020-mai 2021



Sigles des régions :

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

***Sigles des périodes :**

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

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE EN CORSE

Données issues du CépiDC

En 2017, 35 personnes résidant en Corse se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 11,0 décès pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, inférieur à celui de la France métropolitaine (14,4 décès pour 100 000 habitants). Plus de trois quarts des décès par suicide concernait des hommes (77,1 % ; n = 27). Le taux de mortalité par suicide chez les hommes en Corse était plus faible que celui observé en France métropolitaine (respectivement 17,5 et 22,5 décès pour 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide observé en Corse en 2017 était aussi inférieur au taux observé en France métropolitaine (respectivement 4,9 et 6,9 décès pour 100 000 femmes).

Evolution régionale de la mortalité par suicide, 2000-2017

Entre 2000 et 2017, malgré les faibles effectifs corses entraînant des fluctuations, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région, passant de 21,5 à 11,0 décès pour 100 000 habitants. Si cette diminution s'observait chez les hommes (38,5 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2000 vs 17,5 en 2017), chez les femmes, le taux est resté globalement stable (6,0 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2000 vs 4,9 en 2017, avec un pic à 13,2 en 2004) (figure 14). Entre 2000 et 2017, l'écart observé entre hommes et femmes s'est réduit. En effet, le sexe ratio des taux a diminué entre 2000 et 2017, passant de 6,4 à 3,6.

Les faibles effectifs observés en Corse ne permettaient pas d'observer de réelles tendances lors de l'analyse par classe d'âge, sauf chez les 30-44 ans où une tendance à la diminution semblait être observée (figure 15).

Figure 14 : Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Corse et France métropolitaine, 2000-2017

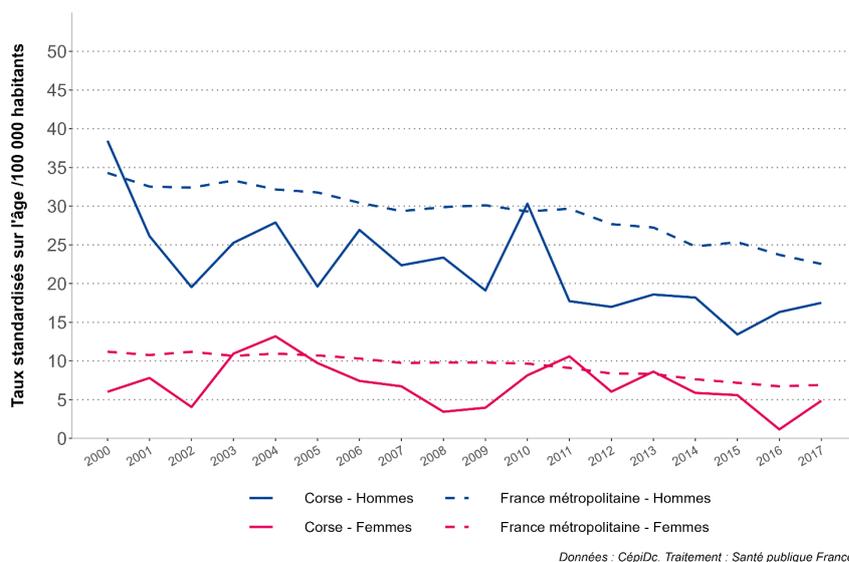
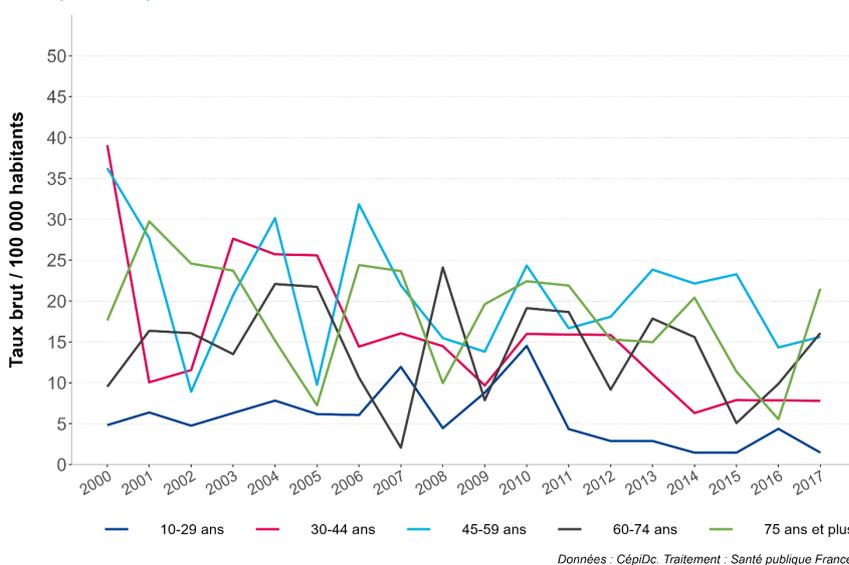


