

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Edito p.1 Sigles 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.5 Hospitalisations pour tentative de suicide p.9 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.14 Décès par suicide en période pré-pandémique p.16 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 p.20 Actions de prévention du suicide en région p.21 Focus sur une étude régionale p.22 Synthèse nationale p.23 Méthodologie p.27 Bibliographie p.29 Comité de rédaction, remerciements p.30

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 aiguë 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 geste suicidaire et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 et même accentuée en 2022 (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.

SIGLES

- ARS : Agence régionale de santé
- BSP : Bulletin de santé publique
- CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision
- Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DROM : Départements-régions d'outre-mer
- FEDORU : Fédération des observatoires des urgences
- Gepp : Groupe d'échange des pratiques professionnelles
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- ORS : Observatoire régional de la santé
- ORU : Observatoire régional des urgences
- Oscore® : Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI-MCO : Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- Samu : Service d'aide médicale urgente
- SFMU : Société française de médecine d'urgence
- SNDS : Système national des données de santé
- SU : Structure d'urgences
- SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

SYNTHÈSE RÉGIONALE

Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire

- Le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires comme la part d'activité ont significativement augmenté dans toutes les classes d'âge, quelque soit le sexe, sur la période 2020-2021 comparativement à la période pré-pandémique 2017-2019, et en particulier chez les 11-24 ans où la part d'activité a été multipliée par 3.
- Le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2021 était supérieur à ceux observés en 2020 et à la période 2017-2019. La part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était similaire à celle de 2020.
- Le recours aux urgences pour geste suicidaire a significativement augmenté chez les 11-24 ans, tandis qu'il est resté globalement stable chez les 25-64 ans et les 65 ans et plus sur la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019. Pour les deux sexes, une augmentation significative de la part d'activité pour geste suicidaire a été observée entre les deux périodes considérées.

Hospitalisations pour tentative de suicide

- En 2019, le taux régional d'hospitalisation pour TS standardisé sur l'âge se situait en-dessous du taux national métropolitain (125,6 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus vs 152,1) et était globalement stable ces dernières années. Durant la période pandémique, le taux régional d'hospitalisation pour TS a augmenté en 2021 par rapport à 2019 (141,1 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus vs 151,9 au niveau national).
- Au niveau départemental, la Mayenne et la Vendée présentaient les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés de la région en 2021, à des niveaux supérieurs à celui de la France métropolitaine et de la région.
- Les hospitalisations pour TS concernaient davantage les femmes que les hommes : la part des femmes dans les hospitalisations pour TS a augmenté en 2021 par rapport aux années 2017-2019 tandis que celle des hommes a augmenté en 2020 par rapport à 2017-2019. Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était la plus touchée alors que chez les hommes, il s'agissait des 30-39 ans. En 2021, la part des jeunes de 10-24 ans a fortement augmenté par rapport à 2017-2019 tandis que celle des 25-64 ans diminuait et celle des séniors de 65 ans et plus restait stable.
- Comme au niveau national, le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse.
- La létalité après hospitalisation pour TS en Pays de la Loire (15,7 pour 1 000 hospitalisations) était supérieure à celle observée en France métropolitaine sur la période 2017-2019. La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et était plus importante chez les hommes.

Mortalité par suicide

- En 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge était de 19,7 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus en Pays de la Loire, plaçant la région au 2^{ème} rang des régions françaises. Une tendance à la baisse était observée depuis 2010, comme au niveau national.
- Le taux chez les hommes restait nettement supérieur à celui enregistré chez les femmes de 2010 à 2017. En 2017, le décès par suicide était près de 4 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.
- Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance de la classe d'âge des 40-59 ans. Chez les femmes, il s'agissait des 50-69 ans. Comparativement à la France métropolitaine, la région Pays de la Loire se distinguait par une part importante des suicides observée chez les femmes de 80 ans et plus.
- Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré dans les Pays de la Loire était la pendaison, quel que soit le sexe.
- Sur la période 2015-2017, la Sarthe présentait des taux de mortalité par suicide chez l'homme et chez la femme parmi les plus élevés des départements métropolitains (au 4^{ème} rang chez l'homme et au 1^{er} rang chez la femme). Chez les hommes, les taux de mortalité par suicide étaient supérieurs à 30 pour 100 000 habitants dans les départements ligériens, excepté en Loire-Atlantique.

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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

Le dispositif de recontact Vigilans

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

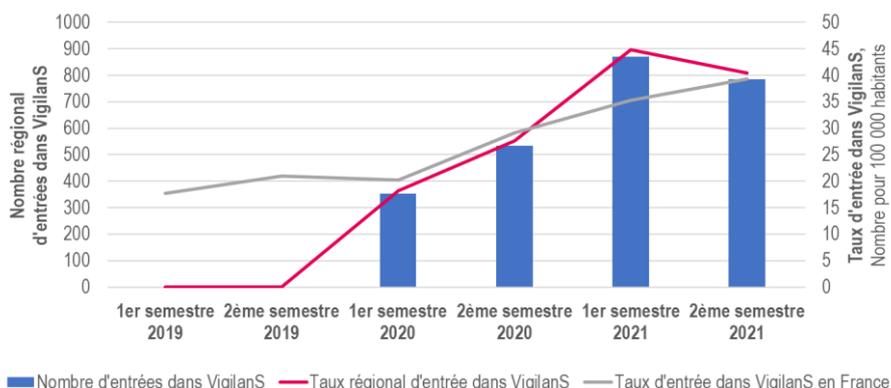


Une fois entrée dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et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

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

En Pays de la Loire, Vigilans a débuté en 2020 autour d'un centre de coordination au CHU d'Angers pour la région. En décembre 2022, 16 services d'urgences participent à Vigilans en Pays de la Loire. La Figure 1 présente le nombre d'entrées de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux, rapporté à la population de la région.

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles entrées dans Vigilans et taux d'entrée semestriel (/100 000 habitants), Pays de la Loire et France entière, 2019-2021



Source : Mission nationale d'appui du dispositif Vigilans, Santé publique France.

Le taux d'entrée dans Vigilans est estimé en divisant le nombre d'entrées par le nombre de personnes-années par semestre (nombre d'habitants x 0,5), rapporté pour 100 000 personnes-années. Ceci permet de comparer la dynamique régionale par rapport à la France entière.

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
La cellule de recontact Vigilans implantée au CHU d'Angers: ici	Le CHU d'Angers impliqué dans le dispositif national de prévention du suicide ici

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN PAYS DE LA LOIRE

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

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

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

• Idées suicidaires

Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en nette hausse dès 2020, comparativement à la moyenne de la période 2017-2019. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 et s'est fortement accentuée au 1^{er} semestre 2022 (Figure 2). Le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur l'année 2021 (117 passages) était supérieur à celui de 2020 (+21 % ; 97 passages) et à celui de la période 2017-2019 (+117 % ; 54 passages). Sur le premier semestre 2022, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour idées suicidaires (154 passages) était en hausse par rapport à la même période en 2021, de même que la part d'activité. Un pic mensuel a été recensé en mars 2022 avec 183 passages aux urgences pour idées suicidaires. Enfin, au cours de la période analysée, le sexe ratio a diminué, passant de 1,44 en 2017 à 0,77 en 2022.

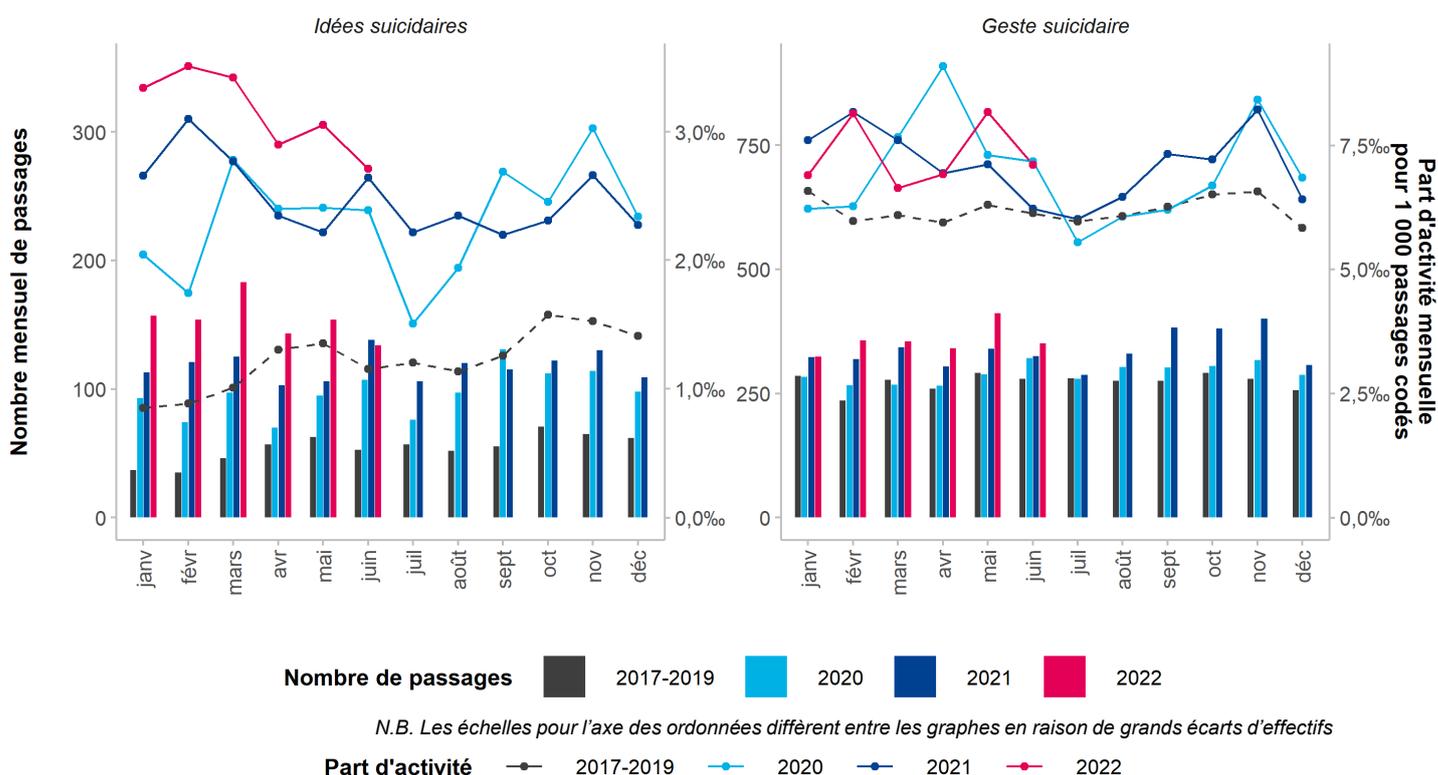
• Geste suicidaire

Le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2021 (337 passages) était supérieur à celui observé en 2020 (+16 % ; 290 passages) et à la moyenne de la période 2017-2019 (+23 % ; 274 passages), avec un pic recensé en novembre 2021 (401 passages mensuels) (Figure 2). La part d'activité mensuelle moyenne observée en 2021 était similaire à celle de 2020. Au cours des années 2020 et 2021, des fluctuations plus importantes que les variations saisonnières de la période 2017-2019 ont été observées. Ces variations sont à mettre en lien avec les différentes phases de la crise sanitaire dont les périodes de confinement ou de restrictions des contacts et des activités sociales. Sur le premier semestre 2022, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire (357 passages) était en hausse par rapport à la même période en 2021, tandis que le taux d'activité était similaire (7,3 ‰). Un pic mensuel du nombre de passages pour geste suicidaire a été recensé dans la région en mai 2022 avec 412 passages.

