

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Édito](#) ; [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.12 Hospitalisations pour tentative de suicide](#) ; [p.17 Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19 de janvier 2020 à mai 2021 dans l'ensemble des régions](#) ; [p.19 Décès par suicide en période pré-pandémique](#) ; [p.23 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France](#) ; [p.24 Actions de prévention du suicide en région](#) ; [p.30 Méthodologie](#) ; [p.32 Bibliographie](#) ; [p.34 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 aiguë de la crise sanitaire. Les conduites suicidaires y sont traitées sous l'angle du recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées.

Le constat global, commun à l'ensemble des régions, est une dégradation continue, à partir de l'automne 2020, des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin. Cette tendance s'est poursuivie en 2021 et même accentuée en 2022 (1^{er} semestre), sans retentissement observable sur la mortalité par suicide jusqu'à mars 2021. L'augmentation très importante des passages aux urgences pour idées suicidaires, notamment chez les jeunes, témoigne d'un mal-être qui s'inscrit dans la durée. Au-delà de ce constat global, l'hétérogénéité des situations régionales au regard des indicateurs de conduites suicidaires et leurs évolutions, 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
- CHRU : Centre hospitalier régional et universitaire
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CIM10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision
- CLS : Contrat local de santé
- CNAM : Caisse nationale de l'Assurance Maladie
- DA / DP : Diagnostic associé / Diagnostic principal
- DATA : Direction appui, traitements et analyses de données, Santé publique France
- DiRe : Direction des régions, Santé publique France
- DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires
- DMNTT : Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
- DROM : Départements et régions d'outre-mer
- EHESP : École des hautes études en santé publique
- EMIS : Équipe mobile d'Intervention suicide
- EnCLASS: Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances
- EPSM : Établissement public de santé mentale
- FEDORU : Fédération des observatoires des urgences
- GEPP : Groupe d'échanges des pratiques professionnelles
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- MSA : Mutualité sociale agricole
- OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- ORU : Observatoire régional des urgences
- Oscour[®]: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SFMU : Société française de médecine d'urgence
- SI : Système d'information
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD[®]: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

PREVENTION DU SUICIDE ET DE SA RECIDIVE

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 soins et à proximité des SAMU. À terme, il est prévu d'ouvrir 4 autres centres. Les répondants sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. Un médecin coordinateur est présent dans chacun des centres.



Le dispositif de recontact Vigilans

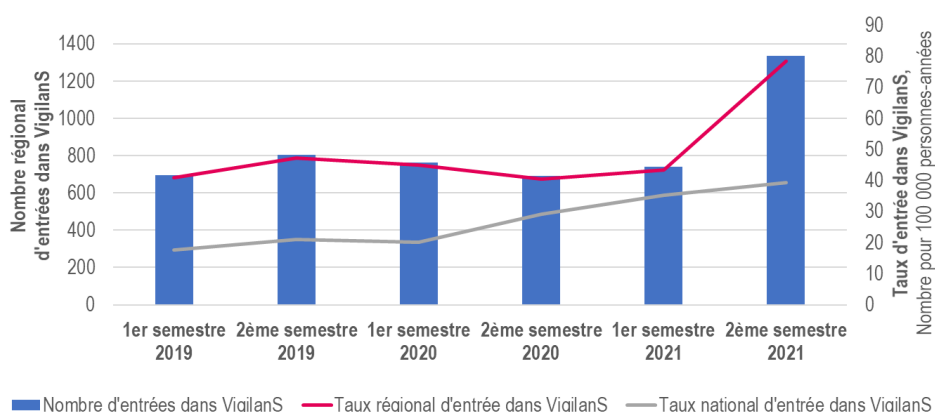
Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide (TS) et 75 % des récidives ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide. La survenue d'une TS multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante et par 4 le risque de décès par suicide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

Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et à 6 mois pour l'ensemble des patients. Lorsque le patient n'est pas joignable, 4 cartes postales personnalisées lui sont envoyées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les vigilanseurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ce dernier peut également contacter directement l'équipe Vigilans quand il le souhaite. 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. À 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 Bretagne, Vigilans a débuté en 2016 autour d'un centre de coordination au Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Brest. En mai 2022, 30 établissements, dont des centres hospitaliers et des cliniques psychiatriques, participent à Vigilans dans la région. La Figure 1 présente le nombre d'entrées de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux d'entrée rapporté à la population de la région.

Figure 1. Nombre semestriel de nouvelles entrées dans Vigilans et taux d'entrée semestriel (/100 000 personnes-années), Bretagne 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	3114 : pour en savoir plus
Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans ici	Site du numéro national de prévention du suicide : https://3114.fr
Le CHRU de Brest impliqué dans le dispositif national de prévention du suicide ici	Agence régionale de santé Bretagne, le 3114 en Bretagne ici

SYNTHESE

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

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

Jusqu'à février 2019, avec la parution des premiers BSP « Conduites suicidaires », la surveillance de la santé mentale était peu déclinée à l'échelle régionale. Durant la crise sanitaire, les travaux nationaux ont été rapidement déclinés à l'échelle régionale avec la parution de Points 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 aiguë de la crise sanitaire. D'autres travaux d'analyse à l'échelle régionale sont en cours sur les principales catégories de troubles psychiques ; ils feront l'objet de publications au cours de l'année 2023.

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

Les conduites suicidaires, des idées suicidaires aux TS et décès par suicide, sont traitées sous l'angle du 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 trois articles de partenaires décrivant des actions régionales de prévention du suicide :

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

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

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

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

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

Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7,0 pour 1 000 dans 3 régions : les Hauts-de-France, la Bretagne et les Pays de la Loire ; elle était inférieure à 4,0 pour 1 000 passages en Île-de-France et dans deux DROM (Guadeloupe et Mayotte). Pour la métropole, on observe une diagonale ouest-est allant de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes avec une activité modérée entre 4,3 et 5,1 pour 1 000 passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Île-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 geste suicidaire parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

Concernant les hospitalisations pour TS, 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 200,0 pour 100 000 habitants, suivies de la Bourgogne-Franche-Comté (187,2) et de la Nouvelle-Aquitaine (160,5). L'Île-de-France avec la Corse étaient les 2 régions métropolitaines avec des taux d'hospitalisation inférieurs à 100,0 pour 100 000 habitants.

