

Santé mentale et Covid-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#); [p.2 Synthèse régionale](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récurrence](#); [p.4 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#); [p.8 Hospitalisations pour tentative de suicide](#); [p.13 Evolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19 de janvier 2020 à mai 2021 dans l'ensemble des régions](#); [p.15 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.19 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19](#); [p.20 Méthodologie](#); [p.21 Sigles](#); [p.22 Bibliographie](#); [p.23 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

Le constat global, commun à l'ensemble des régions, est une dégradation continue, à partir de l'automne 2020, des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour idées suicidaires et gestes suicidaires et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 et même accentuée en 2022 (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, 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 RÉGIONALE

Le risque suicidaire en Occitanie : un fort impact sanitaire avec différents niveaux de gravité

Les données des urgences révélaient un impact non négligeable de la prise en charge des **idées suicidaires et des gestes suicidaires** sur l'activité globale des urgences en Occitanie : entre 2017 et 2021, ces motifs de recours généraient **entre 7 400 et 8 000 passages aux urgences par an** selon l'année (les gestes suicidaires représentant environ 90% des passages sur toute cette période).

Concernant en particulier les **idées suicidaires** prises en charge aux urgences, l'augmentation du nombre annuel moyen de passages entre la période 2017 à 2019 et 2020-2021 concernait globalement toutes les classes d'âge, mais la plus forte était observée **chez les jeunes de 11 à 24 ans avec +59,3%**. Parmi eux, l'augmentation était nettement plus importante **chez les filles (+71 %)** que chez les garçons (+40 %).

Concernant les passages aux urgences pour **gestes suicidaires**, la tendance entre la période 2017 à 2019 et 2020-2021 était à la diminution pour les 25-64 ans et à la stabilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus, alors qu'une augmentation modérée des passages aux urgences était constatée **chez les jeunes de 11 à 24 ans (+12,4%)**. Pour ces derniers, l'augmentation était relativement **équivalente dans les deux sexes** et dans les deux classes d'âge (11-17 ans et 18-24 ans).

Environ 6 000 séjours hospitaliers associés à une tentative de suicide (TS) étaient recensés chaque année en Occitanie chez les 10 ans et plus entre 2017 et 2021. Le taux régional d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge était relativement stable de 2010 à 2019 (110 pour 100 000 habitants en 2019) et augmentait en 2021 (120 pour 100 000 habitants). En 2021, la proportion de personnes de 10 à 24 ans hospitalisées pour TS augmentait par rapport à 2020 (32,7 % vs 22,9 % et 21,5 % sur la période 2017-2019). La proportion de personnes âgées de 25 à 64 ans hospitalisées pour TS était par contre en diminution sur cette période (54,2 % en 2021 vs 63,1% en 2020 et vs 64,7 % en 2017-2019). Entre 2017 et 2019, 63% des séjours hospitaliers pour TS concernaient des femmes, et chez les femmes, **le taux le plus élevé était retrouvé chez les 10-19 ans**. Pour la majorité des classes d'âge, **le taux d'hospitalisation pour TS était plus élevé chez les femmes que chez les hommes**, à l'exclusion des 80 ans et plus. Les auto-intoxications médicamenteuses étaient le mode le plus fréquemment retrouvé parmi les hospitalisations pour TS chez les femmes (89%) comme chez les hommes (76%).

En 2017, **710 décès par suicide étaient recensés en Occitanie**, soit un taux de mortalité de 13,3 pour 100 000 habitants. Si la tendance était plutôt stable chez les femmes ces dernières années, le taux de mortalité chez les hommes tendait à diminuer depuis les années 2000. **Le taux de mortalité est près de 3 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes** au cours de l'année 2017. **Les 20-29 ans et les 30-39 ans sont les classes d'âge où le poids du suicide dans la mortalité globale était le plus important** (respectivement 16,2% et 15,2% des décès toutes causes). Par ailleurs ce sont les 30-39 ans qui constituaient la part la plus importante du nombre de suicides chez les femmes (21%) et les 50-59 ans chez les hommes (21%). A noter que la proportion d'hommes de 80 ans et plus était importante et même supérieure à ce qui était observé au niveau national. Enfin, le taux de décès par suicide rapporté à 100 000 habitants le plus élevé se situe chez les 75 ans et plus.

Mais l'Occitanie reste globalement moins touché que la France entière

La part d'activité régionale concernant les passages aux urgences pour gestes suicidaires était proche de ce qui était observé au niveau national. En revanche, quel que soit le sexe, **le taux régional d'hospitalisation pour TS était inférieur à celui observé en France entière**, avec respectivement 110 et 152 pour 100 000 habitants en 2021. Entre 2015 et 2017, les décès par suicide en région représentaient 1,3% des décès toutes causes, valeur proche de celle observée en France entière, avec 1,5%. Selon l'âge et le sexe, le taux régional de décès était plus élevé qu'au national pour les hommes après 60 ans, ainsi que pour les femmes de 40 à 49 ans et de 60 à 69 ans.

Dispositifs de prévention : le 3114 et Vigilans

Numéro national de prévention du suicide, le 3114 est opérationnel depuis le 1er octobre 2021, accessible gratuitement 24h/24 et 7j/7. En Occitanie, il est structuré autour du CHU de Montpellier et a vocation à répondre à toutes les personnes en situation de souffrance psychique qui sont en recherche d'aide.

En Occitanie, Vigilans a débuté en 2016, autour du centre de coordination au CHU de Montpellier, puis autour de celui du CHU de Toulouse en 2020. **En 2021, plus de 3 000 personnes sont entrées dans ce dispositif et en mai 2022, une vingtaine de services d'urgences participe à Vigilans dans la région.**

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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



Le dispositif de recontact Vigilans

Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide (TS) et 75 % des récives 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 récive suicidaire. Il est proposé aux personnes suicidantes après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation.

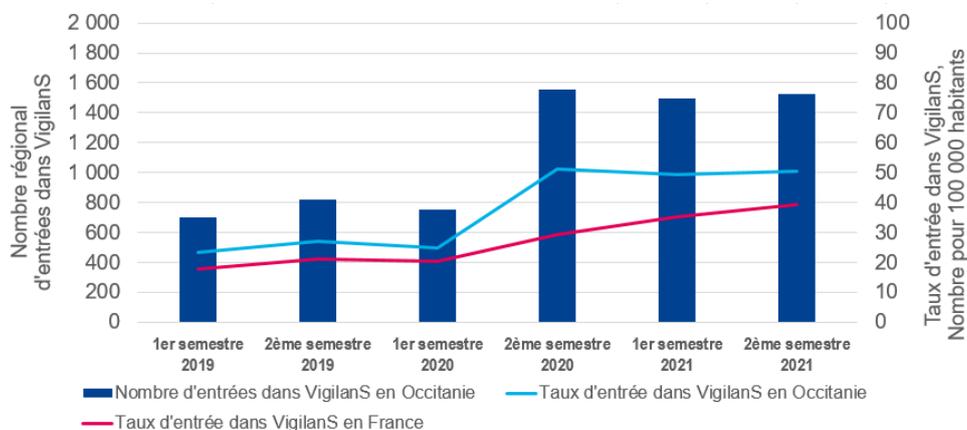


Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et 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. Les patients 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 dans six sites pilotes, dont l'ex région Languedoc-Roussillon faisait partie. 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 ont ouvert dans toutes les régions, sauf à Mayotte.

En Occitanie, Vigilans a débuté en 2016 autour du centre de coordination au CHU de Montpellier, puis autour de celui du CHU de Toulouse en 2020. En 2021, environ 3000 patients entraient dans le dispositif. En mai 2022, une vingtaine de services d'urgences participe à Vigilans dans la région. La figure 1 présente le nombre d'entrées de patients dans le dispositif par semestre ainsi que le taux d'entrée, rapporté à la population de la région. A noter qu'au CHU de Toulouse, le protocole varie un peu du dispositif proposé par le niveau national car tous les suicidants sont recontactés entre J10 et J21.

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles entrées dans Vigilans et taux d'entrée semestriel pour 100 000 habitants, Occitanie et France entière, 2019 à 2021



Données : Mission nationale d'appui du dispositif Vigilans ; traitement : Santé publique France

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>
Le CHU de Montpellier est impliqué dans ce dispositif : [ici](#)

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN RÉGION OCCITANIE (11 ANS ET PLUS)

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 des passages aux urgences a été observée lors du premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020 et dans une moindre mesure lors du confinement suivant en novembre. **Cela implique de considérer les parts d'activité avec prudence sur ces périodes étant donné que le dénominateur (nombre total de passages aux urgences avec un diagnostic codé) était anormalement bas.**

• Idées suicidaires

Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité (nombre de passages pour ce motif sur 1000 passages avec un diagnostic médical codé), étaient en nette hausse dès le mois de mai 2020, comparativement à la période 2017-2019. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 pour s'accroître au cours du 1^{er} semestre 2022. Le nombre mensuel moyen des passages aux urgences était respectivement de 83 sur l'année 2021 (0,8 ‰ des passages), contre 63 en 2020 (0,7 ‰) et même 50 passages mensuels sur la période 2017-2019 (0,5 ‰) (Figure 2 gauche).

L'augmentation importante de l'activité concernant les idées suicidaires concernait toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017 à 2019, tant en nombre qu'en part d'activité. **Le plus fort taux de variation du nombre de passages mensuels (calculé sur les nombres de passages mensuels moyens) était retrouvé chez les 11-24 ans, avec +59,3% entre les 2 périodes.** Cependant, la part d'activité pour cette classe d'âge restait nettement inférieure en Occitanie comparée à ce qui était observé en France entière (2,8 ‰ vs 1,3 ‰). Par ailleurs, la période 2017-2019 voyait légèrement plus d'hommes que de femmes aux urgences en Occitanie pour ce motif, tendance qui s'est inversée en 2020-2021 (Tableau 1).