Sur la période 2020-2021, plus de la moitié des passages aux urgences pour geste suicidaire (59 %) ont donné lieu à une hospitalisation, taux légèrement inférieur à celui observé au cours de la période 2017-2019 (65 %).

Enfin, les données par sexe montraient un sexe ratio en diminution depuis 2018, et cette diminution était davantage marquée en 2022 (0,69 en 2018, 0,62 en 2020, 0,57 en 2021 et 0,48 en 2022).

Figure 2 : Nombres mensuels de passages aux urgences pour idées et geste suicidaires et parts d'activité mensuelles (‰), chez les 11 ans et plus, Pays de la Loire, janvier 2017-juin 2022



• Comparaison 2017-2019 et 2020-2021

La part d'activité aux urgences pour idées suicidaires a significativement augmenté dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019, tout en concernant davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les seniors sur les 2 périodes. Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a été presque multipliée par trois entre les 2 périodes. Les nombres de passages comme les parts d'activité restaient proches chez les hommes et les femmes tant sur la période 2017-2019 que la période 2020-2021, et en augmentation entre les deux périodes considérées. 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 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient presque deux fois plus fréquemment des femmes que des hommes tant sur la période 2020-2021 (sexe ratio 0,60) que durant la période 2017-2019 (sexe ratio 0,65). Pour les deux sexes, la part d'activité pour geste suicidaire a significativement augmenté sur la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019. Sur les deux périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les seniors. La part d'activité pour geste suicidaire a significativement augmenté chez les 11-24 ans sur la période 2020-21 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'aucune évolution n'a pu être mise en évidence chez les 25-64 ans et les seniors (Tableau 1).

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, Pays de la Loire, périodes 2017 – 2019 et 2020 - 2021

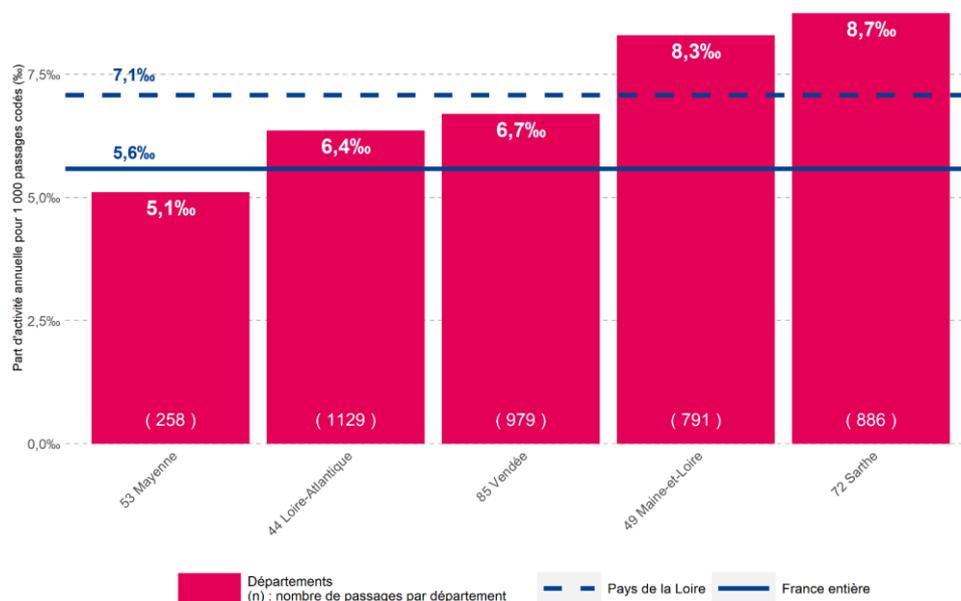
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	352	1,25	601	2,10	<0,001
	Femmes	299	1,20	682	2,68	<0,001
	11-24 ans	209	1,68	533	4,49	<0,001
	25-64 ans	375	1,48	630	2,49	<0,001
	65 ans et plus	68	0,44	120	0,71	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	1294	4,60	1404	4,91	0,010
	Femmes	1991	7,96	2356	9,26	<0,001
	11-24 ans	784	6,31	1188	10,01	<0,001
	25-64 ans	2164	8,54	2167	8,58	0,851
	65 ans et plus	337	2,20	406	2,40	0,064

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

Analyse départementale des passages aux urgences pour geste suicidaire, 2021

En 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire en Pays de la Loire était supérieure à la moyenne nationale (+27 %), mais des disparités entre les départements étaient constatées (Figure 3). Ainsi, la part d'activité était supérieure au niveau régional et au niveau national en Sarthe et en Maine-et-Loire et inférieure à ceux-ci en Mayenne (où le taux de codage des diagnostics médicaux était le plus faible de la région avec 54 % en 2022). La Loire-Atlantique et la Vendée avaient des taux similaires, supérieurs au niveau national et inférieurs au niveau régional.

Figure 3 : Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰) par département, en Pays de la Loire et en France entière, 2021



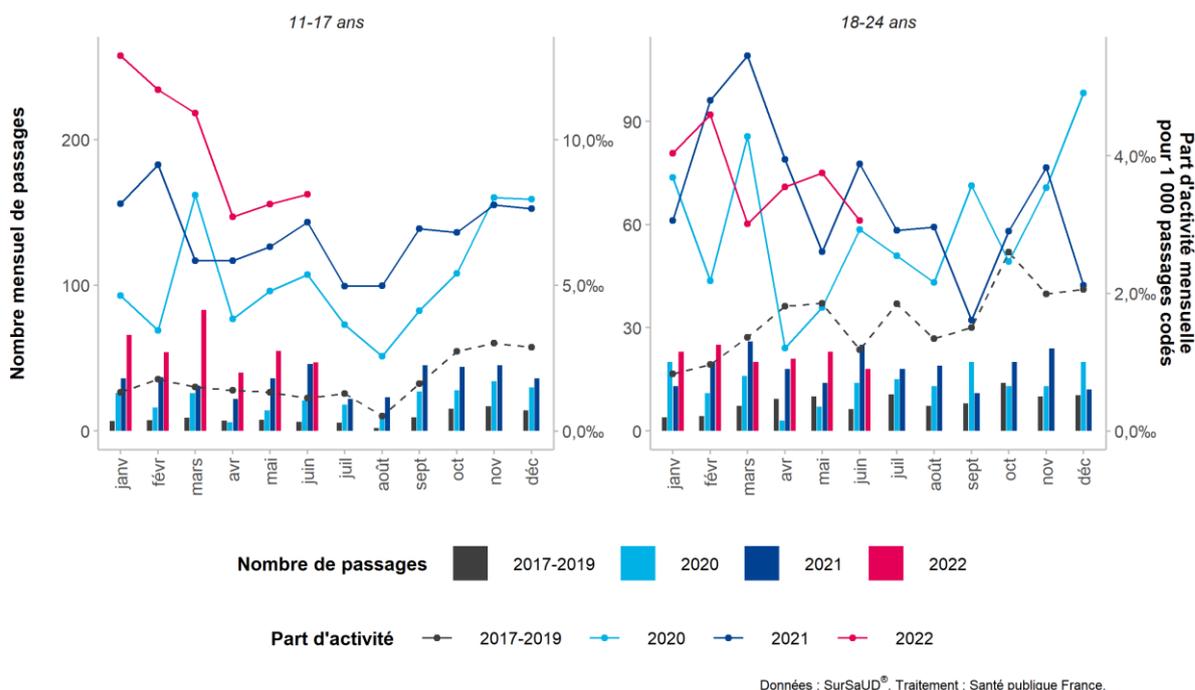
Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans, janvier 2017 – juin 2022

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, 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 encore plus marquée en 2021 et s'accroissait au 1^{er} semestre 2022 pour les 11-17 ans, soit après la phase aiguë de la crise sanitaire (Figure 4). Chez les 11-17 ans, comme chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur l'année 2021 (respectivement 35 passages et 18 passages) était supérieur à celui de 2020 (respectivement 21 (+67 %) et 14 passages (+29 %)) et à celui la période 2017-2019 (effectifs inférieurs à 10 passages dans les deux classes d'âge) ; la tendance était identique pour les parts d'activité. Dans ces deux tranches d'âge, des fluctuations étaient observées sur les années 2020-2021, avec une temporalité et une intensité différentes des variations saisonnières observées en 2017-2019. Ces fluctuations sont notamment à mettre en lien avec les différentes phases de la crise sanitaire. Au 1^{er} semestre 2022, la tendance est similaire à celle de 2021 chez les 18-24 ans alors qu'elle est en forte augmentation chez les 11-17 ans tant au niveau des passages aux urgences que pour la part d'activité.

A noter que ces résultats sont à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires, notamment chez les 18-24 ans.