Figure 2. Part d'activité annuelle (‰) des passages aux urgences pour geste suicidaire chez les 11 ans et plus, 2021

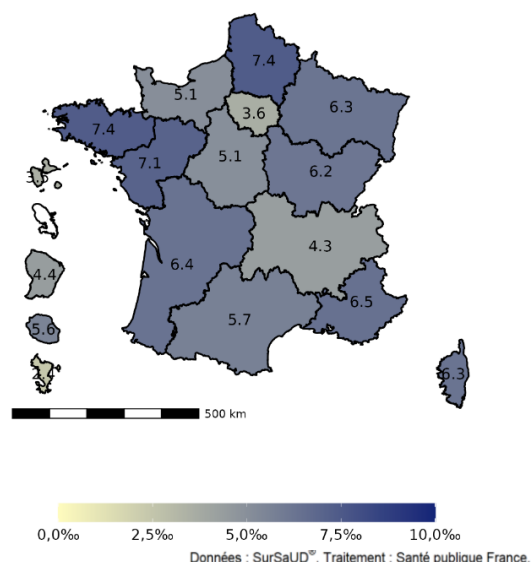
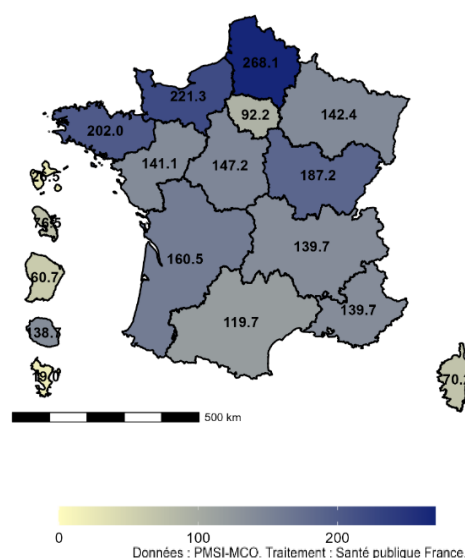


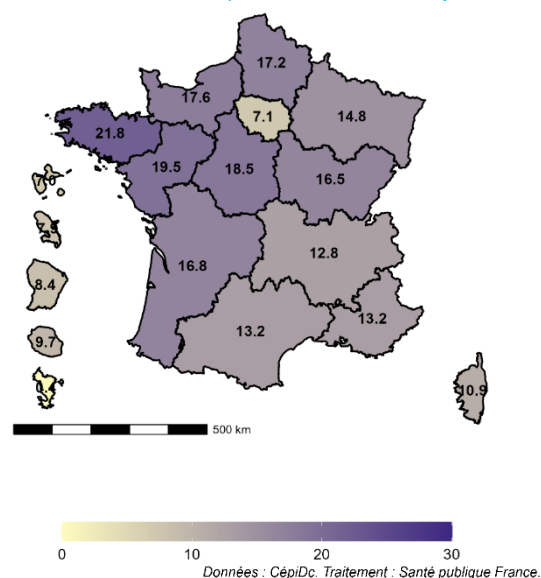
Figure 3. Taux d'hospitalisation annuel pour tentative de suicide standardisé sur l'âge (pour 100 000 habitants) chez les 10 ans et plus, 2021



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 Bretagne à 21,8 pour 100 000 habitants en Normandie. Les taux de mortalité par suicide les plus élevés, supérieurs à 17,0 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 10,0 et 14,0 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).

Figure 4. Taux annuel de mortalité par suicide standardisé sur l'âge (pour 100 000 habitants) chez les 10 ans et plus, 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 idées suicidaires n'ont pas augmenté ; le pic de part d'activité observé sur cette période étant lié à une diminution globale des passages aux urgences.

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

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

Les taux d'hospitalisation après passages aux urgences variaient de 32 % à 76 % en 2020-2021 selon les régions, DROM inclus. 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 à l'exception de la Guadeloupe (pas d'évolution) 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 geste suicidaire 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 la 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) sauf dans les DROM, 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'est-à-dire 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 (*i.e.* non médicamenteux).

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 la 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, à l'exception de la Guyane (pic observé chez les 10-19 ans chez les femmes et chez les 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 arme à feu pour les hommes et par auto-intoxication médicamenteuse pour les femmes.

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

Conclusion et perspectives

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

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

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

TENDANCES SPECIFIQUES EN BRETAGNE

• Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire

- Le nombre mensuel de passages aux urgences pour idées suicidaires et la part d'activité associée étaient en hausse à partir de 2020 dans toutes les classes d'âge et tous sexes confondus.
- Le nombre mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2021 était supérieur à 2020, mais en baisse par rapport à la moyenne de la période 2017-2019. La part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était en baisse par rapport à 2020 et à 2017-2019.
- L'activité aux urgences pour geste suicidaire a fortement augmenté chez les 11-24 ans, baissé chez les 25-64 ans et est restée stable chez les plus de 65 ans sur la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019.

• Hospitalisations pour tentative de suicide

- En 2021, le taux régional d'hospitalisation standardisé pour tentative de suicide était parmi les plus élevés de France à 202,0 pour 100 000 habitants de 10 ans et plus. Ce taux était en baisse par rapport à 2010 et avait retrouvé son niveau pré-pandémique en 2021 après une baisse durant l'année 2020.
- Les hospitalisations pour TS concernaient plus les femmes que les hommes, la part des femmes dans les hospitalisations pour TS ayant augmenté en 2021 par rapport aux années 2017-2019. Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était la plus touchée alors que chez les hommes, il s'agissait des 30-39 ans. En 2020 et 2021, la part des jeunes de 10-24 ans a augmenté tandis que celle des 25-64 ans diminuait et celle des seniors de 65 ans et plus restait stable.
- Le mode de tentative de suicide le plus fréquent était l'auto-intoxication médicamenteuse, puis l'auto-intoxication par d'autres produits (i.e. non médicamenteux). En Bretagne, la TS par auto-intoxication par d'autres produits était plus fréquente par rapport à la France métropolitaine pour les deux sexes.
- La létalité après hospitalisation pour TS en Bretagne était comparable à celle observée en France métropolitaine sur 2017-2019.
- Au niveau départemental, 3 départements présentaient des taux supérieurs à celui de la France métropolitaine : le Morbihan, le Finistère et les Côtes d'Armor. Le département d'Ille-et-Vilaine, quant à lui, avait un taux d'hospitalisation pour TS inférieur à la moyenne métropolitaine.

