

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#); [p.2 Sigles](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récurrence](#); [p.4 Synthèse](#); [p.7 Tendances spécifiques en région](#) [p.8 Passages aux urgences pour idées et gestes suicidaires](#); [p.12 Hospitalisation pour tentative de suicide](#); [p.17 Evolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19 de janvier 2020 à mai 2021 en France hexagonale](#); [p.19 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.21 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France](#); [p.23 Actions de prévention du suicide en région](#); [p.25 Méthodologie](#); [p.27 Bibliographie](#); [p.28 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

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

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

SIGLES

- ARS : Agence régionale de santé
- CépiDc: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CIM10 : Classification internationale des maladies, 10^{ième} révision
- DA / DP : Diagnostic associé / diagnostic principal
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- COM : Collectivités d'outre-mer
- DROM : Départements et régions d'outre mer
- EPSM : Etablissement public de santé mentale
- FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
- GEPP : Groupe d'échange de pratiques professionnelles
- GS : Geste suicidaire
- IS : Idées suicidaires
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- ORS : Observatoire régional de santé
- Oscour[®]: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD[®]: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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

En Guadeloupe, le centre d'écoute national pour les appels en provenance des Antilles françaises est basé à Montpellier. En 2022, 391 appels en provenance de la Guadeloupe ont été recensés. Une plateforme d'écoute 3114 sera opérationnelle dès 2024 en Guadeloupe et sera rattachée à l'établissement public de la santé mentale (EPSM) de Guadeloupe.

Le dispositif de recontact Vigilans

Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide (TS) et 75 % des récidives ont lieu dans les 6 mois suivant une 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 entrée dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et à 6 mois pour l'ensemble des patients. Lorsque le patient n'est pas joignable, 4 cartes postales personnalisées lui sont envoyées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les vigilanseurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ces derniers peuvent également contacter directement l'équipe vigilans quand ils le souhaitent. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif.

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

En Guadeloupe, le dispositif Vigilans a débuté en 2022 rattaché à l'établissement public de la santé mentale de Guadeloupe (EPSM) qui en assure le pilotage. En 2022, au total 19 patients suicidants ont été inclus dans le dispositif.

Vigilans : pour en savoir plus

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

3114 : pour en savoir plus

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

SYNTHÈSE

Les années 2020-2022 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ; l'évènement comme les mesures nécessaires pour le contrôle de l'épidémie sur le territoire étaient inédits et de nature à affecter la santé mentale des français pendant la phase aigüe de la crise sanitaire et peut-être plus durablement. L'impact de la crise sur la santé mentale a rapidement été mis en évidence dans la littérature scientifique internationale ainsi que par les professionnels de santé. La surveillance nationale de la santé mentale était jusque-là basée sur des études ponctuelles hospitalières à partir du Système national des données de santé (SNDS) et des études répétées en population générale telles que les baromètres de Santé publique France en population adulte ou les études EnClass de l'EHESP et de l'OFDT¹ chez les adolescents. Cette surveillance a dû évoluer pour permettre un suivi réactif de l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale, identifier ainsi les besoins d'interventions afin d'apporter une aide à la population dans cette période critique. Santé publique France a ainsi mis en place notamment² :

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

Jusqu'à février 2019, avec la parution des premiers BSP « Conduites suicidaires », la surveillance de la santé mentale était peu déclinée à l'échelle régionale. Durant la crise sanitaire, les travaux nationaux ont été rapidement déclinés à l'échelle régionale avec la parution de Points épidémiologique « CoviPrev », en mars 2021, présentant un bilan des 18 premières vagues d'enquête, suivie d'une actualisation régulière des principaux indicateurs. Depuis septembre 2021, un point épidémiologique régional trimestriel (un point semestriel réalisé pour les DROM et la Corse) met à disposition les principaux indicateurs (passages aux urgences, non disponible en Martinique) de cette surveillance réactive de la santé mentale en région.

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

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

Les conduites suicidaires, des idées suicidaires aux tentatives de suicide et décès par suicide, sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées. A la suite de la synthèse, qui apporte une vision globale et comparative des principaux résultats régionaux, la situation régionale est analysée dans trois articles, auxquels s'ajoute en général un article d'un partenaire décrivant des actions régionales de prévention du suicide :

1) Passages aux urgences pour idées suicidaires (IS) et geste suicidaire (GS) : les indicateurs de nombre de passages et de part d'activité sont issus des données du réseau OSCOUR® (dans le système de surveillance sanitaire des urgences et des décès SurSaUD®) qui couvre entre 2017 et 2021, 94% des passages aux urgences enregistrés au niveau national. Ils sont présentés pour l'ensemble des patients âgés de 11 ans et plus, suivi d'un focus sur les jeunes de 11-17 ans et 18-24 ans. L'évolution mensuelle (bimestrielle pour les DROM et la Corse) durant la phase aigüe de la crise sanitaire de janvier 2020 à juin 2022 est comparée aux années pré-pandémiques 2017-2019. Les indicateurs moyens annuels de nombre de passages et de part d'activité selon la classe d'âge et le sexe sont comparés entre la période pandémique 2020-2021 et la période pré-pandémique 2017-2019.

2) Hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) : les taux annuels d'hospitalisation pour TS et les caractéristiques des hospitalisations pour TS, issus de la base de données du PMSI-MCO, sont analysés pour les patients âgés de 10 ans et plus sur la période pré-pandémique 2010-2019 période sur laquelle une mise en regard est possible avec les données régionales de mortalité par suicide (disponibles jusqu'à l'année 2017). L'évolution mensuelle des hospitalisations durant la phase aigüe de la crise sanitaire 2020-2021 est comparée aux années pré-pandémiques 2017-2019; les caractéristiques des TS en 2020 et 2021 sont comparées avec celles de la période pré-pandémique 2017-2019. Par ailleurs, un encadré présente la cartographie des taux départementaux 2017-2019 d'hospitalisation pour TS et un autre encadré présente la déclinaison régionale, mise à disposition par les auteurs (P. Pirard et coll.), d'une étude de santé publique France sur l'évolution des hospitalisations pour TS durant les phases de confinement et d'inter-confinement de la crise sanitaire.

3) Décès par suicide en période pré-pandémique : les taux de mortalité et les caractéristiques des décès par suicide chez les habitants âgés de 10 ans et plus, issus de la base de données du CépiDC, sont analysés sur la période 2000-2017 (2017 étant la dernière année consolidée disponible). Un encadré présente la cartographie des taux départementaux de mortalité par suicide 2015-2017 et un autre encadré présente un résumé, mis à disposition par les auteurs (A. Fouillet et coll.), d'une étude nationale de Santé publique France et du CépiDC basée sur les certificats de décès permettant une surveillance réactive de l'évolution temporelle des suicides durant la crise sanitaire de janvier 2020 à juin 2021.

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

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

Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour mille dans 3 régions : les Hauts-de France, la Bretagne et les Pays-de-Loire ; elle était inférieure à 4 pour mille passages en Ile-de-France et dans deux DROM (Guadeloupe et Mayotte, indisponible en Martinique). Pour la France hexagonale, on observe une diagonale ouest-est allant de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes avec une activité modérée entre 4,3 et 5,1 pour mille passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Ile de France dont la part d'activité est plus faible (Figure 2). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car représentant la fréquence relative des passages aux urgences pour GS parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

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

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

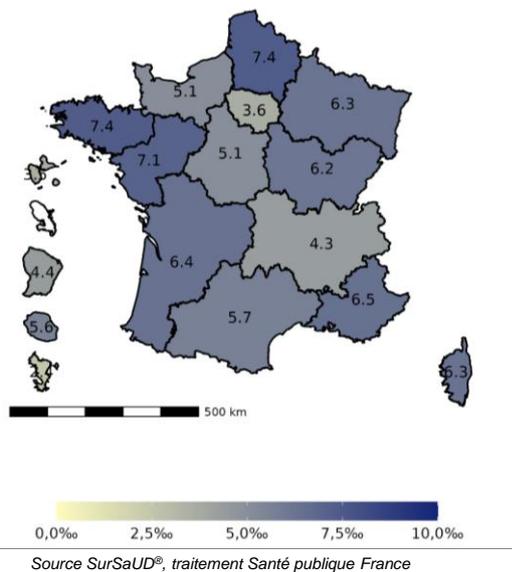


Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021

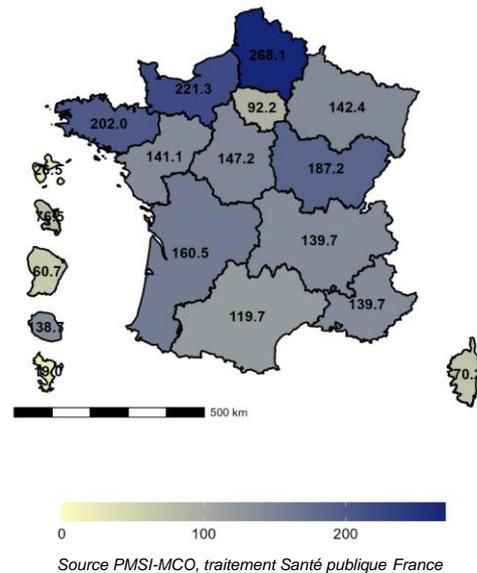
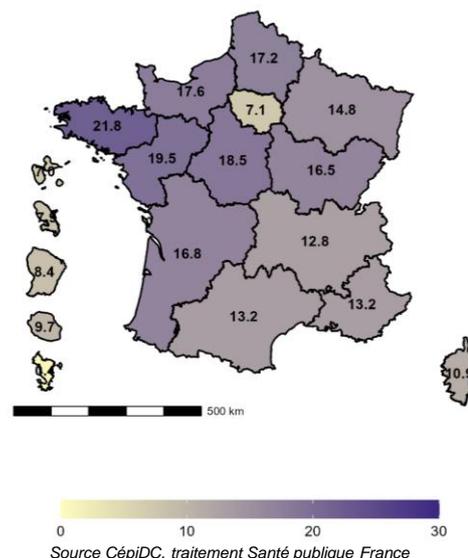


Figure 4. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2017

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

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



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

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

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

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

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

La période 2020-2021 comparée à celle de 2017-2019 montrait une augmentation significative des parts d'activité chez les jeunes, notamment les jeunes femmes, dans toutes les régions hexagonales (pas d'évolution significative dans les DROM) ainsi que chez les femmes tous âges en Bretagne, Grand-Est et Pays de la Loire. En revanche, une baisse, significative des parts d'activité pour GS chez les hommes de tous âges était observée en France et dans 7 régions hexagonales, tandis qu'elles étaient en augmentation en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire (pas d'évolution dans les autres régions). Une baisse des part d'activité était aussi observée chez les adultes de 25-54 ans et de 65 ans et plus en France, chez les 25-54 ans dans la toutes les régions hexagonales sauf en Pays de Loire, et chez les 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en Île-de-France.

