

Idées et conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1-p.2 Synthèse en France](#) [p.3 Synthèse en Auvergne-Rhône-Alpes](#) [p.4-p.5 Passages aux urgences pour idées suicidaires en Auvergne-Rhône-Alpes](#) [p.6 Cartographie des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide par département en France, 2017-2019](#) [p.7-p.8 Hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19 en France, janvier 2020 à mai 2021](#) [p.9 Cartographie des taux de mortalité par suicide par département en France, 2015-2017](#) [p.10 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, janvier 2020 à mars 2021](#) [p.11 Prévention du suicide et de sa récurrence](#) [p.12 Méthodes](#) [p.13 Références, remerciement](#)

Nota : Ce Bulletin régional de santé publique (BSP) « Idées et conduites suicidaires » vient compléter le 9^{ème} bulletin épidémiologique sur le suicide et les tentatives de suicide publié en février 2023 par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec la cellule régionale de Santé publique France et différents acteurs régionaux de prévention du suicide. Le tableau de synthèse en page 3 présente le contenu de ces deux bulletins et illustre cette complémentarité. Afin d'éviter des redondances, ce BSP thématique est moins détaillé que dans d'autres régions françaises. Seules des analyses des passages aux urgences pour idées suicidaires en Auvergne-Rhône-Alpes et celles concernant les hospitalisations et les décès par suicide ayant une dimension nationale y sont détaillées.

ÉDITORIAL

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

Avec environ 9 000 décès annuels par suicide, la France présente l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe et ce, malgré une baisse au cours des 20 dernières années. L'acte suicidaire est évitable et sa prévention doit donc être une priorité de santé publique dans notre pays. Le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel en lien avec différents facteurs, biologiques, psychologiques et environnementaux de mieux en mieux connus, permettant la mise en place de dispositifs de prévention efficaces. Il faut souligner que la majorité des suicides surviennent dans le contexte d'un trouble psychiatrique, et en particulier la dépression.

Les années 2020-2022 ont été marquées par la crise sanitaire d'ampleur inégalée liée à la pandémie de COVID-19. L'épidémie, comme les mesures mises en place pour son contrôle, étaient inédites et de nature à affecter la santé mentale des français dans la durée. La surveillance réactive de la santé mentale mise en place par Santé publique France à un niveau national et régional a permis d'identifier précocement l'altération des indicateurs de santé mentale tels que les idées suicidaires et les tentatives de suicide et d'en suivre l'évolution. Au-delà de l'impact de la crise, les difficultés économiques, la situation internationale ou les problèmes environnementaux, peuvent contribuer à une altération persistante de la santé mentale et au risque suicidaire. Santé publique France publie des Bulletins de Santé Publique pour l'ensemble des régions françaises, dont les régions ultramarines, consacrés aux conduites suicidaires et couvrant les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides. Ces bulletins s'inscrivent dans le développement de la surveillance de la santé mentale à l'échelle régionale. Ils incluent une actualisation des données depuis la première publication régionale sur ce thème (février 2019) et un focus sur l'évolution des tendances durant la période aigue de la crise sanitaire. Les conduites suicidaires y sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées.

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

SYNTHÈSE : Idées et conduites suicidaires en France

Les années 2020-2022 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Cet événement était inédit et de nature à affecter la santé mentale des français. La surveillance de la santé mentale, jusque-là basée sur des études régulières des décès par suicide et des hospitalisations pour tentatives de suicide ainsi que des études répétées en population générale (baromètre de Santé publique France, études HBSC¹/EnClass²) a dû évoluer. Santé publique France a ainsi mis en place en mars 2020 l'enquête CoviPrev en population générale qui permet de suivre l'évolution de la santé mentale et des gestes barrières. Début 2021, suite à des alertes de cliniciens concernant les jeunes, une surveillance d'indicateurs issus des passages aux urgences pour différents troubles psychiques, a été réalisée. (Suite en page 2)

¹Health Behaviour in School-aged Children ²Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

SYNTHÈSE : ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE ET DES TENTATIVES DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

L'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec la cellule régionale de Santé publique France et d'autres acteurs de prévention du suicide publient en février 2023 le 9^{ème} bulletin épidémiologique « Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes » qui détaille notamment les nombres et taux de passages aux urgences et d'hospitalisation pour tentative de suicide dans la région et par département en 2021 ainsi que les nombres et taux de mortalité par suicide en 2017. En voici les principaux résultats ainsi que les analyses complémentaires sur les mêmes sources de données présentées dans ce bulletin de Santé publique France.

