

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#); [p.2 Sigles](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récurrence](#); [p.4 Synthèse](#); [p.6 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#); [p.10 Hospitalisations pour tentative de suicide](#); [p.14 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.17 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.21 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19](#); [p.22 Actions de prévention du suicide en région](#); [p.23 Méthodologie](#); [p.25 Bibliographie](#); [p.26 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

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

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

SIGLES

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

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉITÉRATION

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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.

3114



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.

A La Réunion, le centre répondant a ouvert en décembre 2021 et est pleinement opérationnel depuis janvier 2022.

Le dispositif de recontact Vigilans

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

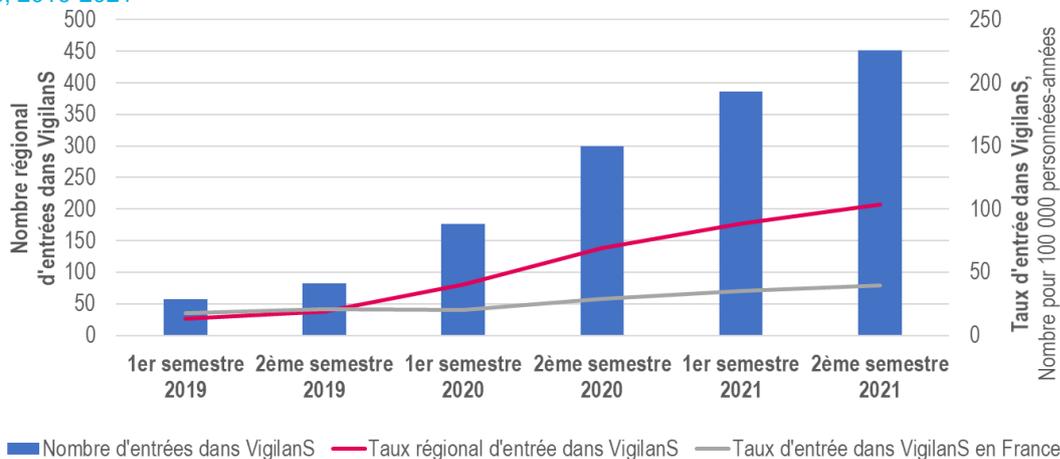


Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanceurs et de personnels administratifs. La veille consiste en plusieurs contacts auprès du sujet suicidant, par le biais d'appels téléphoniques, de courriers ou de cartes postales, durant les 6 mois après leur tentative de suicide. Les patients peuvent également contacter directement l'équipe du dispositif Vigilans quand ils le souhaitent, sur un numéro qui leur est spécifiquement dédié. Les professionnels de soins impliqués dans la prise en charge du patient (médecin traitant, psychiatre...) sont informés de son entrée dans le dispositif et peuvent être recontactés au cours de la veille.

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.

A La Réunion, Vigilans a débuté son activité au 1^{er} semestre 2019, porté par l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion. En mai 2022, les 4 services d'urgences adultes du territoire participaient à Vigilans. 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. A La Réunion, entre le 1^{er} semestre 2019 et le second semestre 2021, le nombre d'entrées dans Vigilans a considérablement augmenté passant de 57 à 451 entrées. Au second semestre de 2021, le taux d'entrée régional est plus de 2 fois plus élevé que le taux national (103,8/100 000 hbts contre 39,3/100 000 hbts)

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



Vigilans : pour en savoir plus

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

3114 : pour en savoir plus

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

SYNTHÈSE

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

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

Jusqu'à février 2019, avec la parution des premiers BSP « Conduites suicidaires », la surveillance de la santé mentale était peu déclinée à l'échelle régionale. Durant la crise sanitaire, les travaux nationaux ont été rapidement déclinés à l'échelle régionale avec la parution de Points épidémiologique « CoviPrev », en mars 2021, présentant un bilan des 18 premières vagues d'enquête, suivie d'une actualisation régulière des principaux indicateurs. Depuis septembre 2021, un point épidémiologique régional trimestriel (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 aigüe de la crise sanitaire. D'autres travaux d'analyse à l'échelle régionale sont en cours sur les principales catégories de troubles psychiques ; ils feront l'objet de publications au cours de l'année 2023.

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

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

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

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

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

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

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

Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour mille dans 3 régions : les Hauts-de France, la Bretagne et les Pays-de-Loire ; elle était inférieure à 4 pour mille passages en Ile-de-France et dans deux DROM (Guadeloupe et Mayotte). 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 mille passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Ile de France dont la part d'activité est plus faible (Figure 2). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car représentant la fréquence relative des passages aux urgences pour GS parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

Concernant les hospitalisations pour tentatives de suicide, les taux régionaux annuels d'hospitalisation standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus variaient pour les régions métropolitaines, de 70,2 pour 100 000 habitants en Corse à 268,1 pour 100 000 dans les Hauts de France soit près de 4 fois plus. Dans les DROM, les taux d'hospitalisation pour TS étaient parmi les plus faibles de France, particulièrement à Mayotte (19,0) et à l'exception de La Réunion (138,7). Les taux d'hospitalisation pour TS les plus élevés concernaient les 3 régions du nord-ouest de la France 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 2. Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰) chez les 11 ans et plus, 2021

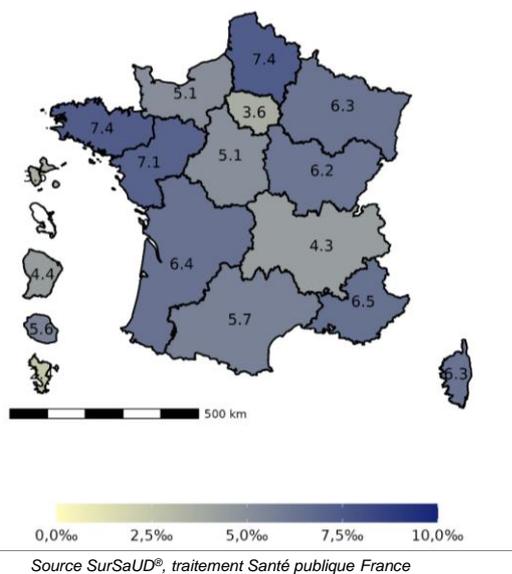


Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021

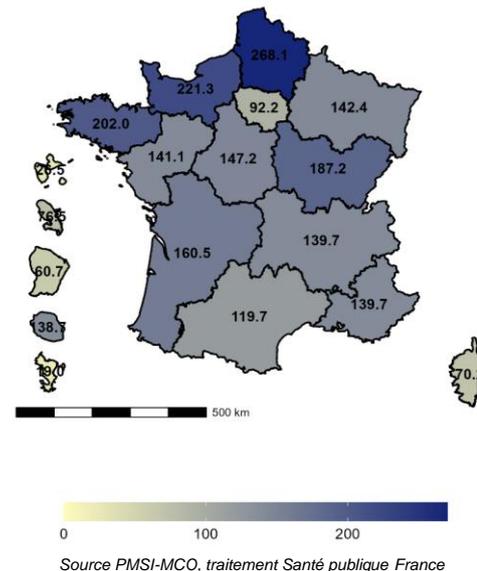
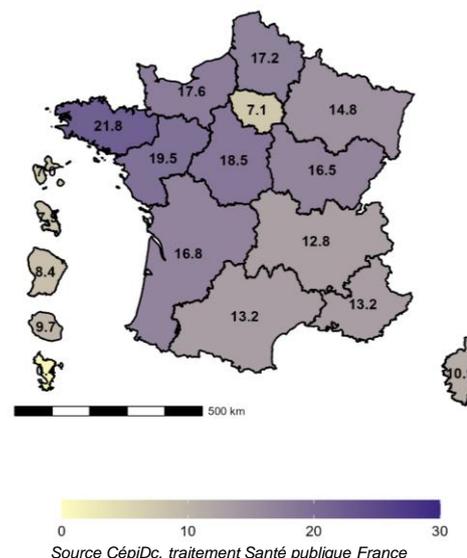


Figure 4. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2017

Concernant la mortalité par suicide en 2017 (dernière année disponible dans la base CépiDc), les taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus, standardisés sur l'âge, variaient pour les régions métropolitaines de 7,1 pour 100 000 habitants en Île-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne. Les taux de mortalité par suicide les plus élevés, supérieurs à 17 pour 100 000, concernaient les régions du quart nord-ouest de la France, incluant aussi le Centre-Val-de-Loire. La mortalité par suicide était modérée dans le sud-est de la France 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), le plus élevé étant observé à La Réunion (9,7 pour 100 000).



• 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 urgences pour IS n'ont pas augmenté; le pic de part d'activité observé sur cette période étant lié à une diminution globale des passages aux urgences.

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

Concernant les gestes suicidaires (janvier 2017 à juin 2022), l'évolution était beaucoup moins marquée que pour les IS. Dans toutes les régions 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 passage aux urgences variaient de 32 % à 76% en 2020-2021 selon les régions, DROM inclus. Le 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 parts d'activité était aussi observée chez les adultes de 25-54 ans et de 65 ans et plus en France, chez les 25-54 ans dans la toutes les régions 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'hospitalisations pour TS chez les hommes et les femmes, moins marquée après 2014, dans toutes les régions et DROM sauf en Nouvelle-Aquitaine et à La Réunion. Néanmoins, une tendance croissante sur les dernières années était observée dans le Grand-Est, les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes. Les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes (sexe ratio des taux entre 0,6 et 0,8 en 2019) dans les régions métropolitaines et à la Réunion, et 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 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, la plupart de ses régions et à La Réunion.