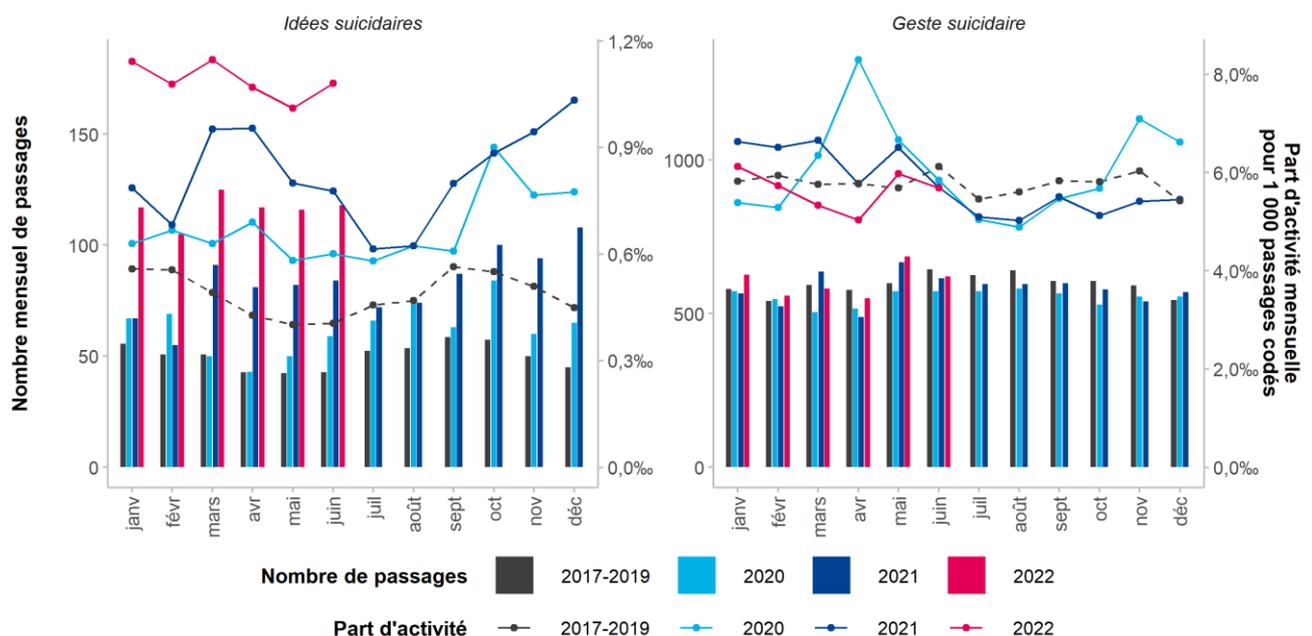
• Geste suicidaire

Le nombre mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était resté stable sur les périodes observées, alors que la part montre 2 pics au moment des confinements, liés à la baisse de fréquentation des urgences sur ces périodes (moins visible pour les idées suicidaires du fait des faibles effectifs). Sur le 1^{er} semestre 2022, 603 passages mensuels moyens étaient recensés, soit une part d'activité de 5,6 ‰, contre 596 sur la période 2017-2019 (5,8 ‰) (Figure 2 droite).

Les parts d'activité pour geste suicidaire étaient plus importantes parmi les classes d'âge jeunes et adultes que chez les seniors, avec des valeurs régionales très proches de ce qui était observé au niveau national. Les analyses par classes d'âges révélaient des disparités importantes entre l'avant COVID-19 et la situation depuis le début de la crise sanitaire (Tableau 1). Les taux de variation du nombre de passages pour geste suicidaire montraient une augmentation entre la période 2017-2019 et 2020-2021 de +12% chez les 11-24 ans et une diminution de -11% chez les 25-64 ans, les effectifs ne montrant pas de tendance particulière chez les 65 ans et plus.

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient généralement plus de femmes que d'hommes (pas d'évolution remarquable du sexe ratio ; 0,5 sur 2017-2019 vs 0,6 sur la période 2020-2021), avec un taux de variation montrant une diminution de -6,6% chez les femmes.

Figure 2 : Nombre mensuel de passages aux urgences pour idées et geste suicidaires et part d'activité mensuelle (%), chez les 11 ans et plus, Occitanie, janvier 2017 à juin 2022



Le taux d'hospitalisation après passage pour geste suicidaire n'a cessé d'augmenter ces dernières années, passant de 57 % par mois en moyenne sur les années 2017 à 2019, à 67 % en moyenne sur les mois de 2020 et 2021 et même 69 % sur les 6 premiers mois de 2022.

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (‰) pour idées et geste suicidaires par sexe et classe d'âge, taux de variation des nombres de passages moyens, Occitanie, périodes 2017 à 2019 et 2020-2021

Indicateur de santé mentale	Sexe ou classe 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 (‰)	Taux de variation entre les deux périodes en %*
Idées suicidaires	Hommes	306	0,49	432	0,73	+41,2%
	Femmes	296	0,48	440	0,76	+48,6%
	11-24 ans	189	0,7	301	1,26	+59,3%
	25-64 ans	350	0,57	476	0,81	+36,0%
	65 ans et plus	63	0,18	96	0,27	+52,4%
Geste suicidaire	Hommes	2468	3,95	2439	4,09	-1,2%
	Femmes	4680	7,60	4371	7,58	-6,6%
	11-24 ans	1706	6,28	1917	8,04	+12,4%
	25-64 ans	4623	7,48	4098	7,00	-11,4%
	65 ans et plus	818	2,33	796	2,27	-2,7%

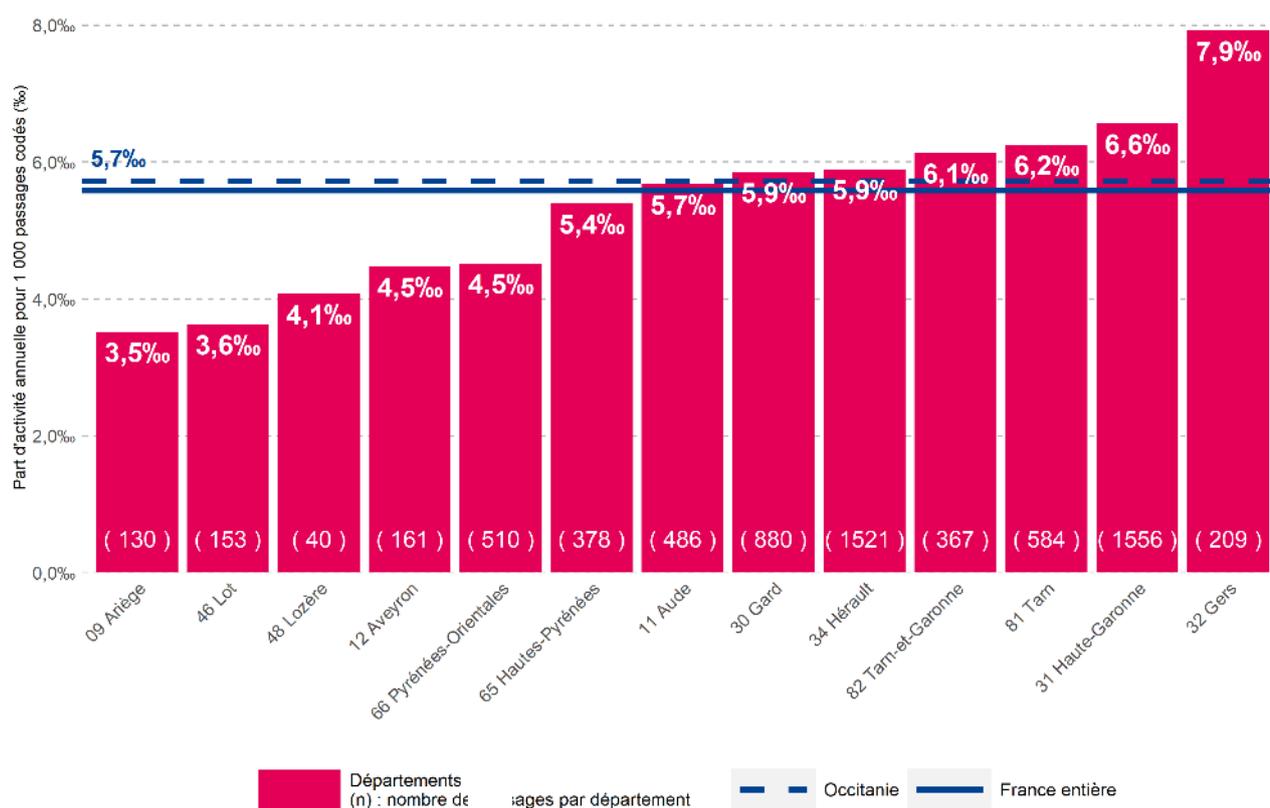
* Les taux de variation sont calculés à partir du nombre de passages moyen des différentes périodes

Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France

Passages aux urgences pour geste suicidaire par département en Occitanie en 2021

En 2021, la part d'activité concernant les passages pour gestes suicidaires (5,7 ‰) était légèrement supérieure à celle observée en France entière (Figure 3). Parmi les départements de la région, le Gers avait la plus forte part d'activité liée à ce motif de recours avec 7,9 ‰, devançant alors des départements tels que la Haute-Garonne (6,6 ‰). Cependant, cela correspondait à 209 passages aux urgences, là où plus de 1500 étaient recensés en Haute-Garonne. Plusieurs hypothèses peuvent en partie expliquer ces différences (pratiques de codage, offre de soins, etc.).

Figure 3 : Part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰) et effectifs annuels, par département, chez les 11 ans et plus, en Occitanie, 2021 (et part d'activité France entière)