• Mortalité par suicide

- En 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé était égal à 21,8 pour 100 000 habitants de 10 ans et plus et était le plus élevé de France. Ce taux était en baisse par rapport à 2010, la diminution s'observant principalement chez les hommes. Pour les deux sexes, les taux étaient supérieurs à ceux observés en France métropolitaine pour l'ensemble des années disponibles.
- Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes était plus élevée comparée au national alors qu'elle était similaire chez les femmes. Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus importante dans les classes d'âge les plus jeunes (10-39 ans).
- Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance de la classe d'âge des 40-59 ans. Chez les femmes, il s'agissait des 50-69 ans. Comparativement à la France métropolitaine, la Bretagne se distinguait par une part moindre des suicides observée chez les plus de 80 ans dans les deux sexes.
- Le premier mode de suicide enregistré était la pendaison. Contrairement à la France métropolitaine (pour lesquels l'ordre est inversé), le deuxième mode de suicide en Bretagne était l'auto-intoxication médicamenteuse et le troisième l'utilisation d'une arme à feu.
- Les départements bretons étant dans le premier tiers des départements métropolitains au niveau des taux de mortalité par suicide.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN BRETAGNE

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

Évolution 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 premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020, dont les causes sont multiples, qui ne s'est pas reproduite lors des deux confinements ultérieurs.

• Idées suicidaires

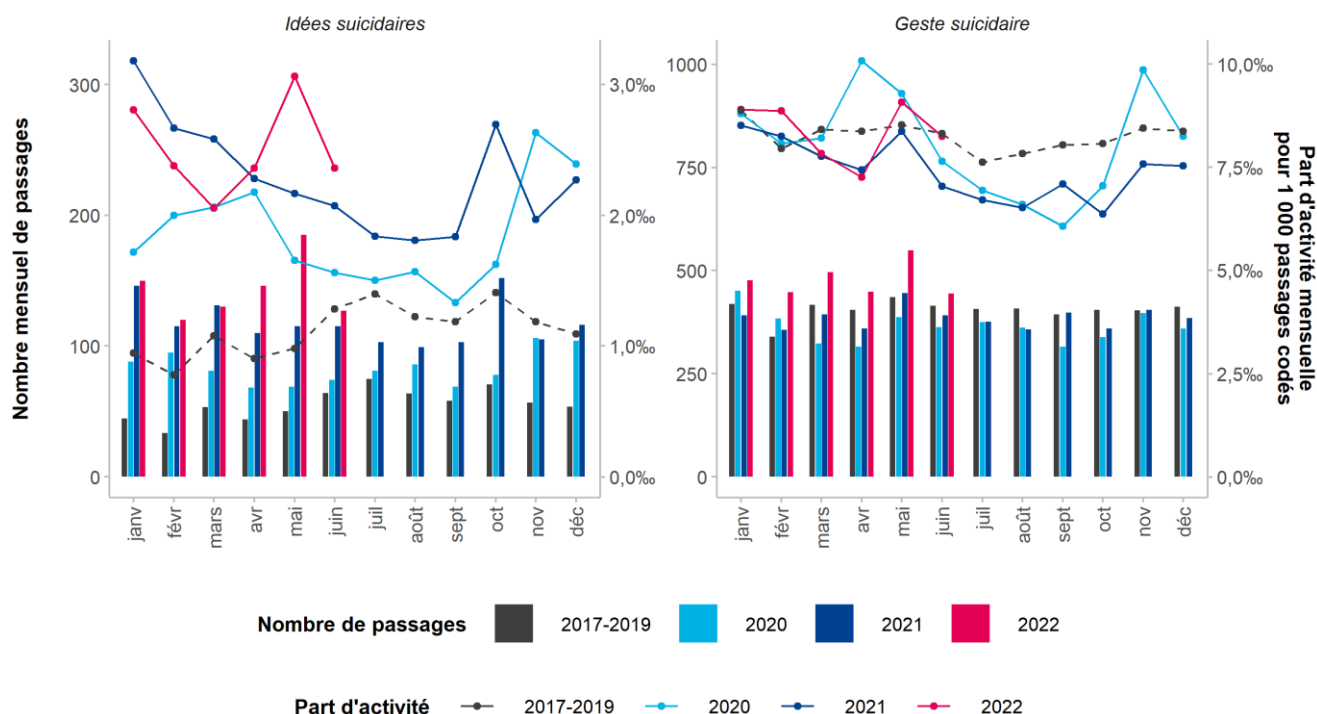
Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en nette hausse à partir de 2020, comparativement à la moyenne de la période 2017-2019 ; cette tendance était encore plus marquée en 2021 et au premier semestre 2022 (Figure 5). Le nombre mensuel moyen des passages aux urgences sur l'année 2021 (118 passages) était supérieur à celui de 2020 (+41 % ; 83 passages) et à celui de la période 2017-2019 (+112 % ; 56 passages). Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences était en hausse de 17 % par rapport à la même période en 2021.

• Geste suicidaire

Sur le premier semestre 2022, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+23 %). Le nombre mensuel moyen de passages aux urgences en 2021 (385 passages) était supérieur à celui de 2020 (+6 % ; 364 passages), mais restait inférieur à celui de la moyenne de la période 2017-2019 (- 5 % ; 405 passages). La part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était inférieure à celle sur 2020 (-8 %) et sur la période 2017-2019 (-10 %) (Figure 5). On observe au cours des années 2020 et 2021, des fluctuations plus importantes que les variations saisonnières de la période 2017-2019. Ces variations sont à mettre en lien avec les différentes phases de la crise sanitaire, dont les périodes de confinement ou de restrictions des contacts et des activités sociales.

La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences pour geste suicidaire sur la période 2020-2021 (66 %) était en légère augmentation par rapport à celle de la période 2017-2019 (62 %).

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



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

N.B. 2017-2019 désigne le nombre mensuel moyen et la moyenne des parts d'activité sur les années 2017, 2018 et 2019.

• Idées suicidaires et geste suicidaire en 2017-2019 et 2020-2021

L'activité pour idées suicidaires a augmenté fortement et significativement dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019, tout en concernant davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les séniors sur les 2 périodes. Chez les 11-24 ans, la part d'activité pour idées suicidaires a été multipliée par plus de deux entre les 2 périodes. Les nombres de passages comme les parts d'activité étaient similaires chez les hommes et les femmes tant sur la période 2017-2019 que la période 2020-2021 et en augmentation entre les deux périodes considérées. Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire a pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaires, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient presque deux fois plus fréquemment des femmes que des hommes tant sur la période 2020-2021 (sexe ratio 0,56) que sur la période 2017-2019 (sexe ratio 0,61). Pour les deux sexes, la part d'activité pour geste suicidaire a diminué significativement sur la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019. Sur les deux périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les séniors. L'activité pour geste suicidaire a significativement augmenté chez les 11-24 ans sur la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative était observée chez les 25-64 ans et qu'aucune évolution n'a pu être mise en évidence chez les séniors (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, Bretagne, périodes 2017-2019 et 2020-2021