• Principales tendances concernant la mortalité par suicide

Sur la période 2010-2017, la tendance de la mortalité par suicide était à la baisse pour les deux sexes dans toutes les régions, avec cependant une stabilisation ou une remontée des taux annuels de mortalité observée entre 2015 et 2017 dans 7 régions 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.

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 IS et GS et aux hospitalisations pour TS à partir de l'automne 2020, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans, s'accroissant en 2022. Au niveau national, ce phénomène est sans retentissement observable sur la mortalité par suicide jusqu'à mars 2021, ce qui pourrait évoluer par la suite.

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

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

TENDANCES SPÉCIFIQUES A LA RÉUNION

A la Réunion, comme à l'échelle de la France entière, la crise pandémique a eu des répercussions sur la santé mentale des populations de par sa nature et l'aspect inédit des mesures destinées à la contrer.

Certaines spécificités régionales sont cependant à relever:

- ✓ **Au niveau de l'activité des urgences**, l'augmentation de l'activité pour idées suicidaires n'est significative que chez les jeunes femmes de 11 à 24 ans. Les femmes jeunes étaient majoritaires en ce qui concerne les passages pour idées suicidaires avant la crise et le sont restées jusqu'en 2021. En ce qui concerne le geste suicidaire, il n'a pas été relevé d'évolution significative (les effectifs sont faibles) malgré les mêmes tendances que pour l'ensemble de territoire.
- ✓ **En ce qui concerne les hospitalisations pour tentative de suicide** : contrairement à la plupart des régions, les taux d'hospitalisation pour TS (tous sexes) ont continué de progresser jusqu'en 2015, rejoignant la moyenne nationale pour les femmes et la dépassant pour les hommes. A partir de 2016 et jusque 2019, le taux d'hospitalisation pour TS a entamé une baisse progressive chez les femmes, passant alors sous la moyenne nationale, et une stabilisation autour de la moyenne nationale chez les hommes.
Après une hausse en 2020, le taux d'hospitalisation pour TS a baissé en 2021 à la Réunion, mais il est resté supérieur au taux pour la période pré-pandémique. La baisse n'est observée que chez les hommes tandis qu'elle est stable chez les femmes entre 2020 et 2021 et supérieure à la période 2017-2019. Le taux d'hospitalisation pour TS à la Réunion est inférieur à la moyenne nationale mais supérieur aux autres DROM et à 3 régions métropolitaines.
- ✓ **La mortalité par suicide à la Réunion**, était en baisse sur la période 2010-2017 (dernière données consolidées disponibles) et comme dans les autres DROM, elle était inférieure à celle de la France métropolitaine. La mortalité par suicide était plus importante chez les hommes que chez les femmes (ratio de 4 pour 1). Contrairement à la métropole, c'est chez les hommes de la tranche de 40 à 49 ans que la mortalité était la plus élevée. Par ailleurs, à l'opposé de la métropole, la mortalité chez les plus de 75 ans était très faible.
Comme ailleurs, le suicide par pendaison était le plus fréquent mais à la Réunion, il était ensuite suivi du suicide par précipitation (2^{ème} cause chez les hommes et 3^{ème} chez les femmes).

Conclusion et perspectives régionales

A la Réunion, la dégradation depuis la période pandémique des indicateurs relatifs au suicide n'a été observée que chez les femmes jeunes, aussi bien au niveau des passages pour idées suicidaires qu'au niveau des hospitalisations pour tentative de suicide. Au niveau de l'activité des urgences, cette même tendance se maintenait au 1^{er} semestre 2022.

Ces tendances, comme à l'échelle du pays, ne s'accompagnaient pas d'une hausse de la mortalité par suicide. Elles mettent cependant en évidence le besoin de maintenir une surveillance de la santé mentale. En effet, certains effets néfastes de la crise sanitaire pourraient se matérialiser avec délai.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE A LA RÉUNION

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

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

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. A la Réunion, comme partout en France, une baisse générale notable des passages aux urgences a été observée lors du confinement de mi-mars à mi-mai 2020, dont les causes sont multiples.

• Idées suicidaires

Malgré une variabilité intra-annuelle, les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, présentaient une tendance à la hausse au second semestre 2020. Le même phénomène a été observé au second semestre 2021, après un début d'année comparable à la période 2017-2019. Cette tendance à la hausse, en nombre et en part d'activité, s'est accentuée au 1^{er} semestre 2022 (Figure 5).

Le sexe ratio H/F a peu évolué au cours de la période d'étude, oscillant entre 0,47 et 0,78 à l'exception de la période du début de pandémie (mars à juin 2020) où il était de 1,0.

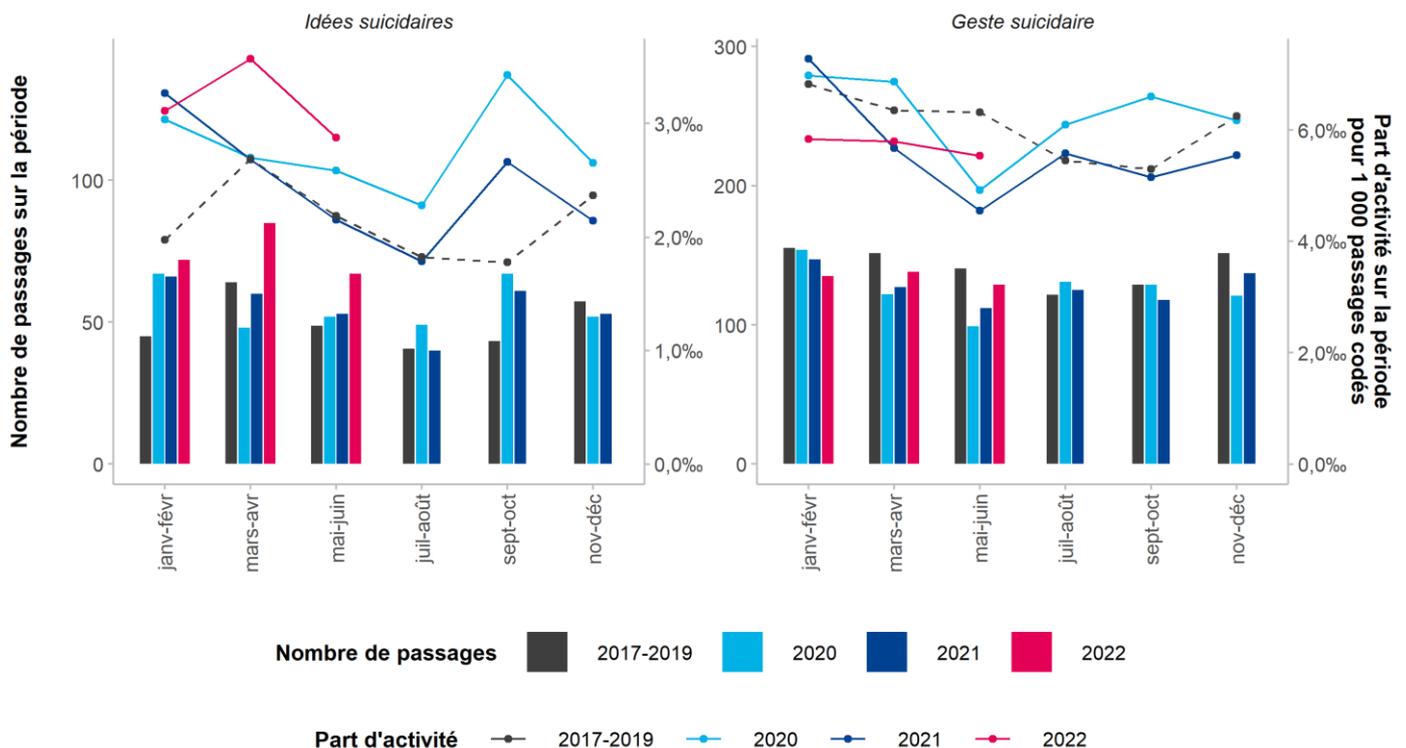
• Geste suicidaire

Par rapport à la période 2017-2019, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2020 et 2021 présentait une tendance à la baisse. Une légère augmentation est observée au 1^{er} semestre 2022.

En 2020, après une forte baisse en mai-juin, la part d'activité mensuelle moyenne est remontée au second semestre. En 2021, la part d'activité mensuelle moyenne était globalement plus basse ou similaire à celle de 2017-2019. La part d'activités au 1^{er} semestre 2022 était également plus basse que pour la même période en 2017-2019 (Figure 5).

L'analyse des données par sexe montre une stabilité du sexe ratio au cours de la période étudiée, oscillant entre 0,41 et 0,79.

Figure 5 : Nombres mensuels de passages aux urgences pour idées et geste suicidaires et parts d'activité mensuelles (‰), chez les 11 ans et plus, La Réunion, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

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

• Idées suicidaires et geste suicidaire: comparaison des périodes 2017-2019 et 2020-2021

A la Réunion, entre 2017-2019 et 2020-2021, l'activité des urgences liée *aux idées suicidaires*, déjà supérieure chez les femmes avant la pandémie à Covid-19, a augmenté significativement chez ces dernières tandis qu'elle est restée stable chez les hommes.