• Principales tendances concernant les hospitalisations pour tentative de suicide

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

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

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

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

Sur la période 2020-2021, l'analyse par période des taux d'hospitalisation pour TS de janvier 2020 à mai 2021, comparés à ceux de 2017-2019, montre une baisse pendant le 1^{er} confinement suivie d'une augmentation continue en France et dans les régions hexagonales, 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 hexagonale et dans 4 régions (Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays-de-Loire et Grand-Est) et celle des patients âgés de 65 ans et plus a significativement augmenté en France hexagonale, dans 9 régions hexagonales et 2 DROM.

En 2021, la proportion de femmes ainsi que la proportion de jeunes de 10-24 ans ont significativement augmenté en France hexagonale 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 hexagonale, la plupart de ses régions et à La Réunion..

• Principales tendances concernant la mortalité par suicide

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

La mortalité par suicide chez les hommes restait environ 3 fois plus importante que chez les femmes; le sexe ratio des taux

de mortalité tendait à augmenter entre 2010 et 2017 en France hexagonale 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 hexagonales (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 à 10-19 ans chez les femmes et 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 ; suivaient les suicides par auto-intoxication médicamenteuse pour les femmes, par arme à feu pour les hommes dans les régions hexagonales et par saut dans le vide à La Réunion.

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

Conclusion et perspectives

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

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

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

TENDANCES SPÉCIFIQUES EN GUADELOUPE

En 2021, la Guadeloupe présentait une part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire, un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide et un taux de mortalité par suicide les plus faibles de France. Malgré les faibles effectifs recensés, une tendance à la dégradation des indicateurs en lien avec les conduites suicidaires a été observée au cours de la période pandémique par rapport à la période pré-pandémique, comme au niveau national.

- **Concernant l'activité des urgences hospitalières**, une augmentation significative du recours aux soins pour idées suicidaires est observée en particulier chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans en 2021, s'accroissant sur le 1^{er} trimestre 2022. En ce qui concerne le geste suicidaire, aucune évolution significative n'a été observée selon le sexe ou l'âge; les femmes étaient davantage concernées que les hommes avant (2017-2019) et après la crise COVID-19 (2020-2021).
- **Concernant les hospitalisations pour tentative de suicide**, la Guadeloupe présentait le taux le plus faible de France en période pré-pandémique (2017-2019) et le 2nd taux le plus faible de France pendant la période pandémique (2020-2021); contrairement à la plupart des autres régions, les taux d'hospitalisation pour TS différaient peu entre les hommes et les femmes. A l'instar du niveau national, ces taux ont diminué entre 2013 et 2019 (tous sexes confondus). Une évolution du nombre d'hospitalisations pour TS est néanmoins observée en période COVID-19 par rapport à la période pré-COVID-19, en particulier chez les hommes. Le mode opératoire n'a pas évolué; l'auto-intoxication médicamenteuse étant le mode de TS principal et représentant la moitié des TS entre 2017-2021.
- **La mortalité par suicide**, était globalement en baisse sur la période 2010-2017 (dernières données consolidées disponibles); la Guadeloupe présentait un des taux de mortalité les plus faibles de France à l'instar des autres DROM. La mortalité par suicide était 4 à 5 fois plus élevée chez les hommes. La Guadeloupe se distinguait par une faible part des suicides observée chez les hommes âgés de plus de 80 ans et un nombre faible de suicides chez les femmes. Comme dans les autres régions, le suicide par pendaison était le plus fréquent.

Limites, conclusion et perspectives régionales : En Guadeloupe, la dégradation des indicateurs relatifs au suicide est observée depuis la période pandémique, globalement concernant les TS, et plus particulièrement chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans concernant les idées suicidaires. Cette augmentation du recours aux soins est confirmée par les cliniciens de Guadeloupe (pédiatres, psychologues, pédopsychiatres) au cours de l'année 2021 et début 2022; cependant les faibles effectifs recensés sont une limite d'interprétation de l'état de santé mentale de la population (sous-estimation potentielle). Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage de données, des efforts sont encore à fournir pour appréhender au mieux la réalité de la situation. De plus, le suicide reste souvent tabou aux Antilles entraînant probablement une sous déclaration des décès par suicide à domicile. En parallèle, la capacité naturelle de résilience liée aux spécificités du mode de vie des antillais peut également être un facteur protecteur des suicides expliquant les faibles taux observés. Une étude, actuellement en cours, prend en compte la diversité des contextes anthropologiques, géographiques, démographiques et sanitaires, afin de déterminer les facteurs de risque spécifiques des territoires ultra marins, permettant ainsi d'envisager de disposer d'éléments adaptés localement pour orienter les stratégies de prévention du suicide en Guadeloupe. Enfin, le dispositif Vigilans créé en 2022, l'ensemble du réseau d'acteurs de la santé mentale et le tissu associatif sont tous particulièrement mobilisés pour prévenir les conduites suicidaires en Guadeloupe après la pandémie .

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTES SUICIDAIRES EN RÉGION GUADELOUPE

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

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

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Une baisse générale notable du recours aux soins et notamment des passages aux urgences a été observée lors du confinement national de mi-mars à mi-mai 2020 (confinement concernant également les Antilles), dont les causes sont multiples.

• Idées suicidaires

Entre janvier 2017 et juin 2022, le nombre de passages aux urgences codés pour idées suicidaires (IS) est globalement faible en Guadeloupe (Figure 5). En 2021, une **augmentation** est observée en nombre brut tout comme en part d'activité, comparativement aux années précédentes (49 passages annuels notifiés en 2021 contre seulement 5 passages en 2020 et 10 passages sur la période 2017-2019);

Cette tendance s'est accentuée au 1er semestre 2022 (+ 33 %, 65 passages au total). Le nombre moyen de passages mensuels aux urgences était de 11 passages sur le 1^{er} trimestre 2022 (vs 4 passages en 2021 et inférieur à 1 en 2020). L'activité pour IS a aussi fortement augmenté au cours du premier trimestre 2022 mais reste faible par rapport à l'ensemble de l'activité des services d'urgence de l'île (0,25 % en moyenne de l'activité totale). Sur l'ensemble de la période d'étude analysée, le sexe ratio est resté stable avec une prédominance marquée des **femmes** (sexe ratio H/F = 0,5 en moyenne).

• Geste suicidaire

Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen de passages mensuels aux urgences pour geste suicidaire (GS) était en **diminution** par rapport à la même période en 2021 (- 20 %, 16 vs 19 passages moyens mensuels) en 2020 (-24 %) et par rapport à la période 2017-2019 (- 28 %); une hausse des passages est observée en mai-juin 2022 par rapport aux mois précédents (+ 36 %; 19 vs 14 passages moyens mensuels) et par rapport à mai-juin 2021 (+ 26 %).

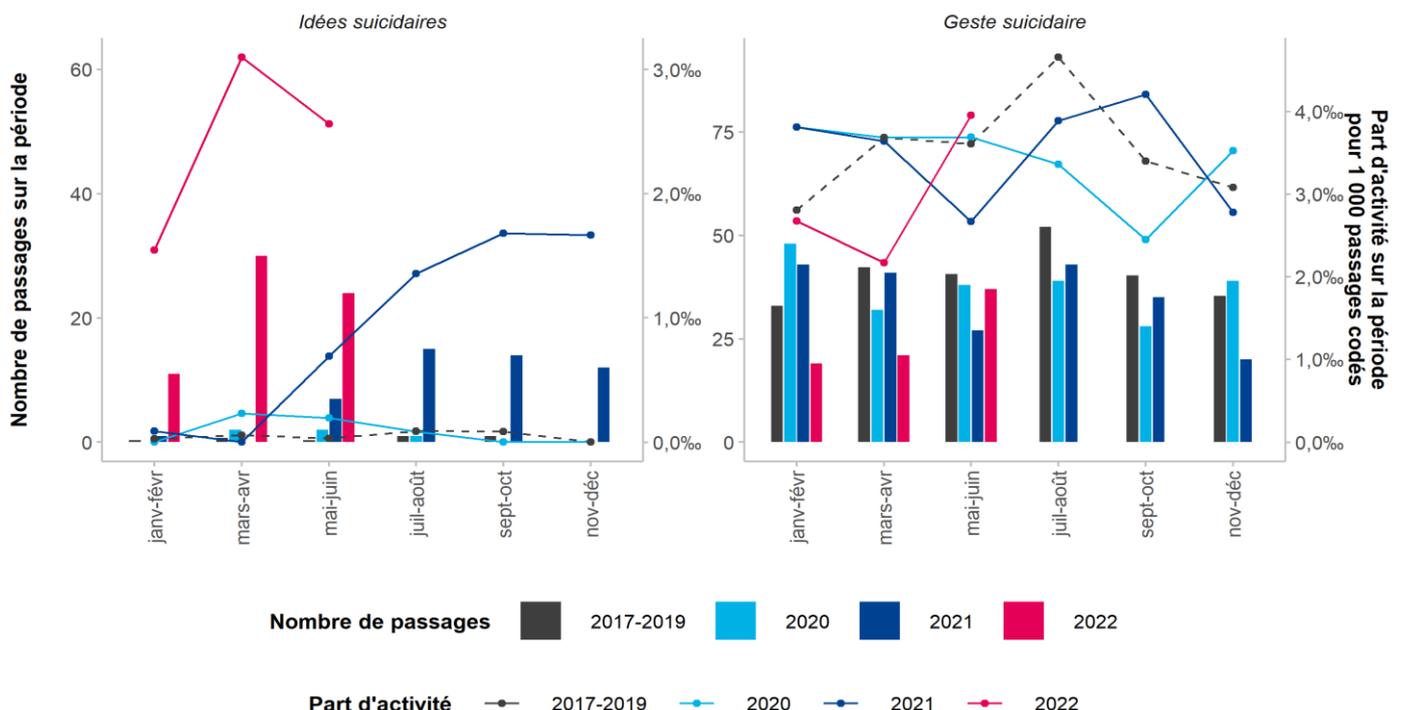
En 2021, les passages aux urgences pour GS, en nombre comme en part d'activité, étaient **globalement similaires voire en diminution** par rapport à ceux observés sur la période 2017-2019 (- 4 % ; 233 vs 244 passages annuels en 2020) et par rapport à la période 2017-2019 (- 10 % ; 260 passages annuels en moyenne).