Figure 15 : Evolution des taux annuels bruts de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), par classe d'âge, tous sexes, Corse, 2000-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides représentaient 1,0 % (n = 90) des décès toutes causes confondues en Corse, contre 1,5 % en France métropolitaine (n = 25 585). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 1,5 % (n = 71) dans la région, contre 2,2 % (n = 19 460) en France métropolitaine. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure : 0,4 % (n = 19), contre 0,7 % en France métropolitaine (n = 6 125).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus élevée chez les 40-49 ans (10,4 %). Dans cette classe d'âge, la part du suicide dans la mortalité était deux fois plus élevée chez les hommes (12,1 %) que chez les femmes (6,3 %). Les suicides représentaient 5,3 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) mais la part était très faible chez les 70 ans et plus (0,2 %).

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

En Corse, sur la période 2015-2017, les hommes représentaient 78,9 % des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

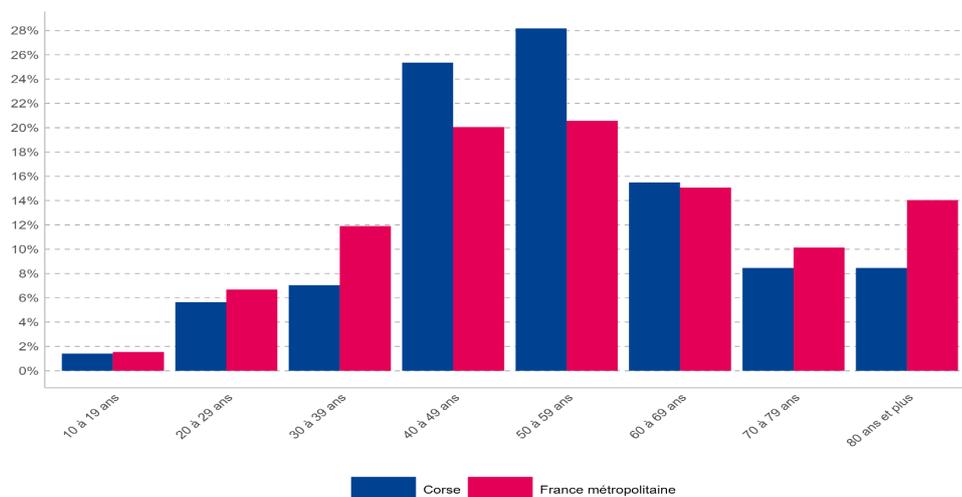
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 50-59 ans (28,2 % des suicides chez les hommes), les 40-49 ans (25,4 %) et les 60-69 ans (15,5 %). Les jeunes de 10-19 ans représentaient une part faible des décès par suicide chez les hommes (1,4 %) (figure 16a).