Figure 4 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Pays de la Loire, janvier 2017-juin 2022



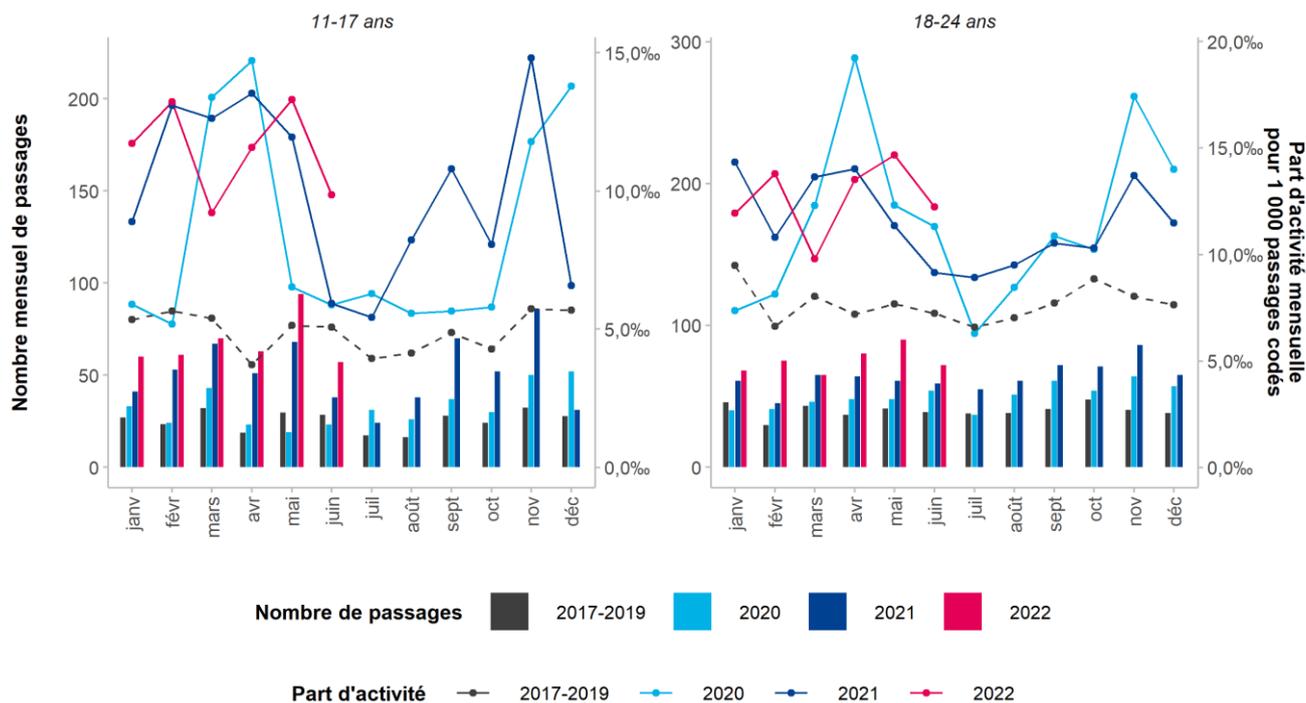
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire était en hausse sur le premier semestre 2022 (67 passages) par rapport à la même période en 2021 (+26 %) et en 2020 (+148 %). Le nombre mensuel moyen en 2021 (52 passages) était fortement supérieur à celui de 2020 et à celui de la période 2017-2019 (respectivement, +58 %, 33 passages ; +108 %, 25 passages). De même, la part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était en hausse par rapport à celle de 2020 (+19 %) et à celle de la période 2017-2019 (+104 %) (Figure 5).

Chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur le premier semestre 2022 (75 passages) était également en hausse par rapport à la même période en 2021 (+27 %) et en 2020 (+63 %). Le nombre moyen mensuel en 2021 (64 passages) était supérieur à celui de 2020 (+28 %, 50 passages) et à la période 2017-2019 (+60 %, 40 passages). La part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était identique à celle de 2020, mais supérieure à celle de la période 2017-2019 (+49 %) (Figure 5).

Ainsi, chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, le nombre de patients pris en charge dans les services d'urgences pour geste suicidaire a continué d'augmenter au cours du premier semestre 2022, soit après la phase aiguë de la crise sanitaire.

Figure 5 : Nombres mensuels de passages aux urgences et part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Pays de la Loire, janvier 2017 - juin 2022



• Comparaison 2017-2019 et 2020-2021

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité des passages aux urgences ont significativement augmenté sur la période 2020-2021 pour idées suicidaires et geste suicidaire, comparativement à la période antérieure 2017-2019. Cette augmentation était particulièrement forte pour les idées suicidaires chez les 11-17 ans avec un triplement des parts d'activité. L'augmentation entre les 2 périodes était significative pour les adolescentes/jeunes femmes et les adolescents/jeunes hommes pour les idées suicidaires et le geste suicidaire (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, Pays de la Loire, 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	81	1,21	162	2,54	<0,001
	Femmes	127	2,24	370	6,78	<0,001
	11-17 ans	107	1,74	340	6,00	<0,001
	18-24 ans	101	1,62	192	3,11	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	241	3,58	334	5,21	<0,001
	Femmes	543	9,54	854	15,64	<0,001
	11-17 ans	305	4,94	505	8,90	<0,001
	18-24 ans	479	7,66	683	11,04	<0,001

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN PAYS DE LA LOIRE

Données issues du PMSI-MCO

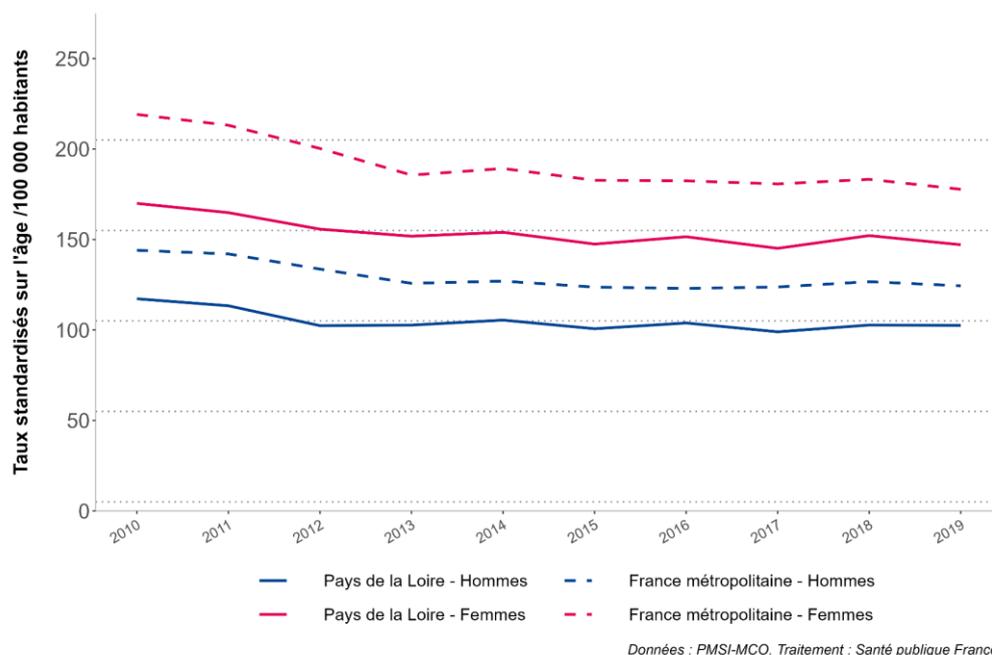
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010-2019

Entre 2010 et 2019, 4 267 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrés en moyenne chaque année chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Pays de la Loire. Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 125,6 pour 100 000 habitants en 2019, la région Pays de la Loire se situait en-dessous du taux national métropolitain (152,1 pour 100 000 habitants).

Le taux régional d'hospitalisation pour TS, quel que soit le sexe, était globalement stable depuis 2014, comme observé au niveau national. En 2019, le taux chez les femmes était de 147,1 pour 100 000 habitants (vs 152,2 pour 100 000 habitants en 2018) et celui chez les hommes était de 102,5 pour 100 000 habitants (vs 102,7 pour 100 000 habitants en 2018) (Figure 6).

Figure 6 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Pays de la Loire et France métropolitaine, 2010-2019



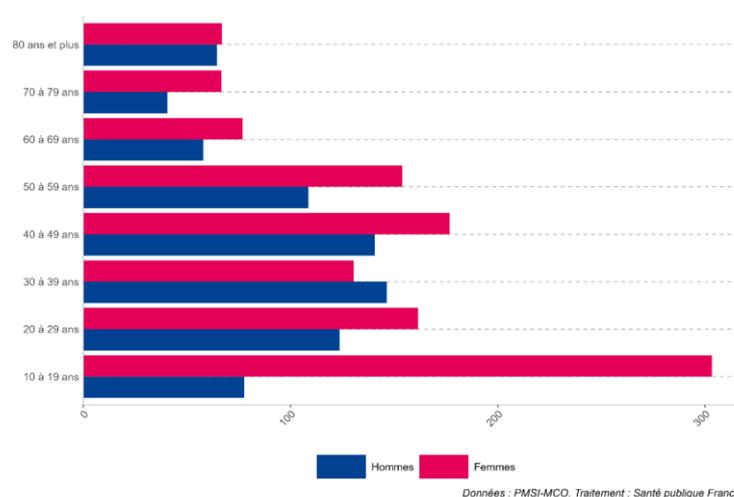
• Taux d'hospitalisation par classe d'âge et selon le sexe, 2017-2019

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents des Pays de la Loire âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (61 % des 12 581 hospitalisations pour TS ; sexe ratio 0,63).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 303,3 pour 100 000 femmes, nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 7).

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 30-39 ans (146,4 pour 100 000 hommes) (Figure 7) mais la classe d'âge 40-49 ans montrait un taux similaire (140,6 pour 100 000 hommes).

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



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

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 15,7 pour 1 000 hospitalisations en Pays de la Loire, ce qui est supérieure à celle observée en France métropolitaine (12,0 pour 1 000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les femmes que chez les hommes. Cependant, elle restait supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à classe d'âge constante. Ainsi, elle passait de 8 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 112 pour 1 000 hospitalisations chez ceux de 65 ans et plus, soit 14 fois plus, vs une augmentation chez les femmes de moins de 25 ans de moins d'un décès pour 1 000 hospitalisations à 44 pour 1 000 hospitalisations chez celles de 65 ans et plus, soit près de 63 fois plus.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 71,0 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (11,7 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (6,8 %), la pendaison (4,1 %) et le saut dans le vide (1,3 %). Les autres modes étaient plus rares (moins de 1 % des TS). L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes, ces deux modes étant néanmoins majoritaires aussi chez ces derniers. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) ainsi que des modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation était de 1 jour, tous modes confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (6 jours), expositions aux fumées, gaz ou flammes (5,5 jours) et arme à feu (2,5 jours) et collision intentionnelle (2,5 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (279 décès pour 1 000 hospitalisations), expositions aux fumées, gaz ou flammes (114 pour 1 000 hospitalisations) et pendaison (108 pour 1 000 hospitalisations). Cependant, ces létalités sont à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de séjours pour chacun de ces modes.