L'analyse des données par classe d'âge (tous sexes confondus) montre une progression significative (de 6,08‰ à 7,97‰, $p < 0,001$) de l'activité aux urgences liées aux idées suicidaires uniquement dans la tranche la plus jeune, les 11-24 ans. Elle est stable dans les autres classes d'âge (Tableau 1). Cette augmentation du recours aux soins pour idées suicidaires chez les jeunes est confirmée par les cliniciens.

La part d'activité pour *geste suicidaire* aux urgences est restée stable tout au long de la période étudiée tant pour les femmes que pour les hommes. On note cependant que ces passages concernaient presque deux fois plus fréquemment des femmes que des hommes tant sur la période 2020-2021 (sexe ratio 0,56) que durant la période 2017-2019 (sexe ratio 0,57).

Sur les deux périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge les plus jeunes que les adultes et les séniors. Aucune évolution significative de l'activité n'a été observée au cours du temps (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, La Réunion, 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	126	1,70	130	1,91	0,142
	Femmes	173	2,64	204	3,35	<0,001
	11-24 ans	183	6,08	204	7,97	<0,001
	25-64 ans	111	1,40	122	1,68	0,035
	65 ans et plus	5	0,16	8	0,25	0,268
Geste suicidaire	Hommes	307	4,14	273	4,01	0,553
	Femmes	542	8,27	488	8,03	0,478
	11-24 ans	295	9,80	274	10,65	0,129
	25-64 ans	516	6,53	442	6,07	0,082
	65 ans et plus	38	1,24	46	1,50	0,199

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

Passages aux urgences pour geste suicidaire à la Réunion en 2021

En 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire à la Réunion est identique à celle de la France entière et représente 5,6‰ de l'ensemble de l'activité.

Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

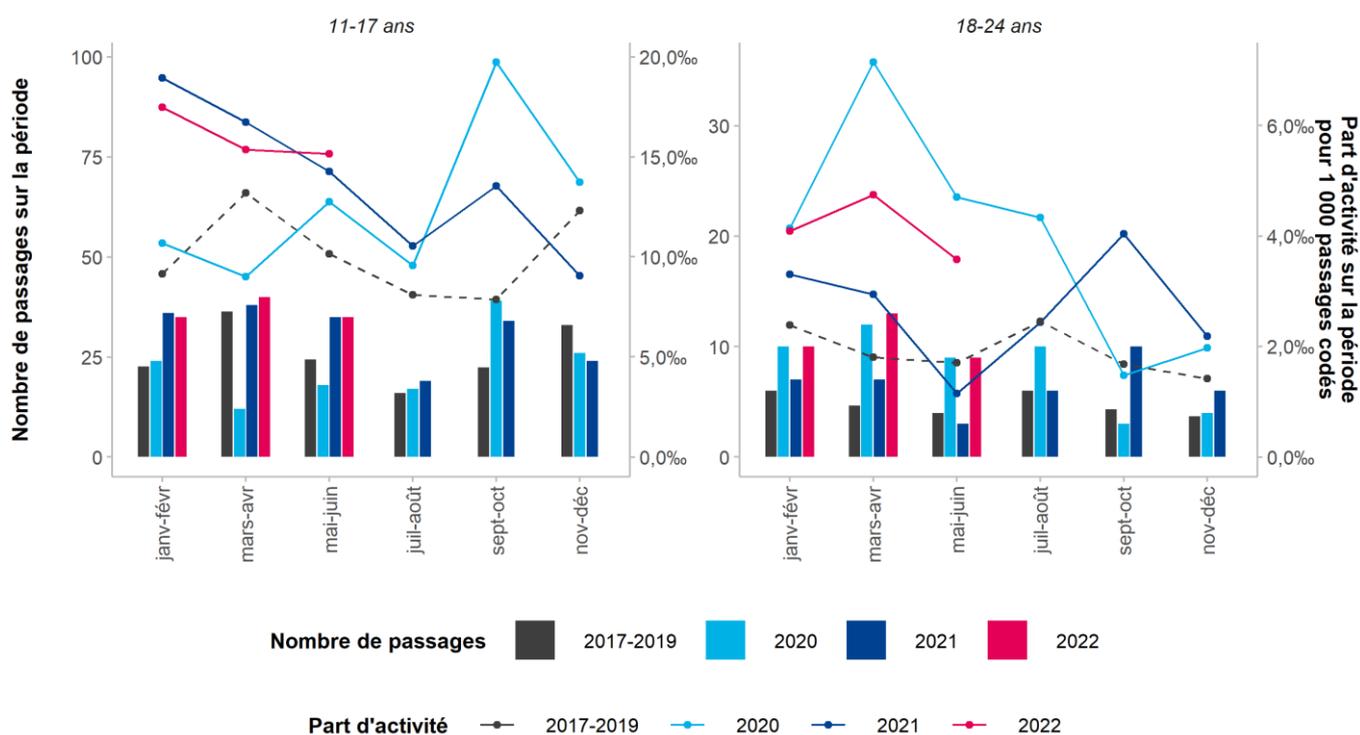
• Idées suicidaires

Chez les jeunes, dans *la classe d'âge des 11-17 ans*, la part d'activité des urgences liée aux idées suicidaires a connu une hausse dès les mois d'avril/mai 2020. Malgré des variations au cours de la période, cette hausse s'observe jusqu'à la fin du 1^{er} semestre 2022. Le nombre de passages pour idées suicidaires a connu une forte baisse pendant le confinement de 2020, en lien avec la baisse générale de la fréquentation des urgences. Par la suite, et malgré des fluctuations, le nombre de passages présente une tendance à la hausse.

Dans *la tranche des 18-24 ans*, une hausse de la part d'activité et du nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires a également été observée, essentiellement en 2020 et 2022. Les effectifs restent cependant faibles.

Dans ces deux tranches d'âge, pour les années 2020-2021, des fluctuations d'activité plus importantes que lors de la période 2017-2019 étaient observées (Figure 6).

Figure 6 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, La Réunion, janvier 2017-juin 2022,



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Geste suicidaire

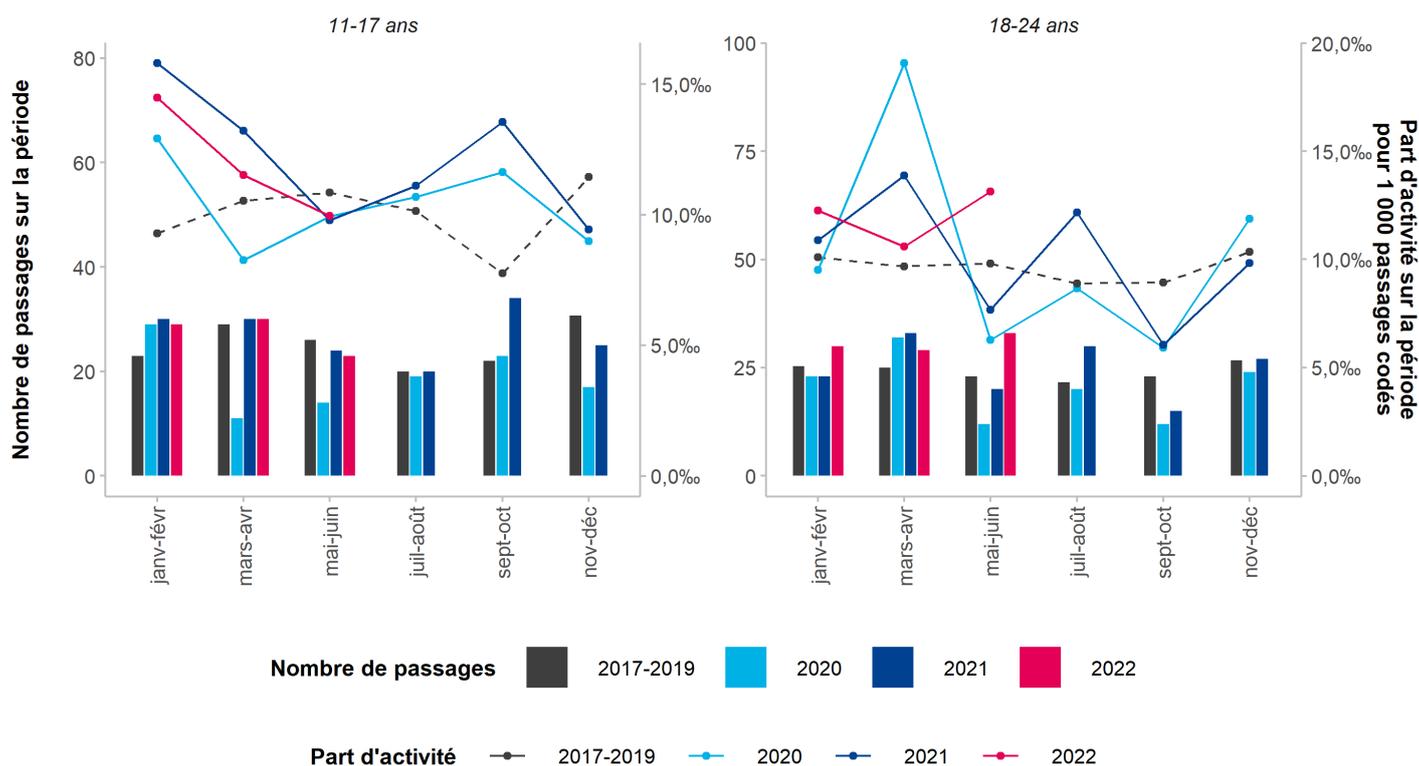
Chez les jeunes de 11-17 ans, en 2020, malgré des fluctuations au cours des mois, la part d'activité mensuelle moyenne des urgences pour geste suicidaire est restée similaire à celle de la période 2017-2019. En 2021 et au 1^{er} semestre 2022, elle était en hausse légère par rapport à celle de la période 2017-2019.