Chez les femmes, aucun décès par suicide n'a été recensé chez les moins de 40 ans entre 2015 et 2017 en Corse. Les 19 décès étaient répartis chez les 40 ans et plus, avec plus d'un quart des décès chez les 50-59 ans (26,3 %) (figure 16b).

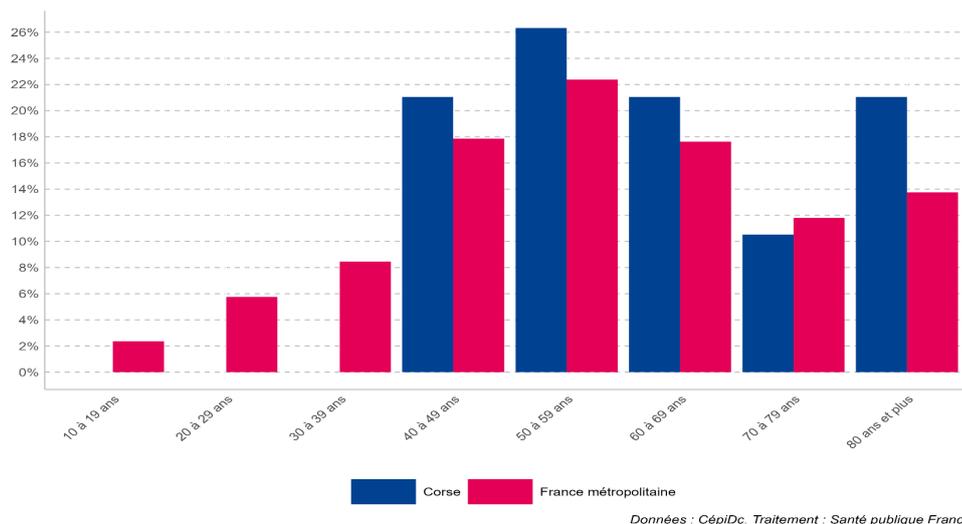
La Corse se distinguait par une part plus importante des suicides observée chez les 40-59 ans chez les hommes, comparativement à la France métropolitaine. Chez les femmes, les effectifs étaient trop faibles pour dégager une tendance.

Figure 16 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge (%), par sexe, chez les 10 ans et plus, Corse et France métropolitaine, 2015-2017

16.a. Chez les Hommes



16.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Corse était la pendaison (37,8 % vs 57,2 % en France métropolitaine), mais par sexe, la répartition était différente (tableau 5). Chez les hommes, la pendaison était le premier mode de suicide (40,8 %), et le deuxième l'usage d'arme à feu (38,0 %). Chez les femmes, le premier mode de suicide était l'auto-intoxication médicamenteuse (36,8 %), et le deuxième la pendaison (26,3 %).

Les suicides par auto-intoxication par d'autres produits, utilisation d'objet tranchant, noyade, collision intentionnelle et exposition aux fumées, gaz ou flammes étaient très peu fréquemment rapportés en Corse.

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

	Total		Femmes	Hommes
	nombre de décès	%	%	%
Pendaison	34	37,8	26,3	40,8
Arme à feu	28	31,1	< 6	38,0
Auto-intoxication médicamenteuse	15	16,7	36,8	11,3
Mode non précisé	7	7,8	15,8	< 6
Saut dans le vide	6	6,7	21,1	< 6
Auto-intoxication par d'autres produits	< 5	< 6	< 6	< 6
Objet tranchant	< 5	< 6	< 6	< 6
Noyade	< 5	< 6	< 6	< 6
Collision intentionnelle	< 5	< 6	< 6	< 6
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	< 5	< 6	< 6	< 6

