

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.8 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.16 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.19 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19](#); [p.20 Actions de prévention du suicide en Guyane](#); [p.21 Méthodologie](#); [p.24 Bibliographie](#); [p.23 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeuse 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
- BSP : Bulletin de santé publique
- CégiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CDPS : Centre délocalisé de prévention et de soins
- CIM10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision
- COM : Collectivité d'Outre-Mer
- CRPS : Centre de ressources prévention suicide
- 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 de pratiques professionnelles
- H : Hommes
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- F : Femmes
- Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- ORS : Observatoire régional de santé
- Oscour®: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SNDS : Système national des données de santé
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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

Pour la population guyanaise, ce numéro est opérationnel et l'appel est traité depuis le centre répondant situé à Montpellier.



Le dispositif de recontact Vigilans

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

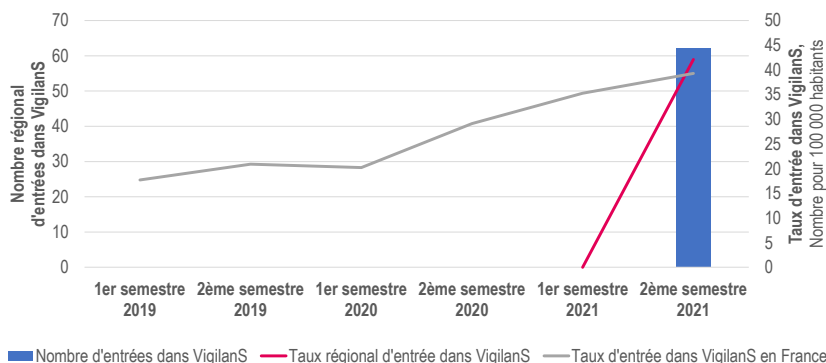


Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et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

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

En Guyane, Vigilans a débuté en juillet 2021 autour du centre de ressources et de prévention du suicide (CRPS) basé à l'hôpital de Cayenne. Fin 2022, les trois services des urgences de Guyane participent à Vigilans mais aussi les Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) situés dans les territoires de l'intérieur qui ont tous été sensibilisés à ce dispositif ainsi que les professionnels du secteur médicosocial, de l'associatif, institutionnels, médecins généralistes, etc... Au cours du 2^e semestre 2021, 62 personnes sont entrées dans le dispositif Vigilans en Guyane parmi les 166 personnes ayant fait une TS et identifiées par Vigilans, soit un taux de pénétration de 37 % (Figure 1).

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles inclusions dans Vigilans et taux d'inclusion semestriel (/100 000 habitants), Guyane et France entière, 2019-2021



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

Vigilans : pour en savoir plus

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

3114 : pour en savoir plus

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

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 tentative de suicide (TS) : les taux annuels d'hospitalisation pour TS et les caractéristiques des hospitalisations pour TS, issus de la base de données du PMSI-MCO, sont analysés pour les patients âgés de 10 ans et plus sur la période pré-pandémique 2010-2019 période sur laquelle une mise en regard est possible avec les données régionales de mortalité par suicide (disponibles jusqu'à l'année 2017). L'évolution mensuelle des hospitalisations durant la phase 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'interconfinement 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) (Figure 2). 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. 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 (Figure 3). 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

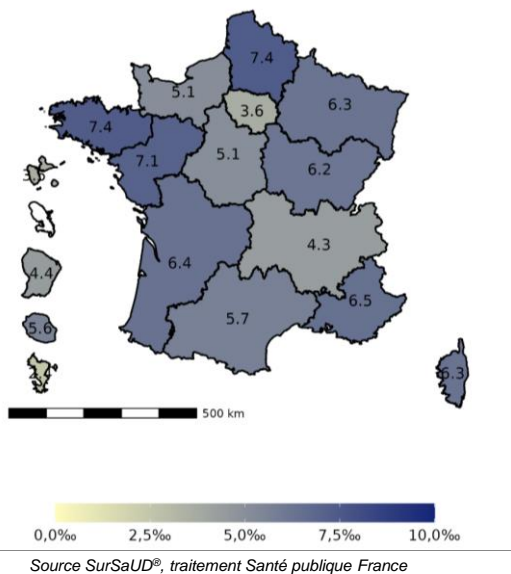
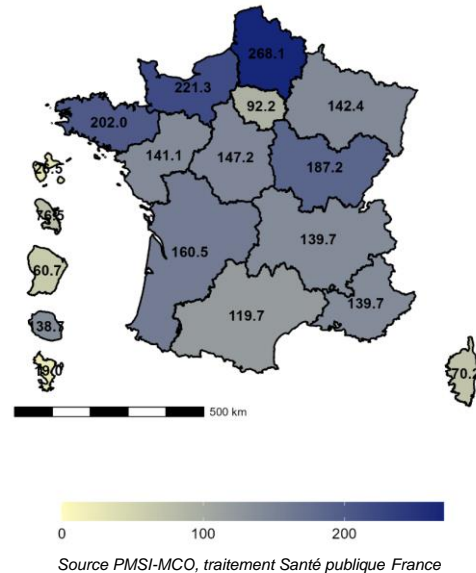


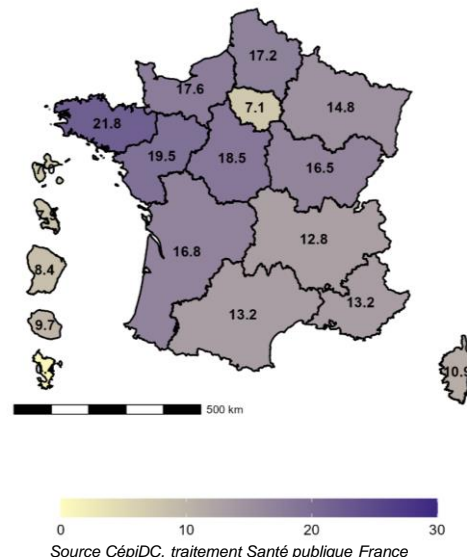
Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021



Concernant la mortalité par suicide en 2017 (dernière année disponible dans la base CépiDC), les taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus, standardisés sur l'âge, variaient pour les régions métropolitaines de 7,1 pour 100 000 habitants en Île-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne (Figure 4). Les taux de mortalité par suicide les plus élevés, supérieurs à 17 pour 100 000 habitants, concernaient les régions du quart nord-ouest de la France, incluant aussi le Centre-Val-de-Loire. La mortalité par suicide était modérée dans le sud-est de la France métropolitaine, avec des taux entre 10 et 14 pour 100 000 habitants.

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

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



• 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 passages aux urgences variaient de 29 % à 79% en 2020-2021 selon les régions, DROM inclus.

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 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 (sex-ratio des taux entre 0,6 et 0,8 en 2019) dans les régions métropolitaines et à La Réunion, particulièrement chez les jeunes.