Après la baisse observée lors du confinement de 2020, le nombre de passages aux urgences en 2021 et au 1^{er} semestre 2022 est par contre restée comparable à celui de la période 2017-2019 (Figure 7, page 11).

Chez les 18-24 ans, la part d'activité mensuelle des urgences pour geste suicidaire fluctuait beaucoup depuis 2020 en comparaison avec la période 2017-2019. Lissée sur l'année, elle est cependant restée similaire à celle de la période 2017-2019 jusque fin 2021 mais présentait une tendance à la hausse au 1^{er} semestre 2022.

En ce qui concerne le nombre de passages, il a peu évolué depuis 2020 malgré une légère tendance à la hausse en 2022 (Figure 7, page 11).

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



• Idées suicidaires et geste suicidaire: comparaison des périodes 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 *pour idées suicidaires* ont significativement augmenté sur la période 2020-2021 comparativement à la période antérieure 2017-2019. Une augmentation significative était également rapportée chez les sujets féminins.

En ce qui concerne les passages *pour geste suicidaire*, l'activité est restée stable chez les hommes et chez les jeunes de 18 à 24 ans. L'activité a augmenté chez les sujets féminins et chez les jeunes de 11 à 17 ans mais de façon non significative (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, La Réunion, 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	51	3,38	51	4,08	0,150
	Femmes	132	8,82	154	11,66	<0,001
	11-17 ans	155	10,24	161	13,30	<0,001
	18-24 ans	29	1,91	44	3,21	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	81	5,34	66	5,28	0,957
	Femmes	214	14,32	208	15,76	0,132
	11-17 ans	151	9,97	138	11,40	0,079
	18-24 ans	145	9,63	136	9,99	0,639

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE À LA RÉUNION

Données issues du PMSI-MCO

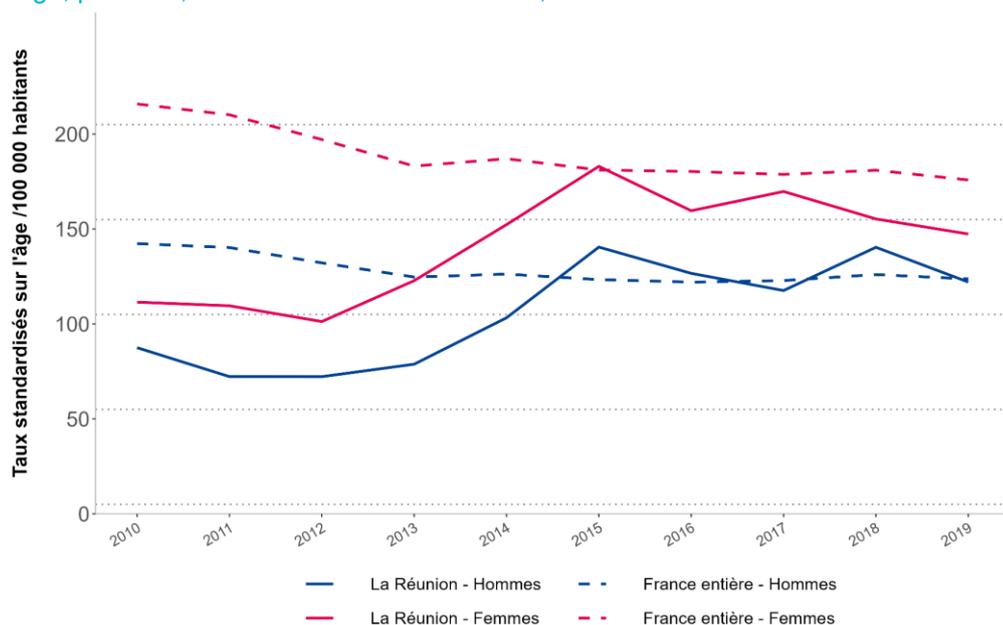
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation de 2010 à 2019

A la Réunion, une augmentation importante des hospitalisations pour tentative de suicide (TS) chez les personnes âgées de 10 ans et plus était observée entre 2010 et 2015, avec un pic à plus de 1300 hospitalisations, suivie d'une relative stabilité autour de 1000 hospitalisations annuelles. Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 135 pour 100 000 habitants en 2019, la Réunion situait sous le taux national (150,8 pour 100 000 habitants pour la France entière en 2019).

Chez les femmes, le taux d'hospitalisation pour TS a rejoint la moyenne pour la France entière en 2015 (183,0 *versus* 181,1 pour 100 000 habitants) pour ensuite baisser et se stabiliser jusqu'en 2019 sous la moyenne nationale (147,4 *versus* 175,8 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux d'hospitalisation pour TS a également atteint son pic en 2015 en dépassant la moyenne nationale (140,5 *versus* 123,4 pour 100 000 habitants) pour ensuite se stabiliser autour de la moyenne nationale (122,1 *versus* 123,7 pour 100 000 habitants) (Figure 8).

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



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

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

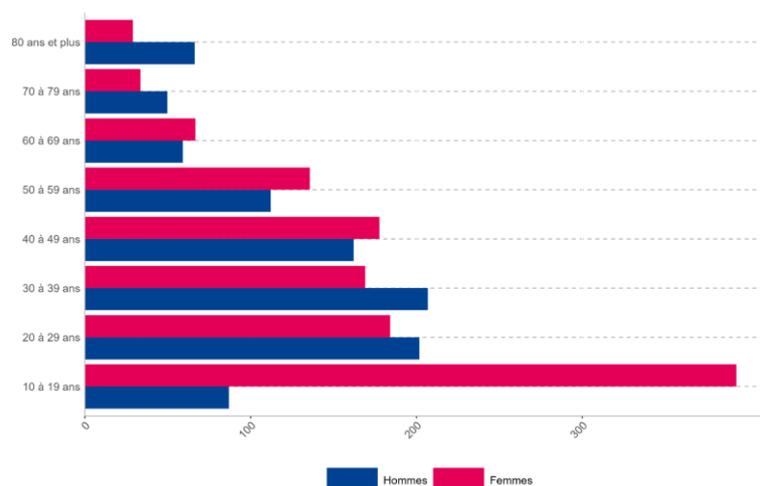
Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de La Réunion et âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (61% des 3 442 hospitalisations pour TS ; sexe ratio 0,39).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 393 pour 100 000 femmes, nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 9).

Chez les hommes, les taux bruts d'hospitalisation pour TS les plus élevés étaient observés chez les 20-29 ans (201,7 pour 100 000 hommes) et les 30-39 ans (206,8 pour 100 000 hommes) (Figure 9).

Dans ces 2 tranches d'âges, comme dans les 2 tranches supérieures à 70 ans, les taux bruts d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les hommes que les femmes.

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



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

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

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 11,9 pour 1000 hospitalisations à la Réunion, ce qui est comparable à celle observée en France entière (12,1 pour 1000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les femmes que chez les hommes : elle passait de 1 décès pour 1 000 hospitalisations chez les femmes de moins de 25 ans à 81 pour 1 000 hospitalisations chez celles de 65 ans et plus, soit près de 80 fois plus, *versus* une augmentation chez les hommes de 3 décès pour 1 000 hospitalisations pour les moins de 25 ans à 75 pour 1 000 chez ceux de 65 ans et plus, soit près de 25 fois plus.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse chez 72,1% des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (77,8% pour la France entière). Venaient ensuite, dans des proportions moindres, l'utilisation d'objet tranchant (14,2%), l'auto-intoxication par d'autres produits (11,2%), le saut dans le vide (3,2%), la pendaison (2,8%) et l'exposition aux fumées, gaz ou flammes (1,0%). D'autres modes étaient peu fréquents. On note que la proportion d'hospitalisations pour TS par saut dans le vide était près de 2 fois plus importante que pour le territoire national (3,2% des hospitalisations pour TS *versus* 1,7%) et que celle pour exposition aux fumées, gaz ou flammes était 3 fois plus élevée (1,0% des hospitalisations pour TS *versus* 0,3%) .

L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes. Les hommes ont beaucoup plus fréquemment eu recours que les femmes aux auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) ainsi qu'à la pendaison mais également au saut dans le vide (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation variait entre 1 et 3 jours pour la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (3 jours), par usage d'objet tranchant, d'arme à feu ou de noyade (2 jours).

La létalité hospitalière était la plus élevée lors des TS par pendaison (189 pour 1 000 hospitalisations) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (121 pour 1 000 hospitalisations).

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, La Réunion, 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	2 481	72,1	78,0	63,0	1,0	4		
Objet tranchant	490	14,2	15,6	12,2	2,0	2		
Auto-intoxication par d'autres produits	384	11,2	7,3	17,1	1,0	8		
Saut dans le vide	110	3,2	2,5	4,3	3,0	36		
Pendaison	95	2,8	0,8	5,8	1,0	189		
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	33	1,0	1,2	0,6	1,0	121		
Noyade	8	0,2			2,0			
Arme à feu	7	0,2			2,0			
Collision intentionnelle	6	0,2			1,0			
Mode non précisé	84	2,4	1,5	3,8	1,0	0		

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS 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 11). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 habitants (Corse-du-Sud) à 367,6 pour 100 000 habitants (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

Inversement, chez les femmes, en métropole, 5 départements présentaient des taux inférieurs à 100 pour 100 000 (vs. 25 départements pour les hommes) : la Corse-du-Sud, les Pyrénées-Atlantiques 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 : 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.