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

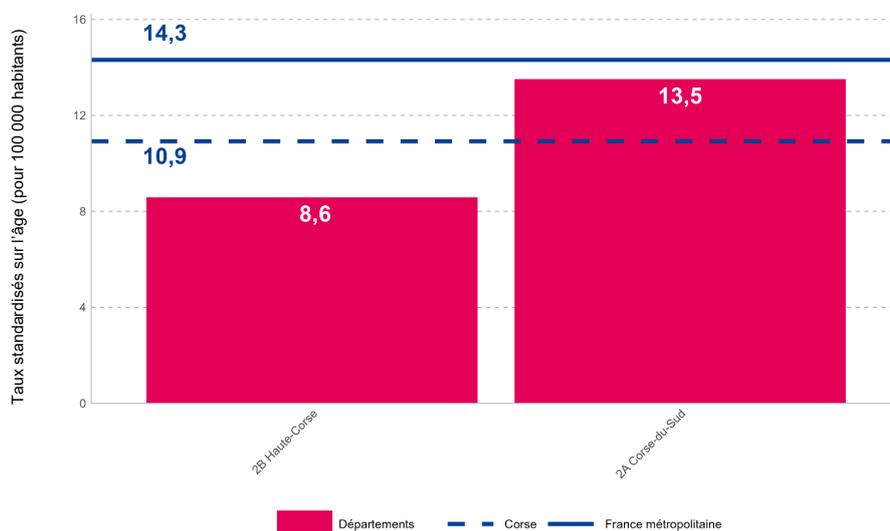
• Taux départementaux de mortalité par suicide, 2015-2017

Au niveau départemental, en 2017, la Corse-du-Sud présentait un taux de mortalité par suicide, standardisés sur l'âge, plus élevé que la Haute-Corse mais, ces taux restaient inférieurs à celui observé au niveau national (figure 17).

Sur la période 2015-2017, les taux de mortalité standardisés sur l'âge annuel moyen étaient de 14,0 pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud, et de 11,6 en Haute-Corse, tous sexes confondus (la médiane nationale était de 18,6 pour 100 000 habitants). Les départements corses présentaient respectivement les 19^e et 14^e plus faibles taux de mortalité de France métropolitaine. Chez les hommes, les taux étaient de 16,7 en Corse-du-Sud et 14,2 en Haute-Corse (respectivement 12^e et 8^e taux les plus faibles ; médiane à 26,9), et chez les femmes, ils étaient de 3,9 en Corse-du-Sud et 3,7 en Haute-Corse (respectivement 6^e et 5^e taux les plus faibles ; médiane à 7,4).

Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. Une proportion variable suivant les départements de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'étant pas déclarés au CépiDC, il en résulte une sous-estimation de la mortalité plus ou moins importante³, rendant difficilement interprétable une sous-mortalité par suicide dans un département en l'absence d'information sur la sous-déclaration ou de tendance concordante avec les taux d'hospitalisation pour TS. En Corse, cette sous-déclaration était estimée au niveau régional à 13,5 % en 2006 (parmi les pourcentages les plus élevés de France métropolitaine). Ainsi, c'est peut être le cas de la Haute-Corse où le taux de mortalité est le plus faible de l'île tandis que le taux d'hospitalisation était le plus élevé (cf. figure 12, page 17).

Figure 17 : Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par département, Corse et France métropolitaine, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

³ Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khreddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chérié-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. La revue de médecine légale, 1776(1), 1-39.

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

N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au CépiDC³. Lorsqu'un taux départemental de mortalité par suicide figure parmi les plus faibles, la différence pourrait être due à une sous-déclaration connue ou à documenter. Concernant les départements ayant présenté les taux départementaux les plus élevés, la mortalité réelle par suicide sur la période d'étude a été au moins égale à ces taux, et une surmortalité peut être considérée comme avérée.

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide sur la période 2015-2017 apparaissaient assez hétérogènes au sein d'une région, notamment pour les hommes. Chez les hommes, ces taux de mortalité départementaux variaient de 5,3 pour 100 000 hommes (Paris) à 45,2 pour 100 000 hommes (Côtes-d'Armor) et chez les femmes de 2,6 pour 100 000 femmes (Rhône) à 13,9 pour 100 000 femmes (Sarthe). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient au moins 2 fois plus élevés que chez les femmes dans presque tous les départements, le sexe ratio des taux variant de 1,9 (Paris, seul taux inférieur à 2) à 7,2 (Alpes de Haute-Provence).