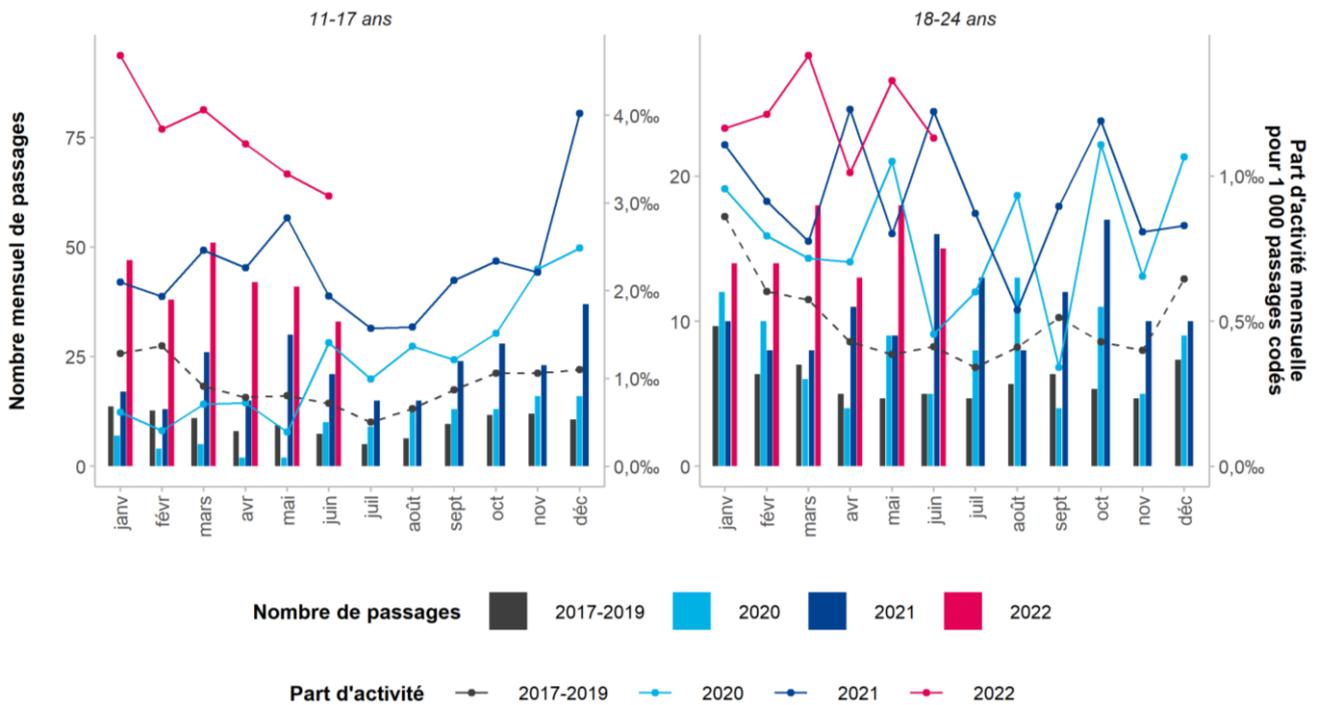
Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Idées suicidaires chez les 11-24 ans

Chez les 11-17 ans, le nombre comme la part des prises en charge pour idées suicidaires aux urgences tendaient à augmenter régulièrement depuis le 2^{ème} semestre de 2020. Ainsi, le 1^{er} semestre des années 2017 à 2019 dénombrait environ 10 passages chaque mois (soit moins de 1 ‰ de l'activité des SU), alors que le même semestre de 2022 en recensait 42 en moyenne (soit 4 ‰). Le nombre de passages mensuel du 1^{er} semestre a donc été multiplié par 4 entre la période avant COVID-19 et le début de 2022 pour la classe d'âge des 11-17 ans. Une tendance à la diminution était observable durant les mois d'été ; à l'inverse, une augmentation était constatée durant les mois d'hiver (Figure 4 gauche).

Chez les 18-24 ans, une tendance à la hausse était également observée, dans des proportions bien plus faibles que pour les plus jeunes. Le 1^{er} semestre de 2017 à 2019 recensait environ 6 passages mensuels pour cette classe d'âges et ce motif (soit 0,5‰ de l'activité) quand 15 passages étaient recensés sur la même période de 2022 (soit 1 ‰). Le nombre de passages mensuel a donc été multiplié par 1,5 pour cette classe d'âge et les effectifs fluctuaient de manière importante d'un mois à l'autre, sans saisonnalité marquée (Figure 4 droite).

Figure 4 : Nombre mensuel de passages aux urgences et part d'activité (‰) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, Occitanie, janvier 2017 à juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

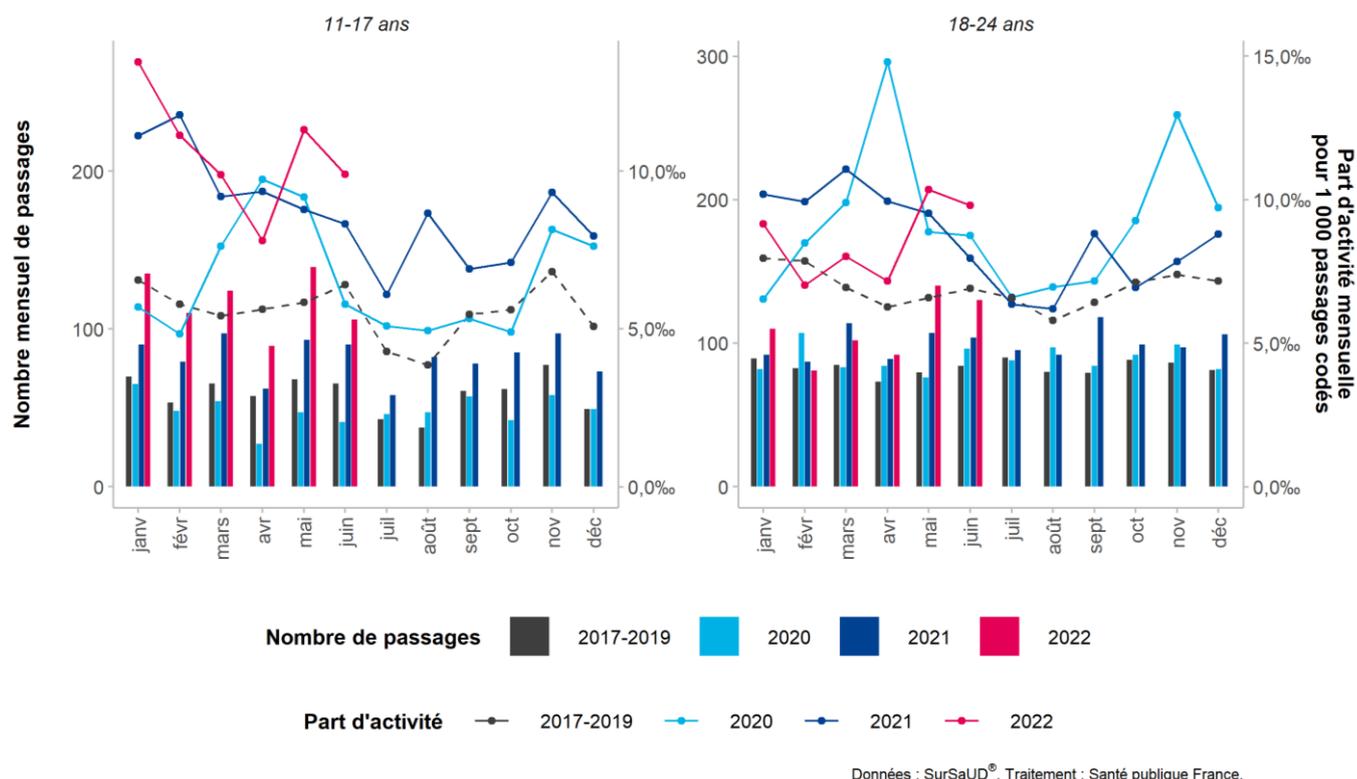
• Geste suicidaire chez les 11-24 ans

Les passages aux urgences pour geste suicidaire diminuaient en comparant le 1^{er} semestre de 2017-2019 et celui de 2020, passant de 63 passages en moyenne chaque mois (soit 6 ‰ de l'activité totale pour ce semestre de 2017-2019) à 47 pour le même semestre de 2020. Cette moyenne mensuelle passait à 85 passages pour le 1^{er} semestre 2021 (soit 10 ‰ de l'activité), pour atteindre 117 passages pour le 1^{er} semestre de 2022 (soit 11 ‰). Ainsi, le nombre de passages mensuel moyen du 1^{er} semestre a presque doublé entre la période avant COVID-19 et 2022. Les données des 2 dernières années montraient plutôt une part d'activité importante sur les mois de janvier et février (Figure 5 p.7).

Chez les 18-24 ans et en considérant le 1^{er} semestre de l'année, 82 passages étaient recensés chaque mois en moyenne entre 2017 et 2019 (représentant 7 ‰ de l'activité), 88 passages en moyenne sur les mois du 1^{er} semestre de 2020, 99 pour le 1^{er} semestre de 2021, pour atteindre même les 109 passages mensuels en moyenne sur la même période de 2022 pour ce motif et cette classe d'âge (soit 9 ‰). De fortes variations étaient observées d'un mois à l'autre mais les mois de mai et juin 2022 ont été marqués par une nette tendance à la hausse des effectifs comme des parts d'activité avec respectivement 140 et 130 passages, soit environ 10 ‰ de l'activité totale pour cette classe d'âge (Figure 5 p.7).

Ainsi, chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, le nombre de patients pris en charge dans les structures d'urgence pour geste suicidaire a continué d'augmenter après la phase aigüe de la crise sanitaire.

Figure 5 : Nombre mensuel de passages aux urgences et part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, Occitanie, de janvier 2017 à juin 2022



• Comparaison des périodes pré-COVID-19 et 2020-2021 pour les idées suicidaires et geste suicidaire chez les 11-24 ans

L'augmentation du nombre de passages moyen mensuel était plus marqué chez les femmes que chez les hommes pour les deux types de recours entre les 2 périodes. Avec des effectifs nettement inférieur aux passages pour gestes suicidaires, l'augmentation était plus marquée chez les jeunes femmes concernant les idées suicidaires : le nombre moyen mensuel de passage augmentait de 71% entre les deux périodes étudiées (vs 40% chez les hommes).

De la même manière, pour les 11-17 ans et les 18-24 ans, le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires augmentait fortement entre les 2 périodes (respectivement +59,8% et +58,3%). L'augmentation était plus faible concernant les gestes suicidaires avec +13,6% chez les 18-24 ans et +10,6% chez les 11-17 ans (Tableau 2).