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

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

Le principal mode de TS était l'auto-intoxication médicamenteuse dans toutes les régions sauf en Martinique; puis, suivaient, selon les régions, les TS par 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 chez les jeunes de 10-19 ans et les plus élevés chez les seniors de 75 ans et plus, suivis des adultes de 45-59 ans, dans toutes les régions métropolitaines (non interprétable pour les DROM et la Corse). La répartition des suicides par âge montre une majorité d'adultes de 40 à 69 ans avec, pour les femmes, un pic à 50-59 ans dans toutes les régions et pour les hommes un pic à 50-59 ans ou à 40-49 ans suivant les régions à l'exception de la Guyane (pic à 10-19 ans chez les femmes et 20-29 ans chez les hommes)..

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

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

Conclusion et perspectives

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

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

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

TENDANCES SPÉCIFIQUES EN GUYANE

Le principal résultat est qu'en Guyane, aucune évolution majeure n'a été observée durant la crise Covid-19 aussi bien en terme de tendances qu'en terme de caractéristiques des personnes touchées. Toutefois, cela ne signifie pas que la crise Covid-19 n'ait pas eu un impact sur la santé mentale des guyanais comme le montre une étude menée en population générale dans les six communes de la communauté d'agglomération du centre guyanais (Cayenne, Matoury, Rémire-Montjoly, Macouria, Montsinéry-Tonnegrande et Roura). En effet, dans cette étude 36 % des personnes interrogées affirment que la pandémie liée à la Covid-19 a affecté leur santé mentale³. En Guyane, il est important de rappeler que deux éléments caractérisent la situation et font de la santé mentale une problématique majeure : les femmes et les jeunes sont plus concernés qu'en métropole en particulier pour les suicides. Rappelons par ailleurs l'étude publiée en 2018 mettant en évidence la situation alarmante dans les villages isolés de Guyane où le taux de suicide est jusqu'à huit fois plus élevé qu'en métropole⁴.

Aux urgences, en moyenne 274 passages pour geste suicidaire ont été enregistrés en période pré-pandémique 2017-2019 et 261 en période de circulation du Covid-19 de 2020 à 2021. Deux fois plus de femmes ont eu recours aux urgences et les personnes étaient, pour plus de la moitié, âgés de 11 à 24 ans, sans qu'une évolution soit observée entre les deux périodes.

A l'hôpital, une hausse des hospitalisations pour TS est observée à partir de 2019 pour les deux sexes (en moyenne 143 hospitalisations annuelles entre 2010 et 2019 contre 179 hospitalisations annuelles en 2020-2021). Cette hausse qui a débuté avant la crise Covid-19 pourrait en partie s'expliquer par la mise en place du Centre de ressources prévention suicide (CRPS) et une amélioration de la prise en charge. A structure d'âge identique, les hospitalisations pour TS sont globalement moins fréquentes en Guyane comparativement à la France entière. Plus des deux-tiers des personnes hospitalisées pour TS en Guyane sont des femmes. La moitié des personnes hospitalisées sont âgées de 10 à 24 ans. Les modes de TS fréquemment utilisés étaient principalement l'auto-intoxication médicamenteuse (comme en France entière) suivie par l'auto-intoxication par d'autres produits, principalement des herbicides (32,5 % vs 8,6 % pour la France entière). Une tendance à la diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aigüe de la pandémie en mars 2020 n'a pas été nettement observée en Guyane par rapport aux autres années.

En Guyane, le taux de décès par suicide standardisé sur l'âge est inférieur à celui de la France entière mais la situation en Guyane, de par ses caractéristiques, révèle le suicide comme une problématique majeure sur le territoire. Alors que le suicide concerne majoritairement des hommes âgés en métropole, en Guyane les femmes sont également très touchées et en particulier les femmes jeunes. Chez les hommes, 32% des suicides concernent les moins de 30 ans (contre 8% au niveau France entière) et chez les femmes, 58% concernent les moins de 30 ans (contre 8% au niveau France entière). On observe par ailleurs depuis 2001, une tendance à la baisse du taux annuel de suicide dans toutes les classes d'âge sauf chez les moins de 30 ans pour lesquels le taux est le plus élevé sur 2011-2017 alors qu'il était parmi les plus faibles en 2005-2011.

³ CCOMS. Santé mentale en population générale : Images et Réalités. Communes de la CAEL (Guyane) : CCOMS

⁴ Guarnit B, Brousse P, Lucarelli A et al. Descriptive epidemiology of suicide attempts and suicide in the remote villages of French Guiana. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018 Nov;53(11):1197-1206

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN RÉGION GUYANE

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

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

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Une baisse générale notable des passages aux urgences a été observée lors du confinement de mi-mars à mi-mai 2020, dont les causes sont multiples.

• Idées suicidaires

Le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires en Guyane était faible avec 33 passages enregistrés entre janvier 2017 et juin 2022.

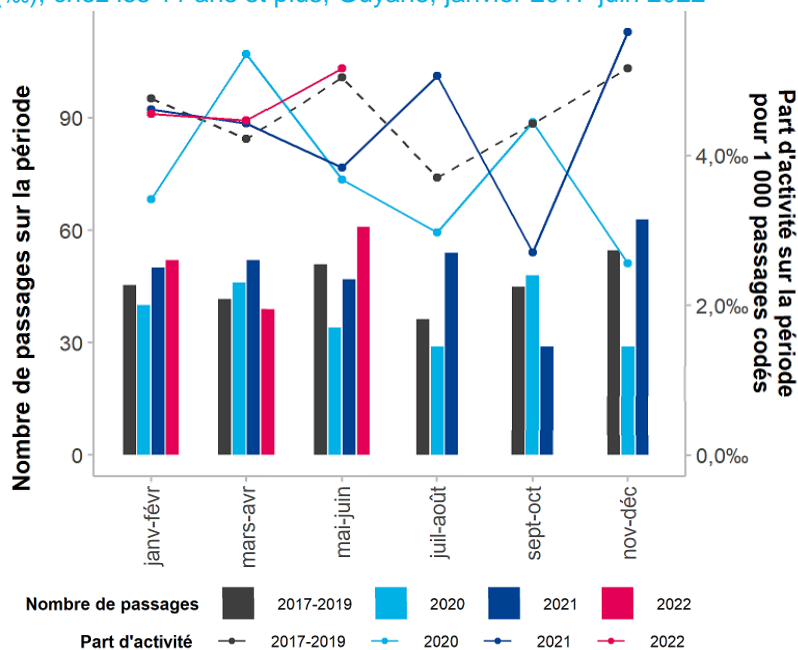
• Geste suicidaire

Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen bimestriel de passages aux urgences pour geste suicidaire était de 51 passages vs 40 passages sur le 1^{er} semestre en 2020, 50 passages en 2021 et 46 en 2017-2019 (Figure 5). Le nombre moyen annuel de passages aux urgences pour gestes suicidaires sur les années 2017 à 2022 était de 269.

Le nombre annuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était de 295 passages en 2021, 226 passages en 2020 et en moyenne 274 par an pour les années 2017-2019. En 2020, une légère baisse a donc été observée.

Concernant la part d'activité bimestrielle moyenne en 2017-2019, 2020 et 2021, elle était faible et oscillait entre 2 et 6 pour 1000 passages codés toutes causes. Sur les années 2020-2021, un tiers des passages aux urgences pour geste suicidaire (34 %) a donné lieu à une hospitalisation, soit une diminution par rapport aux années 2017-2019 (42 %, soit - 8 points de pourcentage).