Au cours des années 2020 et 2021, on observe des fluctuations plus marquées que les variations saisonnières de la période 2017-2019, à mettre éventuellement en lien avec les phases de la crise sanitaire dont les périodes de confinement ou de mesures de restrictions des contacts et des activités sociales.

Un tiers des passages aux urgences pour gestes suicidaires (34 %) ont donné lieu à une hospitalisation en 2020-2021, ce qui restait similaire à la période 2017-2019 (33 % ; + 1 point de pourcentage).

Sur l'ensemble de la période d'étude analysée, le sexe ratio est resté stable avec une prédominance marquée des **femmes** (sexe ratio H/F = 0,5 en moyenne).

Figure 5 : Evolution bimestrielle de passages aux urgences pour idées et gestes suicidaires et parts d'activité (%), chez les 11 ans et plus, tous sexes, Guadeloupe, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

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

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

L'analyse de l'activité hospitalière pour idées suicidaires aux urgences, par sexe et par âge, a montré une évolution significative entre les périodes pré-COVID-19 et COVID-19 en Guadeloupe (Tableau 1). L'activité pour **IS** a **augmenté significativement chez les femmes et dans toutes les classes d'âge** (affectant dans une moindre mesure les 65 ans plus) sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019. Néanmoins, il est important de souligner que les données codées aux urgences étaient très faibles en particulier avant la COVID-19 (inférieur à 5 passages mensuels en moyenne sur la période 2017-2019).

Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, **une augmentation des recours aux soins pour IS, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens**, concernant **particulièrement chez les jeunes patients**. Malgré cette augmentation, le nombre moyen de passages mensuels aux urgences sur 2020-2021 reste encore largement sous estimé d'après les cliniciens de Guadeloupe.

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). Les passages aux urgences pour **GS concernaient deux fois plus fréquemment des femmes** que les hommes, peu importe la période considérée (sexe ratio H/F = 0,48 en 2020-2021 vs 0,45 en 2017-2019). Par classe d'âge, l'activité la plus élevée était observée chez les 11-24 ans.

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (%) pour idées et gestes suicidaires par sexe et classe d'âge, Guadeloupe, 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	1	0,03	10	0,35	<0,001
	Femmes	2	0,06	17	0,50	<0,001
	11-24 ans	2	0,12	11	0,97	<0,001
	25-64 ans	1	0,03	14	0,38	<0,001
	65 ans et plus	0	0,02	2	0,16	0,039
Geste suicidaire	Hommes	76	2,41	70	2,46	0,872
	Femmes	168	4,47	146	4,32	0,660
	11-24 ans	82	5,71	76	6,66	0,138
	25-64 ans	145	3,76	119	3,36	0,176
	65 ans et plus	17	1,06	22	1,40	0,174

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

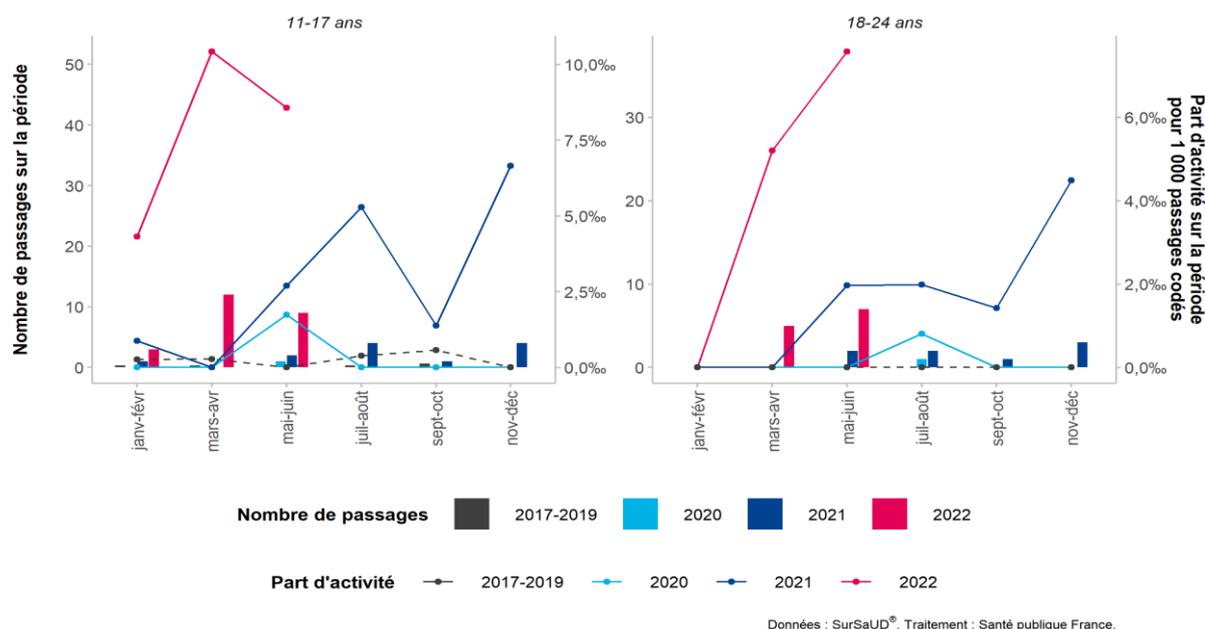
Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans, janvier 2017 – juin 2022

• Idées suicidaires

Malgré les faibles effectifs codés aux urgences (compris entre 0 et 6 passages mensuels en moyenne entre 2017-2022), **l'activité hospitalière pour idées suicidaires**, en nombre brut de passages aux urgences tout comme en part d'activité, **a augmenté de manière importante chez les jeunes patients de 11-17 ans et les jeunes adultes de 18-24 ans à partir de 2021** comparativement aux années précédentes; **cette tendance s'est accentuée au 1^{er} semestre 2022** (Figure 6).

Cette augmentation des recours aux soins pour IS chez les jeunes patients à partir de novembre 2021 qui s'est poursuivie au 1^{er} trimestre 2022 est confirmée d'après les cliniciens de Guadeloupe et reste encore largement sous estimée. Ainsi, les phases aiguës de la crise ne semblent pas avoir eu d'impact sur l'activité aux urgences pour IS chez les moins de 25 ans, mais cette activité a augmenté en post-crise, fin 2021, début 2022.

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



• Geste suicidaire

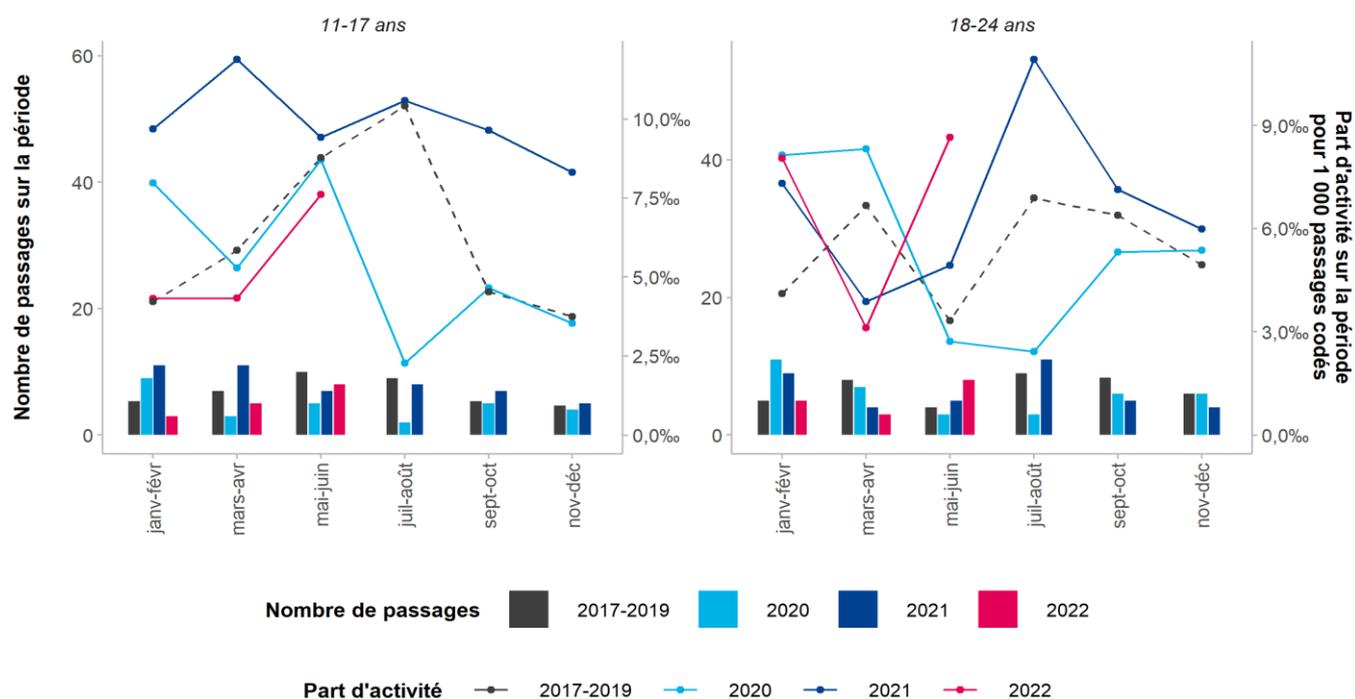
Comme pour les idées suicidaires, le nombre de passages codés pour geste suicidaire aux urgences est faible chez les jeunes de moins de 25 ans en Guadeloupe (compris entre 1 et 6 passages mensuel en moyenne entre 2017-2022) (Figure 7, page suivante).