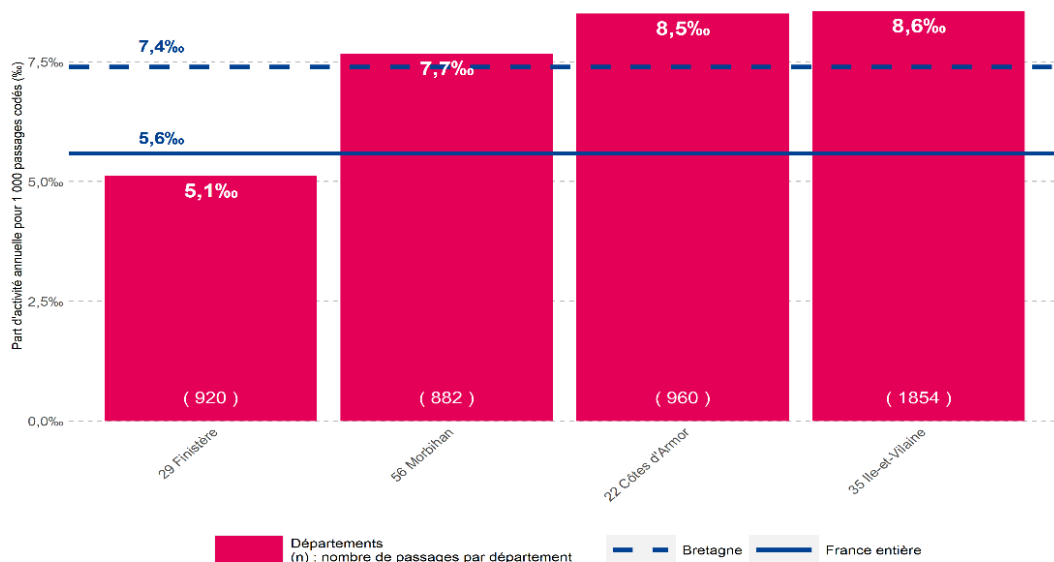
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	337	1,11	582	1,92	<0,001
	Femmes	329	1,15	622	2,19	<0,001
	11-24 ans	213	1,59	452	3,64	<0,001
	25-64 ans	392	1,42	654	2,39	<0,001
	65 ans et plus	61	0,34	99	0,52	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	1848	6,07	1609	5,31	<0,001
	Femmes	3010	10,55	2884	10,14	0,020
	11-24 ans	1126	8,41	1316	10,61	<0,001
	25-64 ans	3283	11,92	2718	9,94	<0,001
	65 ans et plus	449	2,49	458	2,41	0,481

* 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 par département dans la région en 2021

En 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire en Bretagne était supérieure à la moyenne nationale (+32 %), mais des disparités entre les départements étaient constatées. Ainsi, la part d'activité était supérieure aux niveaux régional et national dans le Morbihan, les Côtes d'Armor et l'Ille-et-Vilaine et inférieure à ceux-ci dans le Finistère (Figure 6).

Figure 6. Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰) par département, en Bretagne et en France entière, 2021



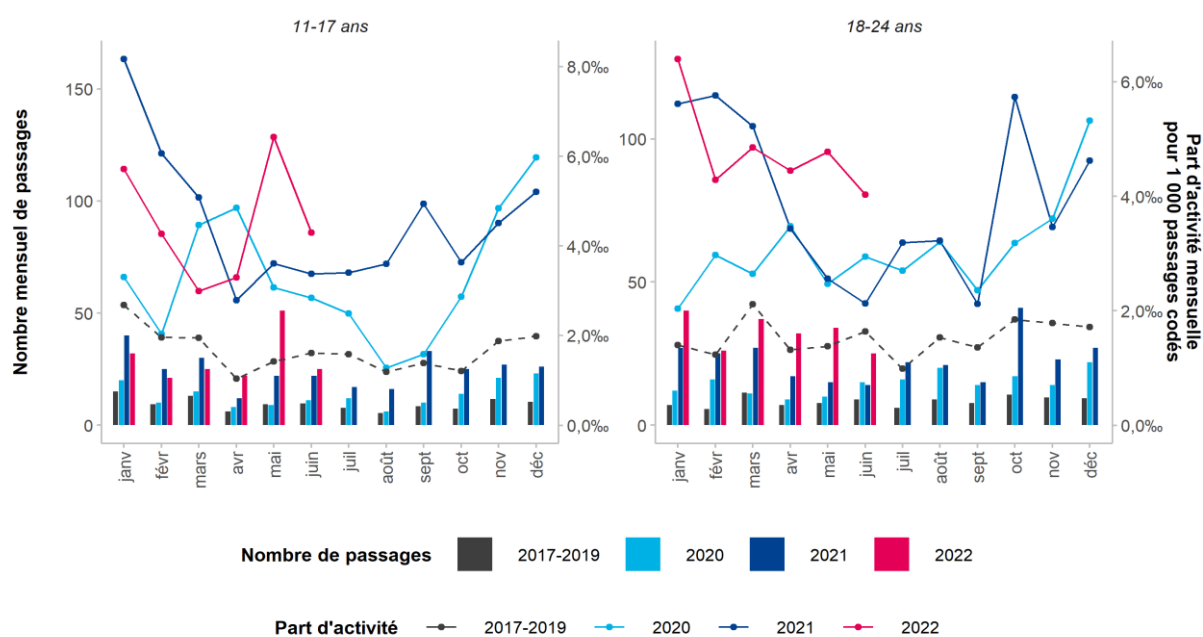
Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans étaient concernées par une forte hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires en nombre et en part d'activité à partir de 2020 comparativement à la période 2017-2019 ; cette tendance était encore plus marquée en 2021 et se maintenait au 1^{er} semestre 2022, soit après la phase aiguë de la crise sanitaire. Chez les 11-17 ans, comme chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur l'année 2021 (respectivement 25 et 23 passages) était supérieur à celui de 2020 (respectivement 13 (+86 %) et 15 passages (+56 %)) et à celui sur la période 2017-2019 (effectifs inférieurs à 10 passages dans les deux classes d'âge) ; la tendance était identique pour les parts d'activité. Dans ces deux classes d'âge, des fluctuations importantes étaient observées sur les années 2020-2021, notamment une baisse durant le 1^{er} confinement en 2020, une augmentation à partir de novembre 2020, puis une baisse au printemps 2021 suivie d'une nouvelle augmentation à partir de septembre 2021. La temporalité et l'intensité de ces fluctuations différaient des variations saisonnières observées en 2017-2019 et partiellement concomitantes avec les phases de la crise sanitaire (Figure 7). Cependant, ces résultats sont à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires dans ces deux classes d'âge.