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

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	8 927	71,0	75,4	64,0	1,0	7
Objet tranchant	1 466	11,7	12,3	10,6	2,0	8
Auto-intoxication par d'autres produits	856	6,8	4,9	9,8	1,0	13
Pendaison	517	4,1	1,9	7,5	2,0	108
Saut dans le vide	169	1,3	1,0	1,8	6,0	71
Arme à feu	68	0,5	0,1	1,3	2,5	279
Noyade	53	0,4	0,3	0,6	2,0	19
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	44	0,3	0,3	0,5	5,5	114
Collision intentionnelle	40	0,3	0,2	0,5	2,5	0
Mode non précisé	1 589	12,6	12,5	12,8	1,0	17

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

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

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

Chez les hommes, 6 départements présentaient des taux supérieurs à 200 pour 100 000 habitants (vs 44 départements pour les femmes) 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 habitants : 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 habitants (vs 25 départements pour les hommes) : les Pyrénées-Atlantiques, la Corse-du-Sud et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et Paris et la Seine-Saint-Denis en Ile-de-France. Chez les hommes, 5 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour TS inférieurs à 60 pour 100 000 habitants : la Corse-du-Sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et, 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 (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.

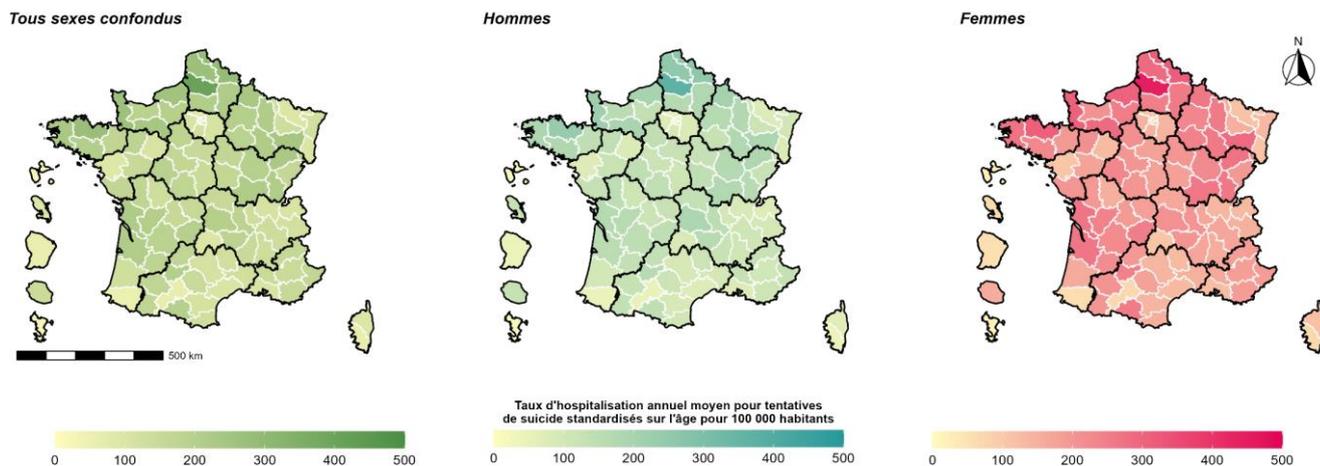
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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

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

En Pays de la Loire, les 5 départements ne faisaient pas partis des extrêmes décrits ci-dessus en termes de taux d'hospitalisation pour TS sur la période 2017-2019. Ainsi, la Loire-Atlantique présentait le taux tous sexes confondus le plus faible de la région avec 90,4 hospitalisations pour TS pour 100 000 habitants et la Mayenne, avec un taux de 179,1 pour 100 000 habitants, le plus élevé de la région. Les départements de la Mayenne et de la Vendée affichaient des taux d'hospitalisation les plus élevés de la région pour chacun des sexes, avec respectivement 215,2 pour 100 000 habitants et 201,9 pour 100 000 habitants chez les femmes et 141,7 pour 100 000 habitants et 132,8 pour 100 000 habitants chez les hommes. Les sexe ratios des taux sur la période 2017-2019 étaient relativement homogènes au sein de la région avec des valeurs oscillant entre 0,65 (Sarthe) et 0,71 (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire).

Figure 8 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus, chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus, France entière, 2017-2019



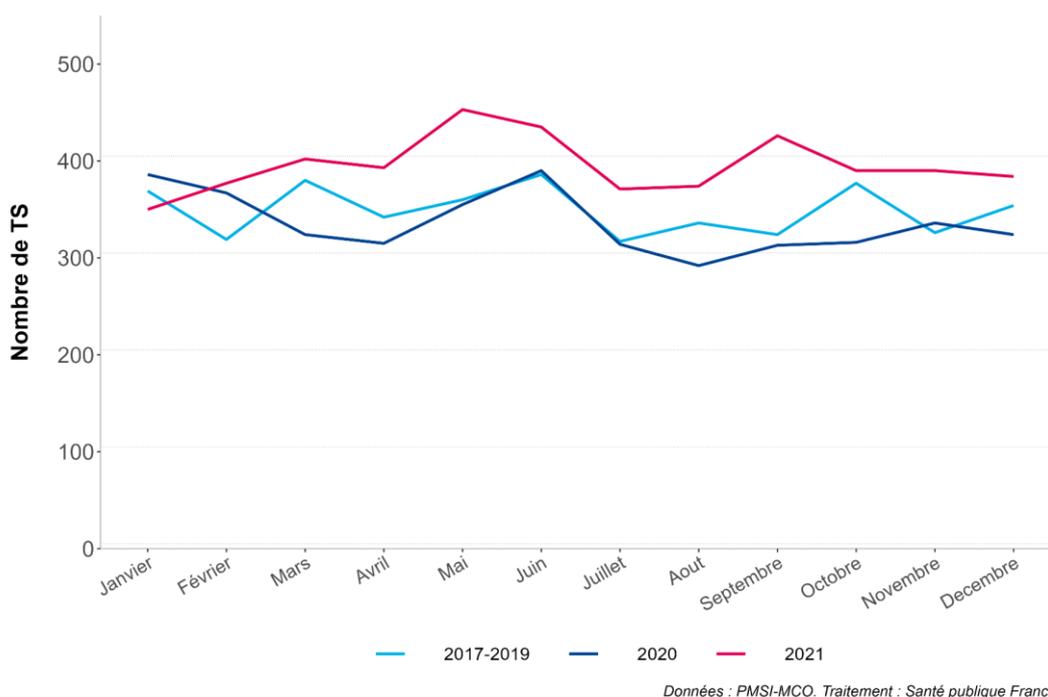
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En Pays de la Loire, le nombre d'hospitalisations pour TS a légèrement diminué en 2020 (4 032 contre 4 190 en moyenne sur les années 2017-2019), avec une baisse au cours du 1^{er} confinement liée à l'épidémie de COVID-19 (Figure 9). Une tendance de diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aiguë 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 TS, 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, une tendance à la hausse a été observée avec 4 745 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année. Une part plus importante de TS a été observée chez les 10-24 ans (39,3 % vs 29,0 % en 2017-2019) (Tableau 4).

Figure 9 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, Pays de la Loire, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



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

La part des hommes dans les hospitalisations pour TS a augmenté en 2020 par rapport aux années précédentes (42,2% vs 38,8 % en 2017-2019, $p < 0,001$), tandis que celle des femmes a augmenté en 2021 par rapport à la période 2017-2019 (63,2% vs 61,2 % en 2017-2019, $p < 0,05$). Des différences significatives ($p < 0,001$) de la répartition par âge ont été observées en 2021 (mais pas en 2020), comparativement à celle de 2017-2019. En 2021, la part des jeunes de 10-24 ans a fortement augmenté (39,3 % en 2021 vs 29,0 % en 2017-2019) tandis que celle des 25-64 ans diminuait et celle des séniors de 65 ans et plus restait stable.

Concernant l'évolution des modes de TS, la proportion de TS par auto-intoxication médicamenteuse a significativement diminué en 2020 et 2021 (respectivement 70,0 % et 75,0 % vs 78,0% en 2017-2019, $p < 0,001$) et celle de TS par auto-intoxication par d'autres produits a augmenté significativement en 2020 et 2021 par rapport à 2017-2019 (respectivement 14,2 % et 8,9 % vs 7,5 %, $p < 0,001$ et $p < 0,05$). En 2021, la proportion de TS par objet tranchant a significativement augmenté comparativement à 2017-2019 (15,7 % vs 12,8 %, $p < 0,001$) (Tableau 4).

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

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

Tableau 4 : Principales caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentative de suicide, Pays de la Loire, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	38,8%	42,2%	<0,001	36,8%	0,013
	Femme	61,2%	57,8%		63,2%	
Classe d'âge	10-24 ans	29,0%	30,4%	0,051	39,3%	<0,001
	25-64 ans	60,1%	58,0%		49,4%	
	65 ans et plus	10,9%	11,7%		11,3%	
Létalité		1,6%	1,7%	0,595	1,5%	0,616
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	78,0%	70,0%	<0,001	75,0%	<0,001
	Objet tranchant	12,8%	13,3%	1,000	15,7%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	7,5%	14,2%	<0,001	8,9%	0,023
	Pendaison	4,5%	4,6%	1,000	4,8%	1,000
	Saut dans le vide	1,5%	1,8%	1,000	1,1%	0,490
	Arme à feu	0,6%	0,9%	0,408	0,7%	1,000
	Noyade	0,5%	0,5%	1,000	0,4%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,4%	0,5%	1,000	0,3%	1,000
	Collision intentionnelle	0,3%	0,4%	1,000	0,3%	1,000

* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.
 *** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=11441 en 2017-2019, 3768 en 2020 et 4521 en 2021).