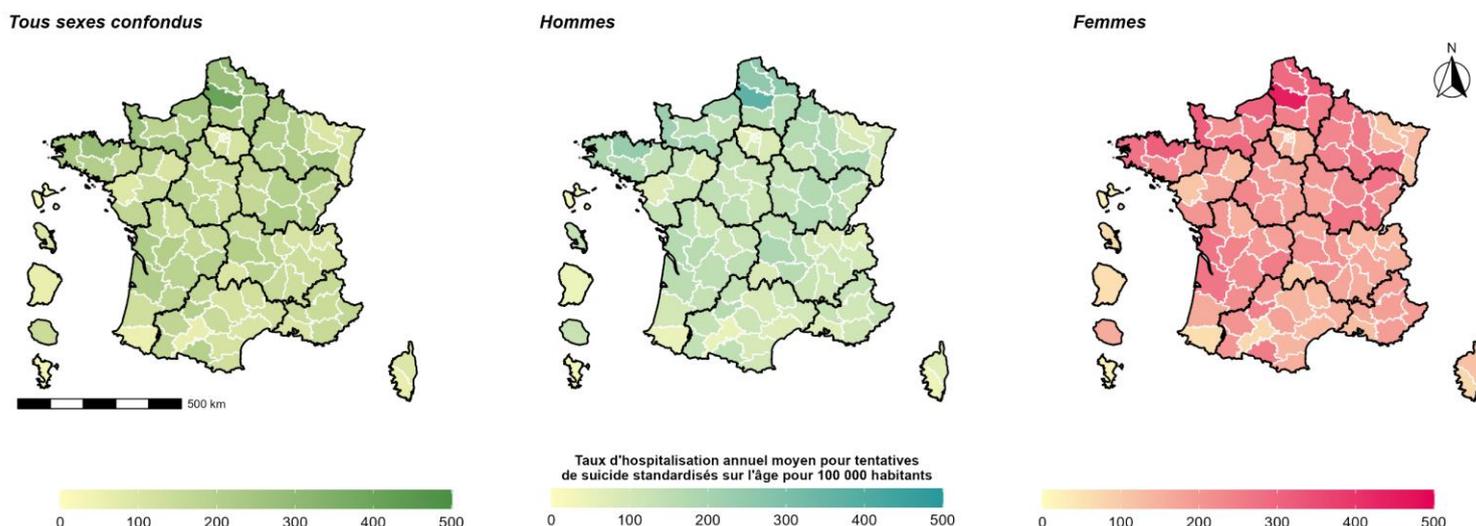
Les départements et régions d'outre mer (DROM), hors Réunion pour les deux sexes, et Martinique pour les hommes, présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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

La Réunion ne faisait pas partie des extrêmes décrits ci-dessus en termes de taux d'hospitalisation pour TS et de sexe ratio des taux sur la période 2017-2019.

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).

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



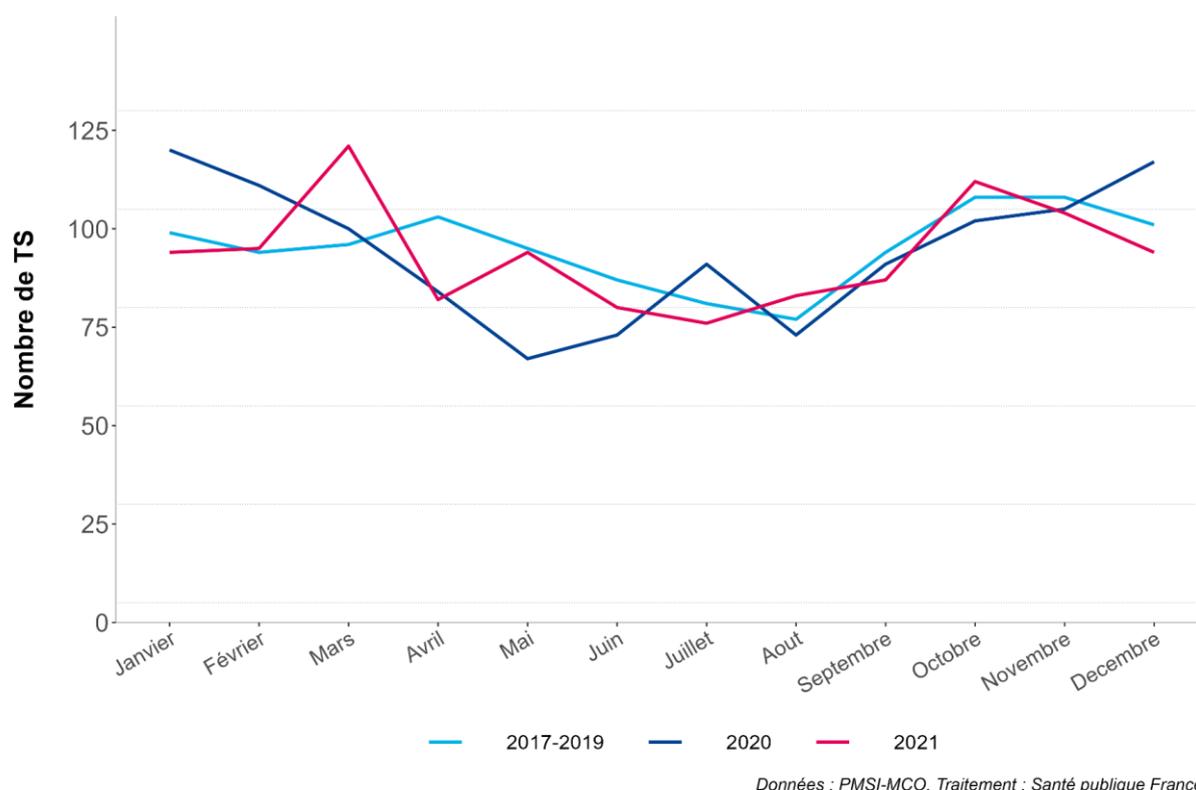
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En 2020, à la Réunion, le nombre d'hospitalisations pour TS a baissé au cours des mois de confinement (Figure 11). Une tendance de diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aigüe de la pandémie a été décrite par plusieurs auteurs¹⁻², dont les causes peuvent être multiples : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents, restriction de l'offre de soins avec la déprogrammation de certaines prises en charge, crainte de se rendre dans un établissement de santé dans un contexte d'épidémie. Concernant les 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. Dès le mois d'août, l'évolution mensuelle a rejoint celle de la période 2017-2019.

En 2021, aucune tendance temporelle particulière n'a été observée, malgré un pic d'hospitalisations pour TS inhabituel en mars. Avec respectivement 1134 et 1122 hospitalisations pour TS, les valeurs annuelles en 2020 et 2021 ne présentent aucune particularité par rapport à la période 2017-2019 (1143 hospitalisations).

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



• Caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide – La Réunion

La part des femmes dans les hospitalisations pour TS a augmenté en 2021 (mais pas en 2020) par rapport aux années précédentes (64,7 % vs 60,7 % en 2017-2019, $p=0,017$). Des différences significatives de la répartition par âge ont été observées pour les deux années 2020 et 2021, comparativement à la période 2017-2019. En 2020, la part des 65 ans et plus a augmenté tandis que celle des jeunes de 10-24 ans a diminué légèrement et que celle des adultes de 25 à 64 ans est restée stable. En 2021 par contre, la part des jeunes de 10-24 ans a fortement augmenté (45,5 % en 2021 vs 36,0 % en 2017-2019) tandis que celle des 65 ans et plus baissait par rapport à 2020, tout en restant plus élevée qu'en 2017-2019 (5,8 % en 2021 vs 4,1 % en 2017-2019).

Concernant l'évolution des modes de TS, en 2021, la proportion d'auto-intoxication médicamenteuse chez les hospitalisés pour TS a significativement baissé par rapport aux années précédentes (73,5 % vs 67,4% en 2017-2019, $p<0,001$) tandis que la proportion d'hospitalisations pour TS par usage d'objet tranchant (14,5 % vs 21,3% en 2017-2019, $p<0,001$) a augmenté significativement (Tableau 4, page 16). Il n'y a pas eu d'évolution concernant les autres modes de TS en 2021.

La létalité globale des TS reste faible et a même baissé en 2021 (baisse non significative), passant sous 1%.