Figure 7. Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, Bretagne, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD[®]. Traitement : Santé publique France.

N.B. 2017-2019 désigne le nombre mensuel moyen et la moyenne des parts d'activité sur les années 2017, 2018 et 2019.

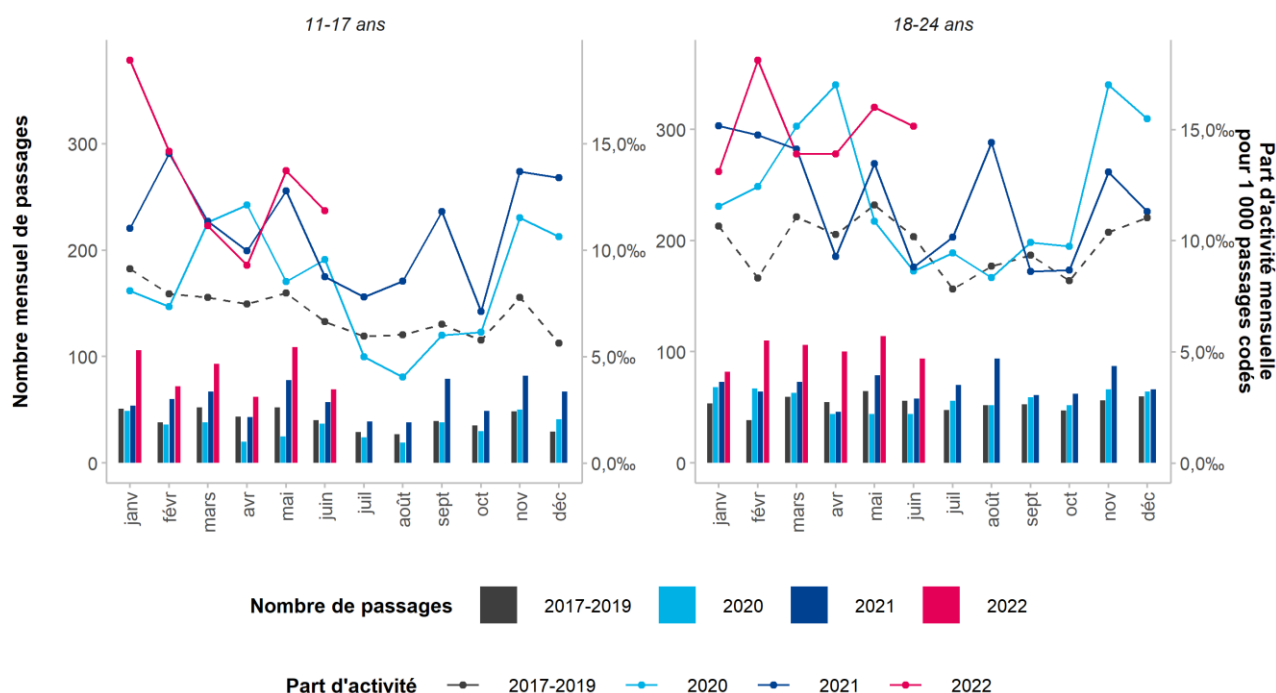
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire était en forte hausse sur le premier semestre 2022 (85 passages) par rapport à la même période en 2021 (+42 %) et en 2020 (+149 %). Le nombre mensuel moyen en 2021 (59 passages) était fortement supérieur à celui de 2020 (+75 % ; 34 passages) et à celui de la période 2017-2019 (+47 %, 40 passages). De même, la part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était en hausse par rapport à celle de 2020 (+30 %) et à celle de la période 2017-2019 (+55 %) (Figure 8).

Chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur le premier semestre 2022 (101 passages) était également en forte hausse par rapport à la même période en 2021 (+54 %) et en 2020 (+84 %). Le nombre mensuel moyen en 2021 (69 passages) était supérieur à celui de 2020 (+23 %, 57 passages) et à la période 2017-2019 (+30 %, 54 passages). La part d'activité mensuelle moyenne en 2021 était comparable à celle de 2020 (-3 %), mais était supérieure à celle de la période 2017-2019 (+21 %) (Figure 8).

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

Figure 8. Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, Bretagne, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

N.B. 2017-2019 désigne le nombre mensuel moyen et la moyenne des parts d'activité sur les années 2017, 2018 et 2019.

• Idées suicidaires et geste suicidaire en 2017-2019 et 2020-2021

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

Tableau 2. Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (%) pour idées et geste suicidaires chez les 11-24 ans, par sexe, Bretagne, 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	80	1,14	152	2,33	<0,001
	Femmes	133	2,09	300	5,10	<0,001
	11-17 ans	113	1,65	227	3,86	<0,001
	18-24 ans	100	1,52	225	3,45	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	319	4,55	322	4,94	0,110
	Femmes	807	12,65	994	16,87	<0,001
	11-17 ans	484	7,09	560	9,53	<0,001
	18-24 ans	642	9,78	756	11,58	<0,001

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE

Données issues du PMSI-MCO

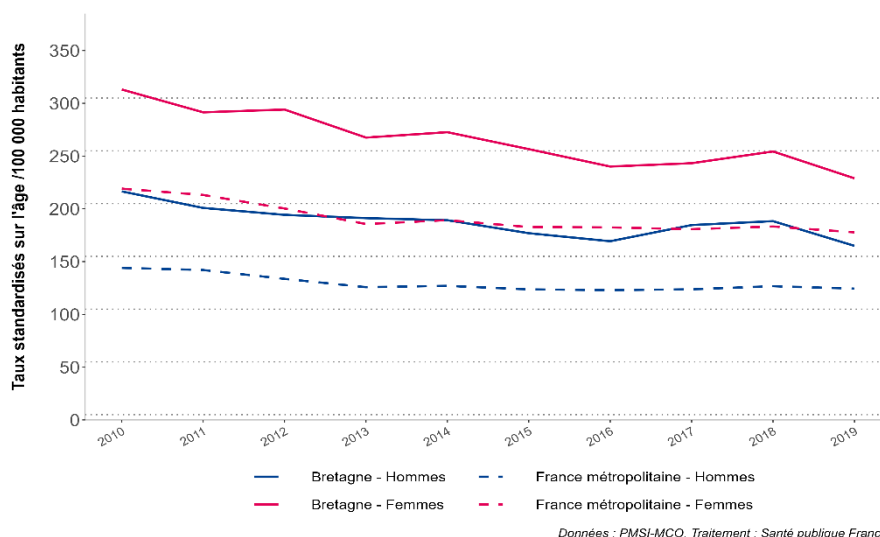
Évolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation de 2010 à 2019

Entre 2010 et 2019, chaque année, 6 575 hospitalisations pour TS étaient enregistrées en moyenne chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Bretagne. Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 197,9 pour 100 000 habitants en 2019, la Bretagne se situait au-dessus du taux national (152,1 pour 100 000 habitants en 2019) et était la troisième région métropolitaine avec le taux le plus élevé.