Chez les jeunes de 11-17 ans, l'année 2021 présentait un nombre moyen de passages mensuels supérieur aux années précédentes (4 passages vs 2 en 2020 et 1 sur 2017-2019); on observe un pic de passages aux urgences en janvier-février 2021 et mars-avril 2021 (n=11 passages bimestriels) puis une diminution sur le second semestre 2021; cette tendance était équivalente pour les parts d'activité. Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen de passages mensuels aux urgences ainsi que la part d'activité étaient inférieurs aux années précédentes malgré une tendance à la hausse en mai-juin 2022 par rapport au mois précédents.

Chez les 18-24 ans, le nombre moyen de passages mensuels aux urgences sur le premier semestre 2022 était stable par rapport à la même période en 2021 et en 2020 (3 passages mensuels en moyenne) et supérieur à la période 2017-2019 (1 passage mensuel en moyenne). Un pic de passages aux urgences est observé en janvier-février 2020 et juillet-août 2021 (n=11 passages bimestriels, soit 5,5 passages en moyenne par mois) (Figure 8).

Contrairement aux tendances observées pour les idées suicidaires, l'activité pour geste suicidaire chez les moins de 25 ans semble avoir été moins impactée par la crise sanitaire.

Figure 7 : Evolution bimestrielle du nombre de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et 18-24 ans, tous sexes, Guadeloupe, janvier 2017 - juin 2022



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

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires ont significativement augmenté entre les périodes pré-COVID-19 et COVID-19 en Guadeloupe; cette augmentation concernait uniquement les femmes (Tableau 2); néanmoins, au vu des très faibles effectifs notifiés cette interprétation doit être faite avec une grande prudence. Concernant les gestes suicidaires aucune différence significative n'est observée selon le sexe ou l'âge des patients âgés de moins de 25 ans pris en charge dans les services d'urgences sur la période 2020-2021; néanmoins une augmentation relative de la part d'activité en 2020-2021 est observée chez les 11-17 ans contrairement aux autres classes d'âges.

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (%) pour idées et gestes suicidaires chez les 11-24 ans, par sexe, Guadeloupe, 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	0	0,05	0	0,10	1,000
	Femmes	1	0,17	10	1,67	<0,001
	11-17 ans	2	0,24	6	1,27	<0,001
	18-24 ans	0	0,00	4	0,72	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	20	3,10	19	3,77	0,339
	Femmes	62	7,84	56	8,97	0,272
	11-17 ans	41	6,01	38	7,52	0,133
	18-24 ans	40	5,42	37	5,95	0,549

* 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 GUADELOUPE

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 standardisés sur l'âge, 2010 - 2019

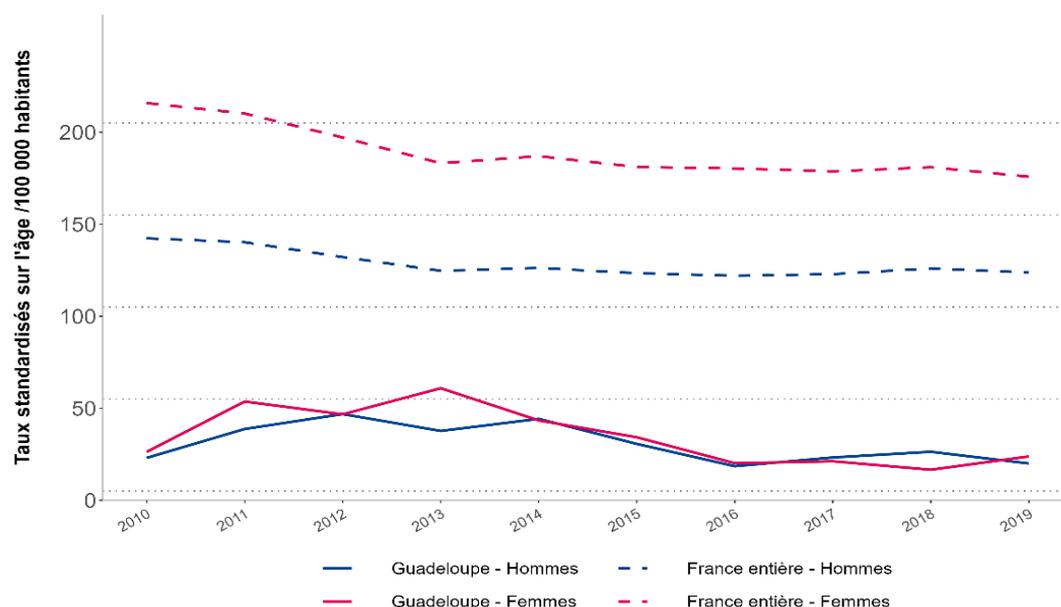
Entre 2010 et 2019, 115 hospitalisations [min=68; max=182] pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrées en moyenne chaque année chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Guadeloupe. Les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge pour TS en Guadeloupe sont globalement **similaires entre les sexes** et largement inférieurs à ceux observés dans le reste du territoire hexagonal (Figure 8).

En 2019, le taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS était de 22,4 pour 100 000 habitants en Guadeloupe, près de sept fois inférieur au celui observé en France hexagonale (152,1 / 100 000 habitants).

Alors que le taux d'hospitalisation pour TS en France hexagonale, quel que soit le sexe, était plutôt stable à partir de 2013, **en Guadeloupe, le taux d'hospitalisation, quel que soit le sexe, a diminué** (50,3 / 100 000 habitants en 2013 vs 22,4 / 100 000 habitants en 2019; - 55 %).

Le taux d'hospitalisation pour TS **chez les femmes le plus élevé était observé en 2013** (60,8 / 100 000 femmes ; 121 hospitalisations pour TS) **et en 2012 chez les hommes** (46,8 / 100 000 hommes ; 71 hospitalisations pour TS). Une baisse des taux est ensuite observée, quel que soit le sexe, jusqu'en 2016 (19,4 / 100 000 habitants en 2016, tous sexes confondus) pour se stabiliser ensuite à 21,0 / 100 000 habitants en moyenne entre 2016-2019 (20,4 / 100 000 femmes et 22,0 / 100 000 hommes).

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



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

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

Sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS (n= 2018) chez les résidents de Guadeloupe âgés de 10 ans et plus ont **concerné de manière quasi équivalente autant les hommes que les femmes contrairement au niveau national** (48 % vs 52 % ; sexe ratio H/F = 0,9 vs 0,6 au niveau national) (Figure 9).

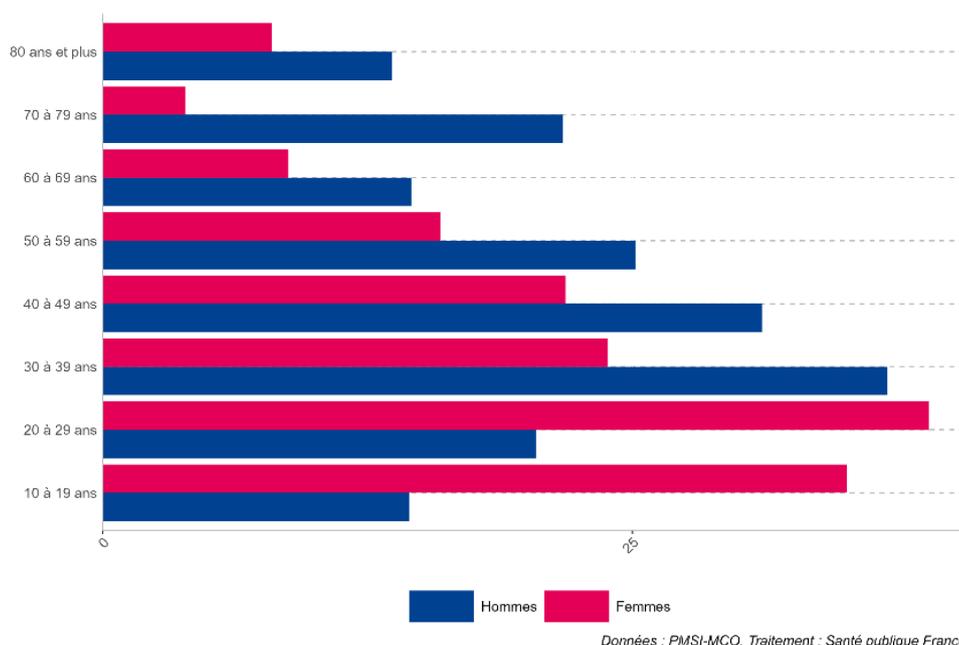
Les taux bruts d'hospitalisation pour TS ont concerné davantage les femmes âgées de moins de 30 ans alors que les hommes sont davantage concernés au-delà de 30 ans.

Chez les femmes, les classes d'âge **20-29 ans** (39,0 / 100 000 femmes; 22 hospitalisations) et **10-19 ans** (35,1 / 100 000 femmes; 28 hospitalisations) étaient les plus concernées; ces taux brut d'hospitalisation sont nettement plus élevés que pour toutes les autres classes d'âge.

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les **30-39 ans** (37,0 / 100 000 hommes; 17 hospitalisations), supérieur aux autres classes d'âges.

Ces taux bruts sont à interpréter avec la plus grande précaution au vu des faibles effectifs bruts.

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



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

Sur la période 2017-2019, **neuf décès après hospitalisation pour TS** des personnes âgées de 10 ans et plus **ont été recensés en Guadeloupe**. La létalité après hospitalisation s'élevait à 41,3 pour 1000 hospitalisations, ce qui est près de quatre fois supérieur à celle observée en France hexagonale (12,0 / 1000 hospitalisations). Néanmoins, les effectifs bruts étant faibles, ce taux de létalité hospitalière, tous sexes confondus, est à interpréter avec précaution. Ces décès concernaient davantage de femmes que d'hommes quelles que soient les classes d'âge; néanmoins, au vu des effectifs bruts faibles sur la période d'étude, il n'a pas été possible d'estimer de manière fiable des taux de létalité selon le sexe ou selon l'âge.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse (ou intoxication médicamenteuse volontaire) avec 4 tentatives de suicide sur 10 (41 % vs 78 % en France hexagonale). Venait ensuite **l'auto-intoxication par d'autres produits** (22 %). Les modes suivants étaient peu fréquents: utilisation d'un objet tranchant (8 %), exposition aux fumées, gaz ou flammes (4 %), saut dans le vide (3 %). Peu de différences étaient observées entre les sexes concernant les principaux modes de TS (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation était plus importante lors de TS par exposition aux fumées, gaz ou flammes (5 jours), que les autres modes dont les durées médianes sont comprises entre 2 et 3 jours.