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 TS, La Réunion, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	39,3%	38,0%	0,446	35,3%	0,017
	Femme	60,7%	62,0%		64,7%	
Classe d'âge	10-24 ans	36,0%	34,2%	0,002	45,5%	<0,001
	25-64 ans	59,9%	59,2%		48,8%	
	65 ans et plus	4,1%	6,6%		5,8%	
Létalité		1,2%	1,1%	0,839	0,5%	0,085
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	73,5%	70,9%	0,689	67,4%	<0,001
	Objet tranchant	14,5%	17,6%	0,132	21,3%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	11,4%	13,5%	0,543	11,5%	1,000
	Saut dans le vide	3,3%	2,5%	1,000	3,4%	1,000
	Pendaison	2,8%	3,6%	1,000	3,4%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	1,0%	0,7%	1,000	0,5%	1,000
	Collision intentionnelle	0,2%	<0,4%	1,000	<0,5%	1,000
	Noyade	0,2%	<0,4%	1,000	<0,5%	1,000
	Arme à feu	0,2%	0,0%	1,000	<0,5%	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=3376 en 2017-2019, 1113 en 2020 et 1104 en 2021).
 Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Hospitalisations pour tentative de suicide à la Réunion et en France entière 2020-2021

A la Réunion, le taux standardisé d'hospitalisation pour TS avait baissé durant la période pandémique, passant de 143,5 en 2020 à 139,0 pour 100 000 habitants en 2021. Il reste cependant plus élevé que sur la période pré-pandémique (135,0 pour 100 000 habitants en 2019, voir page 10).

Selon le sexe, cette baisse était observée uniquement chez les hommes (de 122,5 en 2020 à 113,1 en 2021, stable par rapport à la période pré-pandémique) tandis qu'une stabilité était observée chez les femmes mais avec un taux plus élevé qu'avant la pandémie (162,5 et 162,7 pour 100 000 habitants en 2020 et 2021 respectivement pour 147,4 pour 100 000 habitants en 2019, voir page 12).

En 2021, le taux annuel régional d'hospitalisation pour TS restait plus bas que pour la France entière (138,7 *versus* 150,4 pour 100 000 habitants pour la France entière).

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

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

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

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

- 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 3ème confinement car moins restrictif que les deux précédents).

Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de COVID-19 à ceux de ces trois années de référence (Figure 14) pour la période équivalente. Si le rapport est significativement supérieur à 1, c'est que le taux d'hospitalisation pendant cette période de la pandémie était supérieur à celui des années 2017–2019. Si, au contraire, ce rapport est inférieur à 1, alors le taux d'hospitalisation pendant la pandémie était inférieur à celui de la période pré-pandémique.

Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans.

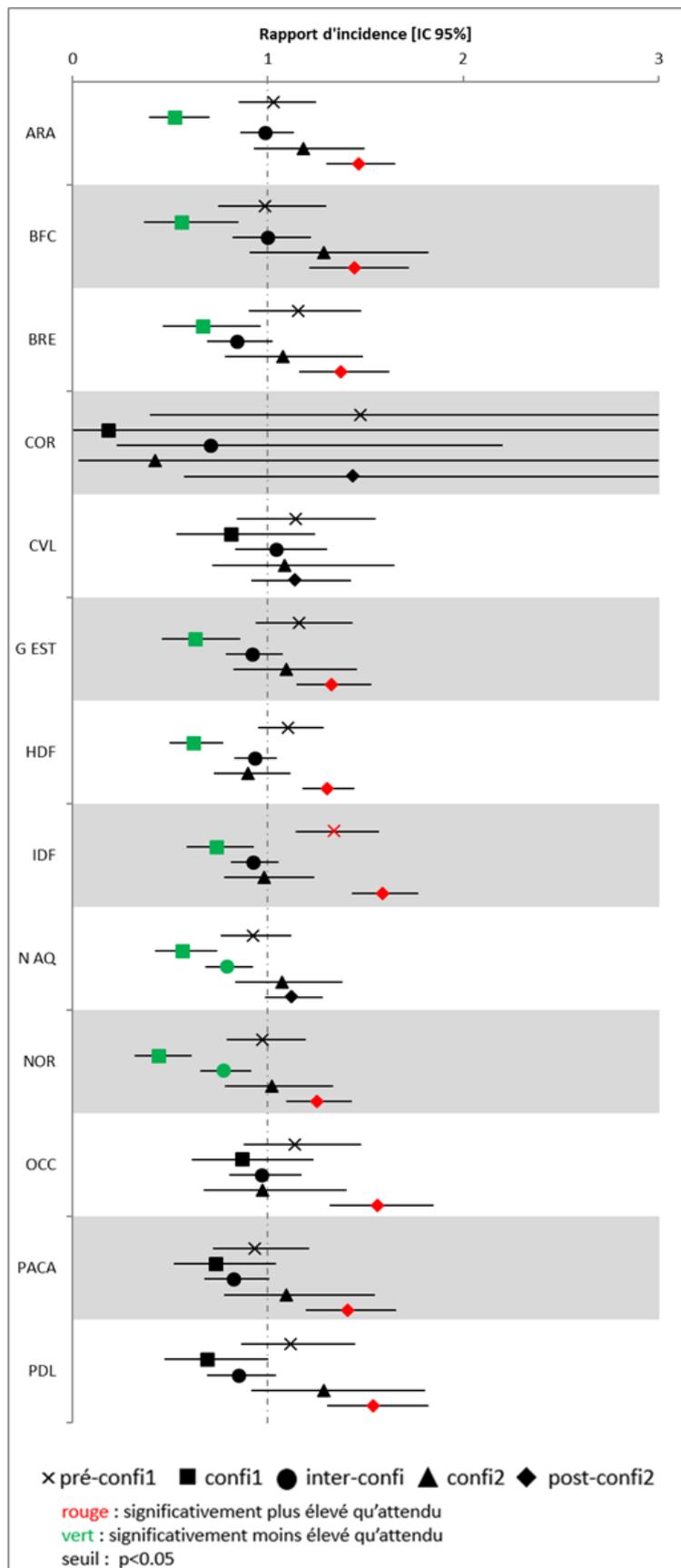
La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, on observe une chute des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf 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 2017–2009 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et en Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 12).

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

Dans les DOM, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en dehors du premier confinement, les mesures de freinage prises par les territoires respectifs, ainsi que les périodes durant lesquelles elles ont été déployées étaient différentes de la métropole. A la Réunion néanmoins, les mêmes tendances qu'en métropole se sont dessinées.

En Guyane, contrairement à ce qui est observé dans la plupart des régions métropolitaines au cours du 1^{er} confinement chez les femmes de 10 à 24 ans, aucune tendance à la baisse du taux d'hospitalisation pour TS n'est observée pendant le 1^{er} confinement.

Figure 12 : 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 : pré confinement (S01-11), premier confinement (S12-19), inter-confinement (S20-44), deuxième confinement (S45-50), après le deuxième confinement (S51-52,S01-20), France métropolitaine.



Sigles des régions :

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

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, LA RÉUNION, 2000-2017

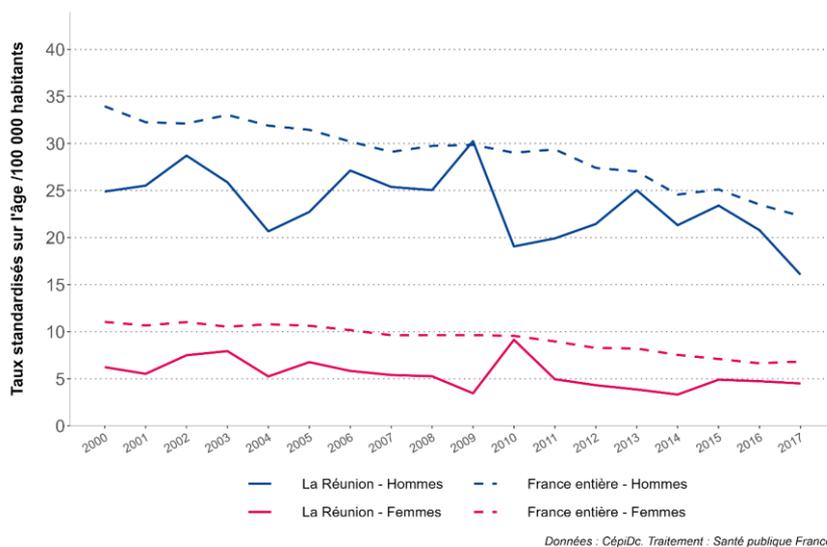
Données issues du CépiDc

En 2017, 71 personnes résidant à la Réunion se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 9,9 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, ce qui était inférieur à celui de la France entière (14,2 pour 100 000 habitants). La majorité (75,0% ; n=53) des décès par suicide concernait des hommes. Le taux de mortalité par suicide de 16,1 pour 100 000 habitants chez les hommes à La Réunion était inférieur au taux pour la France entière (22,3 pour 100 000 hommes). Chez les femmes également, le taux de mortalité par suicide en 2017 était inférieur à celui de la France entière (4,5 *versus* 6,8 pour 100 000 femmes).

Evolution de la mortalité par suicide de 2000 à 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 15,0 à 9,9 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe chez les hommes (24,9 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 *versus* 16,1 en 2000) comme chez les femmes mais de façon moins marquée (6,2 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 *versus* 4,5 en 2000) (Figure 13). Cependant, le décès par suicide en 2017 reste bien plus élevé chez les hommes que les femmes (près de quatre fois plus fréquent chez les hommes) et sans baisse notable de ce sexe ratio des taux depuis 2010 (4,0 en 2000 *versus* 3,6 en 2017) (Figure 13).