En baisse de 2010 à 2013, le taux national d'hospitalisation pour TS, quel que soit le sexe, restait plutôt stable à partir de 2013. En Bretagne, le taux régional d'hospitalisation pour TS, tous sexes confondus, était en baisse sur la période 2010-2016 (266,3 pour 100 000 habitants en 2010 vs. 205,8 pour 100 000 habitants en 2016), avant une légère augmentation au cours des années 2017-2018 (222,4 pour 100 000 habitants en 2018), suivie d'une nouvelle baisse en 2019. Cette dynamique était retrouvée au niveau régional chez les femmes et chez les hommes. Ainsi, chez les femmes, les taux d'hospitalisation pour TS étaient égaux à 313,1 pour 100 000 habitants en 2010 vs. 229,9 pour 100 000 habitants en 2019. Chez les hommes, la baisse était moins marquée avec un passage d'un taux d'hospitalisation pour TS égal à 216,5 pour 100 000 habitants en 2010 à 164,9 pour 100 000 habitants en 2019 (Figure 9).

Figure 9. Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge, par sexe, Bretagne et France métropolitaine, 2010-2019



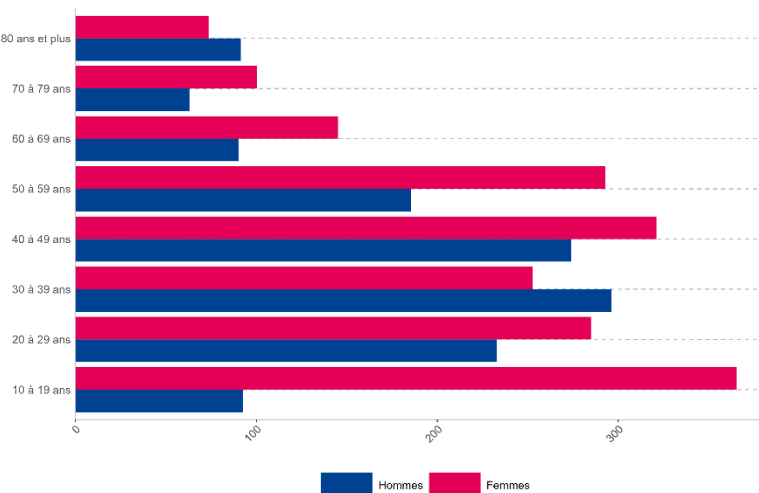
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les résidents bretons âgés de 10 ans et plus ont majoritairement concerné les femmes (59 % des 18 500 hospitalisations pour TS ; sexe ratio 0,69). On constatait également que les profils d'âge différaient selon le sexe.

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était la plus concernée avec un taux brut s'élevant à 365,4 pour 100 000 femmes. Les 40-49 ans présentaient également un taux brut supérieur à 300 pour 100 000 femmes (321,1 pour 100 000 femmes).

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 30-39 ans (296,3 pour 100 000 hommes) mais la classe d'âge 40-49 ans montrait un taux quasi-égal avec 273,8 pour 100 000 hommes (Figure 10).

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



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

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 11,6 pour 1 000 en Bretagne, ce qui est comparable à celle observée en France métropolitaine (12,0 pour 1 000). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les femmes que chez les hommes. Cependant, elle restait supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à classe d'âge constante. Ainsi, elle passait de 3 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 79 pour 1 000 chez ceux de 65 ans et plus, soit 26 fois plus, *versus* une augmentation chez les femmes de moins d'un décès pour 1 000 pour les moins de 25 ans à 28 pour 1 000 chez celles de 65 ans et plus, soit près de 40 fois plus.

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 73,3 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'auto-intoxication par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) (16,4 %), l'utilisation d'objet tranchant (9,3 %), la pendaison (3,4 %) et le saut dans le vide (1,5 %). Les autres modes étaient plus rares (moins de 1% des TS). En Bretagne, la TS par auto-intoxication par d'autres produits était plus fréquente par rapport à la France métropolitaine (16,4 % des TS en Bretagne vs. 8,4 % en France métropolitaine). L'auto-intoxication médicamenteuse était plus fréquemment utilisée par les femmes que par les hommes, ce mode étant néanmoins majoritaire aussi chez ces derniers. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les autres modes de TS, à savoir les auto-intoxications par d'autres produits ainsi que des modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3). En comparaison avec le national, les femmes en Bretagne avaient nettement plus recours à l'auto-intoxication par d'autres produits (15,6 % des TS en Bretagne vs. 6,4 % en France métropolitaine). Cette différence restait présente pour les hommes en étant moins marquée (17,5 % des TS en Bretagne vs. 11,5 % au niveau métropolitain).

La durée médiane d'hospitalisation était égale à un jour, tous modes confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (6 jours) et arme à feu (4 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (203 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (133 pour 1 000) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (117 pour 1 000). Cependant, ces létalités sont à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de séjours pour chacun de ces modes.

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

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation nombre de jours	Létalité hospitalière nombre de décès pour 1000 hospitalisations
	nombre de séjours	%	%	%		
Auto-intoxication médicamenteuse	13 566	73,3	77,0	68,0	1,0	4
Auto-intoxication par d'autres produits	3 032	16,4	15,6	17,5	1,0	13
Objet tranchant	1 712	9,3	8,8	9,9	1,0	3
Pendaison	631	3,4	1,7	5,9	1,0	133
Saut dans le vide	271	1,5	1,2	1,9	6,0	55
Noyade	82	0,4	0,5	0,4	1,0	12
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	77	0,4	0,2	0,7	1,0	117
Arme à feu	69	0,4	0,1	0,8	4,0	203
Collision intentionnelle	52	0,3	0,1	0,5	1,0	0
Mode non précisé	811	4,4	4,2	4,7	1,0	17

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS apparaissaient relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes sur la période 2017-2019 ; chez les femmes, l'hétérogénéité était plus marquée (Figure 11). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 (Corse-du-Sud) à 367,6 pour 100 000 (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 (Somme). Comme observé aux échelles 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 (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) et 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, la Haute-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques dans le sud de la France, et Paris, la Seine-Saint-Denis en Île-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 le Val-d'Oise ainsi que la Seine-Saint-Denis en Île-de-France.