Au niveau national, les parts d'activité sur la période 2020-2021 concernant les idées suicidaires étaient plus élevées qu'en région Occitanie (1,62 ‰ pour les hommes et 4,13 ‰ pour les femmes), alors que celles concernant les gestes suicidaires étaient assez proches (4,21 ‰ pour les hommes, 12,49 ‰ pour les femmes).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, taux de variation des nombres de passages moyens, Occitanie, périodes 2017 à 2019 et 2020-2021

Indicateur de santé mentale	Sexe ou classe 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 (‰)	Taux de variation entre les deux périodes en %*
Idées suicidaires	Hommes	72	0,51	101	0,82	+40,3%
	Femmes	117	0,89	200	1,74	+70,9%
	11-17 ans	117	0,93	187	1,78	+59,8%
	18-24 ans	72	0,49	114	0,85	+58,3%
Geste suicidaire	Hommes	453	3,24	495	4,01	+9,3%
	Femmes	1253	9,49	1422	12,35	+13,5%
	11-17 ans	707	5,58	782	7,45	+10,6%
	18-24 ans	999	6,88	1135	8,5	+13,6%

* Les taux de variation sont calculés à partir du nombre de passages moyen des différentes périodes

Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN OCCITANIE (10 ANS ET PLUS)

Données issues du PMSI-MCO

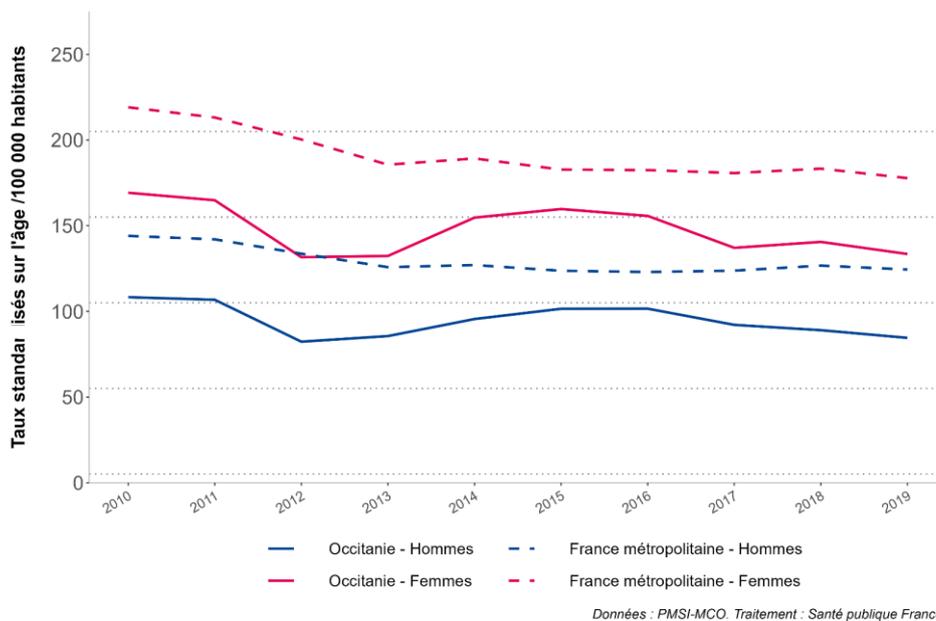
Evolution régionale et caractéristiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010 à 2019

• Taux annuels d'hospitalisation, personnes âgées de 10 ans et plus

Chaque année entre 2010 et 2019, 5 425 à 6 952 personnes âgées de 10 ans et plus et résidant en Occitanie étaient hospitalisées pour tentative de suicide (TS). Avec un taux d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge de 110 pour 100 000 habitants en 2019, l'Occitanie avait un taux d'hospitalisation inférieur à celui observé pour en France entière (152 pour 100 000 habitants).

En Occitanie, le taux d'hospitalisation pour les femmes avait subi une augmentation entre 2014 et 2016, suivi d'une relative stabilisation entre 2017 et 2019 avec de 133 à 140 hospitalisations pour 100 000 femmes résidant dans la région. Chez les hommes, le taux d'hospitalisation pour TS était plus faible que chez les femmes et il diminuait légèrement depuis 2016, passant de 102 hospitalisations pour 100 000 hommes résidant en Occitanie en 2016 à 85 en 2019 (Figure 6).

Figure 6 : Taux annuel d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisé sur l'âge, par sexe, Occitanie et France métropolitaine, 2010 à 2019



• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes de 10 ans et plus, 2017-2019

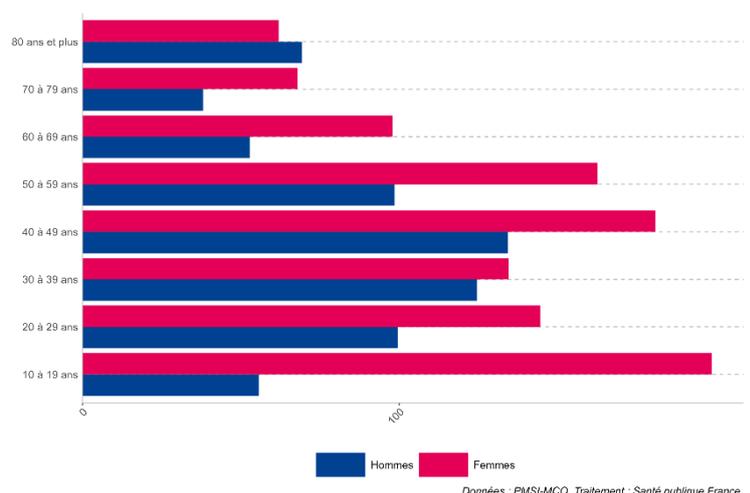
Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents d'Occitanie âgés de 10 ans et plus concernaient majoritairement des femmes (63 % des 17 732 hospitalisations pour TS ; sexe ratio 0,6).

Chez les femmes, le taux le plus élevé était retrouvé chez les 10 à 19 ans, avec 199 hospitalisations pour 100 000 femmes. Les taux bruts étaient également élevés pour les femmes de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans avec respectivement 181 et 163 hospitalisations pour 100 000 femmes.

Chez les hommes résidant en Occitanie, le taux brut d'hospitalisation pour TS augmentait avec l'âge jusqu'à 40 à 49 ans, où il atteignait son maximum avec 134 hospitalisations pour 100 000 hommes.

A noter que chez les 80 ans et plus, le taux brut d'hospitalisation pour TS était plus important chez les hommes que chez les femmes avec respectivement 69 et 62 pour 100 000 habitants, seule classe d'âge où le taux est plus important chez les hommes (Figure 7).

Figure 7 : Taux brut d'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe et âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Occitanie, 2017-2019



• Modes de tentative de suicide, durée de séjour hospitalier et létalité hospitalière, personnes de 10 ans et plus, période 2017-2019

Sur la période 2017-2019, la létalité hospitalière (après hospitalisation pour TS) s'élevait à 14 décès pour 1 000 patients hospitalisés en Occitanie, supérieure à celle observée en France métropolitaine (12 pour 1 000). La létalité hospitalière tendait à augmenter avec l'âge chez les femmes comme chez les hommes. Elle était de 1,8 pour 1 000 chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, 3 fois plus importante chez les 25-64 ans et 13 fois plus importante chez les 65 ans et plus. Chez les hommes de moins de 25 ans, la létalité hospitalière était de 10 pour 1 000, alors qu'elle était 1,5 fois plus importante chez les 25-64 ans, et près de 9 fois plus importante chez les hommes de 65 ans et plus.

Dans toutes les classes d'âges, la létalité hospitalière était plus importante chez les hommes que chez les femmes, avec des différences plus marquées chez les plus âgés. En effet, chez les 65 ans et plus, la létalité hospitalière était bien plus importante chez les hommes (89 pour 1 000) que chez les femmes (26 pour 1 000)..

L'auto-intoxication médicamenteuse était le mode de TS le plus fréquemment retrouvé, représentant 84,3 % des hospitalisations pour tentative de suicide chez des personnes âgées de 10 ans et plus d'Occitanie, contre 78,1 % en France métropolitaine. Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'un objet tranchant (7,3 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (5,1 %), la pendaison (2,3 %) et le saut dans le vide (1,8 %). Les autres modes étaient peu fréquents (moins de 1 %) (Tableau 3).

L'auto-intoxication médicamenteuse était plus fréquente chez les femmes (89,1 %) que chez les hommes (76,2 %). En revanche, un objet tranchant était plus fréquemment utilisé par les hommes (8,7 %) que par les femmes (6,5 %), tout comme les auto-intoxications par d'autres produits (i.e. non médicamenteux) ou d'autres modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu).

La durée médiane d'hospitalisation pour une TS sur la période 2017-2019 était d'un jour, tous modes confondus. Cependant, elle variait en fonction du mode de TS : elle était de 7 jours pour une TS par saut dans le vide, 5 jours pour une exposition aux fumées, gaz ou flammes, 4 jours pour une TS par arme à feu, 2 jours pour une pendaison et 1 seule journée pour les autres modes de TS.

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (229 décès pour 1 000 hospitalisations), les expositions aux fumées, gaz ou flammes (152 pour 1 000 ; attention toutefois, car cette létalité n'est calculée que sur 33 séjours sur 3 ans) et les pendaisons (145 pour 1 000).

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

Mode de TS	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation (en nombre de jours)	Létalité hospitalière (en nombre de décès pour 1 000 hospitalisations)
	Nombre de séjours	%	%	%		
Auto-intoxication médicamenteuse	14 927	84,3	89,1	76,2	1,0	6
Objet tranchant	1 300	7,3	6,5	8,7	1,0	9
Auto-intoxication par d'autres produits	904	5,1	4,0	6,9	1,0	12
Pendaison	408	2,3	1,0	4,5	2,0	145
Saut dans le vide	320	1,8	1,5	2,3	7,0	53
Arme à feu	153	0,9	0,2	2,1	4,0	229
Collision intentionnelle	48	0,3	0,1	0,5	1,0	0
Noyade	34	0,2	0,1	0,3	1,0	59
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	33	0,2	0,1	0,3	5,0	152
Mode non précisé	317	1,8	1,4	2,5	3,0	54

Note : les modes ne sont pas exclusifs.

Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France

Cartographie des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les 10 ans et plus, par département en France, années 2017 à 2019

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS 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 8). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 367,6 pour 100 000 (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

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

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

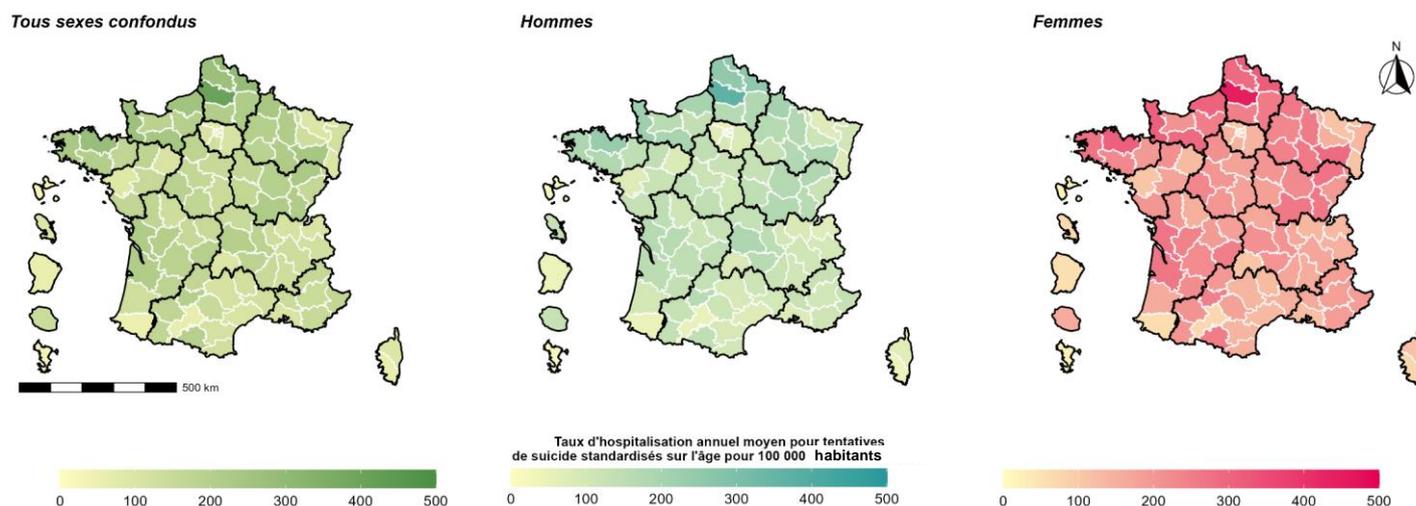
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que ceux de France métropolitaine.