Sources : Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2023;9:1-34. [disponible ici](#). Synthèse en 2 pages [disponible ici](#)

Source de données	Suicide et tentatives de suicide	Idées et conduites suicidaires
	Bulletin n°9, janvier 2023, Observatoire régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes	Bulletin de Santé Publique Février 2023, Santé publique France
Décès par suicide	<p>Auvergne-Rhône-Alpes, 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2017, 902 décès par suicide - Diminution de la mortalité par suicide depuis 2000 (-2,7% par an) - Surmortalité par suicide des hommes - Le suicide (2015-2017), 2^{ème} cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation et chez les 25-34 ans après les tumeurs - Les décès par suicide (2015-2017) représentent 1,3% de l'ensemble des décès - La pendaison, 1^{er} mode opératoire, en léger recul sur la période 2015-2017 - 4,1% des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 41,6% les 45-64 ans, 31,6% les 65 ans et plus 	<p>France entière, 2015-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartographie des taux de mortalité par suicide par département en France, 2015-2017 page 9 - Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, janvier 2020 - mars 2021 page 10
Hospitalisations pour tentative de suicide	<p>Auvergne-Rhône-Alpes, 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2021, 9 818 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide - Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en 2015-2018, puis tendance à la baisse, sauf chez les plus jeunes, baisse accentuée en 2020 - Hausse significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2015 chez les 15-24 ans (+7,2% par an) et chez les 25-34 ans (+ 2,4% par an) - L'absorption de substances médicamenteuses reste le mode opératoire le plus souvent utilisé 	<p>France entière, 2015-2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartographie des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide par département en France, 2017-2019 page 6 - Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de Covid-19 de janvier 2020 à mai 2021 dans l'ensemble des régions page 7
Passages aux urgences pour tentative de suicide	<p>Auvergne-Rhône-Alpes, 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2021, 7 456 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide - Baisse de 15 % en 2020, hausse de 17 % en 2021 du nombre de passages pour tentative de suicide - Diminution du taux de recours aux services d'urgences pour tentative de suicide : 4,8 pour 1000 passages en 2019, à 4,6 en 2020 4,4 en 2021 - En 2021, la classe d'âge la plus représentée était celle des 10-24 ans (36%) suivie des 25-44 ans (28%) et des 45-64 ans (25%) - Mode opératoire le plus fréquent en 2021 : auto-intoxication médicamenteuse - Entre 2020 et 2021, augmentation significative de la proportion de femmes. De même, les patients âgés de 10 à 24 ans représentent une part plus importante des passages pour tentative de suicide en 2021 par rapport à 2020. 	<p>Auvergne-Rhône-Alpes, 2021-2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passages aux urgences pour idées suicidaires, tendances 2017-2022 et analyses par classe d'âge* page 4 - Augmentation marquée des passages aux urgences pour idées suicidaires à partir de 2020, comparativement à 2017-2019

*Passages aux urgences pour tentative de suicide non détaillés

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDÉES SUICIDAIRES EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Passages aux urgences pour idées suicidaires chez les 11 ans et plus

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

En Auvergne-Rhône-Alpes, les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en hausse dès 2020, comparativement à la période 2017-2019; cette tendance s'est accentuée fortement en 2021 et au 1^{er} semestre 2022. Ainsi, le nombre mensuel moyen des passages aux urgences pour idées suicidaires était respectivement de 111 en 2017-2019, 187 en 2020, 268 en 2021 et 467 au 1^{er} semestre 2022 (Figure 4).

Figure 4 : Nombre mensuel de passages aux urgences pour idées suicidaires et part d'activité mensuelle (/1000 passages) chez les personnes de 11 ans et plus, Auvergne-Rhône-Alpes, janvier 2017 à juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Comparaison périodes 2017-2019 et 2020-2021

En Auvergne-Rhône-Alpes, les passages aux urgences pour idées suicidaires ont fortement et significativement augmenté chez les hommes et les femmes ainsi que dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019. Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a été multipliée par plus de 2 entre les 2 périodes.

Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaires, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (/1000 passages) pour idées suicidaires par sexe et classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, périodes 2017 – 2019 et 2020 - 2021

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*
Hommes	633	0,85	1200	1,56	<0,001
Femmes	702	0,99	1530	2,09	<0,001
11-24 ans	568	1,67	1192	3,66	<0,001
25-64 ans	661	0,89	1350	1,76	<0,001
65 ans et plus	105	0,28	186	0,46	<0,001