Le nombre de décès pour les autres modes de TS étaient inférieurs à 5, ne permettant pas d'estimer une létalité hospitalière de manière fiable. Par ailleurs, **la proportion de données manquantes concernant le mode de TS à l'hôpital était important** (27,5 %), ne permettant pas d'analyse fine des hospitalisations pour TS selon le mode opératoire.

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

	Total		Femmes		Hommes		Durée médiane d'hospitalisation nombre de jours
	nombre de séjours	%	N	%	N	%	
Auto-intoxication médicamenteuse	89	40,8	50	43,9	39	37,5	2,0
Auto-intoxication par d'autres produits	47	21,6	26	22,8	24	20,2	3,0
Objet tranchant	17	7,8	9	7,9	8	7,7	2,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	9	4,1	8	7,0	< 5	-	5,0
Pendaison	7	3,2	< 5	-	< 5	-	3,0
Saut dans le vide	6	2,8	< 5	-	< 5	-	3,0
Arme à feu	< 5	< 1	< 5	-	< 5	-	-
Noyade	< 5	< 1	< 5	-	< 5	-	-
Collision intentionnelle	< 5	< 1	< 5	-	< 5	-	-
Mode non précisé	60	27,5	28	24,6	32	30,8	5,5

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

Dans la majorité des régions de France hexagonale, 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 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements de France hexagonale, les taux d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

Inversement, chez les femmes, en France hexagonale, 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 de l'Hexagone, 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.

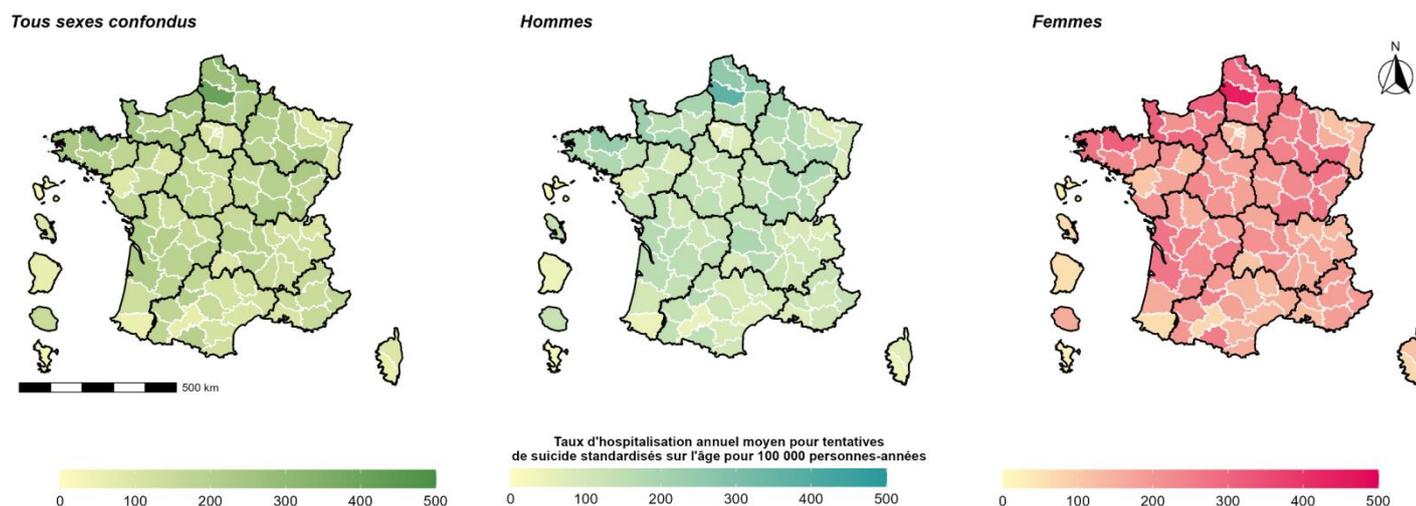
Les **départements et régions d'outre mer (DROM)** présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France hexagonale.

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

En Guadeloupe, le taux d'hospitalisation pour TS entre 2017-2019 était le taux départemental le plus faible du territoire national (21,5 pour 100 000 habitants) suivi par Mayotte (26,8 pour 100 000 habitants), les Pyrénées Atlantique (53,2 pour 100 000 habitants) et la Corse du Sud (56,4 pour 100 000 habitants). Les taux différaient peu entre les hommes et les femmes (respectivement 23,2 pour 100 000 hommes et 20,4 pour 100 000 femmes) contrairement aux autres départements de France.

Les taux d'hospitalisation pour TS en Guadeloupe sont à interpréter avec la plus grande prudence au vu des faibles effectifs recensés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur la période 2017-2019.

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



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

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

En Guadeloupe, le **taux régional d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge a légèrement augmenté en 2020** (26,2 vs 22,4 / 100 000 habitants en 2019 ; + 17 %), et est resté **stable en 2021** (26,5 / 100 000 habitants; + 1 % par rapport à 2020).

Chez les hommes, les taux bruts d'hospitalisation pour TS ont davantage augmenté au cours de la période pandémique par rapport à la période pré-COVID-19 alors qu'ils sont restés globalement stables chez les femmes. En 2020, le taux chez les hommes a atteint 34,5 / 100 000 hommes vs 20,0 / 100 000 hommes en 2019 ; + 72 %) alors que chez les femmes, ce taux a légèrement diminué (20,2 vs 23,8 / 100 000 femmes en 2019; - 15 %). En 2021, le taux brut d'hospitalisation chez les hommes a légèrement diminué (28,8 / 100 000 hommes ; - 16 % par rapport à 2020) alors qu'il a augmenté chez les femmes (24,8 / 100 000 femmes ; +23 % par rapport à 2020). Les effectifs bruts étant faibles, l'interprétation de l'évolution des taux d'hospitalisations pour TS selon le sexe doit être faite avec prudence.

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

Entre 2020 et 2021, aucune différence notable n'est observée concernant le nombre annuel d'hospitalisations pour TS (respectivement 88 et 87 hospitalisations annuelles) alors **qu'une augmentation est observée par rapport à la période pré-COVID-19** (69 hospitalisations en moyenne par an; + 28 % en 2020 et + 26 % en 2021 par rapport à la période 2017-2019) (Figure 11).

En Guadeloupe, le nombre mensuel d'hospitalisations pour TS reste faible et globalement stable au cours du temps entre 2017 et 2021 compris entre 2 et 15 hospitalisations pour TS par mois.

En 2020, malgré les faibles effectifs recensés, on observe un pic d'hospitalisations pour TS au mois de mai (n=15) suivi d'une baisse dans les mois qui ont suivi le confinement national lié à la pandémie (moyenne de 6 hospitalisations par mois entre juin et novembre 2020) pour augmenter à nouveau au mois de décembre 2020 (n=11).

Figure 11 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, Guadeloupe, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



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

• Comparaison des caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide, 2017-2019 vs 2020-2021

La part des hommes dans les hospitalisations pour TS a légèrement augmenté en 2020 (mais pas en 2021) par rapport à la période pré-COVID-19 (56 % en 2020 vs 48 % en 2017-2019, non significatif) **et inversement pour les femmes** (non significatif) (Tableau 4).

Même si une **augmentation des proportions respectives des 10-24 ans et des 65 ans et plus** est observée parmi les hospitalisations pour TS en 2020 et 2021 par rapport à la période 2017-2019, ces différences ne sont pas statistiquement significatives probablement à cause du manque de puissance lié aux faibles effectifs recensés entre 2017 et 2022; de la même façon **aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre la répartition des hommes et des femmes en 2020 et 2021 par rapport à 2017-2019.**

Les modes de TS en 2020 et en 2021 n'avaient pas évolué significativement comparativement à 2017-2019.

L'auto-intoxication médicamenteuse (ou intoxication médicamenteuse volontaire) **reste le mode principal** de tentative de suicide en Guadeloupe représentant plus de la moitié des TS recensés entre 2017 et 2021. A noter une augmentation de la part des TS pour saut dans le vide en 2021 par rapport à la période 2017-2019 (14 % vs 3 %, non significatif)

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	47,7%	55,7%	0,256	47,1%	1,000
	Femme	52,3%	44,3%		52,9%	
Classe d'âge	10-24 ans	23,4%	29,5%	0,074	28,7%	0,085
	25-64 ans	65,6%	52,3%		52,9%	
	65 ans et plus	11,0%	18,2%		18,4%	
Létalité		4,1%	<5,7%	0,291	<5,7%	1,000
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	51,7%	52,0%	1,000	56,0%	1,000
	Auto-intoxication par d'autres produits	27,3%	26,7%	1,000	21,3%	1,000
	Objet tranchant	9,9%	12,0%	1,000	<6,7%	1,000
	Saut dans le vide	3,5%	<6,7%	1,000	13,3%	0,077
	Pendaison	4,1%	6,7%	1,000	<6,7%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	5,2%	0,0%	0,546	<6,7%	1,000
	Collision intentionnelle	<2,9%	0,0%	1,000	<6,7%	1,000
	Noyade	<2,9%	0,0%	1,000	<6,7%	1,000
	Arme à feu	<2,9%	0,0%	1,000	0,0%	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=172 en 2017-2019, 73 en 2020 et 75 en 2021).

Note : Les modes ne sont pas exclusifs.

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

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

Référence: 5^{ème} rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; Septembre 2022. *Fiche N°3. Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de COVID-19* (P. Pirard, F. Chin, I. Khiredine, N. Regnault - Santé publique France)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

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

Tous les séjours dans les établissements français publics et privés de court séjour (PMSI-MCO), des personnes âgées de 10 ans et plus, hospitalisées entre le 02/01/2017 et le 31/05/2021 pour un geste suicidaire ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

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

Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de COVID-19 à ceux de ces trois années de référence (Figure 12) pour la période équivalente. Si le rapport est significativement supérieur à 1, c'est que le taux d'hospitalisation pendant cette période de la pandémie était supérieur à celui des années 2017–2019. Si, au contraire, ce rapport est inférieur à 1, alors le taux d'hospitalisation pendant la pandémie était inférieur à celui de la période pré-pandémique.