Figure 5 : Nombres moyens de passages aux urgences pour geste suicidaire sur la période bimestrielle et parts d'activité bimestrielles (‰), chez les 11 ans et plus, Guyane, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Geste suicidaire en 2017-2019 et 2020-2021 selon le sexe et les classes d'âge

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient deux fois plus fréquemment des femmes (F) que des hommes (H) tant sur les années 2020-2021 (sexe ratio F:H = 2,56) que durant les années 2017-2019 (sexe ratio F:H = 2,61) (Tableau 1). Aucune évolution significative de la part d'activité pour geste suicidaire sur la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019 n'a été observée pour les hommes ou pour les femmes. Sur les deux périodes d'années, les personnes faisant l'objet d'un passage aux urgences pour geste suicidaire étaient majoritairement âgées de 11 à 24 ans (49 % en 2017-2019 et 52,3 % en 2020-2021). L'activité pour geste suicidaire a montré une légère baisse chez les 25-64 ans sur la période 2020-21 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'aucune évolution n'était observée chez les 11-24 ans et chez les séniors.

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (‰) pour geste suicidaire par sexe et classe d'âge, Guyane, années 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*
Geste suicidaire	Hommes	77	2,59	72	2,24	0,175
	Femmes	197	6,52	188	5,87	0,116
	11-24 ans	135	8,22	136	8,13	0,906
	25-64 ans	129	3,40	116	2,83	0,025
	65 ans et plus	10	1,80	8	1,17	0,183

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

Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, sept passages aux urgences pour idées suicidaires ont été notifiés entre janvier 2017 et juin 2022.

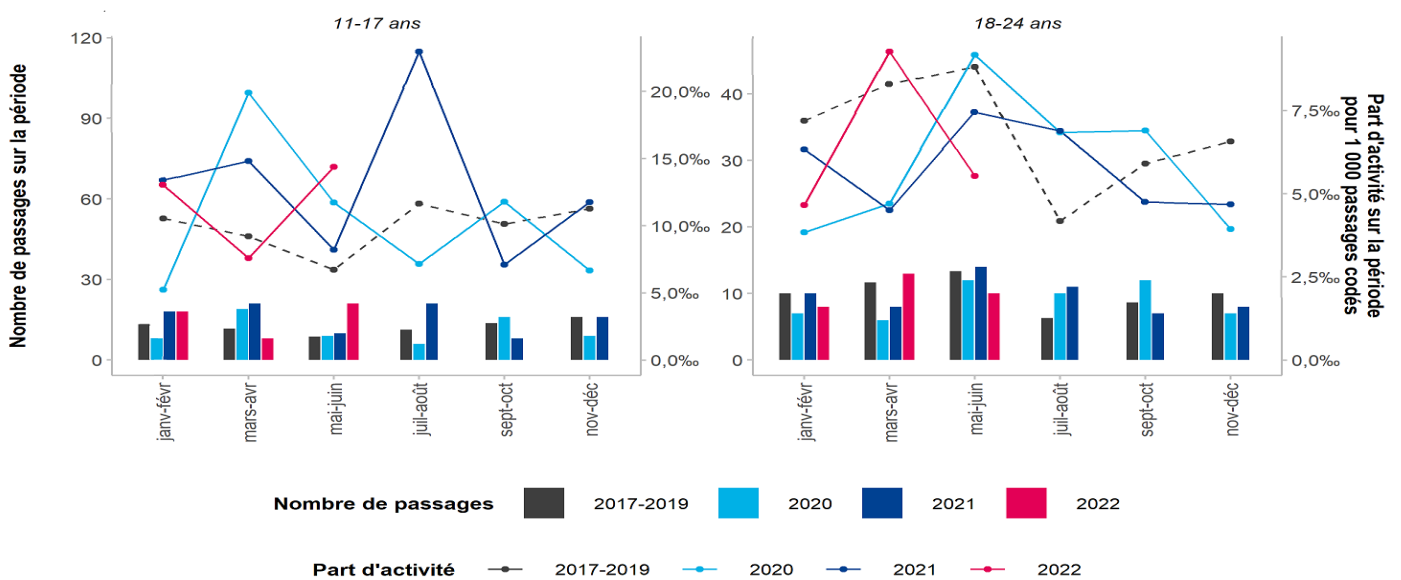
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, sur le premier semestre 2022, le nombre moyen bimestriel de passages aux urgences était stable par rapport à la même période en 2021, en 2020 et celui de la période 2017-2019 (Figure 7). En effet, entre 11 et 16 passages bimestriels pour geste suicidaire chez les jeunes de 11-17 ans ont été enregistrés quel que soit la période.

Chez les 18-24 ans, le nombre moyen bimestriel de passages aux urgences sur le premier semestre 2022 était également stable par rapport à la même période en 2021, en 2020 et celui des années 2017-2019 avec 8 à 12 passages bimestriels enregistrés au cours de ces différentes périodes.

Chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, le nombre de patients pris en charge dans les services d'urgence pour geste suicidaire était stable au cours du premier semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire.

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, Guyane, janvier 2017 - juin 2022



• Geste suicidaire en 2017-2019 et 2020-2021 selon le sexe et les classes d'âge

Chez les hommes comme chez les femmes, et pour les deux classes d'âge (11-17 ans et 18-24 ans), les parts d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire n'étaient pas significativement différentes sur les années 2020-2021, comparativement aux années antérieures 2017-2019 (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, Guyane, 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*
Geste suicidaire	Hommes	27	3,35	26	3,29	1,000
	Femmes	108	12,93	110	12,58	0,792
	11-17 ans	75	9,87	80	11,36	0,171
	18-24 ans	60	6,81	56	5,77	0,172

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN GUYANE

Données issues du PMSI-MCO

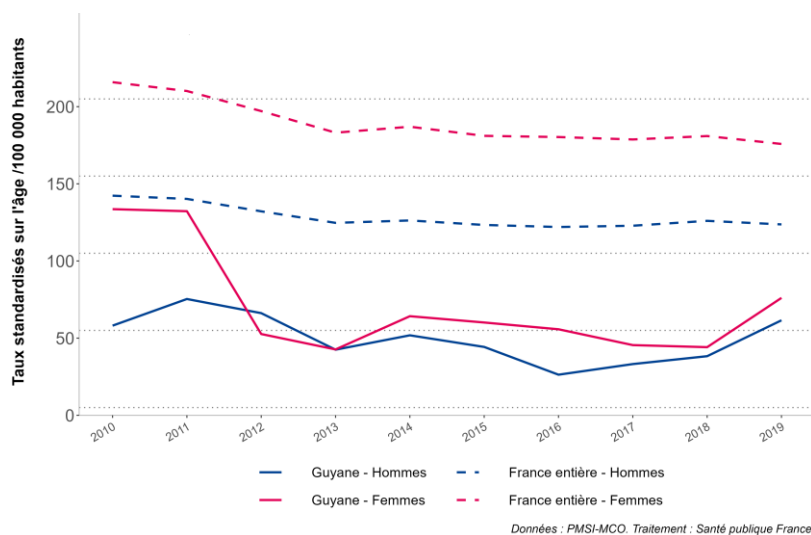
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010 à 2019

Entre 2010 et 2019, chaque année 143 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrées en moyenne chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Guyane. Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 70,6 pour 100 000 habitants en 2019, la Guyane se situait au-dessous du taux national (152,1 pour 100 000 habitants) (Figure 8).