Dans 6 départements métropolitains, les taux d'hospitalisation chez les femmes étaient près du double de celui des hommes (sexe ratio entre 0,50 et 0,55) : 4 départements à caractéristique plutôt rurale (Alpes-de-Haute-Provence, Aube, Eure, Territoire-de-Belfort) et 2 départements de la grande couronne en Île-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.

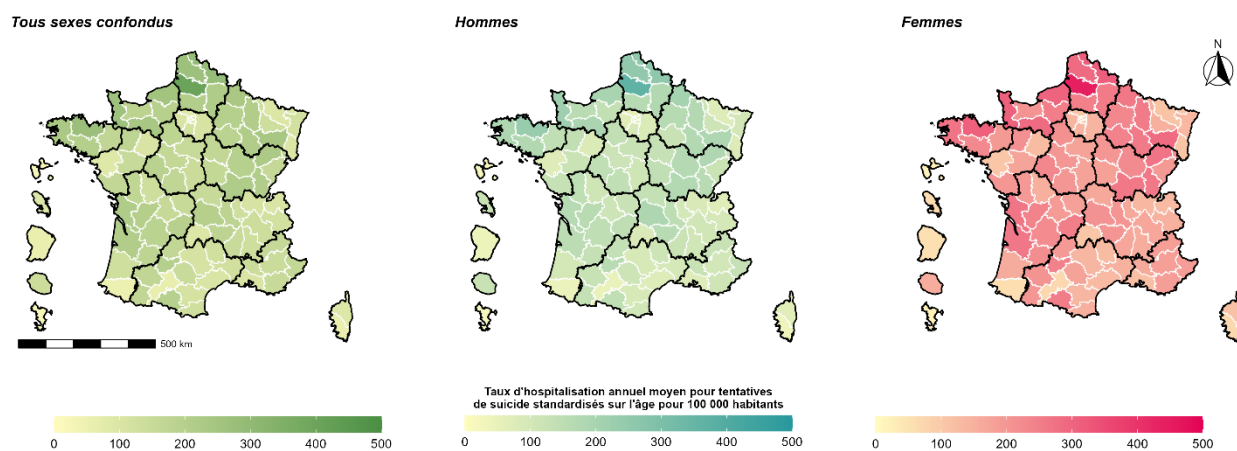
Les départements et régions d'outre-mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine hors Réunion pour les deux sexes, et Martinique pour les hommes.

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

Les tendances départementales concernant les hospitalisations pour TS sur la période 2017-2019 n'étaient pas identiques à celles concernant les taux départementaux de mortalité par suicide (2015-2017) décrites plus loin (cf. p.22).

En Bretagne, les 4 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour TS élevés sur la période 2017-2019 avec une forte hétérogénéité. Ainsi, l'Ille-et-Vilaine présentait le taux tous sexes confondus le plus faible de la région avec 170,9 hospitalisations pour TS pour 100 000 habitants, alors que les Côtes d'Armor, avec un taux de 275,0 pour 100 000, était le 3^{ème} département au niveau métropolitain. Chez les hommes, les taux variaient de 144,5 pour 100 000 (Ille-et-Vilaine) à 236,6 pour 100 000 (Côtes d'Armor). Chez les femmes, ils étaient compris entre 194,9 pour 100 000 en Ille-et-Vilaine et 312,1 pour 100 000 en Côtes d'Armor. Les sexe ratios des taux sur la période étaient relativement homogènes au sein de la région avec des valeurs oscillant entre 0,70 (Finistère) et 0,78 (Morbihan).

Figure 11. Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus, chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus, France entière, 2017-2019



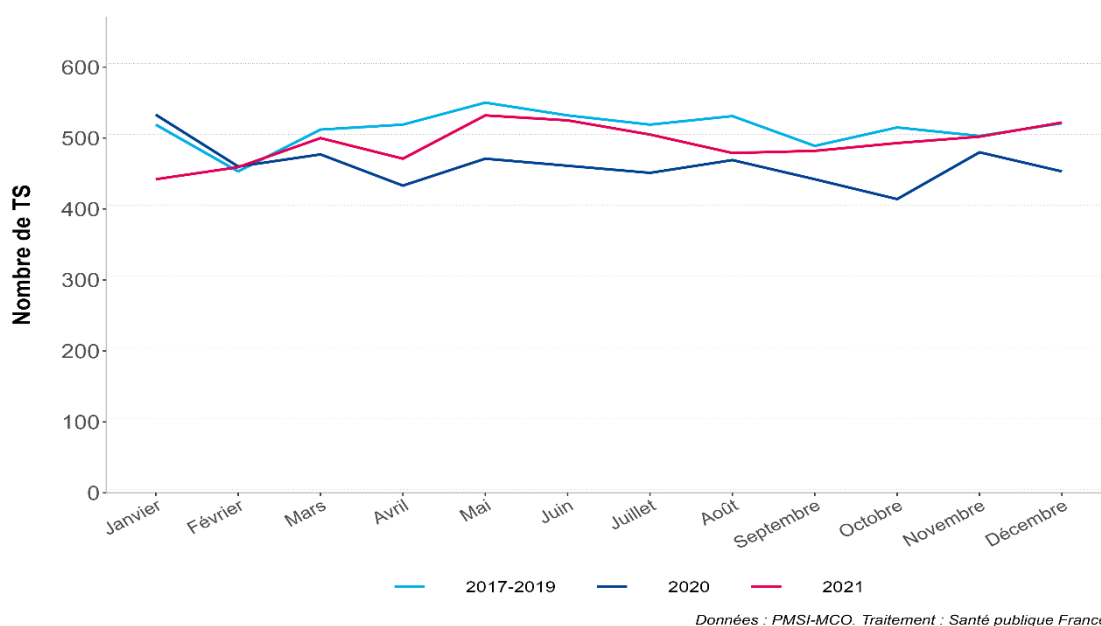
Évolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers - Bretagne

En Bretagne, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2020 avec une baisse notable au cours des confinements liés à l'épidémie de COVID-19 (Figure 12). Une tendance de diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aiguë de la pandémie a été décrite par plusieurs auteurs^{3,4}, dont les causes peuvent être multiples : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents, restriction de l'offre de soins avec la déprogrammation de certaines prises en charge, crainte de se rendre dans un établissement de santé dans un contexte d'épidémie. Concernant les TS, si certains facteurs ont pu limiter les recours à l'hospitalisation pour des cas peu sévères, cela ne s'applique pas à des lésions ou intoxications auto-infligées nécessitant une prise en charge immédiate : une diminution effective des comportements suicidaires est probable pendant le premier confinement.

En 2021, aucune tendance temporelle inhabituelle n'a été observée, le nombre de TS étant légèrement inférieur à celui de la période 2017-2019 avec 5 912 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année (contre 6 163 en moyenne sur les années 2017-2019).