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

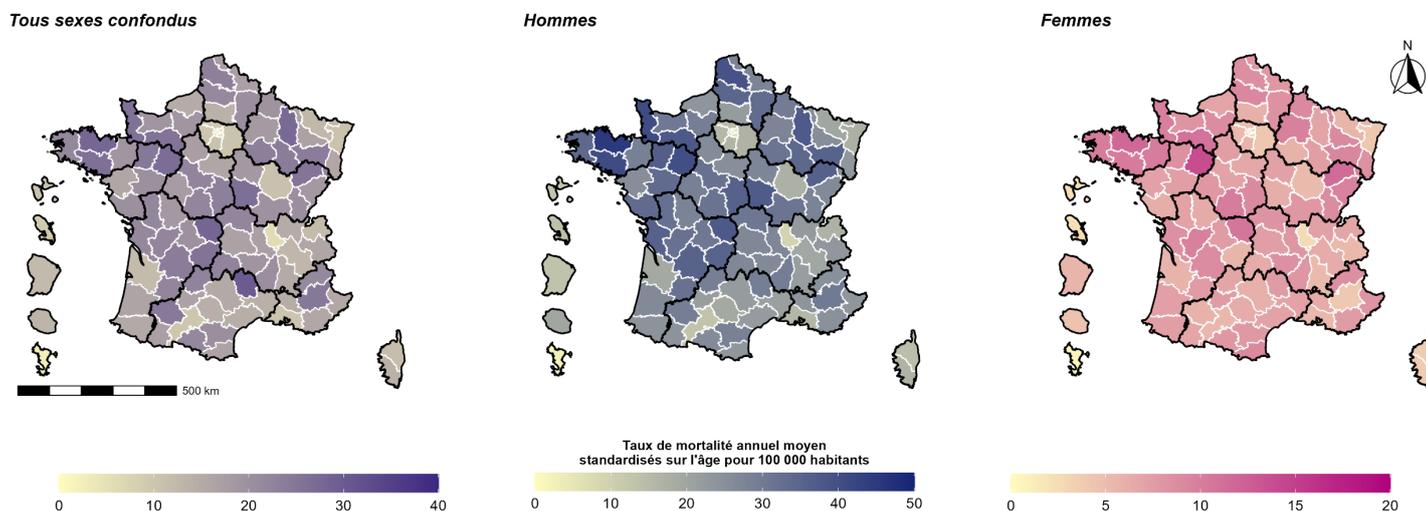
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Ile-de-France pour les femmes, mais pas pour les hommes à l'exception de la Seine-Saint-Denis (cf. figure 10, page 15).

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, Corrèze, Nièvre, Vendée, Meuse et Aube.

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

Mayotte présentait le taux de mortalité le plus faible pour les hommes comme pour les femmes (même tendance observée pour les taux d'hospitalisation pour TS), tandis que le taux de mortalité le plus élevé concernait La Réunion pour les hommes et la Guyane pour les femmes. Chez les hommes, à l'exception de Mayotte, les taux de mortalité étaient supérieurs ou égaux à 10 pour 100 000 habitants. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des Drom (5,6 pour 100 000 habitants en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements métropolitains (figure 18).