Alors que le taux national d'hospitalisations (France entière) pour TS, quel que soit le sexe, était stable à partir de 2012, en Guyane, en 2019 on observe une tendance à la hausse chez les hommes comme chez les femmes (62 pour 100 000 hommes et 76 pour 100 000 femmes en 2019 vs 38 pour 100 000 hommes et 44 pour 100 000 femmes en 2018). Cette tendance à la hausse peut probablement s'expliquer en partie par un changement de pratique en termes d'hospitalisation liée à la mise en place du Centre de ressources prévention suicide (CRPS) en Guyane.

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, Guyane et France métropolitaine, 2010-2019



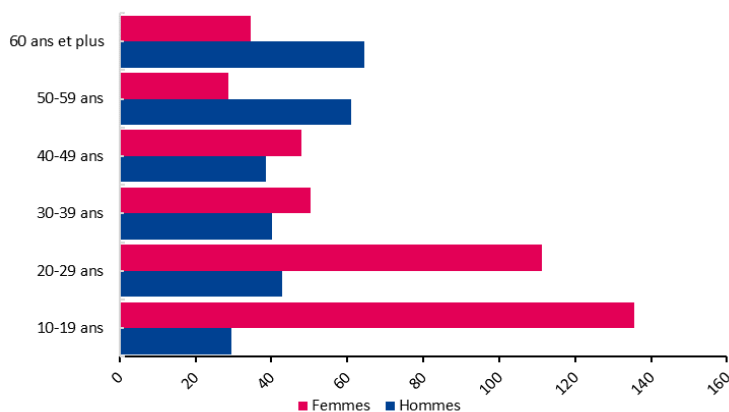
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents de Guyane âgés de 10 ans et plus ont concerné majoritairement les femmes (67 % des 385 hospitalisations pour TS ; sexe ratio H:F=0,49) (Figure 9).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée, suivie de près par la classe d'âge des 20-29 ans avec un taux brut annuel moyen s'élevant respectivement à 136 pour 100 000 femmes et 111 pour 100 000 femmes, ce taux étant nettement plus élevé dans ces deux classes d'âge que pour toutes les autres classes d'âge.

Chez les hommes, le taux brut annuel moyen d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 60 ans et plus (64 pour 100 000 hommes) suivi de près par les 50-59 ans (61 pour 100 000 hommes).

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



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

Sur la période 2017-2019, 11 décès après hospitalisation pour TS ont été recensés en Guyane. La létalité après hospitalisation s'élevait à 29 pour 1000 hospitalisations en Guyane, ce qui est supérieur à celle observée en France métropolitaine (12 pour 1 000 hospitalisations). La létalité hospitalière concernait toutes les classes d'âge et les deux sexes. La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par auto-intoxication par d'autres produits (32 pour 1 000 hospitalisations) et par auto-intoxication médicamenteuse (15 pour 1 000 hospitalisations).

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région chez les personnes hospitalisées était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 52,5 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (77,8 % en France entière) suivi par l'auto-intoxication par d'autres produits qui étaient principalement des herbicides (32,5 % vs 8,6 % pour la France entière) (Tableau 3). Les modes de TS suivants étaient moins fréquents : l'utilisation d'objet tranchant (7,5 % vs 10,2 % France entière), la pendaison (4,2 % vs 2,9 % France entière) et l'arme à feu (1,6 % vs 0,6 % France entière). L'auto-intoxication médicamenteuse, ainsi que l'utilisation d'objet tranchant, étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, ces deux modes étant néanmoins majoritaires aussi chez ces derniers. Les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) ainsi que la pendaison étaient plus fréquents chez hommes que chez les femmes.

La durée médiane d'hospitalisation était plus importante lors de TS par arme à feu (5 jours). Les autres modes de TS précisés ont enregistré une durée médiane d'hospitalisation comprises entre 1 et 2,5 jours.

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 (%) et durée médiane de séjour, Guyane, 2017-2019

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours
Auto-intoxication médicamenteuse	202	52,5	57,8	41,7	1,0
Auto-intoxication par d'autres produits	125	32,5	30,6	36,2	2,0
Objet tranchant	29	7,5	8,1	6,3	2,0
Pendaison	16	4,2	2,3	7,9	2,5
Arme à feu	6	1,6			5,0
Mode non précisé	11	2,9			3,0

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

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

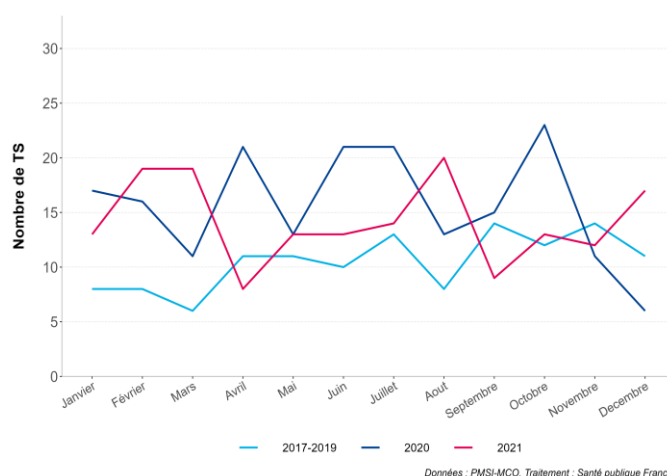
• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En Guyane, le nombre d'hospitalisations pour TS était globalement plus élevé en 2020 et 2021 (188 et 170 respectivement) comparé aux années 2017-2019 (126 en moyenne) (Figure 10). A noter que la création du CRPS en 2019 a pu modifier les pratiques d'hospitalisation.

Le nombre moyen de séjours hospitaliers mensuels pour TS a fluctué entre 6 et 23, le plus faible nombre ayant été observé en mars pour les années 2017-2019 et le nombre de séjours le plus élevé ayant été observé en octobre 2021.

Une tendance à la diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aigüe de la pandémie en mars 2020, bien que décrite par plusieurs auteurs⁵⁻⁶, n'a pas été nettement observée en Guyane par rapport aux autres années.

Figure 10 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, Guyane, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



⁵ 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

⁶ Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1

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

La part des hommes ou des femmes dans les hospitalisations pour TS n'a pas augmenté en 2020 ou en 2021 par rapport aux années précédentes (Tableau 4). La distribution des hospitalisations pour TS était comparable quelle que soit l'année.

Concernant l'évolution des modes de TS, la distribution des modes de TS était comparable quelle que soit l'année.