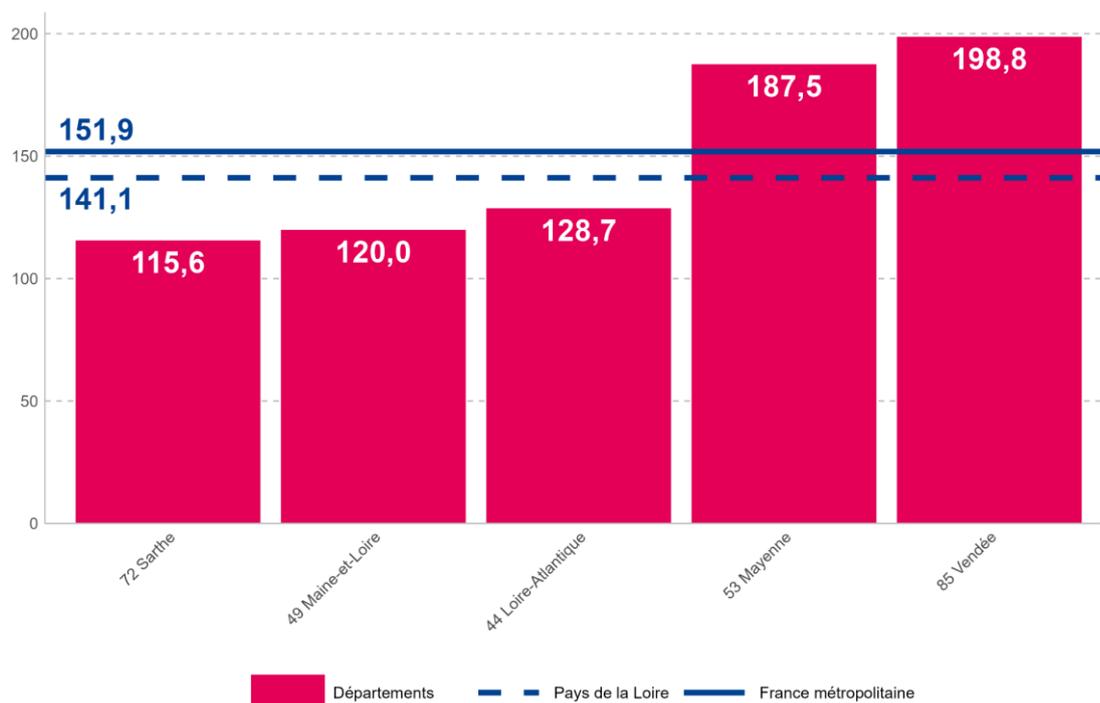
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

Seuil de significativité défini à 0,05

• Hospitalisations pour tentative de suicide par département, dans la région et en France métropolitaine, 2020-2021

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS a augmenté durant la période pandémique, passant de 125,6 en 2019 à 141,1 pour 100 000 habitants en 2021. Au niveau départemental, la Vendée et la Mayenne présentaient les taux les plus élevés, à des niveaux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine (Figure 10).

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



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

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

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 TS. Si globalement les hospitalisations pour TS semblaient moins importantes pour l'année 2020 comparées à la moyenne des trois années précédentes, les cliniciens ont alerté à la fin du premier semestre 2020 au sujet d'une augmentation observée de ces TS chez les jeunes, particulièrement chez les adolescentes. C'est dans ce contexte que la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes (DMNTT) de Santé publique France a décidé d'analyser l'évolution des hospitalisations pour TS en France de janvier 2020 à mai 2021 selon le sexe et l'âge en tenant compte des différentes périodes de confinement et de dé-confinement.

Tous les séjours dans les établissements français publics et privés de court séjour (PMSI-MCO), des personnes âgées de 10 ans et plus, hospitalisées entre le 02/01/2017 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 TS mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de COVID-19 à ceux de ces trois années de référence pour la période équivalente (Figure 11). 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.

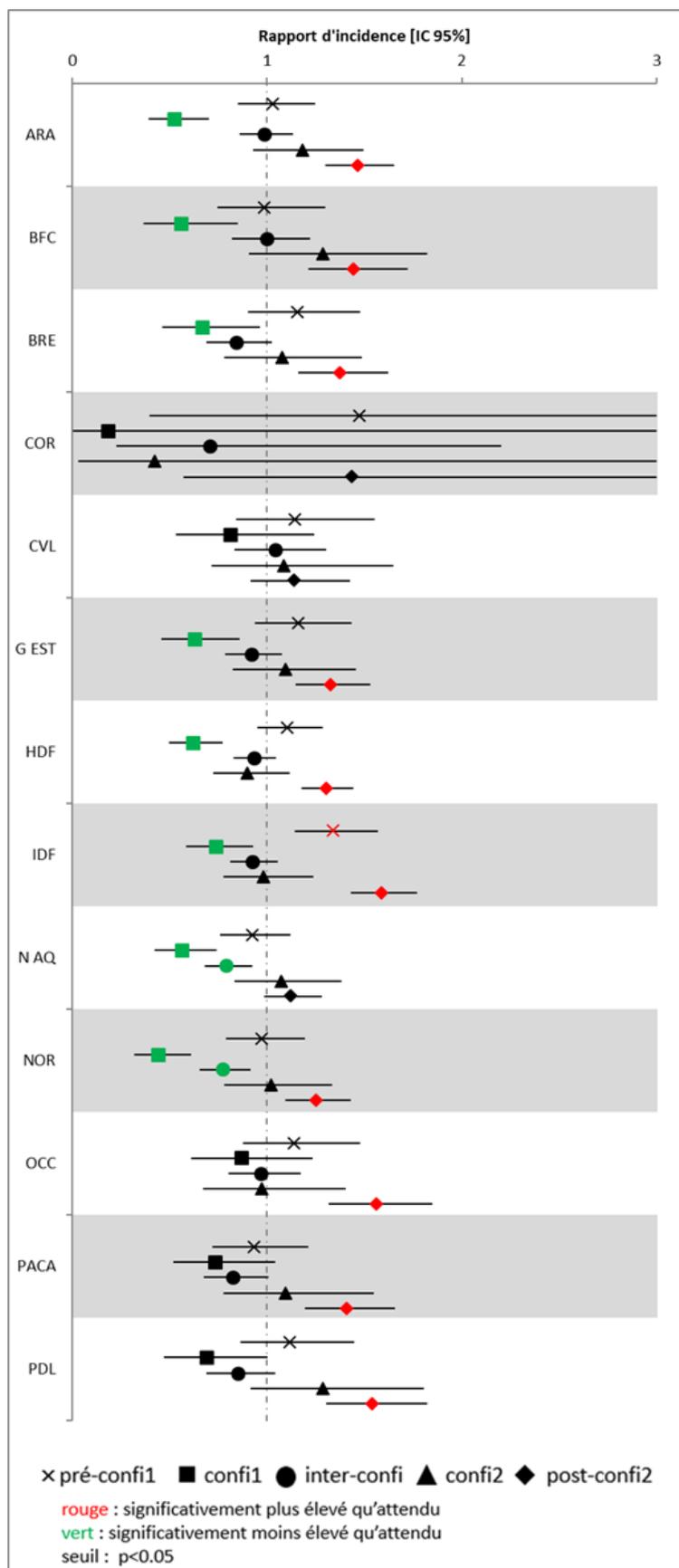
Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, on observe une chute nette des hospitalisations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

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

Dans les DROM, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour TS n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en dehors du 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 Pays de la Loire, contrairement à la plupart des régions métropolitaines, on observe une baisse non significative du taux d'hospitalisation pour TS lors du 1^{er} confinement chez les femmes de 10 à 24 ans (Figure 11). Cet indicateur augmente ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19 pour aboutir à des taux significativement supérieurs aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase du 2^{ème} post-confinement.

Figure 11 : 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*, France métropolitaine, janvier 2020-mai 2021



Sigles des régions :

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

Sigles des périodes :

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

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE EN PAYS DE LA LOIRE

Données issues du CépiDC

En 2017, 651 personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Pays de la Loire se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 19,7 pour 100 000 habitants qui était supérieur à celui de la France métropolitaine (14,4 pour 100 000 habitants). La région Pays de la Loire se trouvait au 2^{ème} rang des régions françaises en 2017, après la Bretagne. La majorité (77,4 % ; n=504) des décès par suicide concernait des hommes. Le taux de mortalité par suicide de 31,5 pour 100 000 habitants chez les hommes en Pays de la Loire était plus élevé que le taux en France métropolitaine (22,5 / 100 000 hommes) et au dessus de la médiane des régions métropolitaines (25,6 / 100 000 habitants). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 était de 8,6 pour 100 000 femmes, légèrement supérieur au taux en France métropolitaine (6,9 / 100 000 femmes) et à la médiane des régions métropolitaines (7,1 / 100 000 femmes).

Evolution régionale de la mortalité par suicide, 2000-2017

Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région, passant de 27,5 à 19,7 pour 100 000 habitants, tout comme en France métropolitaine (21,9 à 14,4 pour 100 000 habitants). Cette diminution s'observe chez les hommes (31,5 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs 40,8 en 2000) comme chez les femmes (8,6 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs 15,7 en 2000) (Figure 12). Cependant, le décès par suicide était en 2017 près de quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le sexe ratio des taux ayant oscillé entre un minimum de 2,6 en 2000 et un maximum de 4,0 en 2015.

L'analyse temporelle par classe d'âge montrait globalement une diminution des taux dans toutes les classes d'âge depuis 2000, à l'exception des 10-29 ans et 45-59 ans chez lesquelles ce taux restait relativement stable jusqu'en 2014-2015 (Figure 13). La classe d'âge des 75 ans et plus présentait des taux de mortalité nettement plus élevés que les autres classes d'âge sur toute la période 2000-2017, avec cependant une réduction de l'écart, tandis que celle des 10-29 ans présentait les taux les plus faibles.

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

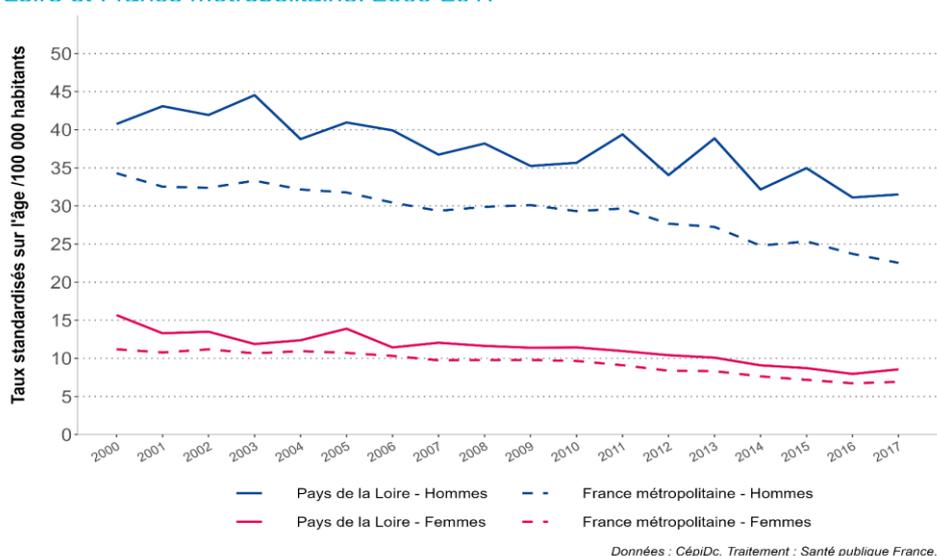
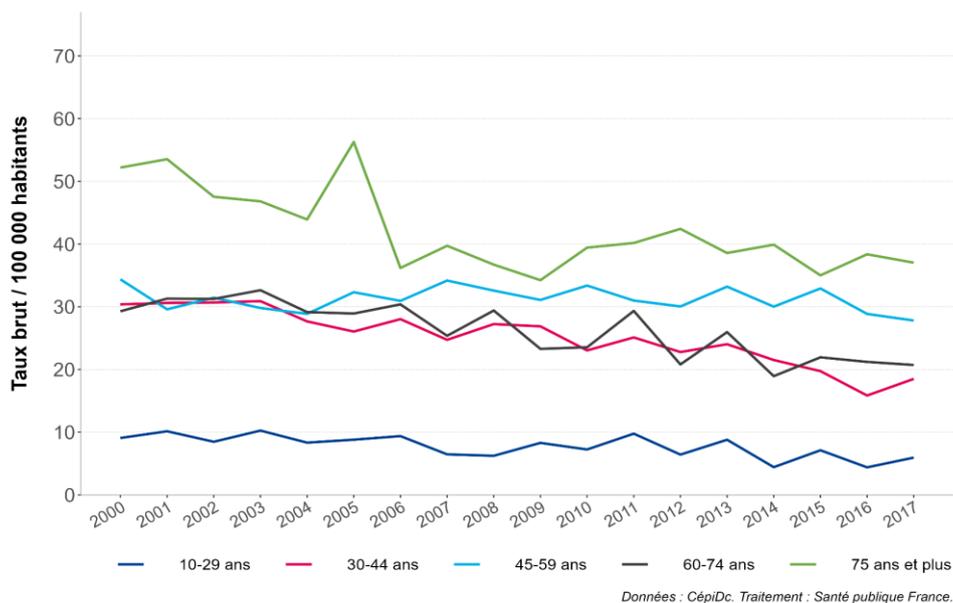