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

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

En Occitanie, la Haute-Garonne se distinguait par un taux d'hospitalisation faible (60,5 pour 100 000 résidents), alors que des départements plus ruraux voyaient des taux plus élevés, comme en Ariège (198,7 pour 100 000 habitants) ou dans le Tarn-et-Garonne (204,3 pour 100 000 habitants). Des taux d'hospitalisations supérieurs à 200 pour 100 000 résidentes étaient retrouvés chez les femmes en Ariège (252,4), dans le Tarn-et-Garonne (245,6), le Gers (209,1) et les Hautes-Pyrénées (203,5). Chez les hommes, le taux départemental le plus élevé concernait le Tarn-et-Garonne avec 161,1 hospitalisations pour TS pour 100 000 habitants. La Lozère était le seul département qui présentait un sexe ratio à 0,9, tous les autres étant entre 0,6 et 0,7.

Figure 8 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisés sur l'âge, tous sexe confondus et par sexe, pour 100 000 habitants de 10 ans et plus, France entière, 2017-2019



Evolution et caractéristiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19 (2020 - 2021)

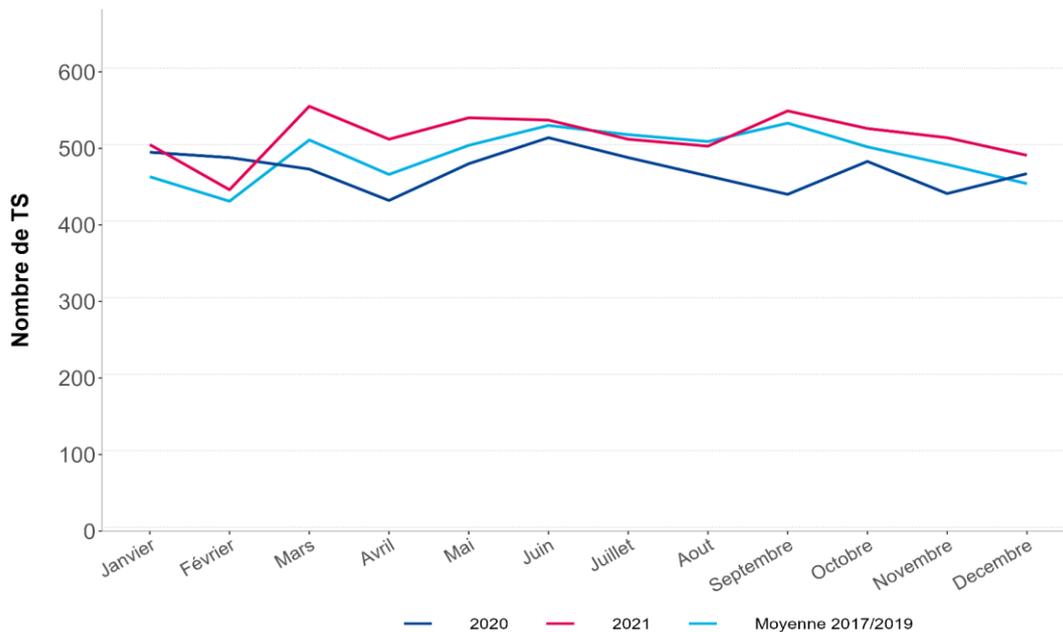
• Nombre mensuel de séjours hospitaliers de personnes âgées de 10 ans et plus - Occitanie

En Occitanie, le nombre de personnes hospitalisées pour tentative de suicide a diminué au moment du 1^{er} confinement lié à la pandémie de COVID-19 et est resté inférieur à la moyenne 2017-2019 tout le reste de l'année (Figure 9).

Une tendance à la diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aigüe de la pandémie a été décrite par plusieurs auteurs¹⁻², dont les causes peuvent être multiples : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents, restriction de l'offre de soins avec la déprogrammation de certaines prises en charge, crainte de se rendre dans un établissement de santé dans un contexte d'épidémie. Concernant les tentatives de suicide, si certains facteurs ont pu limiter les recours à l'hospitalisation pour des cas peu sévères, cela ne s'applique pas à des lésions ou intoxications auto-infligées, nécessitant une prise en charge immédiate : une diminution effective des comportements suicidaires est probable pendant le premier confinement.

En 2021, le début d'année était marqué par une hausse des séjours hospitaliers pour TS, avec des valeurs alors supérieures à la moyenne 2017-2019. Les mois d'été retrouvaient des valeurs plus habituelles pour être à nouveau légèrement supérieures à celles de 2017-2019 en fin d'année, à partir du mois de septembre. Au total, 6 190 hospitalisations pour TS étaient recensées en 2021 (contre 5 900 en moyenne sur les années 2017-2019).

Figure 9 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS chez les 10 ans et plus, Occitanie, moyenne des années 2017 à 2019, 2020 et 2021



Données : Population âgée de 10 ans et plus.
Sources : Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Recensement France 2018 (Insee). Exploitation : Santé publique France.

• Caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide, 10 ans et plus, Occitanie

La part des femmes dans les hospitalisations pour TS était plus importante sur toutes les périodes considérées et variait peu (de 62,7% sur 2017-2019 à 64,2% en 2021). Des différences dans la répartition par âge étaient observées pour l'année 2021, comparativement à celle de 2017-2019. En 2021, 32,7 % des hospitalisations pour TS concernaient des personnes de 10-24 ans, contre 22,9 % en 2020 et 21,5 % sur la période 2017-2019 ; à l'inverse, en 2021, la part diminuait pour les 25-64 ans (54,2 % vs 64,7 % en 2017-2019), alors que celle des 65 ans ou plus restait relativement stable quelle que soit la période (Tableau 4).

Concernant l'évolution des modes de TS (hors modes non précisés, apparaissant dans le tableau 3 p.9), la proportion d'auto-intoxications médicamenteuses diminuait au fil du temps, passant de 85,5 % sur la période 2017-2019 à 82,2% en 2020 puis 81,1 % en 2021. A l'inverse, l'utilisation d'objet tranchant augmentait en 2020 et en 2021 (respectivement 10,4 % et 12,3 % vs 7,4 % en 2017-2019) ainsi que les pendaisons en 2021 (3,3 % vs 2,3 % en 2017-2019). Les autres modes de TS en 2021 avaient peu évolué entre les périodes d'étude (Tableau 4).

¹ Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external_icon

² Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1

Tableau 4 : Principales caractéristiques des personnes admises pour des séjours hospitaliers pour TS, moyenne des années 2017 à 2019, 2020 et 2021, écarts de points entre 2017-2019 et 2021, Occitanie

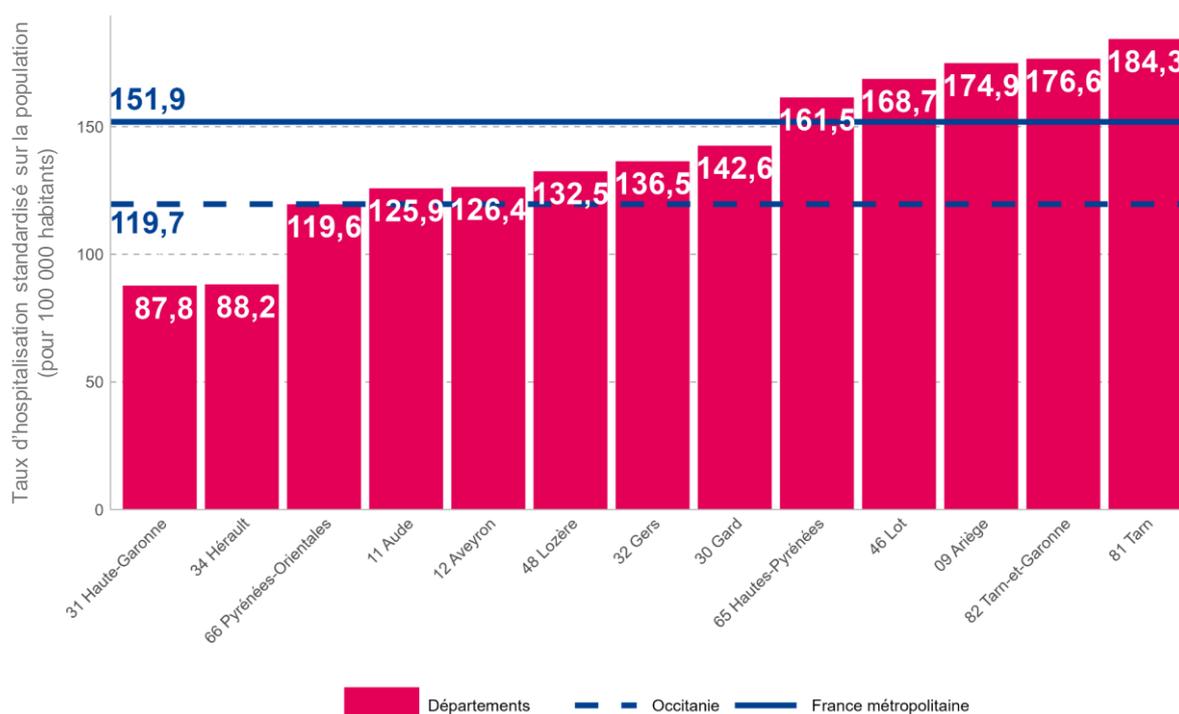
Séjours hospitaliers pour TS		2017-2019	2020	2021	Ecart de points entre 2017-2019 et 2021
Sexe	Hommes	37,3%	38,4%	35,8%	-1,5
	Femmes	62,7%	61,6%	64,2%	+1,5
Classe d'âge	10-24 ans	21,5%	22,9%	32,7%	+11,2
	25-64 ans	64,7%	63,1%	54,2%	-10,5
	65 ans et plus	13,7%	13,9%	13,2%	-0,5
Létalité		1,4%	1,4%	1,2%	-0,2
Modes	Auto-intoxication médicamenteuse	85,5%	82,2%	81,0%	-4,5
	Objet tranchant	7,4%	1,0%	12,3%	+4,9
	Auto-intoxication par d'autres produits	5,2%	5,1%	4,8%	-0,4
	Pendaison	2,3%	2,9%	3,3%	+1,0
	Saut dans le vide	1,8%	2,1%	2,2%	+0,4
	Arme à feu	0,9%	0,9%	0,7%	-0,2
	Noyade	0,2%	0,4%	0,4%	-0,2
	Collision intentionnelle	0,3%	0,2%	0,3%	0
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,2%	0,4%	0,3%	+0,1