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

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	33,0%	33,5%	0,976	27,6%	0,250
	Femme	67,0%	66,5%		72,4%	
Classe d'âge	10-24 ans	49,4%	52,7%	0,508	54,1%	0,122
	25-64 ans	46,2%	44,7%		44,7%	
	65 ans et plus	4,4%	2,7%		<2,9%	
Létalité		2,9%	3,2%	1,000	<2,9%	0,362
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	53,6%	47,1%	1,000	57,1%	1,000
	Auto-intoxication par d'autres produits	33,2%	39,6%	1,000	30,4%	1,000
	Objet tranchant	7,7%	6,4%	1,000	7,1%	1,000
	Pendaison	4,2%	5,3%	1,000	3,6%	1,000
	Saut dans le vide	1,3%	2,7%	1,000	<3,0%	1,000
	Arme à feu	1,6%	<2,7%	1,000	0,0%	1,000
	Noyade	<1,3%	0,0%	1,000	<3,0%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	<1,3%	0,0%	1,000	0,0%	1,000
	Collision intentionnelle	0,0%	0,0%	1,000	<3,0%	1,000

* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.

*** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=377 en 2017-2019, 187 en 2020 et 168 en 2021).

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

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

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

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

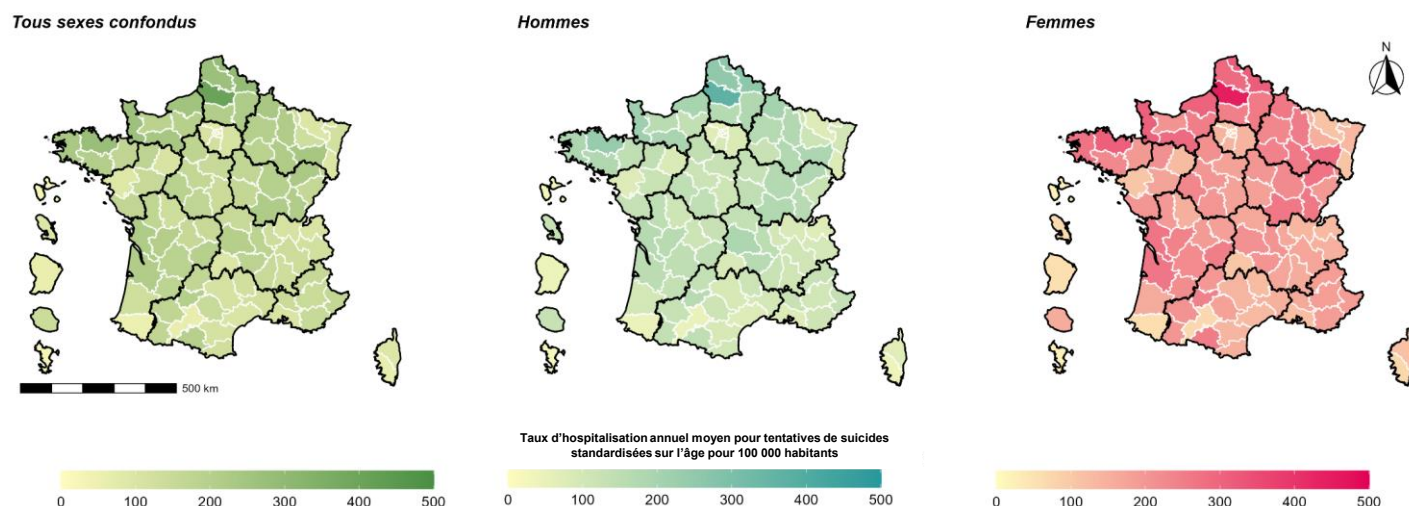
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

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

Les tendances départementales concernant les hospitalisations pour TS sur la période 2017-2019 n'étaient pas identiques à celles concernant les taux départementaux de mortalité par suicide (2015-2017) décrites plus loin (cf. p.17).

En Guyane, les taux d'hospitalisation différaient peu entre les hommes et les femmes, ils étaient de 45 pour 100 000 habitants chez les hommes et 55 pour 100 000 habitants chez les femmes.

Figure 11 : 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 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

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

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

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

Tous les séjours dans les établissements français publics et privés de court séjour (PMSI-MCO), des personnes âgées de 10 ans et plus, hospitalisées entre le 02/01/2020 et le 31/05/2021 pour un geste suicidaire ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

- la phase de pré-confinement (semaines 1 à 11, 2020) ;
- le premier confinement (semaines 12 à 19, 2020) ;
- la phase d'inter-confinement (semaines 20 à 44, 2020) ;
- le second confinement (semaines 45 à 50, 2020) ;
- la phase de post-confinement (semaines 51 et 52, 2020 ; semaines 1 à 20, 2021, incluant le 3^e confinement car moins restrictif que les deux précédents).

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

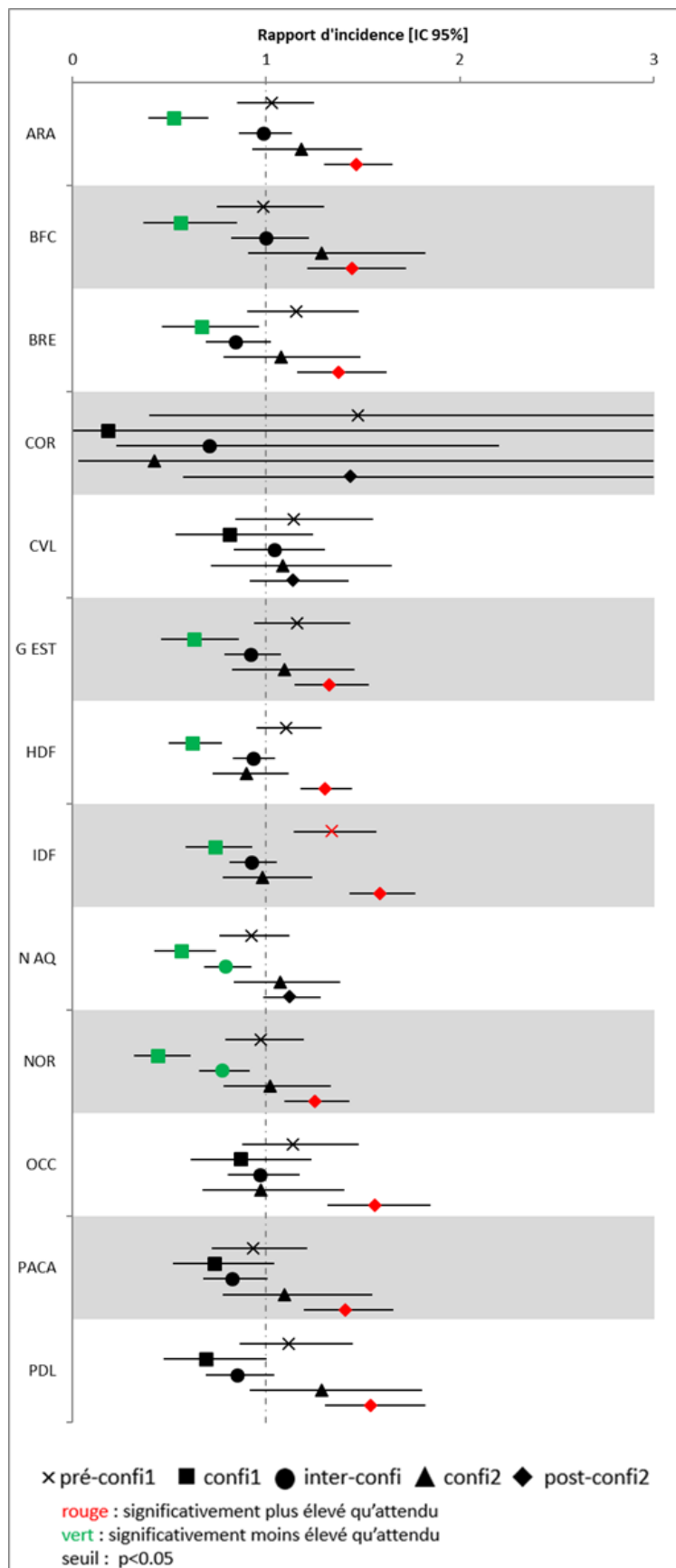
Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, on observe une chute nette des hospitalisations pour TS durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 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 DROM, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en dehors du premier confinement, les mesures de freinage prises par les territoires respectifs, ainsi que les périodes durant lesquelles elles ont été déployées étaient différentes de la métropole.