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

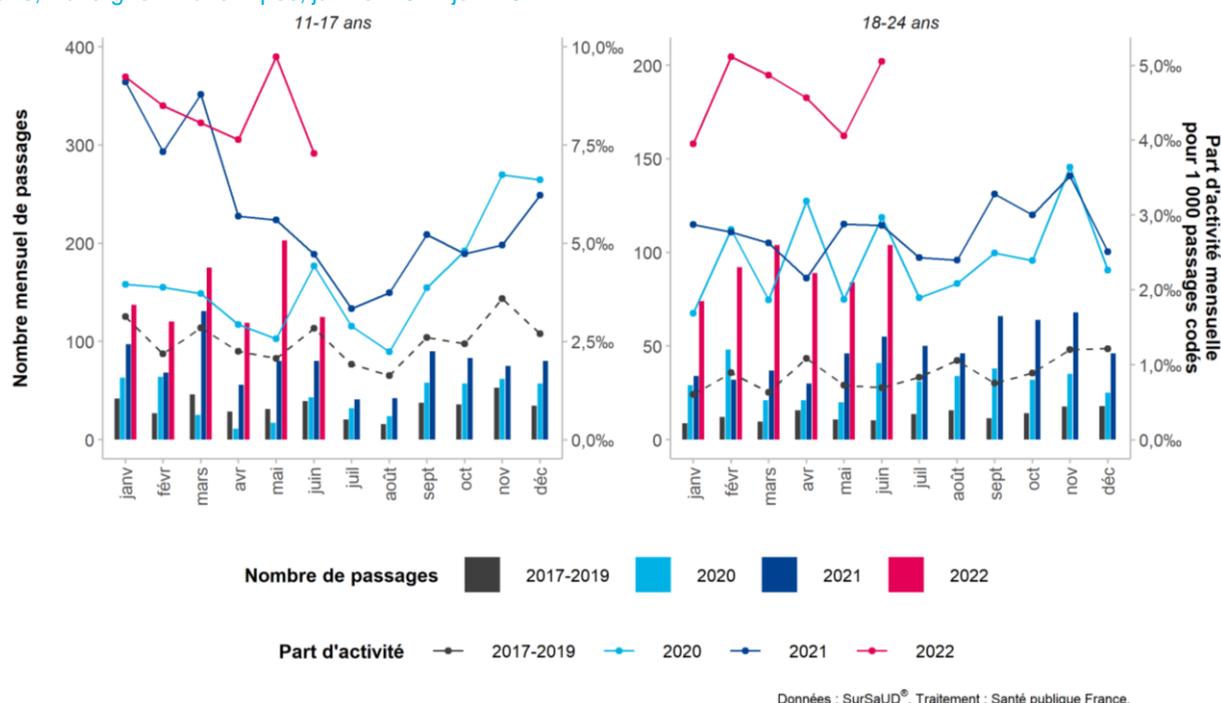
PASSAGES AUX URGENCES POUR IDÉES SUICIDAIRES EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

En Auvergne-Rhône-Alpes, chez les jeunes de 11 à 24 ans, les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans étaient concernées par une forte hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires en nombre et en part d'activité à partir de 2020, comparativement à la période 2017-2019. Cette tendance était plus marquée en 2021 et s'accroissait encore au 1^{er} semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire (Figure 5). Chez les 11-17 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour idées suicidaires était respectivement de 34 en 2017-2019, 43 en 2020, 77 en 2021 et 146 au 1^{er} semestre 2022. Chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour idées suicidaires était respectivement de 13 en 2017-2019, 31 en 2020, 48 en 2021 et 91 au 1^{er} semestre 2022. La tendance était la même pour les parts d'activité.

Dans ces classes d'âge, des fluctuations importantes étaient observées sur les années 2020-2021 dans la région, notamment une baisse durant le 1^{er} confinement en 2020 puis une augmentation progressive à partir de septembre 2020 interrompue par les périodes de vacances d'été. La temporalité et l'intensité de ces fluctuations différaient des variations saisonnières observées en 2017-2019 et peuvent être mises en lien avec les phases de la crise sanitaire.

Figure 5 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Auvergne-Rhône-Alpes, janvier 2017-juin 2022



• Comparaison périodes 2017-2019 et 2020-2021

En Auvergne-Rhône-Alpes, 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 sur la période 2020-2021, comparativement à la période antérieure 2017-2019. Cette même tendance à l'augmentation chez les 11-24 ans est retrouvée chez les filles/femmes et les garçons/hommes, les parts d'activité restant nettement supérieures chez les filles/femmes en 2020-2021 (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, Auvergne-Rhône-Alpes, 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	211	1,18	353	2,05	<0,001
	Femmes	357	2,22	840	5,44	<0,001
	11-17 ans	411	2,56	718	4,99	<0,001
	18-24 ans	157	0,88	474	2,61	<0,001