Note : pourcentages calculés sur les modes de tentative de suicide précisés uniquement ; les modes ne sont pas exclusifs
Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France

• Hospitalisations pour tentative de suicide chez les 10 ans et plus par département de la région Occitanie et en France métropolitaine

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS a légèrement augmenté durant la période pandémique : il était de 110,0 pour 100 000 habitants en 2019 et de 119,7 en 2021; ce taux restait bien inférieur à celui observé au niveau national (151,9). Au niveau départemental, le Tarn présentait le taux le plus élevé de la région, avec 184,3 hospitalisations pour TS pour 100 000 habitants, suivi du Tarn-et-Garonne, de l'Ariège, du Lot et des Hautes-Pyrénées, tous avec des taux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine. A l'inverse, la Haute-Garonne et l'Hérault présentaient des taux d'hospitalisation inférieurs à celui de la région, presque deux fois inférieur à celui du national (Figure 10).

Figure 10 : Taux annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes âgées de 10 ans et plus, par département, en Occitanie et en France métropolitaine, 2021



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

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

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

La pandémie, par la durée et l'importance des mesures de restriction sociale et des contraintes qu'elle a entraînées, peut avoir eu un impact sur la santé mentale et notamment sur les tentatives de suicide. Si globalement les hospitalisations pour tentative de suicide semblaient moins importantes pour l'année 2020 comparées à la moyenne des trois années précédentes, les cliniciens ont alerté à la fin du premier semestre 2020 au sujet d'une augmentation observée de ces tentatives de suicide chez les jeunes, particulièrement chez les adolescentes. Dans ce contexte Santé publique France a analysé 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 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 (Figure 14) pour la période équivalente. Si le rapport est significativement supérieur à 1, c'est que le taux d'hospitalisation pendant cette période de la pandémie était supérieur à celui des années 2017-2019. Si, au contraire, ce rapport est inférieur à 1, alors le taux d'hospitalisation pendant la pandémie était inférieur à celui de la période pré-pandémique.

Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, 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 et Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 11).

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

Dans les DROM, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour 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 Occitanie, une baisse du taux d'hospitalisation pour TS était observée lors du premier confinement mais elle n'était cependant pas significative, comme dans 3 autres régions. En revanche, cet indicateur augmentait de manière significative sur la période post-confinement 2.

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.

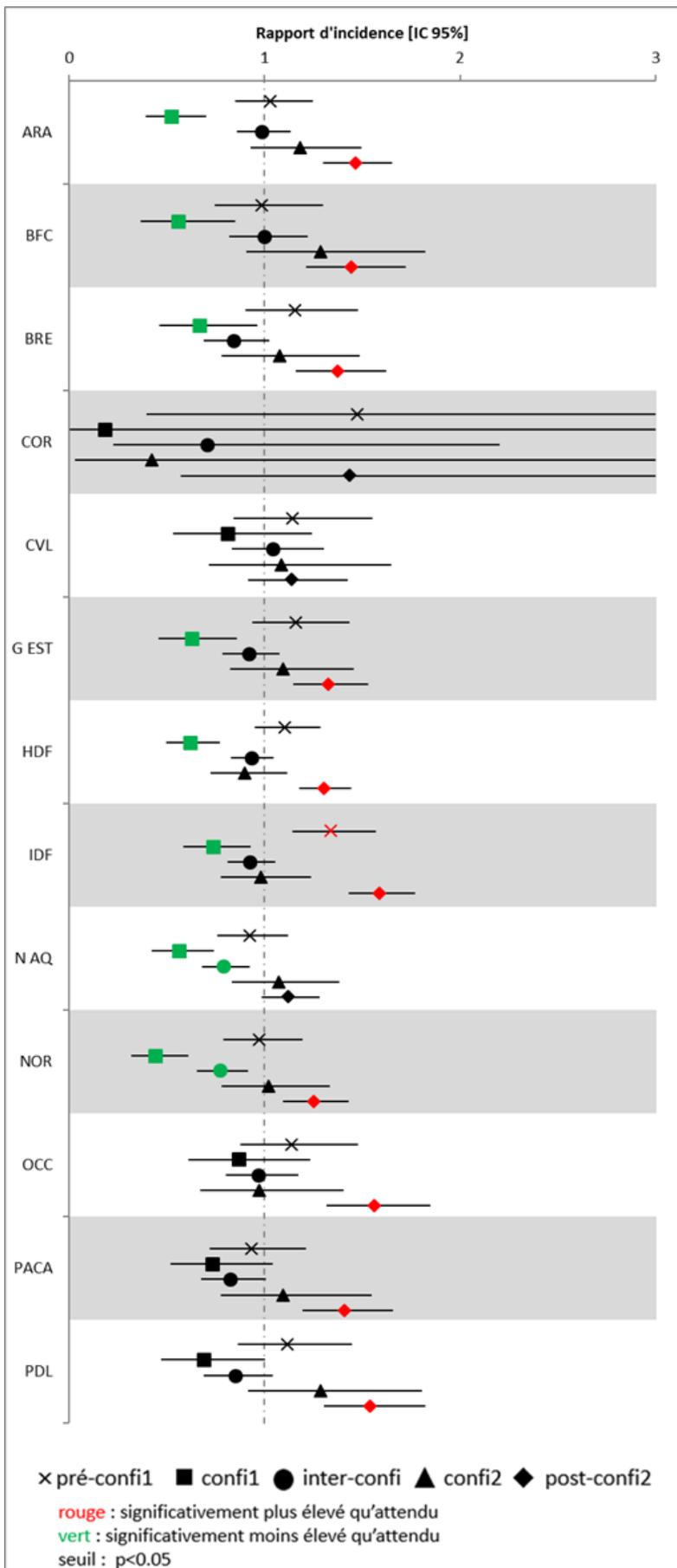
Hospitalizations for deliberate self-harm in acute care facilities in France during COVID-19 infection: national and regional temporal trends in 2020.

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

1 Santé Publique France/DMNTT

2 Santé Publique France/DATA

Figure 11 : Rapports 2020-21 / 2017-2019 des taux d'incidence d'hospitalisation pour tentative de suicide **chez les femmes** de 10 à 24 ans selon cinq périodes (pré confinement (S0-10), premier confinement (S11-19), inter confinement (S20-44), deuxième confinement (S45-50), après le deuxième confinement (S51-52,S0-20)), régions de 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

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, OCCITANIE, 2000 À 2017 (10 ANS ET PLUS)

Données issues du CépiDC

En 2017, **710 personnes résidant en Occitanie se sont suicidées**, soit un taux de mortalité standardisé sur l'âge de 13,3 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine (14,4 pour 100 000 habitants). Dans la région, **trois décès par suicide sur quatre concernaient des hommes** (n=529 en 2017). Le taux de mortalité par suicide chez les hommes en Occitanie était plus faible que le taux en France métropolitaine (20,5 pour 100 000 hommes en région vs 22,5 pour 100 000 en France). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 (6,5 pour 100 000 femmes) restait proche de celui de la France métropolitaine (6,9 pour 100 000 femmes).

Evolution de la mortalité par suicide de 2000 à 2017

Le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus tendait à diminuer depuis les années 2000 dans la région Occitanie, passant de 19,1 en 2000 à 13,3 pour 100 000 habitants en 2017. Cette tendance était plus nette chez les hommes (29,0 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2000 vs 20,5 en 2017) que chez les femmes (10,1 en 2000 décès par suicide pour 100 000 femmes vs 6,5 en 2017).

Le taux brut de mortalité était plus faible chez les 10-29 ans que dans les autres classes d'âges et passait de 7,7 pour 100 000 habitants en 2000 à 3,0 en 2017. Le taux brut de mortalité le plus élevé concernait les 75 ans et plus, avec une diminution importante sur la période étudiée, passant de 36,0 pour 100 000 habitants en 2000 à 22,5 en 2017. La diminution la moins importante concernait les 60-74 ans (19,4 pour 100 000 résidents en 2000 à 16,5 en 2017) (Figure 13).

Figure 12 : Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Occitanie et France métropolitaine, 2000 à 2017

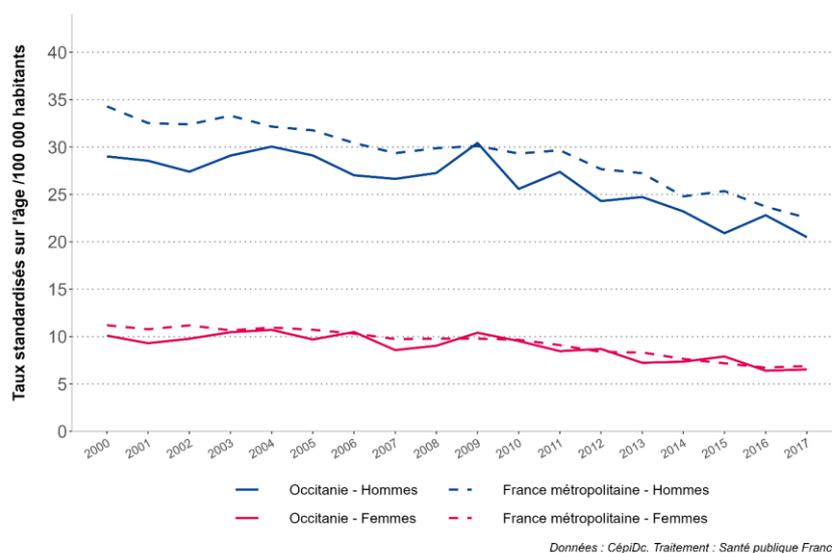
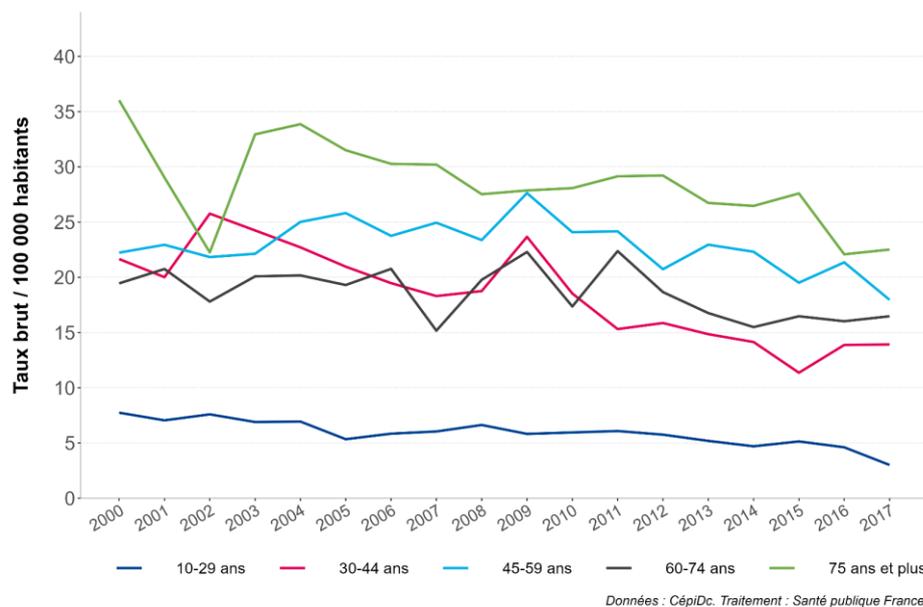