Dans les départements-régions d'outre mer (DROM), le graphique n'est pas présenté pour deux raisons : d'une part, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique; d'autre part, excepté le premier confinement national, les mesures de freinage et de restriction prises par les territoires respectifs, et les périodes durant lesquelles elles ont été déployées étaient différentes de la France hexagonale.

Ce travail a permis de mettre en évidence en France hexagonale 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 hexagonale continentale, on observe une chute nette des hospitalisations pour TS durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire). Cette tendance, observée dans toutes les régions hexagonales continentales, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 12).

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).

³ Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en France lors de l'infection à COVID-19 : tendances temporelles nationales en 2020-2021. Hospitalizations for deliberate self-harm in acute care facilities in France during COVID-19 infection: national and regional temporal trends in 2020.

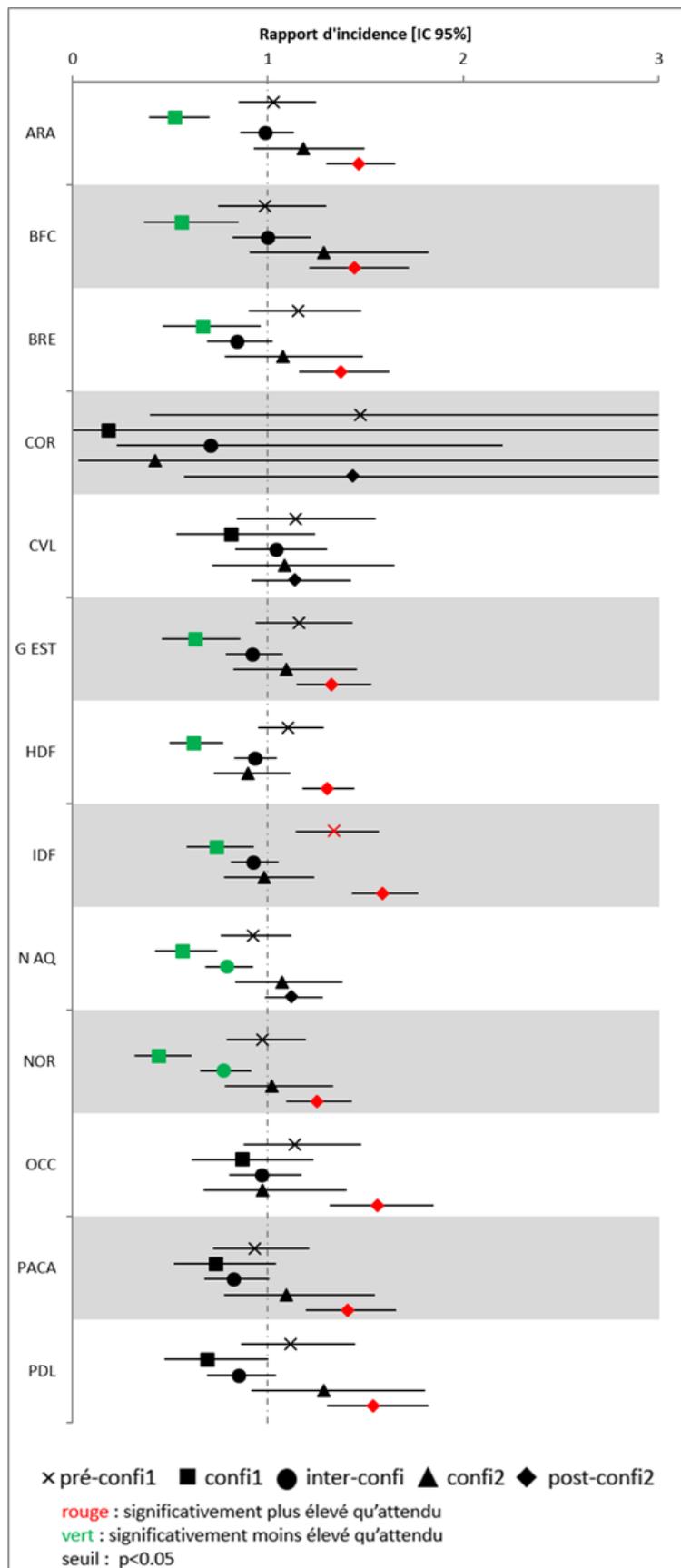
Philippe Pirard*, Francis Chin**, Imane Khirédine*, Sarah Tebeka*, Nolwenn Regnault*

1 Santé Publique France/DMNTT

2 Santé Publique France/DATA

Figure 12 : Rapports 2020-2021/2017-2019 des taux d'incidence d'hospitalisation par tentative de suicide chez les femmes de 10 à 24 ans selon cinq périodes : pré confinement (S01-11), premier confinement (S12-19), inter-confinement (S20-44), deuxième confinement (S45-50), après le deuxième confinement (S51-52,S01-20)

12. Régions de France hexagonale



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
- NAQ Nouvelle Aquitaine
- NOR Normandie
- OCC Occitanie
- PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PDL Pays de la Loire

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

Données issues du CépiDC

En 2017, 25 personnes résidant en Guadeloupe se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 6,9 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, largement inférieur à celui de la France hexagonale (14,4 / 100 000 habitants). La quasi totalité (92 % ; n= 23) des décès par suicide concernait des hommes ; le taux de mortalité par suicide chez les hommes en Guadeloupe était inférieur à celui observé en France hexagonale (de 14,3 vs 22,5 / 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 était très inférieur à celui du reste du territoire (0,9 vs 6,9 / 100 000 femmes en France hexagonale).

Evolution de la mortalité par suicide, 2000 - 2017

Entre 2000 et 2017, 636 personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Guadeloupe se sont suicidées soit **une moyenne de 35 décès par an** et un taux moyen de mortalité standardisé sur l'âge de 10,6 pour 100 000 habitants par an. Sur l'ensemble de la période, la majorité des décès par suicide concernait des hommes (78 % ; n= 495) ; le taux moyen de mortalité par suicide était de 18,2 pour 100 000 hommes et de 4,3 pour 100 000 femmes en Guadeloupe.

Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région (12,0 vs 6,9 pour 100 000 habitants; - 43 %). Cette diminution s'observe chez les hommes (21,8 vs 14,3 décès par suicide pour 100 000 hommes ; -35 %) et particulièrement chez les **femmes** (3,4 vs 0,9 décès par suicide pour 100 000 femmes ; - 75 %). En 2017, la mortalité par suicide était près de quinze fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (Figure 13). Néanmoins au vu des faibles effectifs, ces données sont à interpréter avec précaution.

Alors que la tendance du taux de mortalité par suicide en France hexagonale, de façon plus marquée chez les hommes, était en diminution depuis 2000 jusqu'en 2017; en Guadeloupe, des fluctuations annuelles sont observées, quel que soit le sexe. Les taux de mortalité par suicide en Guadeloupe restent néanmoins largement inférieurs à ceux observés dans le reste du territoire hexagonal pour les deux sexes.

L'analyse temporelle selon l'âge montrait une tendance globale à la baisse des taux de mortalité dans toutes les classes d'âge depuis 2000 jusqu'en 2017. Sur l'ensemble de la période d'étude, peu de différence des taux bruts de mortalité était observée selon l'âge excepté pour les 10-29 ans qui présentaient les taux bruts de mortalité par suicide les plus faibles (avec en moyenne pour 100 000 habitants : 5,2 pour 10-29 ans vs 13,0 pour 30-44 ans; 13,5 pour les 45-59 ans; 10,9 pour les 60-74 ans et 11,2 pour les 75 ans et plus) (Figure 14).

Figure 13 : Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Guadeloupe et France hexagonale, 2000-2017

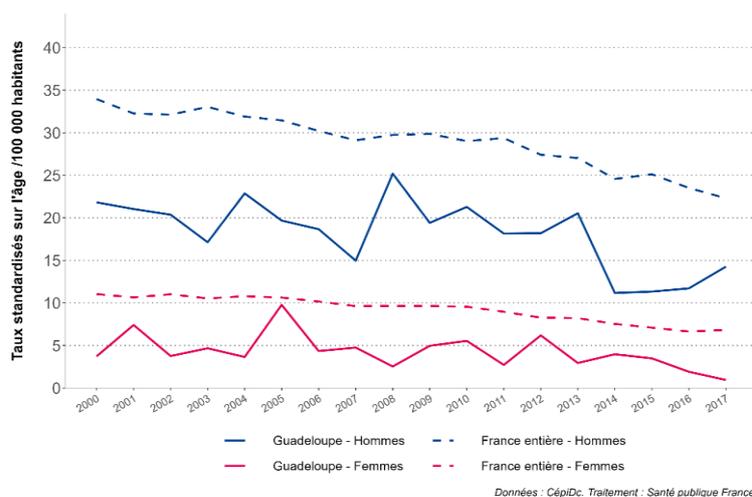
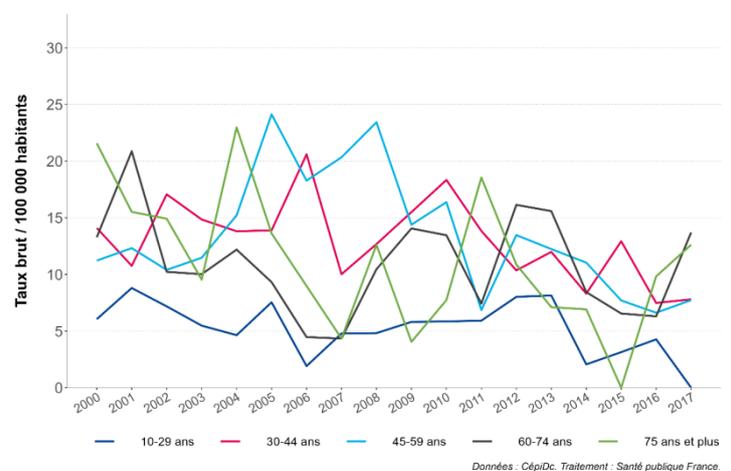


Figure 14 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Guadeloupe, 2000-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté moins de 1 % (0,8 % ; n=70) des décès toutes causes confondues en Guadeloupe, proportion inférieure à celle de France hexagonale (1,5 %). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 1 % en Guadeloupe (n= 57 décès ; vs 2 % en France hexagonale). Chez les femmes, elle était largement inférieure avec 0,3 % (n= 13 décès ; vs 0,7 % en France hexagonale).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité toutes causes confondues était plus importante chez les 30-39 ans (7 %, n=10) et les 20-29 ans (5 %, n=6) comme au niveau national mais dans une proportion moindre (respectivement 17 % et 18 %). Néanmoins, la part du suicide chez les 30-39 ans était légèrement supérieure chez les femmes que chez les hommes en Guadeloupe (8 % vs 7 %) contrairement à la France hexagonale (20 % chez les hommes et 10 % chez les femmes). Chez les 20-29 ans, cette part était de 19 % au niveau national chez les hommes (contre 6 % en Guadeloupe) et de 14 % chez les femmes (contre 0 % en Guadeloupe). En France hexagonale, les suicides représentaient 13 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) contre 2 % en Guadeloupe et 0,6 % chez les plus âgés (70 ans et plus) contre 0,2 % en Guadeloupe.