Figure 13 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Pays de la Loire, 2000-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 1,9 % (n=1 974) des décès toutes causes confondues en Pays de la Loire, proche du niveau national (1,5 % en France métropolitaine). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 3,0 % (n=1 547) dans la région contre 2,2 % au niveau national. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure : 0,8 % (n=427) comme au niveau national (0,7 %).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus importante chez les 20-29 ans (21,3 %) et les 30-39 ans (22,1 %). Dans ces deux classes d'âge, la part du suicide dans la mortalité était nettement plus importante pour les jeunes hommes (respectivement 23,8 % chez les 20-29 ans et 26,0 % chez les 30-39 ans) que pour les jeunes femmes (respectivement 13,3 % chez les 20-29 ans et 13,0 % chez les 30-39 ans).

Les suicides représentaient 15,0 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) et 0,5 % chez les plus âgés (80 ans et plus).

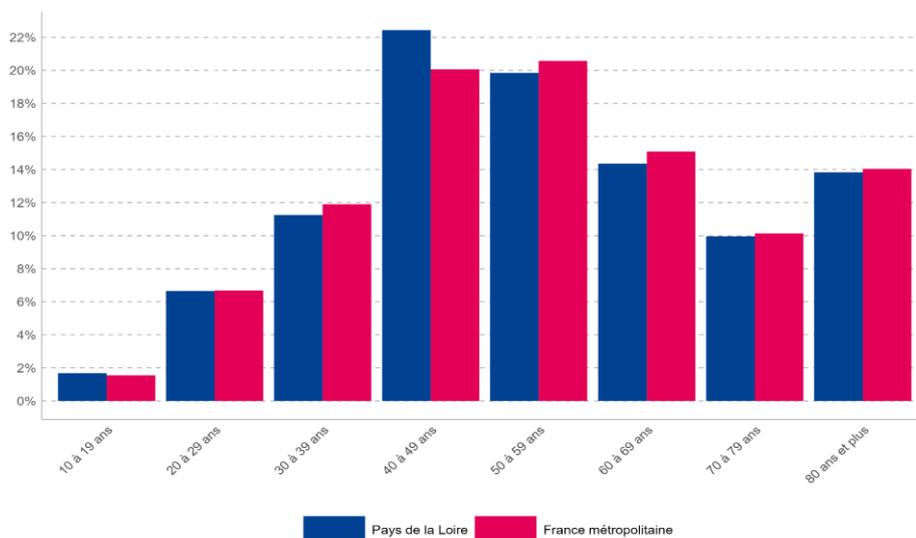
Répartition des décès par suicide selon le sexe et l'âge, 2015-2017

En Pays de la Loire, sur la période 2015-2017, les hommes représentaient 78,4 % (n=1 547) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

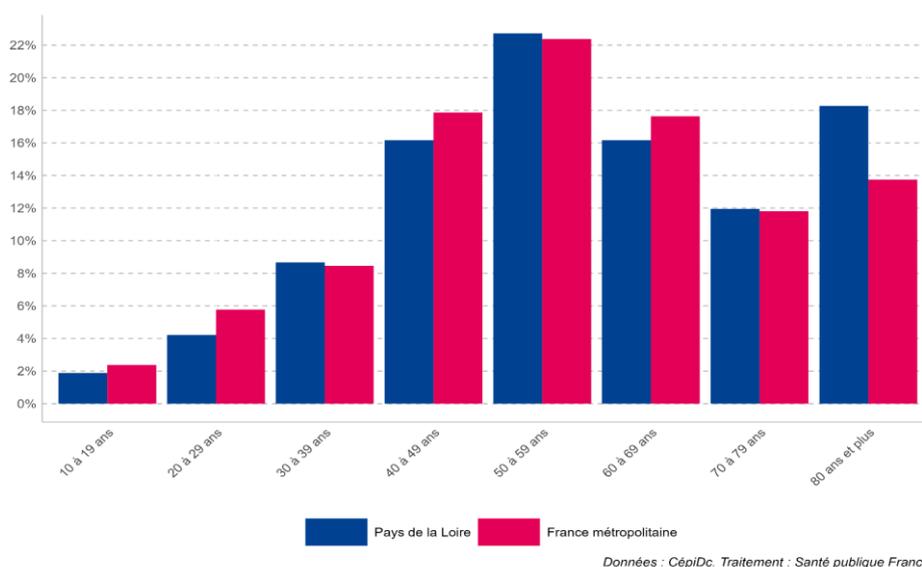
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 40-49 ans (22,4 % des suicides), les 50-59 ans (19,8 %) et les 60-69 ans (14,3 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (22,7 %) et les 80 ans et plus (18,3 %). Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (2 %). Comparativement à la France métropolitaine, la région Pays de la Loire se distinguait par une part importante des suicides observée chez les 80 ans et plus chez les femmes (vs 13,7 % en France métropolitaine) et une part légèrement plus élevée chez les 40-49 ans chez les hommes (vs 20,1 % en France métropolitaine) (Figure 14).

Figure 14 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale (%) et par sexe, chez les 10 ans et plus, Pays de la Loire et France métropolitaine, 2015-2017

14.a. Chez les Hommes



14.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Pays de la Loire était la pendaison (63,8 % vs 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 (10,9 %) lequel était rare chez les femmes (2,3 %) ; chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (19,0 %), moins fréquent chez les hommes (4,2 %). Les suicides par noyade et par saut dans le vide étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 11,5 % et 6,3 %) que chez les hommes (respectivement 3,2 % et 3,0 %) (Tableau 5).

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1260	63,8	44,5	69,2
Arme à feu	179	9,1	2,3	10,9
Auto-intoxication médicamenteuse	146	7,4	19,0	4,2
Saut dans le vide	74	3,7	6,3	3,0
Noyade	99	5,0	11,5	3,2
Auto-intoxication par d'autres produits	33	1,7	2,1	1,6
Collision intentionnelle	30	1,5	2,3	1,3
Objet tranchant	20	1,0		
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	11	0,6		
Mode non précisé	308	15,6	19,9	14,4

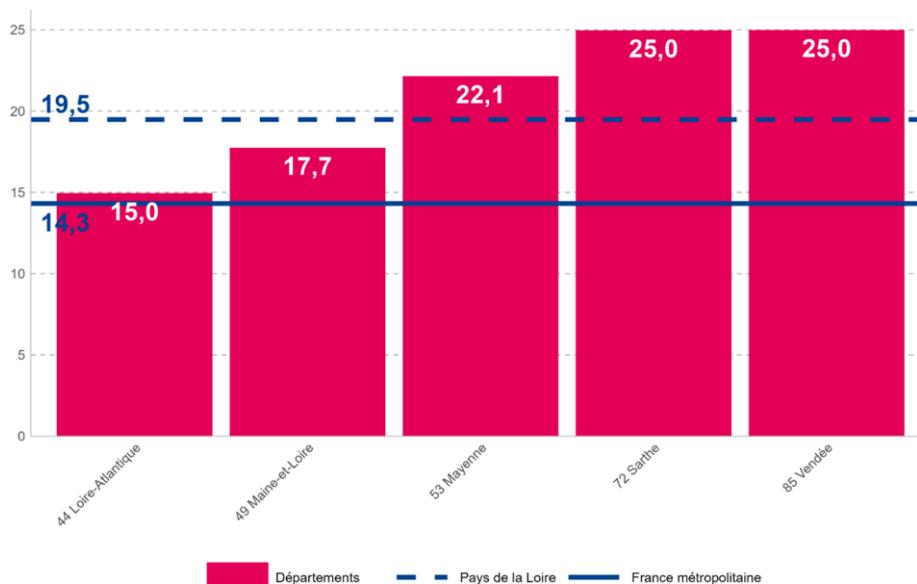
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

• Taux départementaux de mortalité par suicide, 2015-2017

En 2017, les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, chez les personnes résidentes en Pays de la Loire âgées de 10 ans et plus, différaient selon le département. Trois départements présentaient des taux de mortalité par suicide à la fois supérieurs au taux régional et à celui de la France métropolitaine : Mayenne, Sarthe et Vendée (Figure 15). Par ailleurs, tous les départements ligériens avaient un taux de mortalité par suicide supérieur au taux national.

Sur la période 2015-2017, la Sarthe présentait le taux de mortalité le plus élevé chez les femmes en France métropolitaine (13,9 pour 100 000 habitants) (Figure 16). Chez les hommes, les taux de mortalité par suicide étaient supérieurs à 30 pour 100 000 habitants dans les départements ligériens, excepté en Loire-Atlantique. La Sarthe présentait le taux le plus élevé de la région chez les hommes (40,1 pour 100 000 habitants), plaçant le département au 4^{ème} rang des taux départementaux les plus élevés. Dans l'ensemble des départements de la région, le taux de mortalité par suicide était supérieur chez les hommes, avec un sexe ratio variant de 2,9 en Sarthe à 5,4 en Vendée.