Figure 13 : Taux bruts annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Occitanie, 2000-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides représentaient 1,3 % des décès toutes causes confondus en Occitanie (soit 2 213 décès), contre 1,5% au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 1,9 % (n=1 642) dans la région contre 2,2 % (n=19 811) au niveau national. Chez les femmes d'Occitanie, bien qu'elle soit nettement inférieure à celle des hommes (0,7% ; n=571), elle était équivalente à celle du national (0,7 % ; n=6 229).

Des disparités étaient observées selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus importante chez les 20-29 ans (16,2 %) et les 30-39 ans (15,2 %) et dans une moindre mesure chez les 10-19 ans et les 40-49 ans où elle avoisinait les 10%. Chez les 20-29 ans comme chez les 30-39 ans, la part du suicide dans la mortalité totale était plus importante pour les jeunes hommes (respectivement 17,3 % et 16,8 % chez les 30-39 ans) que pour les jeunes femmes (respectivement 13,1 % chez les 20-29 ans et 11,4% chez les 30-39 ans).

Les suicides représentaient moins de 1 % des décès chez les 70-79 ans et les 80 ans et plus d'Occitanie.

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

En Occitanie, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 74,2 % (n=1 642) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âges.

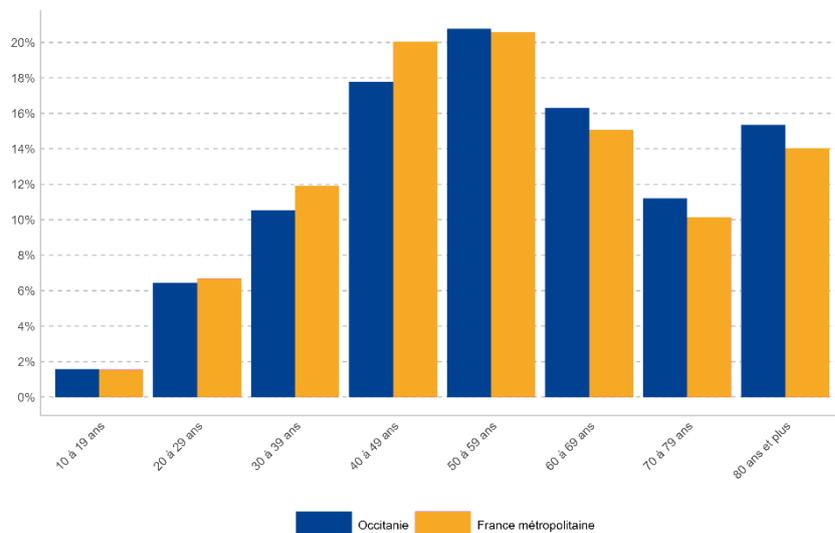
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des 50-59 ans, représentant près d'un décès sur 5 décès par suicide (20,8 %), suivi des 40-49 ans qui représentaient 17,8 % du total, puis des 60-69 ans (16,3 %) et des 80 ans et plus (15,3 %). Les classes d'âges à partir des 60-69 ans étaient plus représentées chez les hommes d'Occitanie qu'en France métropolitaine (Figure 14.a).

Comparée à la France métropolitaine, la part des décès chez les femmes de 30-39 ans étaient nettement plus importante en Occitanie (21,2 % du total des décès par suicide vs 17,9 %). C'était également le cas chez les 60-69 ans (19,3 % en région vs 17,6 % au national) et dans une moindre mesure chez les 30-39 ans (8,8 vs 8,5 %) (Figure 14b).

Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (1,6 % chez les jeunes hommes et jeunes femmes).

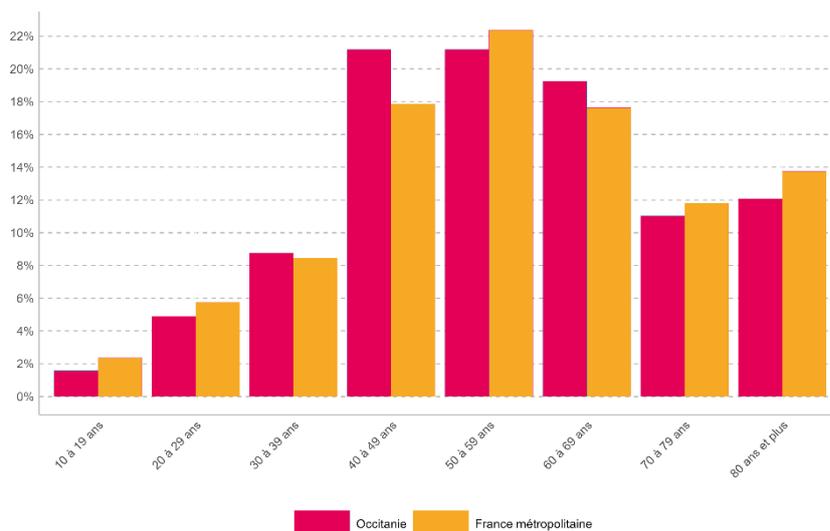
Figure 14 : Répartition (en %) des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe en Occitanie (n=2 213) et en France métropolitaine, 2015-2017

14.a. Chez les hommes
(n=1 642)



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

14.b. Chez les femmes
(n=571)



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

• Répartition des modes de suicide en Occitanie, 2015-2017

Comme au niveau national, le mode de suicide le plus fréquemment recensé en Occitanie était la pendaison (53,7 % en région, 57,2 % au niveau national), et ce pour les deux sexes, bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (19,4 %) lequel était rare chez les femmes (2,6 %). Chez les femmes, le deuxième mode le plus fréquent était l'auto-intoxication médicamenteuse (29,1 % ; 6,8 % chez les hommes). Les suicides par saut dans le vide, par noyade ainsi que par auto-intoxication par d'autres produits étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 8,8 %, 3,7 % et 3,2 %) que chez les hommes (respectivement 3,6 % et 1,5 % et 1,9 %) (Tableau 5).

Tableau 5 : Part (%) des modes de suicide chez les hommes et chez les femmes âgés de 10 ans ou plus, Occitanie, 2015-2017

Mode de suicide	Total		Femmes	Hommes
	Nombre de décès	%	%	%
Pendaison	1 189	53,7	40,5	58,3
Arme à feu	333	15	2,6	19,4
Auto-intoxication médicamenteuse	277	12,5	29,1	6,8
Saut dans le vide	109	4,9	8,8	3,6
Noyade	46	2,1	3,7	1,5
Auto-intoxication par d'autres produits	50	2,3	3,2	1,9
Collision intentionnelle	38	1,7	1,6	1,8
Objet tranchant	26	1,2	1,6	1,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	14	0,6	0,7	0,6
Mode non précisé	281	12,7	15,2	11,8

Note : les modes ne sont pas exclusifs.

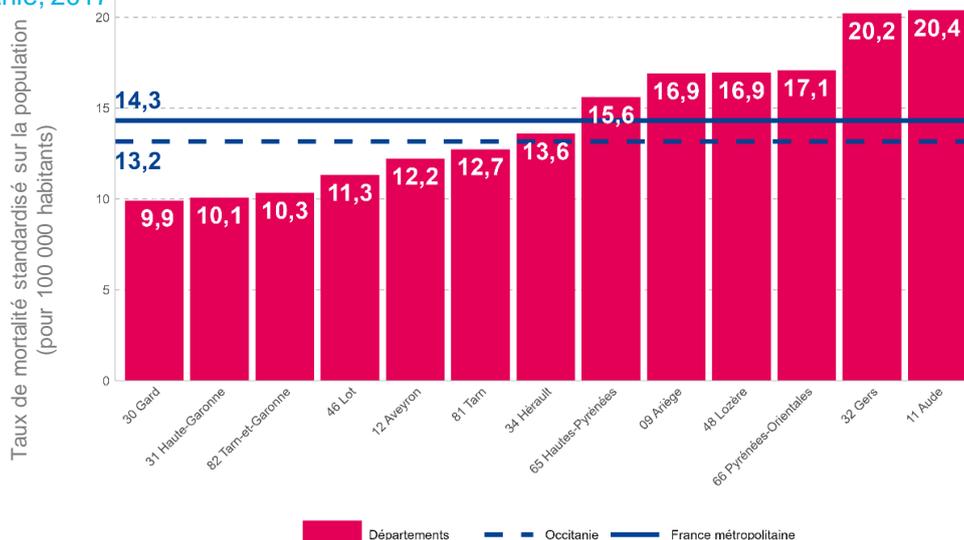
Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

• Mortalité par suicide, de 2015 à 2017, dans les départements d'Occitanie

En 2017, six départements présentaient des taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus à la fois supérieurs au taux régional et à celui de la France métropolitaine : l'Aude, le Gers, les Pyrénées-Orientales, la Lozère, l'Ariège et les Hautes-Pyrénées (Figure 15). Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. Une proportion variable des décès par suicide est adressée aux Instituts médico légaux suivant les départements. Comme ils ne sont pas systématiquement déclarés en tant que tel au CépiDC, il peut en résulter une sous-estimation de la mortalité par suicide plus ou moins importante³, rendant difficilement interprétable un taux de mortalité par suicide faible dans un département, en l'absence d'information sur la déclaration ou de tendance concordante avec les taux d'hospitalisation pour TS. Ainsi, le taux de mortalité du Tarn-et-Garonne, parmi les plus faibles des départements d'Occitanie, interrogeait étant donné que le taux d'hospitalisation pour TS de ce département était parmi les plus élevés d'Occitanie. De la même manière, le taux de mortalité du Gard était faible en regard du taux d'hospitalisation pour TS.