Figure 18 : Taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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

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

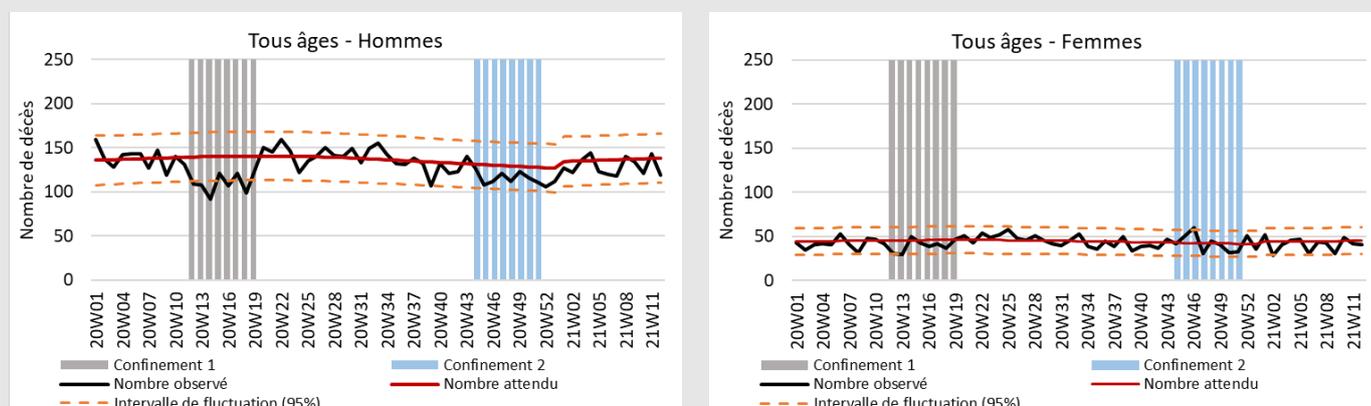
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de Covid-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du 1^{er} confinement, particulièrement chez les hommes. Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (figure 19). Cependant, chez les hommes de 85 ans et plus, ainsi que les femmes de 65-84 ans, un excès limité de décès a été observé à la suite du 1^{er} confinement, inversement, chez les hommes de 45-64 ans, le nombre de décès par suicide est resté inférieur à l'attendu à la suite du 2^e confinement pendant quelques semaines.

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

Figure 19 : Evolution du nombre de décès par suicide observé et attendu, et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, tous âges, France entière, janvier 2020-mars 2021



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des **passages aux urgences** pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les SU participant au dispositif réseau Oscour® (organisation coordonnée de la surveillance des urgences) de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), intégré dans le système de surveillance syndromique SurSaUD®, mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes.

En Corse, les 7 structures d'urgences de l'île ont fait remonter des données sur tout ou partie de la période d'analyse (le CH de Sartène n'a transmis des données que sur la période juin 2021-mars 2022). Si la couverture régionale est quasiment exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés pourrait être améliorée en Corse-du-Sud notamment. Ce pourcentage est principalement impacté par une mauvaise complétude des données remontées par le CH d'Ajaccio (72,5 %, alors que les autres établissements de l'île sont tous au-dessus de 89 %). Néanmoins, en 2022, on estimait à 87 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la Corse (Tableau 6).

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

Départements	Couverture SU	% complétude des diagnostics (principaux ou associés)
Corse-du-Sud	4/4*	80,8 %
Haute-Corse	3/3	93,1 %
Corse	7/7*	86,9 %

* En 2022, le CH de Sartène a remonté des données uniquement sur la période de janvier à mars.

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

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

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

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

Epidémie de Covid-19 – Articles internationaux

- Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI:
[http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external%20icon)
- Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1
- 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, Drees. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):637-44.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018.
[\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf)
- Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2011 ;(47-78):488-92.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE.
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITES SUICIDAIRES CORSE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Quiterie Mano¹ et Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹ (coordinatrice du Gepp Santé mentale), Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

Relecture : Philippe Malfait, responsable de la cellule régionale Paca-Corse¹ ; Anne Laporte, directrice¹ ; Patrick Rolland, coordonnateur de l'animation scientifique¹

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

REMERCIEMENTS

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

- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences, les concentrateurs régionaux de RPU
- La Société Française de Médecine d'Urgence
- Les ARS, Samu-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, établissements de santé, Caisse nationale d'assurance maladie

CONTACT

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