En 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), en France métropolitaine



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

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

Données issues du CépiDC

En 2017, 19 personnes résidant en Guyane se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 8,7 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, qui était inférieur à celui de la France métropolitaine (14,4 / 100 000 habitants). La majorité (63,0 %; n = 12) des décès par suicide concernait des femmes ; le taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 8,5 pour 100 000 femmes en Guyane était légèrement supérieur au taux standardisé sur l'âge en France métropolitaine (6,9 / 100 000 femmes). Chez les hommes, le taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide (8,5 / 100 000 hommes) était équivalent à celui des femmes et inférieur au taux standardisé sur l'âge en France métropolitaine (22,5 pour 100 000 hommes).

Evolution de la mortalité par suicide, 2001-2017

Entre 2011 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a baissé légèrement, passant de 13,4 décès annuels moyens / 100 000 habitants pour les années 2001-2005 à 11,0 / 100 000 habitants pour les années 2006-2010 puis 9,7 / 100 000 habitants pour les années 2011-2017 (Figure 13). Cette diminution s'observe principalement chez les hommes (22,3 décès par suicide annuels moyens / 100 000 habitants pour les années 2001-2005 vs 15,2 pour les années 2011-2017). Cette tendance n'est pas observée chez les femmes où le nombre annuel moyen de décès par suicide était globalement stable entre les années 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2017 avec respectivement 4,5 / 100 000 femmes, 5,4 / 100 000 femmes et 4,5 / 100 000 femmes. Le nombre annuel moyen de décès par suicide était pour les années 2011-2017 deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (12,7 / 100 000 hommes vs 6,1 / 100 000 femmes).

L'analyse temporelle selon l'âge montrait une diminution des taux de mortalité dans les classes d'âge 30-44 ans et 45-59 ans entre 2001 et 2017, une tendance stable des taux de mortalité dans la classe d'âge 60 ans et plus entre les années 2006-2010 et 2011-2017 et une augmentation des taux chez les 10-29 ans pour ces mêmes années (Figure 14). La classe d'âge des 10-29 ans présentait des taux de mortalité nettement plus élevés que les autres classes d'âge sur les années 2011-2017.

Figure 13 : Taux annuels moyens de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Guyane et France métropolitaine, années 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2017

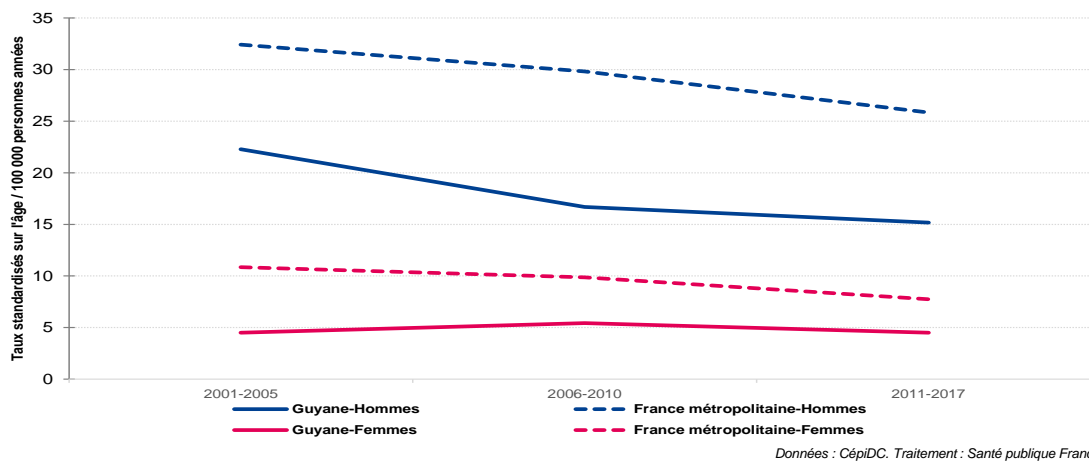
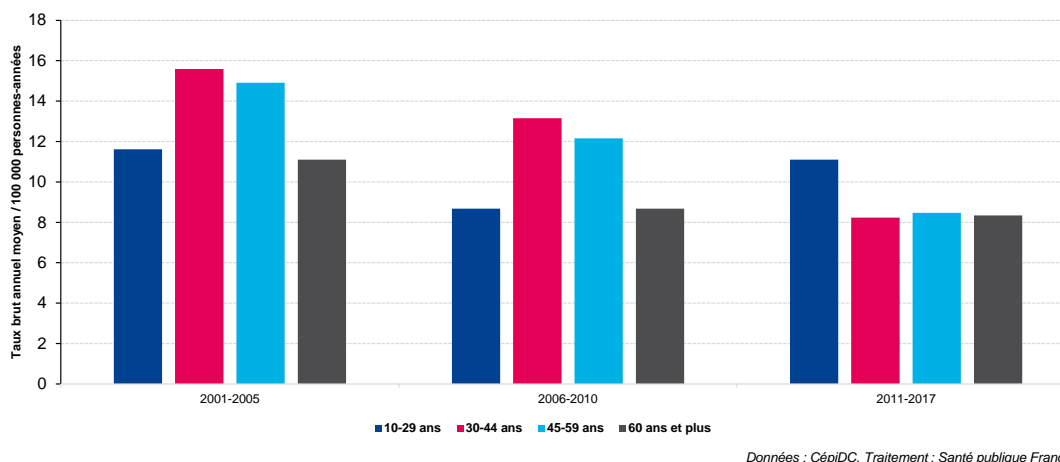


Figure 14 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Guyane, années 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 2,4 % (n=58) des décès toutes causes confondues en Guyane, part légèrement supérieure à celle calculée au niveau national (1,5 %, soit + 0,9 point de pourcentage). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,5 % (n = 38) dans la région contre 2,2 % (n = 19 811) au niveau national. Chez les femmes, elle était équivalente à celle des hommes (2,3 %; n=24) et trois fois supérieure 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 (15,4 % vs 12,9 % pour la France entière) et les 20-29 ans (14,2 % vs 17,7 % pour la France entière). Chez les 10-19 ans et les 20-29 ans, la part du suicide dans la mortalité était nettement plus importante pour les jeunes femmes (respectivement 28,6 % chez les 10-19 ans et 22,2 % chez les 20-29 ans) que pour les jeunes hommes (respectivement 5,4 % chez les 10-19 ans et 11,4 % chez les 20-29 ans) tandis qu'au niveau national la part des suicides dans la mortalité était plus importante chez les hommes que chez les femmes (18,9 % chez les 20-29 ans et 20,5 % chez les 30-39 ans chez les hommes vs 14,3 % et 10,1 % chez les femmes).