Les taux de mortalité départementaux ont été calculés par sexe pour les années 2015 à 2017 : les plus élevés pour les hommes concernaient la Lozère (29,3 décès par suicide pour 100 000 habitants), le Gers (29,2), le Lot (29,0) et l'Aude (28,4). Pour les femmes, les taux de mortalité les plus élevés étaient observés pour les Pyrénées-Orientales (9,1) et l'Ariège (8,0). Le sexe ratio entre les hommes et les femmes décédés par suicide était de 4,95 pour le département du Gers où on observait un écart important entre le taux de mortalité par suicide chez les hommes (29,2 pour 100 000 habitants) et celui des femmes (5,90). Le sexe ratio était également supérieur à 4 pour le Lot, alors qu'il était inférieur à 3 pour la Haute-Garonne, les Pyrénées-Orientales et le Tarn-et-Garonne, dénotant d'écarts moins importants entre la mortalité entre les deux sexes.

Figure 15 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes âgées de 10 ans ou plus, par département, Occitanie, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

⁴ Richaud-Eyraud E., Gizonzac V., Rondet C., Khreddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chérié-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au CépiDC⁴. Lorsqu'un taux départemental de mortalité par suicide figure parmi les plus faibles, la différence pourrait être due à une sous-déclaration connue ou à documenter. Concernant les départements ayant présenté les taux départementaux les plus élevés, la mortalité réelle par suicide sur la période d'étude a été au moins égale à ces taux, et une surmortalité peut être considérée comme avérée.

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

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

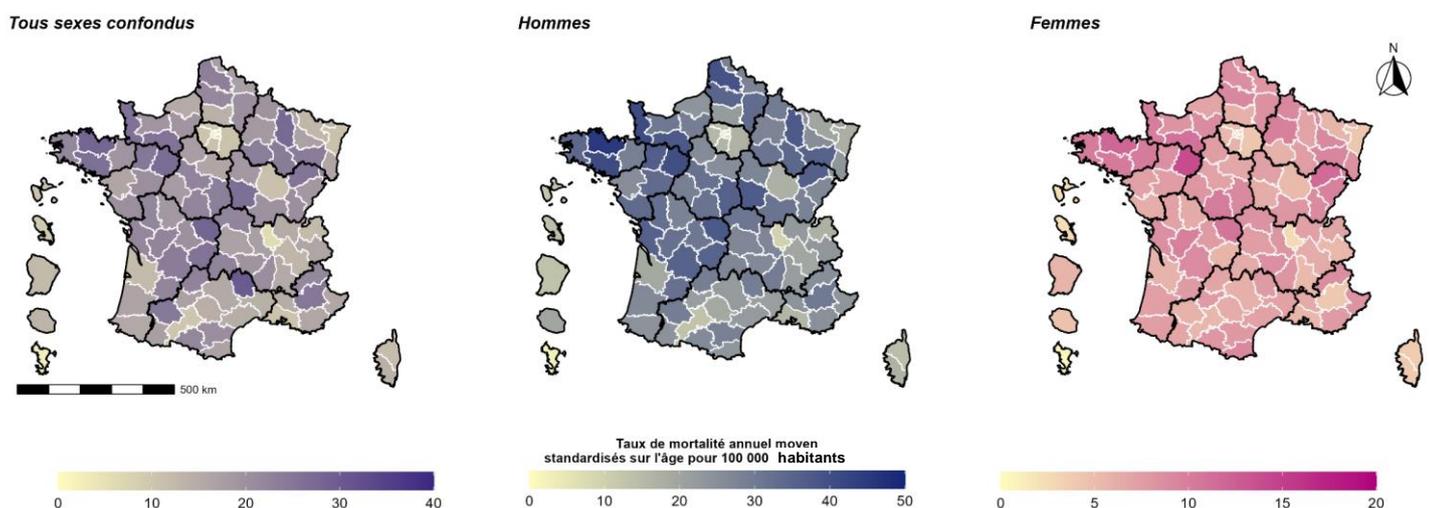
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Ile-de-France pour les femmes, mais seule la Seine-Saint-Denis présentait un faible taux d'hospitalisation chez les hommes (cf. figure 8 p.10).

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

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

Mayotte présentait le taux de mortalité le plus faible pour les hommes comme pour les femmes (même tendance observée pour les taux d'hospitalisation pour TS), tandis que le taux de mortalité le plus élevé concernait La Réunion pour les hommes et la Guyane pour les femmes. Chez les hommes, à l'exception de Mayotte, les taux de mortalité étaient supérieurs ou égaux à 10 pour 100 000 dans tous les DROM. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des DROM (5,6 pour 100 000 en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements métropolitains (Figure 16).

Figure 16 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, tous sexes confondus et par sexe, pour 100 000 habitants de 10 ans et plus, France entière, 2015-2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

⁴ 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 certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

SURVEILLANCE RÉACTIVE DES SUICIDES PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 EN FRANCE, JANVIER 2020 - MARS 2021

Référence: 5^{ème} rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; Septembre 2022. Fiche N°1 : *Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, 2020-mars 2021* (A. Fouillet, I. Pontais, C. Caserio-Schönemann – Santé publique France ; D. Martin, G. Rey – Inserm-CépiDC).
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

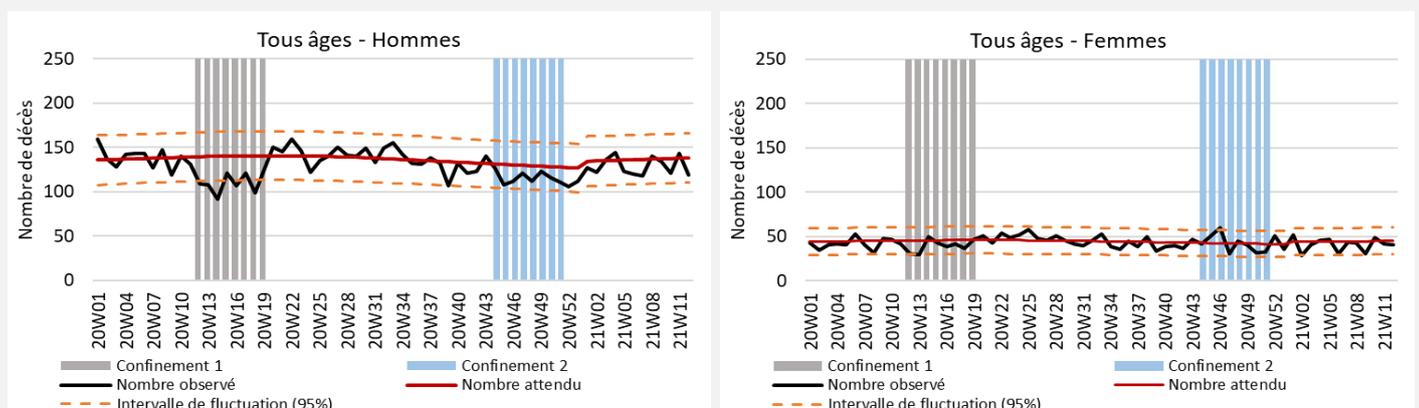
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies (CIM10) n'étant pas achevé, un algorithme automatique de reconnaissance textuelle des suicides a été développé afin de permettre la surveillance réactive des décès par suicide à partir de la base des certificats de décès enregistrés.

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du premier confinement particulièrement chez les hommes. Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 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 - Nombre hebdomadaire de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de la semaine 01-2020 à la semaine 12-2021, 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.

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 toutes les structures d'urgences (SU) participant au dispositif Oscour® de janvier 2017 à juin 2022, intégré au système de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins. En Occitanie, le réseau repose sur 69 partenaires et couvre 100 % des passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins (SAE) de 2021. Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est améliorée entre 2017 et 2022. En 2022, on estimait à 88 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Occitanie (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participants au réseau Oscour®, Occitanie, janvier 2017 à juin 2022.

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Ariège	2/3 (67%)*	95,9%
Aude	5/5 (100 %)	81,6%
Aveyron	5/5 (100 %)	64,8%
Gard	5/5 (100 %)	90,9%
Haute-Garonne	10/10 (100 %)	94,1%
Gers	2/2 (100 %)	69,5%
Hérault	16/16 (100 %)	79,1%
Lot	4/4 (100 %)	89,1%
Lozère	1/1 (100 %)**	76,8%
Hautes-Pyrénées	4/4 (100 %)	75,0%
Pyrénées-Orientales	6/6 (100 %)	88,4%
Tarn	5/5 (100 %)	96,8%
Tarn-et-Garonne	3/3 (100 %)	93,8%

*une SU fermée depuis juillet 2021 dans le contexte Covid

**Exhaustivité <60% des passages réellement enregistrés pour ce département

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

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

Les données d'entrée dans VigilanS sont issues du dispositif VigilanS.

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

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

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

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse (analgésiques, 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 ayant consulté dans une structure d'urgence 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 et une possible sous-estimation du nombre réel de séjours ;
- 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 nommés « habitants ». Les taux standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France de 2018 (France métropolitaine ou France entière), permettant de comparer chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO et de passages aux urgences (RPU) ont été analysées au niveau de la région et du département de résidence.

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
- GEPP : Groupe d'échange de pratiques professionnelles
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- Oscour®: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- Samu : Service d'aide médicale urgente
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

- 5ème rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; Septembre 2022. [ONS5 MAJ.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

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

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

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

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE CONDUITES SUICIDAIRES EN OCCITANIE

Jean-Loup Chappert¹, Leslie Simac¹, 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), 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, Damien Mouly et Franck Golliot

dans le cadre du Groupe d'échanges des pratiques professionnelles (GEPP) en santé mentale 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)

Remerciements

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

- Les structures 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 ARS, les SAMU-Centre 15, les établissements de santé, les équipes Vigilans et du 3114, la CNAM, l'Insee, l'Inserm, le CépiDC.

CONTACT

Santé publique France Occitanie : occitanie@santepubliquefrance.fr