Figure 15 : Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par département, Pays de la Loire et France métropolitaine, 2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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

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

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

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

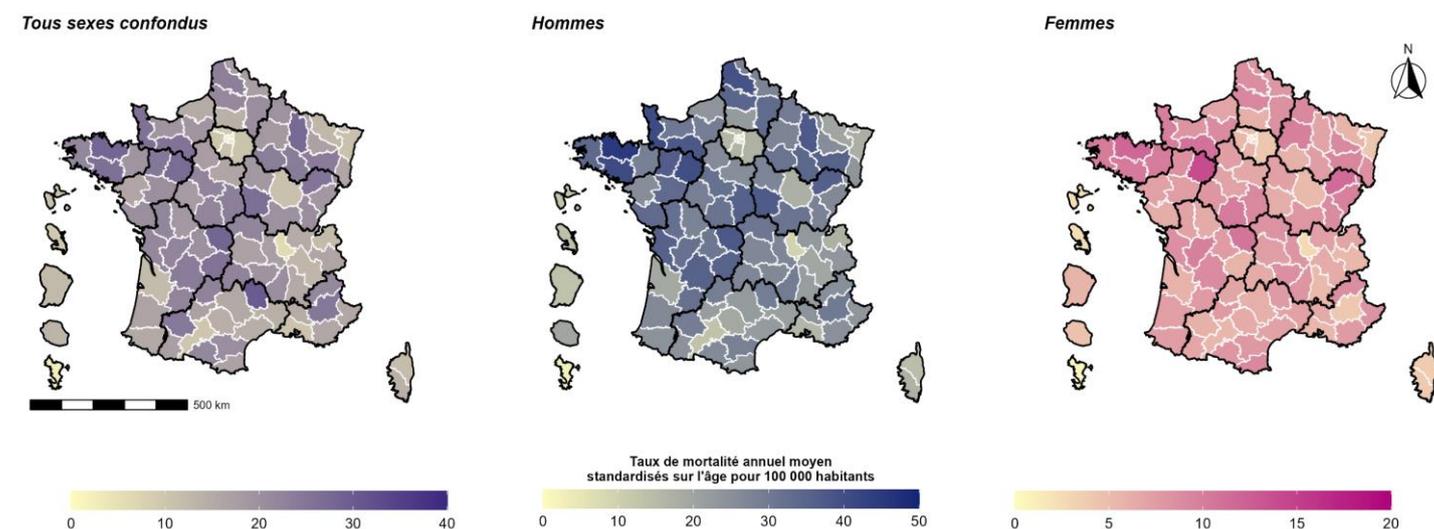
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Ile-de-France pour les femmes, mais seule la Seine-Saint-Denis présentait un faible taux d'hospitalisation chez les hommes (Figure 16).

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

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

Figure 16 : Taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

³ Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khireddine-Medouni I., Chan-Chee C., 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, janvier 2020-mars 2021* (A. Fouillet, I. Pontais, C. Caserio-Schönemann – Santé publique France ; D. Martin, G. Rey – Inserm-CépiDC).
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

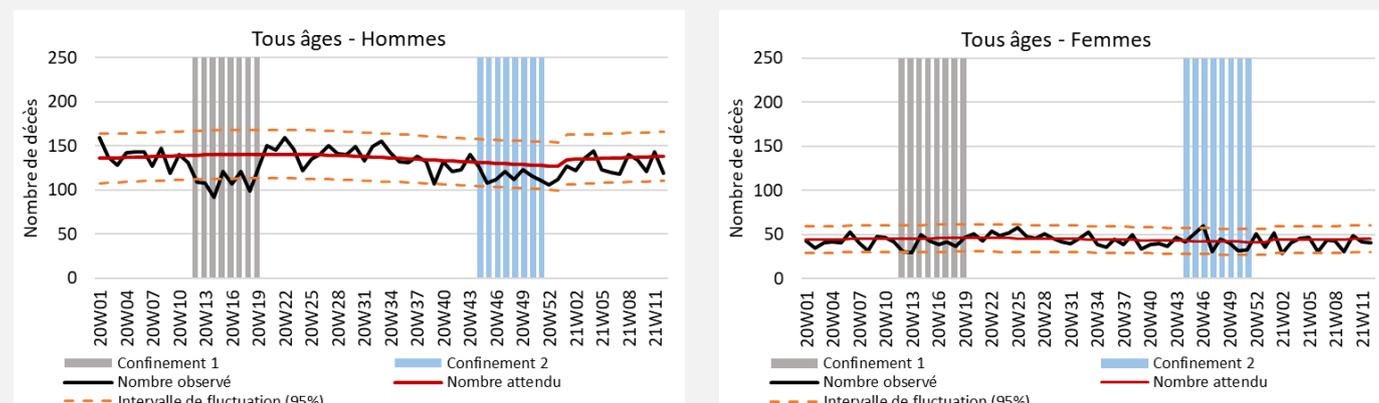
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du 1^{er} confinement, particulièrement chez les hommes. Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 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 âgés. Il convient toutefois de rester prudent, une augmentation de la mortalité par suicide est toujours susceptible de survenir de façon différée, si les impacts indirects de la crise se font sentir, notamment à partir de la réduction ou de l'arrêt des mesures sociales et économiques prises par le gouvernement français pour soutenir l'économie et maintenir l'emploi pendant le pic de la crise. Une surveillance réactive de la mortalité par suicide doit être poursuivie d'autant que d'autres événements susceptibles d'altérer la santé mentale sont survenus en 2022.

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



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN PAYS DE LA LOIRE

Focus sur deux nouvelles actions régionales de prévention

Nightline, une association visant à améliorer la santé mentale des jeunes et des étudiants

Solène Bargain, Nightline Pays de la Loire

Nightline est une association qui œuvre à l'amélioration de la santé mentale des jeunes et des étudiants. S'appuyant sur un modèle anglo-saxon existant depuis les années 70, elle existe en France depuis 2016, et s'est implantée à Angers en mars 2022 sous l'impulsion de l'Université d'Angers et en partenariat avec les Universités du Mans, de Nantes et le Crous Pays de la Loire. Une nouvelle antenne basée à Nantes ouvrira également courant 2023.

S'appuyant sur les principes de la démarche communautaire, l'association a développé plusieurs actions de prévention et de promotion de la santé mentale qui impliquent la participation d'étudiant(e)s à chaque étape, de leur élaboration et de leur mise en œuvre. Les actions visent en particulier à informer (réseaux sociaux, stands dans l'ensemble des lieux de vie étudiant), soutenir (ligne d'écoute nocturne tenue par des pairs), former (Sentinelles étudiantes) et orienter les étudiant(e)s vers les ressources adaptées, notamment des professionnels. Son action est concertée et soutenue au niveau local et national avec les acteurs institutionnels (Ministères, ARS, CNAM...) et l'écosystème (3114, Psycom, Union nationale de prévention du suicide (UNPS)...).



Application mobile de prévention du suicide : Hop ma liste

Edouard Godier, CHU d'Angers

Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) qui se concentrent sur les idées suicidaires ont montré une efficacité sur la prévention du suicide, avec une réduction de 50 à 60 % de la réitération d'un geste suicidaire chez les personnes à risque.

Certaines de ces interventions spécifiques peuvent être adaptées au format numérique. Dans ce contexte, le projet Hop ma liste a été porté par le service de Psychiatrie et d'Addictologie du CHU d'Angers, avec le soutien du Conseil de l'Innovation du CHU.

Hop ma liste est une application mobile de prévention du suicide à destination des personnes à risque suicidaire. L'application vise une meilleure identification des ressources internes et externes du patient, dans le but de surmonter la crise suicidaire ou d'encourager la recherche d'aide.

L'application réunit, sous la forme de 4 modules, des outils ayant démontré une efficacité dans la prévention du suicide. Il s'agit notamment de la création d'un plan de sécurité, d'un journal de gratitude, d'une boîte d'espoir et de l'accès à des ressources d'écoute et de soutien. Hop ma liste est en accès libre, gratuit, anonyme et confidentiel.

Lors de la première utilisation, le patient est guidé pour la réalisation d'un plan de sécurité (appelé ici liste de secours) en 7 étapes. Il s'agit de créer une liste personnalisée et hiérarchisée d'actions à mettre en place face aux idées suicidaires. La personne identifie ses signes d'alerte et renseigne ses stratégies d'adaptation. Des numéros de proches peuvent être ajoutés à partir du répertoire du téléphone. En cas de besoin, des activités de décentration et des numéros d'urgence sont suggérés. Un bouton permettant de contacter le 3114 (numéro national de prévention du suicide) est disponible en permanence dans le menu principal.

Une fois créée, la liste de secours peut être partagée avec un professionnel de santé ou la famille du patient. La liste peut également être mise à jour avec de nouvelles stratégies d'adaptation ou de nouveaux contacts.

La musique et les photos stockées sur le téléphone peuvent être ajoutées à la boîte d'espoir. Elle contient également des citations inspirantes et des exercices de thérapie cognitive. Le journal de gratitude permet d'écrire quotidiennement les événements agréables de la journée et les personnes qui ont contribué à ces moments.

Le module Ressources contient des éléments de psychoéducation sur les comportements suicidaires, les principaux dispositifs d'écoute disponibles en France et les sites de référence sur le sujet. Les dispositifs d'aide ne sont pas toujours connus, et lors d'une crise suicidaire la restriction cognitive rend difficile l'accès à ces informations. Hop ma liste donne donc un accès direct à ces ressources.

En résumé, Hop ma liste est une application gratuite et confidentielle réunissant des stratégies issues des TCC centrées sur la prévention du suicide à destination des personnes à risque.



FOCUS SUR UNE ETUDE RÉGIONALE

La santé mentale des adolescents des Pays de la Loire, au regard de l'épidémie de COVID-19

ORS Pays de la Loire, janvier 2022, 48 p.

Cette étude a permis de dresser un état des connaissances de la santé mentale des jeunes ligériens âgés de 11 à 18 ans avant la crise sanitaire COVID-19 et de mesurer l'impact de cette crise sur la souffrance psychique et le recours aux soins de cette population.

Les données d'enquêtes en population, ainsi que celles de l'Observatoire régional des urgences (ORU) et du Système national des données de santé (SNDS) ont été mobilisées et mises en perspective par des points de vue de professionnels de terrain (pédopsychiatres, urgentiste, médecins généralistes, professionnels des maisons des adolescents) exerçant dans la région.