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

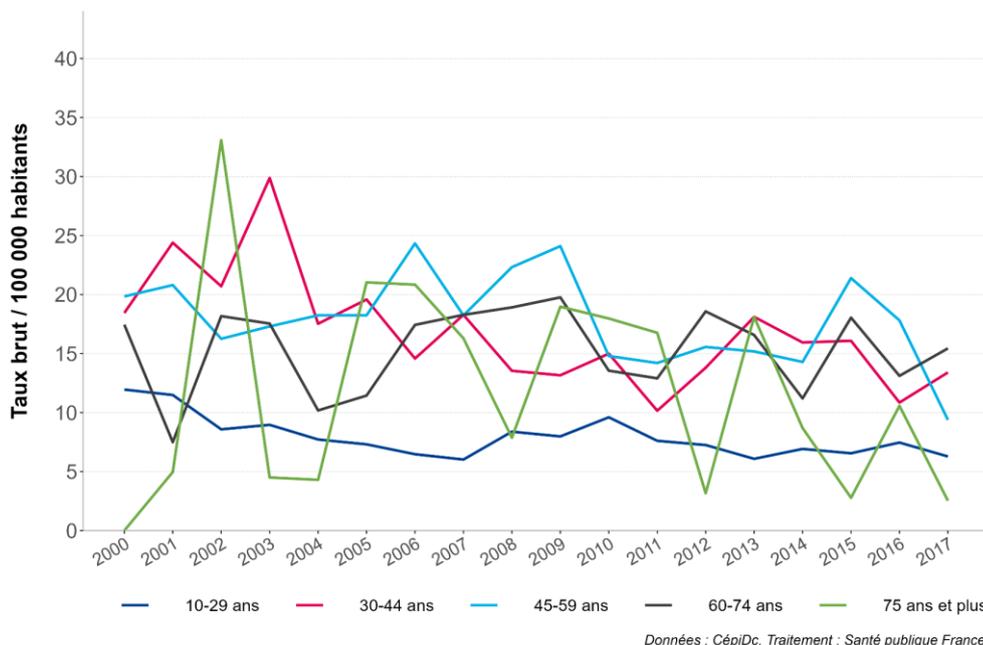


Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

L'analyse temporelle selon l'âge montrait de grandes variations au cours du temps pour toutes les classes d'âge, à l'exception des 10-19 ans, avec cependant une tendance à la baisse générale hormis pour la classe des 75 ans et plus, en hausse (0,0 *versus* 2,5 pour 100 000 habitants) (Figure 14).

Ces tendances sont à interpréter avec précaution au vu des petits effectifs par tranche d'âge (moins de 50 suicide par classe d'âge et pas année).

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



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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, à la Réunion, les suicides ont représenté 1,9% (n=255) des décès toutes causes confondues, soit légèrement plus que pour la France entière (1,5%). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,7% (n=200) contre 2,2% (n=19 811) au niveau de la France entière. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure: 0,9% (n=55) comme au niveau national (0,7% ; n=6 229).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus importante chez les 10-19 ans (18,6%), les 20-29 ans (19,1%) et les 30-39 ans (14,0%). Dans toutes les classes d'âge, hormis les 60-69 ans où elles étaient comparables, la part du suicide dans la mortalité était plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Dans les tranches d'âge les plus élevées (70-79 ans et plus de 80 ans), les suicides représentaient respectivement 0,4% et 0,1% des décès.

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

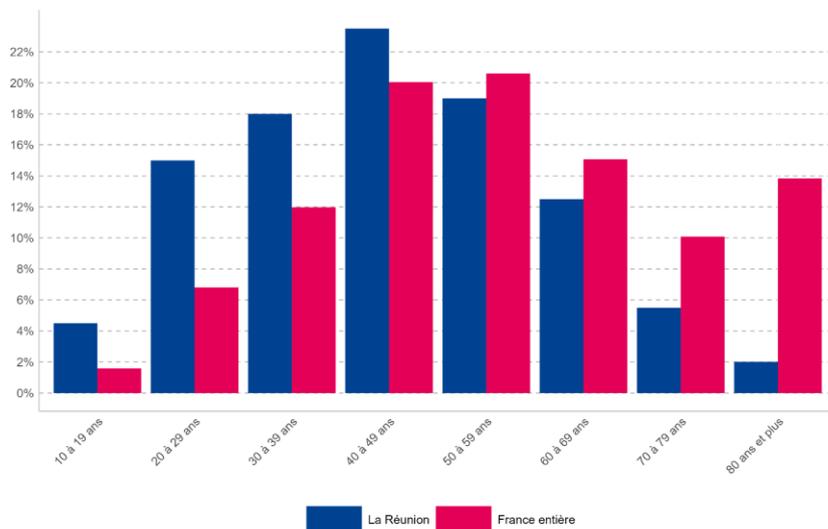
A La Réunion, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 78,4 % (n=200) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance de la classe 40-49 ans (23,5%) suivie des classes 50-59 ans (19,0%), 30-39 ans (18,0%), 20-29 ans (15,0%) et 60-69 ans (12,5%). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (23,6%), les 60-69 ans (21,8%) et les 30-39 ans (18,2%) et 40-49 ans (18,2%).

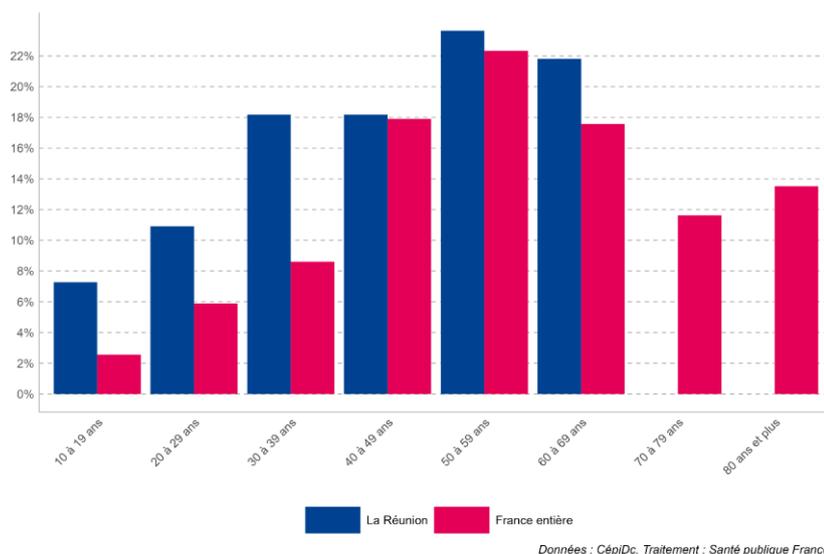
A la Réunion, la distribution des décès par suicide selon l'âge différait de la France entière pour les 2 sexes: chez les hommes les décès étaient plus fréquents dans les classes d'âge les plus jeunes (moins de 50 ans) et moins fréquents chez les plus âgés. Chez les femmes, les décès par suicide étaient plus fréquents chez les moins de 40 ans et les 60-69 ans et comparables pour les 40 à 59 ans. En revanche, aucun décès n'était rapporté dans les deux tranches les plus âgées (Figure 15).

Figure 15 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe (%) à la Réunion et en France entière, 2015-2017 (n=255)

15.a. Chez les Hommes



15.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré à la Réunion était la pendaison (52,5% à la Réunion et 57,3% au niveau national), et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. Chez ces derniers, le deuxième mode de suicide était le saut dans le vide (13,5%) qui, bien que plus fréquent chez les femmes (16,4%), ne représentait chez elles que le troisième mode de suicide. Le deuxième mode le plus fréquent chez les femmes était l'auto-intoxication volontaire (23,5% des décès par suicide) plus rare chez les hommes (7,0%) (Tableau 5). Les trois modes de suicide les plus fréquents chez les femmes étaient similaires à la Réunion et en France entière. Chez les hommes, l'usage d'armes à feu, deuxième mode le plus fréquent en France entière (15,9% des décès) n'était que troisième à la Réunion (7,5%) tandis que le suicide par saut dans le vide était plus rare en France (4,9%, quatrième mode le plus fréquemment employé)

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	134	52,5	30,9	58,5
Arme à feu	15	5,9		
Auto-intoxication médicamenteuse	27	10,6	23,6	7,0
Saut dans le vide	36	14,1	16,4	13,5
Noyade	6	2,4		
Auto-intoxication par d'autres produits	13	5,1		
Collision intentionnelle				
Objet tranchant				
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	8	3,1		
Mode non précisé	36	14,1	9,1	15,5

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

• Taux départementaux de mortalité par suicide, 2015-2017

En 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge, chez les personnes résidentes à la Réunion et âgées de plus de 10 ans était inférieur au taux pour la France entière (9,7 versus 14,2 pour 100 000 habitants).

Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. Une proportion variable suivant les régions de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'étant pas déclarés au CépiDc, il en résulte une sous-estimation possible de la mortalité plus ou moins importante³, rendant difficilement interprétable une sous-mortalité par suicide en l'absence d'information sur la sous-déclaration ou de tendance concordante avec les taux d'hospitalisation pour TS. A la Réunion néanmoins, les tendances des taux d'hospitalisation pour TS et de mortalité suite à une TS concordent et sont inférieurs aux taux pour la France entière.

³ Richaud-Eyraud E., Gizonzac 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.

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 (Côtes-d'Armor) et chez les femmes de 2,6 pour 100 000 femmes (Rhône) à 13,9 pour 100 000 (Sarthe). Dans tous les départements métropolitains et les DROM, Les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient au moins 2 fois plus élevé que chez les femmes dans presque tous les départements, le sexe ratio des taux variant de 1,9 (Paris, seul ratio inférieur à 2) à 7,2 (Alpes de Haute-Provence).