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

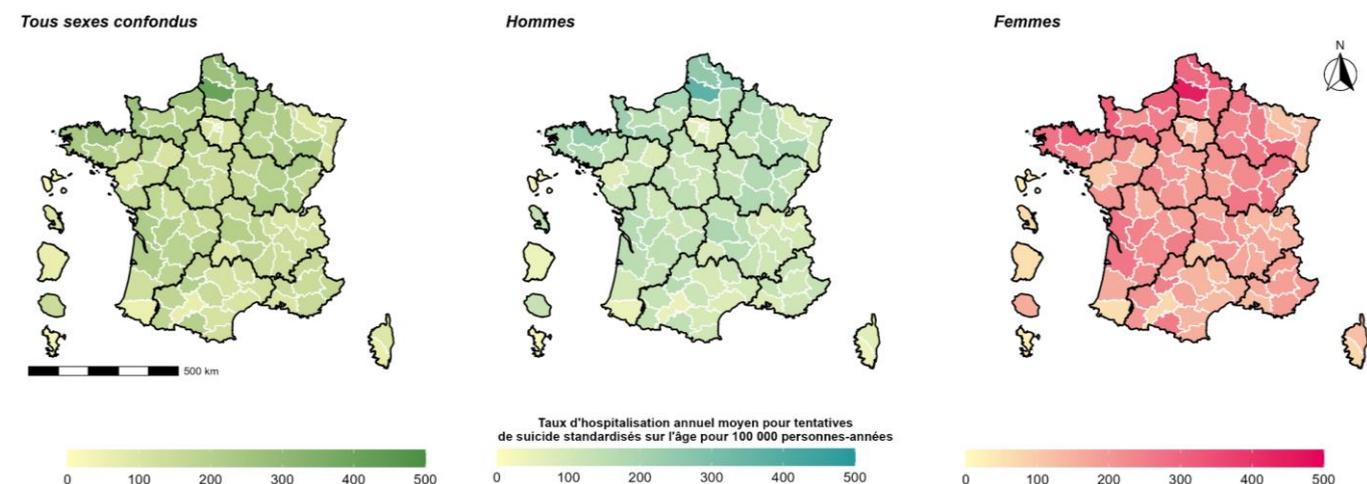
CARTOGRAPHIE DES TAUX D'HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR DÉPARTEMENT EN FRANCE, 2017-2019

Dans la majorité des régions de **France métropolitaine**, les taux départementaux annuels moyens d'**hospitalisation pour tentative de suicide** apparaissaient relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes **sur la période 2017-2019** ; chez les femmes, l'hétérogénéité était plus marquée (Figure 6). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38/100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 367/100 000 habitants (Somme) et chez les femmes de 60/100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 443/100 000 (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le ratio H/F (hommes/femmes) des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

Chez les hommes, 6 départements présentaient des taux supérieurs à 200/100 000 (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 300/100 000 : le Nord et la Somme (Hauts de France), la Manche et la Seine Maritime (Normandie), les Côtes d'Armor (Bretagne). Inversement, chez les femmes, 5 départements présentaient des taux inférieurs à 100/100 000 (vs. 24 départements pour les hommes) : la Corse-du-Sud et les Pyrénées-Atlantiques dans le sud de la France, et en Ile-de-France, Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne. Chez les hommes, 5 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide inférieurs à 60/100 000 : la Corse-du-Sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et, en Ile-de-France, le Val-d'Oise ainsi que la Seine-Saint-Denis.

Dans 6 départements métropolitains, les taux d'hospitalisation chez les femmes étaient près du double de celui des hommes (ratio H/F entre 0,5 et 0,55) : 4 départements plutôt ruraux (Allier, Aube, Eure, Territoire de Belfort) et 2 départements de la grande couronne en Ile-de-France (Val d'Oise, et Yvelines). Inversement, 4 départements présentaient des taux d'hospitalisation peu différents entre hommes et femmes (ratio H/F des taux autour de 0,9) pour Paris, le Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme et la Lozère.

Figure 6 : 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



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

Les **départements et régions d'outre mer (DROM)** présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour tentative de suicide globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine entre 2017 et 2019. 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 tentative de suicide variaient de 21/100 000 à 127/100 000 et chez les femmes de 20 à 157 /100 000. Les taux les plus faibles concernaient la Guadeloupe et Mayotte avec des taux entre 20 et 25 /100 000 chez les hommes comme chez les femmes, tandis que la Réunion présentait un taux supérieur à 120/100 000 chez les hommes et les femmes. La Martinique était le seul DROM présentant une prédominance masculine marquée à l'opposé de tous les autres départements français, le taux d'hospitalisation chez les hommes y étant le double de celui des femmes.

Les tendances départementales concernant les hospitalisations pour tentative de suicide sur la période 2017-2019 n'étaient pas identiques à celles concernant les taux départementaux de mortalité par suicide (2015-2017) décrites plus loin (cf. p.9).