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

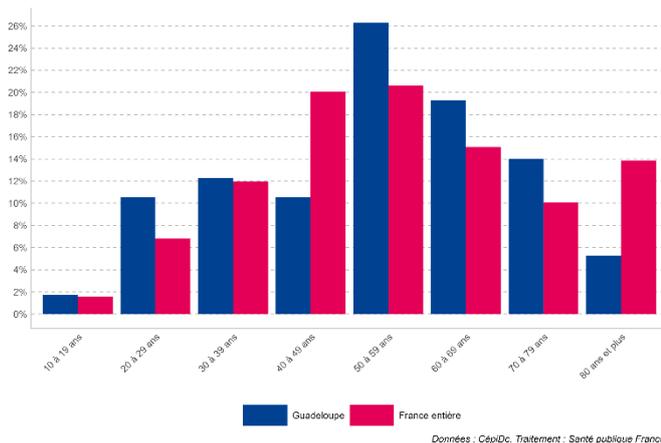
En Guadeloupe, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 81 % (n=57) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 50-59 ans (26 % des suicides contre 20 % en France hexagonale), les 60-69 ans (19,3 % contre 15 % en France hexagonale) et les 70-79 ans (14,0 % contre 10 % en France hexagonale). Chez les femmes, la classe d'âge prédominante était les 40-49 ans (38 %, n=5) (Figure 15). Les effectifs étant faibles chez les femmes sur la période d'étude (n=13, 2015-2017), cette répartition selon l'âge présente des limites d'interprétation.

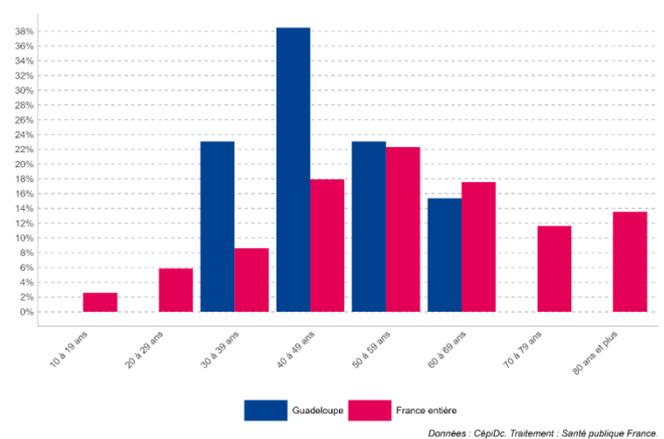
La Guadeloupe se distinguait par une faible part des suicides observée chez les hommes âgés de plus de 80 ans (5,2 % contre 14% en France hexagonale) et un nombre de suicides faibles chez les femmes (4 décès par an en moyenne sur 2015-2017). Néanmoins, aucun suicide chez une femme âgée de moins de 30 ans et de plus de 70 ans n'a été déclaré comme motif de décès sur un certificat de décès, contrairement au reste du territoire national (respectivement 14 % chez les hommes et 13 % chez les femmes de plus de 80 ans)

Figure 15 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe en Guadeloupe et en France hexagonale, 2015-2017 (n=70)

15.a. Chez les Hommes



15.b. Chez les Femmes



Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Guadeloupe était la **pendaison** (74 % vs 57 % au niveau national), et ce quel que soit le sexe avec une légère prédominance féminine (77 % vs 43 % au niveau national) que chez l'homme (74 % vs 62 % comme au niveau national). Le deuxième mode de suicide était **l'auto-intoxication par produits autres que médicamenteux** (12 % vs 2 % au niveau national).

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 hexagonale, les taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide sur la période 2015-2017 apparaissaient assez hétérogènes au sein d'une région, notamment pour les hommes. Chez les hommes, ces taux de mortalité départementaux variaient de 5,27 pour 100 000 hommes (Paris) à 45,20 pour 100 000 (Côtes-d'Armor) et chez les femmes de 0,41 pour 100 000 femmes (Rhône) à 13,9 pour 100 000 (Sarthe). Dans tous les départements de France hexagonale et les DROM, le taux de mortalité par suicide chez les hommes était au moins 2 fois plus élevé que chez les femmes, le sexe ratio des taux variant de 1,9 (Paris) à 7,2 (Alpes de Haute-Provence).

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

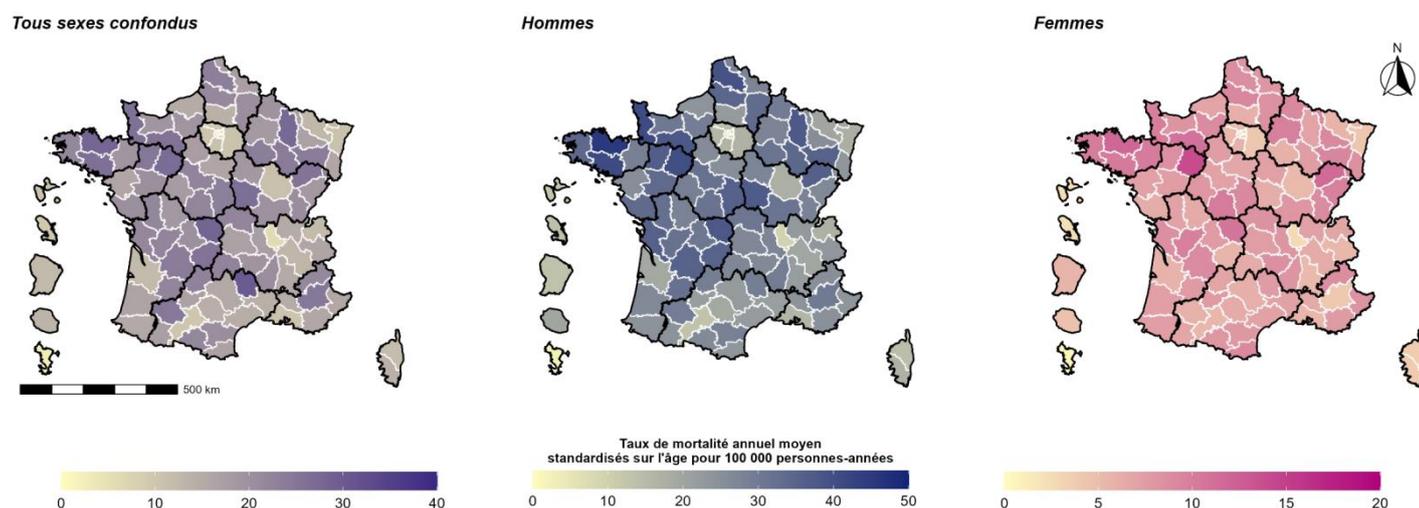
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Ile-de-France pour les femmes, mais pas pour les hommes à l'exception de la Seine-Saint-Denis (cf. Figure 17).

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

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

Mayotte présentait le taux de mortalité le plus faible pour les hommes comme pour les femmes (même tendance observée pour les taux d'hospitalisation pour TS), tandis que le taux de mortalité le plus élevé concernait La Réunion pour les hommes et la Guyane pour les femmes. Chez les hommes, à l'exception de Mayotte, les taux de mortalité étaient supérieurs ou égaux à 10 pour 100 000 habitants dans tous les DROM. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des DROM (5,6 pour 100 000 en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements de France hexagonale. En **Guadeloupe**, le taux de mortalité par suicide était de 10,5 pour 100 000 (12^{ème} taux départemental le plus faible) avec une prédominance plus marquée chez les hommes (12,5 pour 100 000 hommes) que chez les femmes (2,2/100 000, 2nd taux départemental le plus faible) (Figure 16).

Figure 16 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, tous sexes confondus et par sexe, France. 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^{ème} rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; Septembre 2022. Fiche N°1 : *Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, 2020-mars 2021* (A. Fouillet, I. Pontais, C. Caserio-Schönemann – Santé publique France ; D. Martin, G. Rey – Inserm-CépiDC).
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

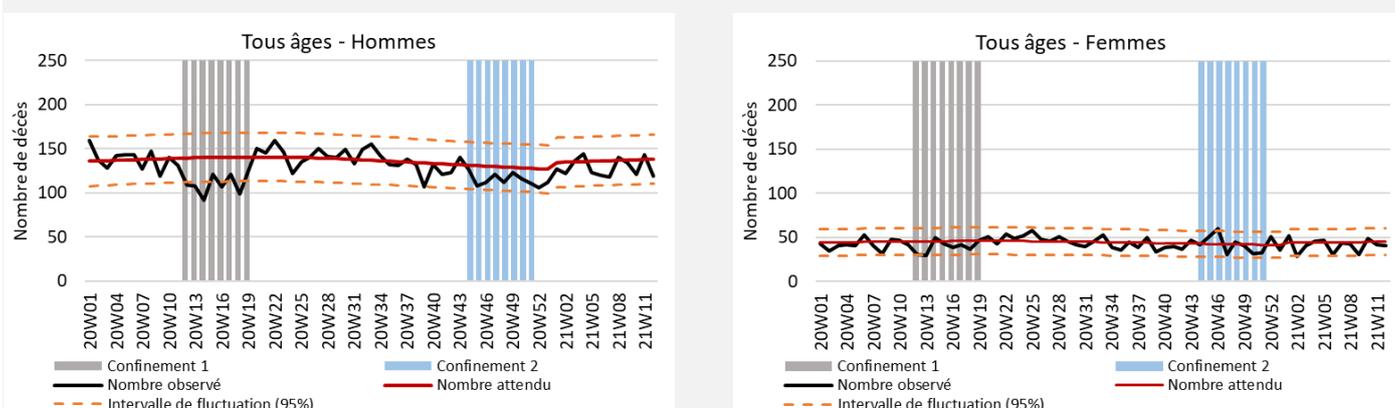
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du premier confinement, particulièrement chez les hommes. Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 17). Cependant, chez les hommes de 85 ans et plus ainsi, que les femmes de 65-84 ans, un excès limité de décès a été observé à la suite du 1^{er} confinement ; inversement, chez les hommes de 45-64 ans le nombre de décès par suicide est resté inférieur à l'attendu à la suite du 2^{ème} confinement pendant quelques semaines.