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

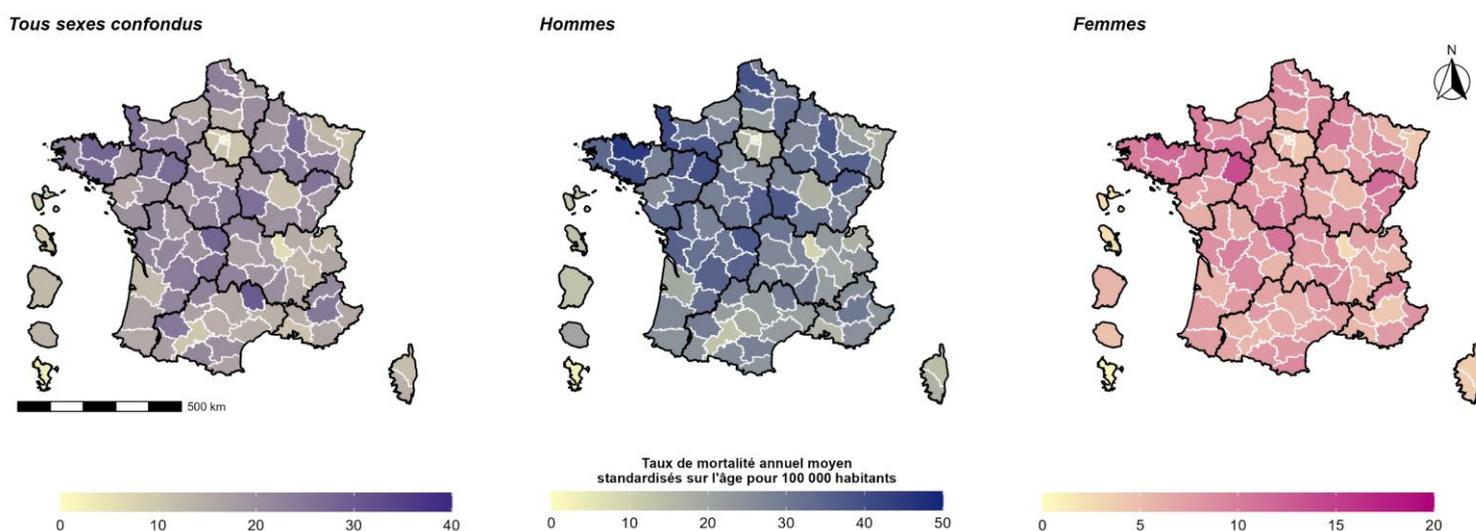
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Ile-de-France pour les femmes, mais seule la Seine Saint Denis présentait un faible taux d'hospitalisation chez les hommes (cf. Figure 9).

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

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

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

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



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

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

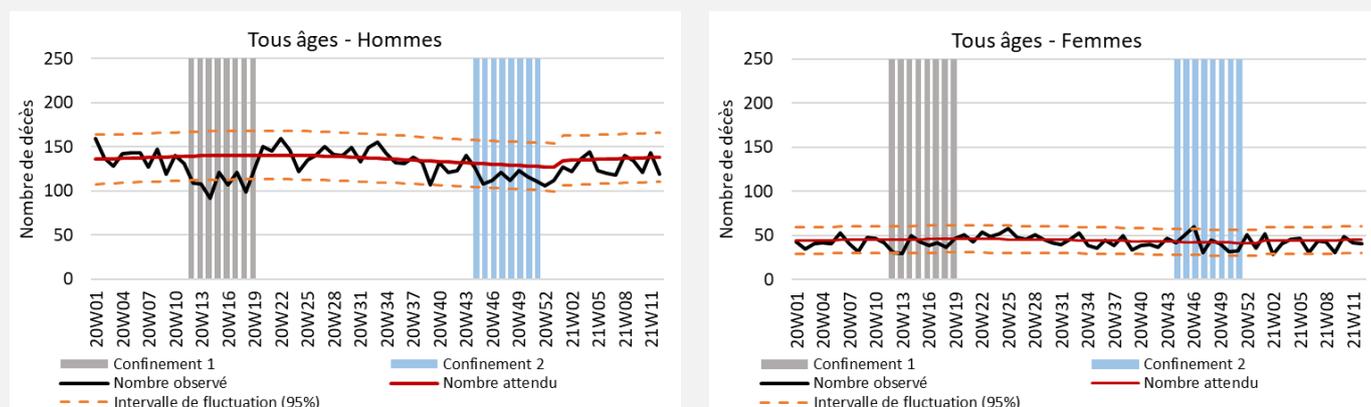
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement (avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du premier confinement) particulièrement chez les hommes. Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 20). Cependant, chez les hommes de 85 ans et plus ainsi que les femmes de 65-84 ans, un excès limité de décès a été observé à la suite du 1^{er} confinement, inversement, chez les hommes de 45-64 ans le nombre de décès par suicide est resté inférieur à l'attendu à la suite du 2^{ème} confinement pendant quelques semaines.

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

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



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE A LA RÉUNION

Le dispositif Vigilans OI (Dr Pauline Mascarel – Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion)

Le dispositif Vigilans a pour mission d'assurer une veille auprès des sujets ayant fait une tentative de suicide. Ce dispositif a pour objectif de limiter la réitération suicidaire, en restant en contact avec les suicidants par le biais d'appels téléphoniques et l'envoi de courriers ou cartes postales. Le dispositif Vigilans Océan Indien, porté par l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion et couvrant l'ensemble du territoire réunionnais a commencé son activité début 2019.

Le déploiement du dispositif Vigilans Océan Indien s'est fait de façon progressive. En effet, les entrées dans le dispositif se faisant par les services d'urgence ou les unités d'hospitalisation, un travail de réseau préalable a été nécessaire afin de faire connaître le dispositif et les modalités d'entrées des patients suicidants dans ce dernier.

Ainsi entre 2019 et 2021, le nombre d'entrées semestriel a considérablement augmenté, pour atteindre depuis 2021, son « rythme de croisière » avec un nombre d'entrée qui reste relativement stable dans le temps, en parallèle d'un travail de réseau qui est entretenu régulièrement.

A l'heure actuelle, les services d'urgence restent les unités réalisant le plus d'entrées dans le dispositif. Par ailleurs, les unités d'hospitalisation de psychiatrie du territoire mais aussi pour les Centre Médico-Psychologiques pour adultes et pour enfants/adolescents, ainsi que pour les Maisons des Adolescents ont la possibilité de réaliser des entrées dans le dispositif lorsqu'ils prennent en charge un patient suicidant.

Aujourd'hui, le dispositif Vigilans Océan Indien est intégré au sein du Centre Régional de Prévention du Suicide, qui porte la mise en œuvre des différents axes de la stratégie globale de prévention à l'échelle régionale, tels que décrit dans l'instruction N°DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction N° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide. Ce dispositif de prévention ciblé se déploie donc aux côtés d'autres dispositifs de prévention sélective ou universelle, mis en œuvre sur le territoire local.

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

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

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

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

Au terme de cet appel, sept projets ont été financés dont **un projet¹ concernant La Réunion**:

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

La Fnors et les ORS des cinq DROM proposent de réaliser un diagnostic interrégional pluri-thématique pour identifier les spécificités des conduites suicidaires dans les DROM.

Afin d'identifier les similitudes et les différences interrégionales, la recherche s'articulera autour de quatre axes thématiques : dispositifs d'observation et de connaissances, facteurs de risques et déterminants, représentations et facteurs culturels, environnement sanitaire; et se scindera en deux phases.

La première consistera en une recherche et une veille bibliographique, la seconde donnera lieu à une enquête qualitative auprès des différents acteurs de champs d'action variés présents dans chacun des territoires. Les informations recueillies seront synthétisées selon chaque axe thématique et feront l'objet d'une analyse croisée entre les cinq territoires.

Les résultats permettront d'identifier les besoins spécifiques ou communs à ces territoires et de définir des recommandations afin d'orienter les stratégies de prévention du suicide dans les DROM globalement et selon les particularités de chaque territoire ultramarin. La finalité est de disposer d'éléments permettant d'orienter les stratégies de prévention du suicide dans les DROM et celles spécifiques à chaque territoire.

Sylvie Merle – Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) ors.martinique@wanadoo.fr

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

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les 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. A la Réunion, le réseau repose sur 6 structures d'urgences (4 services adultes et 3 services pédiatriques) et couvre environ 98% des passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#). Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 92% la complétude diagnostique sur l'ensemble de la Réunion (Tableau 6).

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

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
La Réunion	7/7 (100%)	93%

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

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

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

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

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

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

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

• Population étudiée et échelon d'analyse

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

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

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

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

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITE SUICIDAIRES LA RÉUNION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Muriel Vincent ¹ et Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai et Fabian Thouillot

dans le cadre du Groupe d'échanges des pratiques professionnelles en santé mentale (GEPP) piloté par Dominique Jeannel (Coordinatrice de thématiques, DiRe) et Emmanuelle Bauchet (Directrice adjointe, DMNTT)

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

Avec la contribution de Dr. Pauline Mascarel, psychiatre, Praticien Hospitalier (Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion), Responsable du Centre Régional de Prévention du Suicide, Coordinatrice du dispositif Vigilans OI

REMERCIEMENTS

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

- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (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, Insee, Inserm, CépiDc, Etablissements de santé, CNAM
- Sylvie Merle, responsable scientifique FNORS du projet ORS DROM financé par la Drees

CONTACT

Santé publique France La Réunion : oceanindien@santepubliquefrance.fr