En Auvergne-Rhône-Alpes, la plupart de ses 12 départements ne faisaient pas partie des extrêmes décrits ci-dessus en termes de taux d'hospitalisation pour tentative de suicide et de ratio H/F des taux sur la période 2017-2019, lesquels étaient relativement homogènes au sein de la région.

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

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

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

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

Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les **jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans**. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence, pour toutes les régions de France métropolitaine ainsi qu'à La Réunion, une chute nette des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017–2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales ainsi qu'à La Réunion, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations 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 7).

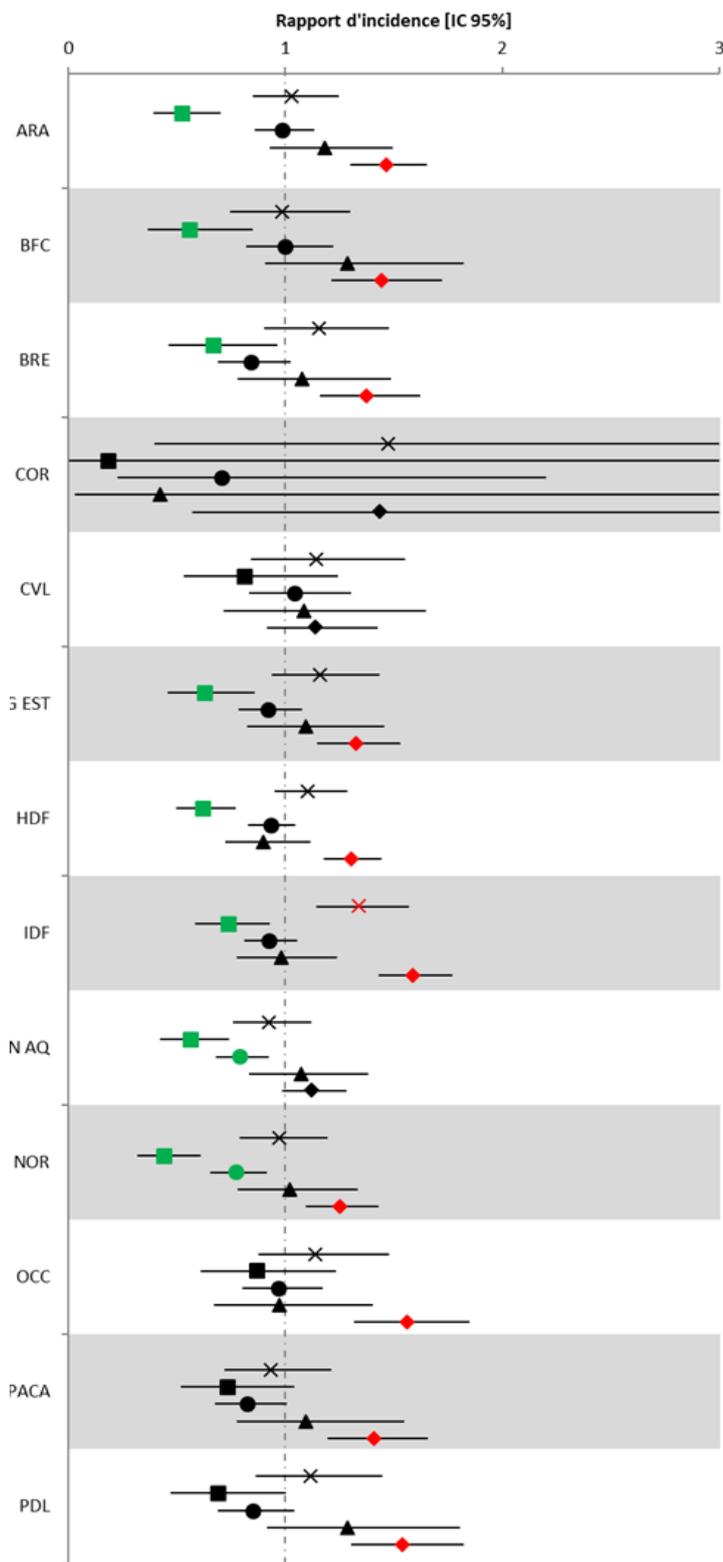
Chez les hommes de 10 à 24 ans, l'évolution des rapports d'incidence par période est comparable à celle des femmes mais les augmentations d'hospitalisations pour tentative de suicide par rapport aux années précédentes chez les hommes ne sont pas statistiquement significatives (données non présentées).