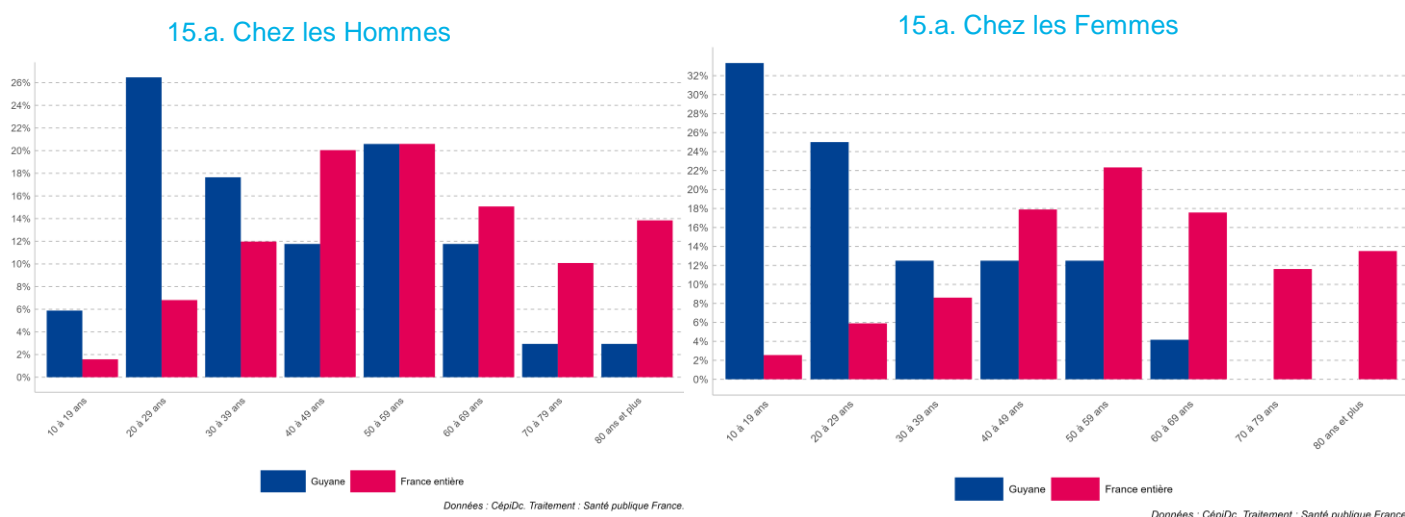
Les suicides représentaient 0,4 % des décès chez les plus âgés (60 ans et plus) en Guyane.

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

En Guyane, sur les années 2015-2017, les hommes représentaient 58,6 % (n = 34) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge excepté chez les 10-19 ans, classe d'âge pour laquelle les femmes étaient majoritaires.

Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 20-29 ans (26,5 % des suicides), les 50-59 ans (20,6 %) et les 30-39 ans (17,6 %) (Figure 15). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 10-19 ans (33,3 %) suivi des 20-29 ans (25,0 %). En Guyane, chez les femmes plus de la moitié des décès concernaient des femmes âgés de 10 à 29 ans (58,3 % vs 8,4 % en France entière). Chez les hommes, la distribution par âge était plus proche de celle de la France entière mais les décès chez les moins de 40 ans étaient plus fréquents également (58,6 % vs 19,6 % pour la France entière).

Figure 15 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe (%), Guyane et France métropolitaine, 2015-2017 (n = 58)



• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Guyane était la pendaison (65,5 % vs 57,3 % au niveau national), et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez la femme (70,8 % en Guyane vs 42,9 % au niveau national) que chez l'homme (61,8 % comme au niveau national). D'autres mode de suicide ayant conduits au décès étaient l'auto-intoxication par d'autres produits (15,5 % vs 2,3 % au niveau national), l'arme à feu (8,6 % vs 2,3 % en France entière). Quelques personnes ont également utilisé l'auto-intoxication médicamenteuse, la noyade ou le saut dans le vide.

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 CépiDC⁷. Lorsqu'un taux départemental de mortalité par suicide figure parmi les plus faibles, la différence pourrait être due à une sous-déclaration connue ou à documenter. Concernant les départements ayant présenté les taux départementaux les plus élevés, la mortalité réelle par suicide sur la période d'étude a été au moins égale à ces taux, et une surmortalité peut être considérée comme avérée.

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

En France métropolitaine, chez les femmes, 9 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 10 pour 100 000 habitants (vs tous les départements sauf 4 pour les hommes). Cela concernait la Haute-Saône à l'est, la Creuse et l'Indre au centre, et 6 départements à l'ouest : les Côtes-d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan en Bretagne ainsi que l'Orne (Normandie) et la Sarthe (Pays de Loire). Chez les hommes, 4 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 40,0 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).

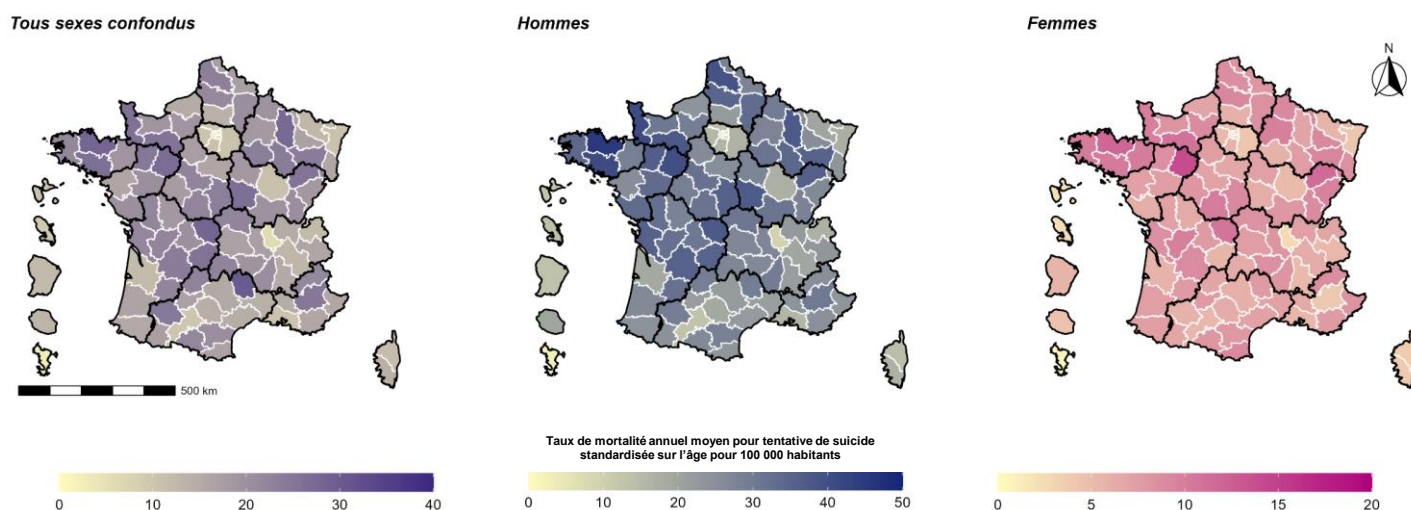
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). 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 (Figure 16).