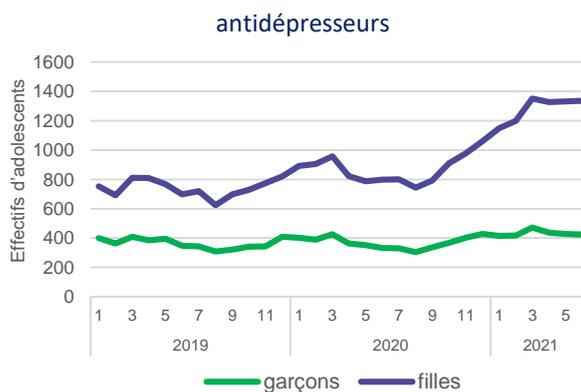
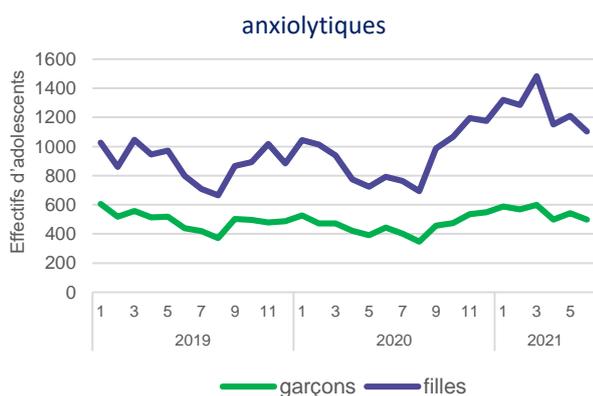
Financier : Conseil régional des Pays de la Loire



[Télécharger la publication](#)

Résultats marquants

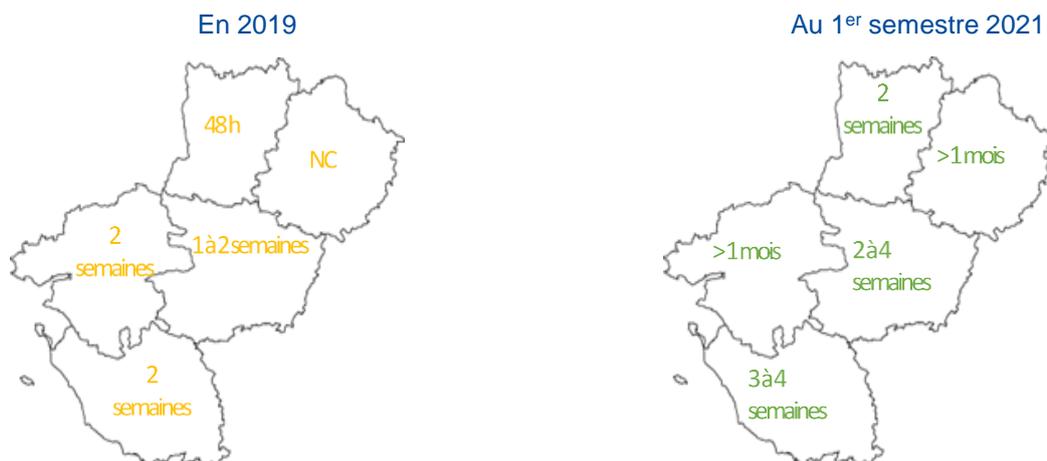
- Des passages aux urgences en lien avec un trouble mental en forte hausse chez les filles âgées de 11 à 18 ans à partir du 2^{ème} confinement.
- Un nombre de jeunes de 13 à 18 ans traités par psychotropes en augmentation de 23 % entre octobre 2020 et juin 2021 comparé à la même période un an avant, en particulier chez les filles de 13 et 14 ans (+ 50 %).



Lecture : En Pays de la Loire, les effectifs mensuels de jeunes de 13 à 18 ans ayant eu une délivrance d'anxiolytiques (courbe de gauche) et d'antidépresseurs (courbe de droite) ont augmenté à partir d'octobre 2020 chez les filles (courbes bleues) et chez les garçons (courbes vertes) mais de manière plus prononcée chez les filles

Source : SNDS / DCIR

- Forte augmentation des demandes d'entretiens en Maison des adolescents au 1^{er} semestre 2021 entraînant un allongement du délai d'attente dans tous les départements.



Source : Maisons des adolescents des Pays de la Loire

SYNTHÈSE NATIONALE

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

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

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

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

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

Les conduites suicidaires, des idées suicidaires aux tentatives de suicide et décès par suicide, sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées.

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

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

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

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

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

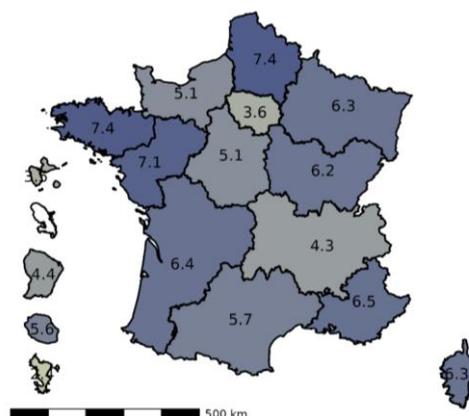
Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour 1 000 passages dans 3 régions : les Hauts-de-France, la Bretagne et les Pays de la Loire ; elle était inférieure à 4 pour 1 000 passages en Ile-de-France et dans deux DROM (Guadeloupe et Mayotte). Pour la métropole, on observe une diagonale ouest-est allant de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes avec une activité modérée entre 4,3 et 5,1 pour 1 000 passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Ile-de-France dont la part d'activité est plus faible (Figure 18). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car représentant la fréquence relative des passages aux urgences pour geste suicidaire parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

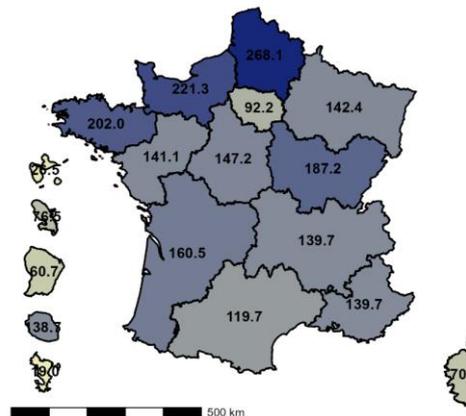
Concernant les hospitalisations pour TS, en 2021, les taux régionaux annuels d'hospitalisation standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus variaient pour les régions métropolitaines (Figure 19), de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France soit près de 4 fois plus. Dans les DROM, les taux d'hospitalisation pour TS étaient parmi les plus faibles de France, particulièrement à Mayotte (19,0), à l'exception de La Réunion (138,7). Les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés concernaient les 3 régions du nord-ouest de la France métropolitaine (Hauts-de-France, Normandie et Bretagne) avec des taux supérieurs à 200 pour 100 000 habitants, suivies de la Bourgogne-Franche-Comté (187,2) et de la Nouvelle Aquitaine (160,5). L'Ile-de-France avec la Corse étaient les 2 régions métropolitaines avec des taux d'hospitalisation inférieurs à 100 pour 100 000 habitants.

Figure 18 : Parts d'activité annuelles (%) des passages aux urgences pour geste suicidaire chez les 11 ans et plus, France entière, 2021



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France

Figure 19 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, France entière, 2021

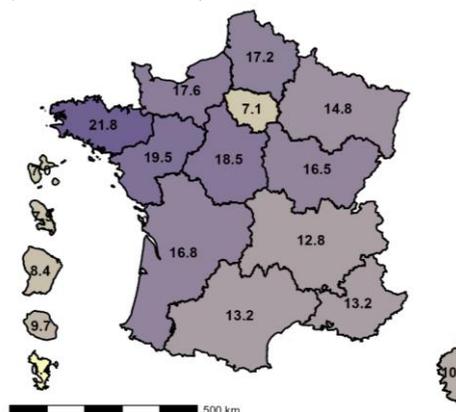


Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France

Concernant la mortalité par suicide en 2017 (dernière année disponible dans la base CépiDC), les taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus, standardisés sur l'âge, variaient pour les régions métropolitaines de 7,1 pour 100 000 habitants en Île-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne (Figure 20). Les taux de mortalité par suicide les plus élevés, supérieurs à 17 pour 100 000 habitants, concernaient les régions du quart nord-ouest de la France métropolitaine, incluant aussi le Centre-Val-de-Loire. La mortalité par suicide était modérée dans le sud-est de la France métropolitaine, avec des taux entre 10 et 14 pour 100 000 habitants.

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

Figure 20 : Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, France entière, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France

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

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

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

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

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

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

- **Principales tendances concernant les hospitalisations pour tentative de suicide**

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Principales tendances concernant la mortalité par suicide**

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

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

de mortalité tendait à augmenter entre 2010 et 2017 en France métropolitaine et dans une majorité de régions.

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

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

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

Conclusion et perspectives

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

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

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

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse régionale 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 (SU) 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), mise en œuvre et coordonnée par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. En Pays de la Loire, le réseau repose sur 31 structures d'urgences et couvre la quasi-totalité des passages aux urgences répertoriés par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est améliorée, passant de 67 % en 2017 à 75 % en 2022 (Tableau 6), en raison notamment de l'amélioration du codage dans les établissements hospitaliers de la Mayenne depuis mai 2020.

Tableau 6 : Nombre de structures d'urgences (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participants au réseau Oscour®, Pays de la Loire, 2022

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Loire-Atlantique	7/7 (100 %)	78,6 %
Maine-et-Loire	5/5 (100 %)	65,8 %
Mayenne	3/3 (100 %)	54,2 %
Sarthe	8/8 (100 %)	74,8 %
Vendée	8/8 (100 %)	92,6 %
Pays de la Loire	31/31 (100 %)	75,4 %

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

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

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

• Population étudiée et échelon d'analyse

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

- 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.
[ONS5 MAJ.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://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.mm6923e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external%20icon)
- 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 certifié 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, Amarieï A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITES SUICIDAIRES EN PAYS DE LA LOIRE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Noémie Fortin¹ et Delphine Casamatta¹, Francis Chin², 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

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai et Lisa King

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 de la DiRe ; Patrick Rolland, Coordonnateur de l'animation scientifique - DiRe

Avec la contribution de : Véronique Blanchier, Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire, Solène Bargain, Nightline Pays de la Loire, Edouard Godier, CHU d'Angers, Jean-François Buyck et Marie Dalichamp, Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire

REMERCIEMENTS

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

- Les coordonnateurs nationaux et régionaux du réseau Vigilans
- 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 ARS, SAMU-Centre 15, Etablissements de santé, Insee, Inserm, CépiDC, Caisse nationale d'assurance maladie

CONTACT

Santé publique France Pays de la Loire : cire-pdl@santepubliquefrance.fr