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

En Auvergne-Rhône-Alpes, comme dans la plupart des régions métropolitaines, on observe une baisse significative du taux d'hospitalisation tous âges pour tentative de suicide lors du premier et du deuxième confinement ainsi que dans la phase inter-confinements, puis ce taux revient à un niveau pré-pandémique à l'issue du 2^{ème} confinement. Chez les jeunes femmes de 10 à 24 ans, la tendance est différente puisque le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmente significativement dans la région après le deuxième confinement (Figure 7).

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

Figure 7 : Rapports 2020-2021/2017–2019 des taux d'incidence d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes de 10 à 24 ans selon cinq périodes, par région : pré confinement (S01-11), premier confinement (S12-19), inter-confinement (S20-44), deuxième confinement (S45-50), après le deuxième confinement (S51-52,S01-20), en France Métropolitaine



Sigles des régions :

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

Un rapport d'incidence inférieur à 1 indique une diminution d'incidence par rapport au taux annuel moyen de 2017 à 2019. Un rapport supérieur à 1 indique une augmentation d'incidence.

x pré-confi1 ■ confi1 ● inter-confi ▲ confi2 ◆ post-confi2

rouge : significativement plus élevé qu'attendu

vert : significativement moins élevé qu'attendu

seuil : p<0.05

confi1 : premier confinement
confi2 : deuxième confinement

CARTOGRAPHIE DES TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE PAR DÉPARTEMENT EN FRANCE, 2015-2017

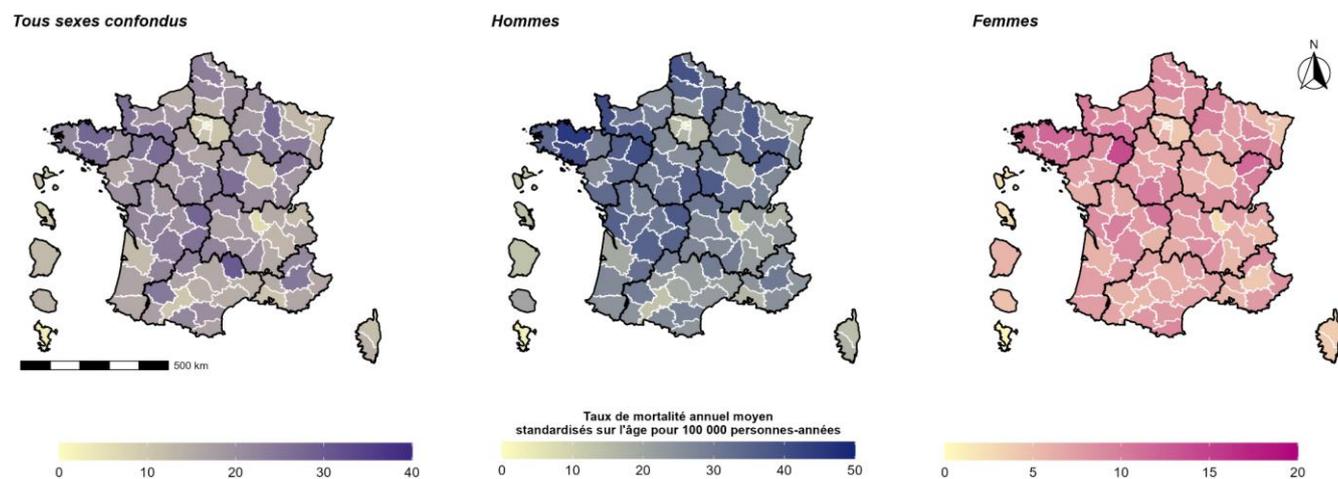
N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au CépiDC¹. Lorsqu'un taux départemental de mortalité par suicide figure parmi les plus faibles, la différence pourrait être due à une sous-déclaration connue ou à documenter. Concernant les départements ayant présenté les taux départementaux les plus élevés, la mortalité réelle par suicide sur la période d'étude a été au moins égale à ces taux, et une surmortalité peut être considérée comme avérée.

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

En France métropolitaine entre 2015-2017, chez les femmes, 9 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 10/100 000 (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 40/100 000 habitants, tous situés 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 sur la période 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 10/100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). Dans 28 départements métropolitains, la mortalité par suicide était au moins 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes ; le ratio H/F des taux dépassait la valeur 5 dans 6 départements de différentes régions, tous à dominante rurale : Alpes de Haute-Provence, Aube, Corrèze, Nièvre, Meuse et Vendée.

Figure 8 : 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.

Les **départements et régions d'outre mer (DROM)** présentaient des taux de mortalité par suicide du même ordre de grandeur que les taux les plus faibles de France métropolitaine pour les hommes et les femmes. La mortalité par suicide était 4 à 5 fois plus élevée chez les hommes dans tous les DROM sauf en Guyane. Les taux de mortalité par suicide variaient chez les hommes de 2,2 à 19,7/100 000 habitants, et chez les femmes de 0,4 à 5,6/100 000 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 tentative de suicide), 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 10/100 000 habitants dans tous les DROM. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des DROM (5,6/100 000 en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements métropolitains (Figure 8).