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

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

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

Figure 16 : Taux départementaux annuels moyens de mortalité 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, 2015-2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

⁷ Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khireddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chérié-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

Référence : 5^e 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

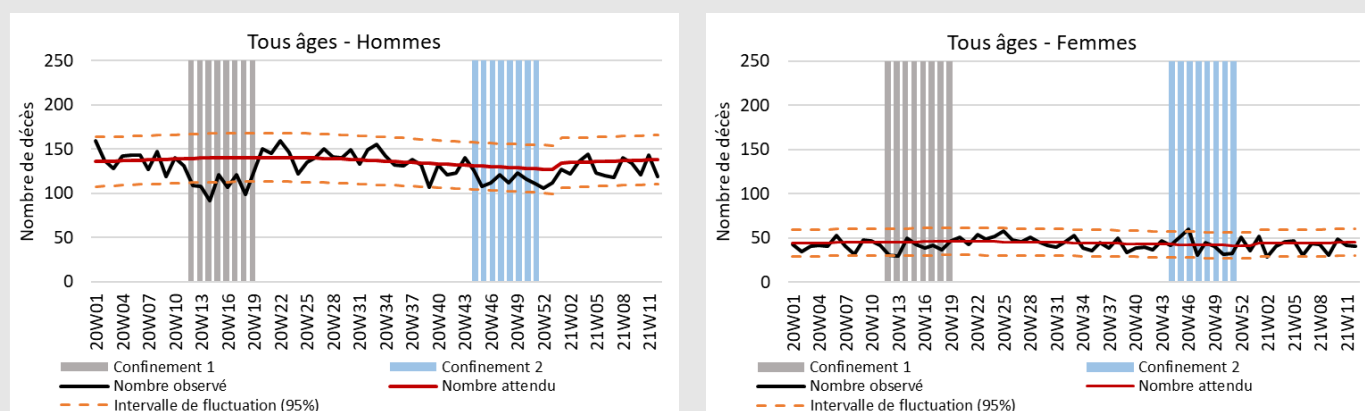
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies (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 1^{er} confinement (particulièrement chez les hommes). Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 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^e confinement pendant quelques semaines.

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

Figure 20 : 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 EN GUYANE

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

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

Les taux de décès par suicide et de tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation présentent des disparités fortes entre les départements et régions de la métropole française, qui s'expliquent en partie par de l'hétérogénéité dans la qualité des remontées des données. En comparaison, les taux établis pour l'outre-mer français sont parfois inférieurs, parfois supérieurs à ceux de la 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 à projet, sept projets ont été financés dont **deux⁸ concernant la Guyane** :

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

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

Sylvie Merle : Fnors, ORS Martinique

Apport de l'autopsie psychologique à la compréhension des conduites suicidaires en Outre-mer (AUTOPSOM).

Ce projet vise à coordonner le monitoring des suicides dans quatre **DROM-COM** (Polynésie française, La Réunion, **Guyane** et Martinique) pour réaliser une étude systématique des conduites suicidaires en utilisant la méthode d'autopsie psychologique. Il combine plusieurs approches de sciences humaines et sociales (psychologie, anthropologie et psycholinguistique) pour réaliser des analyses quantitatives et qualitatives des données de monitoring du suicide, des trajectoires de vie, de la présence de trouble mental, ainsi que des analyses phénoménologiques interprétatives et psycholinguistiques. Cette étude innovante implique des équipes transdisciplinaires sur chaque site et va permettre d'initier une coordination du monitoring du suicide et d'identifier des spécificités socio-anthropologiques de conduite suicidaire entre et au sein des DROM-COM afin d'adapter les campagnes de prévention aux spécificités locales. Elle préfigure la création d'un observatoire des suicides en Outre-mer.

Louis Jehel et Stéphane Amadéo : CHU de Martinique – Direction de la recherche clinique et de l'innovation

⁸ [Prévention du suicide : sept projets de recherche financés - Santé Mentale \(santementale.fr\)](#)

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

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

L'analyse régionale des **passages aux urgences** pour idées et geste 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 coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. En Guyane, le réseau repose sur les 3 structures d'urgences présent pour la région. Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 83 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la Guyane (Tableau 5).

Tableau 5 : 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®, Guyane, 2022

Etablissements de soins	% complétude diagnostique (diagnostic principal ou diagnostic associé)
CH de Cayenne	97,9 %
CH de Kourou	95,0 %
CH de l'Ouest guyanais	56,3 %
Guyane	82,75 %

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

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

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^e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et TS ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées de la CIM-10 :

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

- **Population étudiée et échelon d'analyse**

- Seules les personnes de 11 ans et plus et venant aux urgences d'un établissement de santé de la région sont considérées dans l'analyse des passages aux urgences ;
- Seules les personnes de 10 ans et plus et les personnes résidant dans la région d'analyse sont considérées dans l'analyse PMSI-MCO ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour. Les séjours sont sélectionnés sur la date de sortie et les séjours sans identifiant sont comptabilisés. Les TS ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide étant donné la sous-déclaration connue ;
- Les taux bruts de mortalité et d'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. Tout au long du BSP, les dénominateurs sont dénommés « habitants » par souci de simplification, bien que parfois le taux est été calculé sur la population des hommes ou des femmes, et non en population générale chez les plus de 10 ans ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO et Oscour® ont été analysées au niveau de la région et du département ;
- Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les parts d'activités aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire ;
- Les tests du Khi-deux et exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les caractéristiques des séjours hospitaliers pour TS 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 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/ONS5_MAJ.pdf)
- 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-etiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

- Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI:
[http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external%20icon)
- Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:e10–1
- Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., 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 CONDUITES SUICIDAIRES GUYANE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Marie Barrau¹ 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

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai et Tiphonie Succo

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 : Sylvie Merle, responsable scientifique FNORS du projet ORS DROM financé par la Drees ; Pr Jehel et Pr Amadeo, responsables scientifiques projet AUTOPSOM financé par la Drees ; Dr Janvier, chef du pôle psychiatrie à l'hôpital de Cayenne et l'ensemble du personnel du CRPS.

REMERCIEMENTS

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

- Les coordonnateurs nationaux et régionaux du réseau Vigilans
- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU), les concentrateurs régionaux de résumés de passages aux urgences (RPU)
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Les ARS, SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM

CONTACT

Santé publique France Guyane : guyane@santepubliquefrance.fr