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

Figure 17 : Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de S01-2020 à S12-2021, France entière



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN GUADELOUPE

Dans le cadre de travaux de l'Observatoire national du suicide (ONS), la Mission Recherche de la Drees a lancé en 2020 un appel à projets de recherche sur le suicide et sa prévention. Il avait pour objectif d'encourager et de financer la réalisation de travaux scientifiques sur les conduites suicidaires, en sciences humaines et sociales (sociologie, économie, démographie, gestion, sciences politiques, droit, histoire, sciences de la gestion, psychologie, etc.), en biostatistique ou en épidémiologie.

Trois axes ont été proposés dont un axe dédié territoires ultra marins « Spécificités des conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et les collectivités d'outre-mer (COM) français »

Les taux de décès par suicide et de tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation présentent des disparités fortes entre les départements et régions de l'hexagone, qui s'expliquent en partie par de l'hétérogénéité dans la qualité des remontées des données. En comparaison, les taux établis pour l'outre-mer français sont parfois inférieurs, parfois supérieurs à ceux de la France hexagonale (ONS, 2016). Les contrastes entre les territoires ultra-marins sont par ailleurs importants, et rendent difficile l'évaluation de l'ampleur du phénomène suicidaire en outre-mer.

Cet axe vise plus précisément à susciter des recherches sur les particularités des conduites suicidaires dans les DROM et COM. Il s'agira tout d'abord de s'intéresser aux facteurs de risque de suicide spécifiques aux populations de ces territoires par rapport à la France hexagonale. Par exemple, dans certains départements d'outre-mer, le suicide touche davantage des tranches d'âge plus jeunes par rapport à l'Hexagone (ONS, 2016). D'autres caractéristiques semblent différencier les DROM et les COM du reste du territoire national. Pour étudier ces spécificités, **il s'agira de prendre en compte la diversité des contextes anthropologiques** (multiculturalisme, multiethnicité, etc.), **géographiques** (insularité, isolement, etc.), **démographiques** (vieillesse de la population, immigration et migration, natalité, etc.), **socio-économiques** (taux de chômage, système éducatif, structures familiales, etc.) **et sanitaires** (place de la médecine de ville, nombre d'établissements autorisés en psychiatrie, etc.) de ces territoires. Dans ce contexte, les situations des populations autochtones pourraient faire l'objet de recherches financées par cet appel. En quoi le suicide touche-t-il différemment les diverses communautés? Dans quelles mesures certaines populations sont-elles plus vulnérables que d'autres ? Les explications sont-elles identitaires, culturelles, historiques, etc. ? (source : [Appel à projets de recherche.pdf](#) (solidarites-sante.gouv.fr))

Au terme de cet appel à projet, sept projets ont été financés dont **un¹ concernant la Guadeloupe** :

Regards croisés sur le suicide et les conduites suicidaires en Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte

La Fnors et les ORS des cinq DROM proposent de réaliser un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les spécificités des conduites suicidaires dans les DROM. Afin d'identifier les similitudes et les différences interrégionales, la recherche s'articulera autour de quatre axes thématiques : dispositifs d'observation et de connaissances, facteurs de risques et déterminants, représentations et facteurs culturels, environnement sanitaire; et se scindera en deux phases. La première consistera en une recherche et une veille bibliographique, la seconde donnera lieu à une enquête qualitative auprès des différents acteurs de champs d'action variés présents dans chacun des territoires. Les informations recueillies seront synthétisées selon chaque axe thématique et feront l'objet d'une analyse croisée entre les cinq territoires. Les résultats permettront d'identifier les besoins spécifiques ou communs à ces territoires et de définir des recommandations afin d'orienter les stratégies de prévention du suicide dans les DROM globalement et selon les particularités de chaque territoire ultramarin. La finalité est de disposer d'éléments permettant d'orienter les stratégies de prévention du suicide dans les DROM et celles spécifiques à chaque territoire. Les résultats sont attendus en octobre 2023.

Sylvie Merle : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), ors.martinique@wanadoo.fr

¹ [Prévention du suicide : sept projets de recherche financés - Santé Mentale \(santementale.fr\)](#)

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN GUADELOUPE

AMALGAME HUMANI'S



L'association AMALGAME a été créée le 25 août 1992, sur l'impulsion de Mme Blanche Barbat Violette, professeur d'anglais, proviseur de collège en retraite. Cette association a, pendant 26 ans, aidé des jeunes en difficulté. L'association a aussi aidé les populations en difficultés après le tremblement de terre en Haïti, et l'éruption de Montserrat.

En 2016, l'association, reprise par les filles de la fondatrice, Josée Geerts puis par Viviane Meylon Defrance, modifie l'objet de l'association et change son nom en AMALGAME HUMANI'S afin de mettre en exergue le côté humanitaire.

« L'association pour but d'organiser des manifestations à titre humanitaire pour le bénéfice de l'enfance et de la personne âgée défavorisée, des jeunes en rupture d'insertion et en difficulté, pour favoriser l'aide et le développement dans le domaine socio culturel. Elle s'investira également dans la mise en place de mesures d'accompagnement et d'animation, au travers de conférences, séminaires, séances d'informations et de formation, pour le mieux vivre de ces populations exposées. »

En 2020, l'association ouvre la première plateforme d'écoute dédié au mal-être et au suicide en Guadeloupe.

- Avec en moyenne un peu plus de **2 appels par jour**, ce sont au total 2 190 appels depuis l'ouverture de la ligne d'écoute et 800 appels qui sont comptabilisés en 2022
- Les appelants concernent majoritairement des **femmes** (65 %) âgées entre 30 et 35 ans, suivies des **jeunes hommes** âgés entre 18-25 ans et hommes de plus de 40 ans.
- Les principaux motifs des appels concernent le mal être ou la sensation de mal aise (33 %), des problèmes familiaux (35 %), des problèmes de santé, maladie mentale en rupture thérapeutique (20 %) ou des problèmes financiers ou professionnels (12 %)

L'association AMALGAME HUMANI'S s'engage également, afin de rompre l'isolement des personnes âgées. Pour prévenir et lutter contre cet isolement, elle va à la rencontre des personnes âgées isolées de plus de 60 ans recensées par les centres communaux d'action sociale des mairies. Elle propose des actions encadrées de partage, de convivialité et de stimulation intellectuelle au plus proche de leur domicile, et facilite leurs accès ou retour aux droits et services d'aide à la personne



AMALGAME HUMANI'S
Nous tendons la main, saisissez la !

05 90 55 41 08

102 Résidence la Distillerie
Grand Camp - LES ABYMES
amalgamehumanis@gmail.com

www.amalgamehumanis.org

AMALGAME HUMANI'S
Nous tendons la main, saisissez la !

PRÉVENTION SUICIDE

LE SUICIDE PARLONS EN !

LA LIGNE D'ÉCOUTE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES À TENDANCES SUICIDAIRES

Sensibilise à l'importance de la prévention du mal-être et du suicide. Suscite sur ce sujet échanges, partage et coopération.

Diversifier, coopérer, concerter... comment poursuivre ensemble ?

24/24H 7J/7

0690 598 717

Ministère National Prévention Suicide

LE SUICIDE PARLONS-EN !

La ligne d'écoute et d'accompagnement des personnes à tendances suicidaires.

Sensibilise à l'importance de la prévention mal-être et du suicide. Suscite sur ce sujet échanges, partage et coopération.

Diversifier, coopérer, concerter... comment poursuivre ensemble ?

LIGNE D'ÉCOUTE ET D'URGENCE

24 h/24 et 7 j/7
Sans interruption
Par téléphone ou SMS

0690 598 717

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse régionale des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant à la surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. En région Guadeloupe, le réseau repose sur 3 structures d'urgences et couvre environ 98 % des passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#). Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée.

Les données d'hospitalisations pour tentative de suicide sont issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (PMSI-MCO) pour l'analyse des tendances (2010-2019) et le focus COVID-19 (2020-2021).

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

Les données d'inclusion dans Vigilans sont issues du dispositif Vigilans.

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

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

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et tentatives de suicide ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées de la CIM-10 :

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

• Population étudiée et échelon d'analyse

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

- Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1> external icon
- Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1
- Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khireddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chérié-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certifi cat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(3-4):36-86. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>
- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf).
- Roscoät E. Comportements suicidaires en France hexagonale : 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 hexagonale à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITE SUICIDAIRES GUADELOUPE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Lydéric Aubert¹ et Delphine Casamatta¹, François Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai et Jacques Rosine et Mathilde Melin
dans le cadre du Groupe d'échanges et de pratiques professionnelles en santé mentale (GEPP) piloté par Dominique Jeannel (Coordinatrice de thématiques, DiRe) et Emmanuelle Bauchet (Directrice adjointe, DMNTT)

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

Avec la contribution de : Isabelle Mane (ARS), Dr Portecop (SAMU), Dr Clouet (VigilanS), Corinne Valérie Pioche (ORS-AG), Viviane Meylon Defrance (Amalgame Humani's), Raphael Essers (maison des adolescents)

Remerciements

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

- L'Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, en particulier Isabelle Mane, référente santé mentale-Dr Clouet, responsable du dispositif VigilanS
- Dr Portecop, responsable du SAMU-Centre 15,
- Mr Essers, responsable des maison des adolescents de Guadeloupe et des îles du Nord
- Corinne Valérie Pioche, responsable de l'Observatoire Régional de Santé Antilles-Guyane (ORS-AG)
- Dr Meylon Defrance, responsable de l'association Amalgame Humani's
- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU), les concentrateurs régionaux de résumés de passages aux urgences (RPU)
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM

CONTACT

Santé publique France Antilles : antilles@santepubliquefrance.fr