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le taux de mortalité par suicide annuel moyen chez les femmes sur la période 2015-2017 variait de 2,6/100 000 habitantes dans le Rhône à 8,6 en Haute-Loire, les autres départements de la région ayant un taux de mortalité par suicide compris entre 5 et 8 chez les femmes. Chez les hommes, ce taux annuel de mortalité variait de 9,5 dans le Rhône à 30,5 dans l'Allier, les autres départements ayant un taux compris entre 17 et 29/100 000 habitants.

¹Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., et coll. 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, 2017, 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°3. Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de COVID-19 (P. Pirard, F. Chin, I. Khireddine, N. Regnault - Santé publique France) [accessible ici](#)

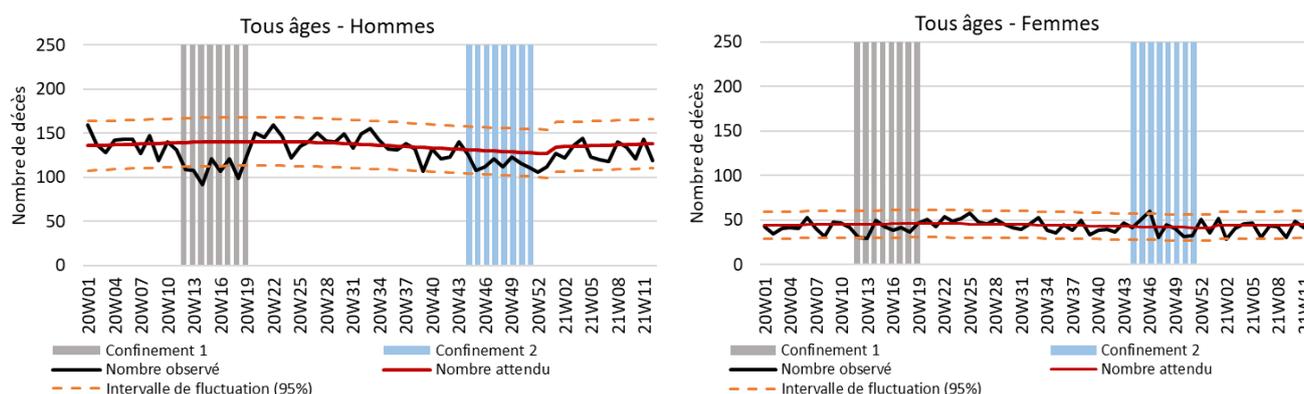
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

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 9). 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 9 : Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de S01-2020 à S12-2021, France entière



Perspectives pour une surveillance réactive

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

PRÉVENTION DU SUICIDE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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



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

Le dispositif de recontact Vigilans

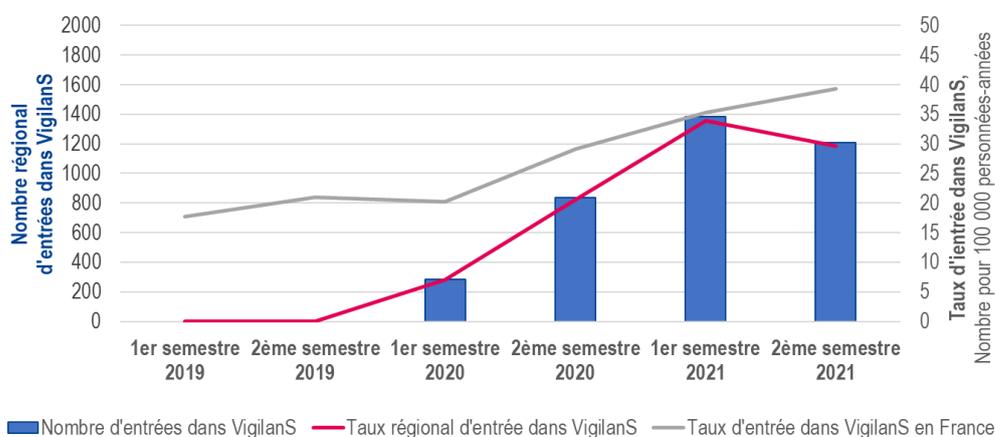
Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide (TS) et 75 % des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une TS. La survenue d'une TS multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante et par 4 le risque de décès par suicide ultérieur. Vigilans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



Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et à 6 mois pour l'ensemble des patients. Lorsque le patient n'est pas joignable, 4 cartes postales personnalisées lui sont envoyées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les vigilanseurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ces derniers peuvent également contacter directement l'équipe Vigilans quand ils le souhaitent. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif. Vigilans a été expérimenté de 2015 à 2017 sur six sites pilotes. A partir de 2018, le ministère chargé de la santé a impulsé la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire national, régions ultra-marines comprises. En 2020, 16 731 personnes sont entrées en France dans le dispositif Vigilans et 25 284 (+51%) y sont entrées en 2021. En 2022, des cellules Vigilans sont ouvertes dans toutes les régions, sauf à Mayotte.

En Auvergne-Rhône-Alpes, Vigilans a débuté en 2020 autour de 4 centres de coordination (CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Etienne). La Figure 10 présente le nombre d'entrées de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux, rapporté à la population de la région. Au total, 1124 personnes sont entrées dans le dispositif en 2020 et 2592 en 2021, en progression de +130% en un an.

Figure 10 : Nombre semestriel de nouvelles entrées dans Vigilans en Auvergne-Rhône-Alpes et taux d'entrée semestriel (/100000 personnes-années, région et France entière), 2019-2021



Vigilans : pour en savoir plus	3114 : pour en savoir plus
Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans ici	Site du numéro national de prévention du suicide : https://3114.fr
ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Vigilans en Auvergne-Rhône-Alpes : prévenir et limiter la réitération suicidaire ici	ARS Auvergne-Rhône-Alpes : lancement d'un numéro national de prévention du suicide ici

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des passages aux urgences pour geste et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences participant à la surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès – dispositif Oscour®) de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. En région Auvergne-Rhône-Alpes, le réseau repose sur 84 structures d'urgences et couvre environ 95% des passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins. Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 90% la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

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.

Codages et définitions

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

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

Pour les bases CépiDC et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. 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 ont été considérées dans l'analyse des passages aux urgences. Seules les personnes de 10 ans et plus et les personnes résidant dans la région d'analyse sont considérées dans l'analyse PMSI-MCO. L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour. Les séjours sont sélectionnés sur la date de sortie et les séjours sans identifiant sont comptabilisés. Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item. Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide étant donné la sous-déclaration connue.

Les taux bruts de mortalité et d'hospitalisations ont été calculés à partir des données de populations personnes-années. Pour les titres et légendes des graphiques, les dénominateurs sont dénommés « habitants » par souci de simplification. Les taux standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France de 2018 (France métropolitaine ou France entière), permettant de comparer chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population. Les données CépiDC, PMSI-MCO et de passages aux urgences (RPU) ont été analysées au niveau de la région et du département. Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les parts d'activités aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire. Les tests du Khi-deux et exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide en fonction des périodes. Les p-value pour les modes de suicide (PMSI) sont corrigées selon la méthode de Holm pour la prise en compte des différents tests réalisés.

ABRÉVIATIONS

- CépiDC: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision
- H/F : hommes/femmes
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- Oscour®: Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

- 5^{ème} rapport : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 2022. [accessible ici](#)
- 4^{ème} rapport : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, 2020. [accessible ici](#)
- 3^{ème} rapport. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence, 2018, 221 p. [accessible ici](#)
- 2^{ème} rapport. Suicide : Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2016, 480 p. [accessible ici](#)
- 1^{er} rapport. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche, 2014, 221 p. [accessible ici](#)

Santé mentale et épidémie 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.
- Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1
- Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., et coll. État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1),1-39.

CépiDC, PMSI-MCO, Oscour®

- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(3-4):36-86.
- Drees, Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. 436p. [accessible ici](#)
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p. [accessible ici](#)
- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, et coll. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2014;62(6):351-60.
- Site internet de Santé publique France, dossier thématique Suicides et tentatives de suicide <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide>

RÉDACTION

Coordination nationale : Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹ ¹Direction des régions (DiRe), ²Direction appui, traitements et analyses des données (DATA), ³Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT), Santé publique France

Sous la responsabilité de Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai dans le cadre du Groupe d'échanges des pratiques professionnelles en santé mentale (GEPP) piloté par Dominique Jeannel (Coordinatrice de thématiques, DiRe) et Emmanuelle Bauchet (Directrice adjointe, DMNTT). Relecture : Anne Laporte, Directrice ; Patrick Rolland, Coordinateur de l'animation scientifique (DiRe). Rédaction Auvergne-Rhône-Alpes : Thomas Bénét, Delphine Casamatta, Christine Saura

REMERCIEMENTS

Santé publique France remercie 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), les Agences Régionales de Santé, les psychiatres et l'ensemble des soignants participant à la prévention du suicide, notamment dans le cadre de Vigilans et du 3114, et l'Insee.

Contact : Santé publique France Auvergne-Rhône-Alpes cire-ara@santepubliquefrance.fr