Figure 12. Évolution mensuelle du nombre de séjours hospitaliers pour TS chez les personnes âgées de 10 ans et plus, Bretagne, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



• Caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide – Bretagne

La part des femmes dans les hospitalisations pour TS a augmenté en 2021 (aucune différence n'a pu être mise en évidence en 2020) par rapport aux années 2017-2019 (62,1 % vs. 59,2 % en 2017-2019, $p < 0,001$). Des différences significatives de la répartition par âge ont été observées pour les deux années 2020 et 2021, comparativement à celles de 2017-2019 (respectivement $p < 0,05$). Ainsi, en 2020, la part des jeunes de 10-24 ans a augmenté tandis que celle des 25-64 ans diminuait et celle des seniors de 65 ans et plus restait stable. En 2021, l'augmentation de la part des jeunes de 10-24 ans était plus marquée aux dépens de la classe des 25-64 ans en baisse. Aucune différence au niveau de la létalité suite aux hospitalisations pour TS n'a pu être montrée avec la période de référence 2017-2019.

Concernant l'évolution des modes de TS (parmi les hospitalisations pour TS ayant un mode de suicide précisé), la proportion de suicide par utilisation d'objet tranchant a significativement augmenté en Bretagne en 2020 et en 2021 (respectivement 11,3 % et 12,4 % vs. 9,6 % en 2017-2019, $p < 0,001$). En comparaison avec la période 2017-2019, en 2020, les proportions de suicides par pendaison (4,4 % vs. 3,5 %) et par saut dans le vide (2,3 % vs. 1,5 %) ont également augmenté. En 2021, la part des suicides par auto-intoxication médicamenteuse était supérieure à celle observée sur 2017-2019 (77,9 % vs. 75,9 %, $p = 0,011$) (Tableau 4).

³ 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>

⁴ 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.

Tableau 4. Principales caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 10 ans et plus, Bretagne, moyenne des années 2017-2019 (N=18 500), 2020 (N=5 544) et 2021 (N=5 912)

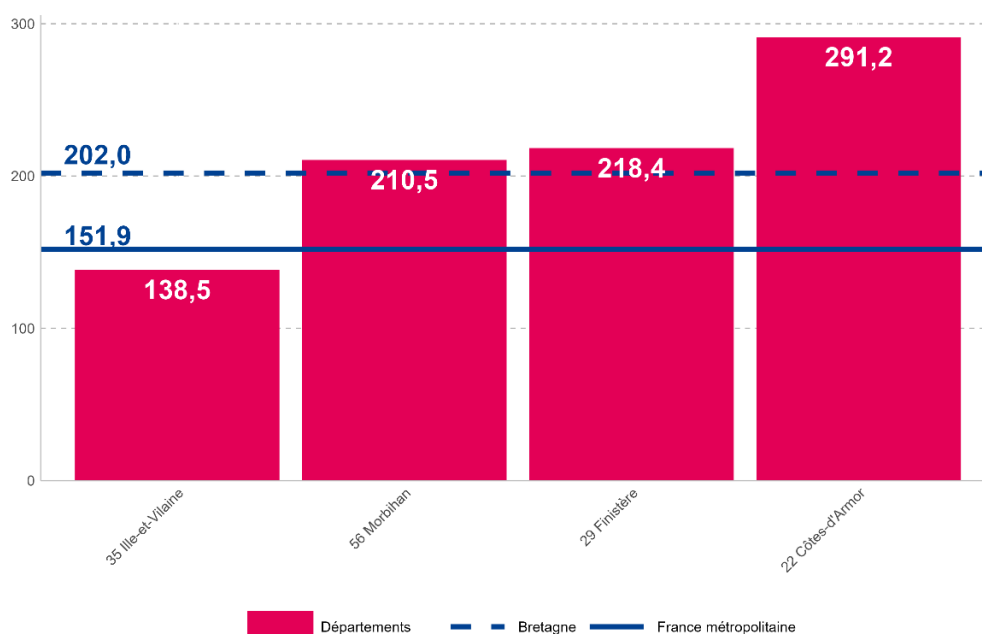
		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	40,8%	41,0%	0,812	37,9%	<0,001
	Femme	59,2%	59,0%		62,1%	
Classe d'âge	10-24 ans	22,4%	24,0%	0,003	31,4%	<0,001
	25-64 ans	67,3%	64,8%			
	65 ans et plus	10,3%	11,2%		11,5%	
Létalité		1,2%	1,2%	0,893	1,1%	0,854
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	75,9%	76,8%	0,763	77,9%	0,011
	Auto-intoxication par d'autres produits	17,0%	16,8%	1,000	17,4%	1,000
	Objet tranchant	9,6%	11,3%	0,002	12,4%	<0,001
	Pendaison	3,5%	4,4%	0,034	3,4%	1,000
	Saut dans le vide	1,5%	2,3%	0,001	1,6%	1,000
	Noyade	0,5%	0,5%	1,000	0,6%	0,839
	Arme à feu	0,4%	0,5%	0,763	0,6%	0,512
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,4%	0,2%	0,390	0,4%	1,000
	Collision intentionnelle	0,3%	0,2%	1,000	0,2%	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=17883 en 2017-2019, 5401 en 2020 et 5732 en 2021).
 Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Hospitalisations pour tentative de suicide par département en Bretagne et en France métropolitaine

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS avait retrouvé son niveau pré-pandémique en 2021 (202,0 pour 100 000 en 2021 vs. 197,9 pour 100 000 habitants en 2019) après une baisse durant l'année 2020 (190,2 pour 100 000). Selon le sexe, une augmentation était observée uniquement chez les femmes (de 228,9 en 2019 à 242,9 pour 100 000 en 2021) où les taux d'hospitalisation pour TS étaient les plus importants. Chez les hommes, le taux régional standardisé était resté stable (164,9 en 2019 et 158,5 pour 100 000 en 2021). Au niveau départemental, 3 départements présentaient des taux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine : le Morbihan, le Finistère et les Côtes d'Armor, ce dernier présentant le 3^{ème} plus haut taux au niveau métropolitain. Le département d'Ille-et-Vilaine, quant à lui, avait un taux d'hospitalisation pour TS inférieur à la moyenne métropolitaine (Figure 13).

Figure 13. Taux annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge, par département, en Bretagne et en France métropolitaine, 2021



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

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

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

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

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

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

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

Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour TS mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de COVID-19 à ceux de ces trois années de référence pour la période équivalente (

Figure 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 ainsi qu'à La Réunion, on observe une chute nette des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la 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. En 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 (

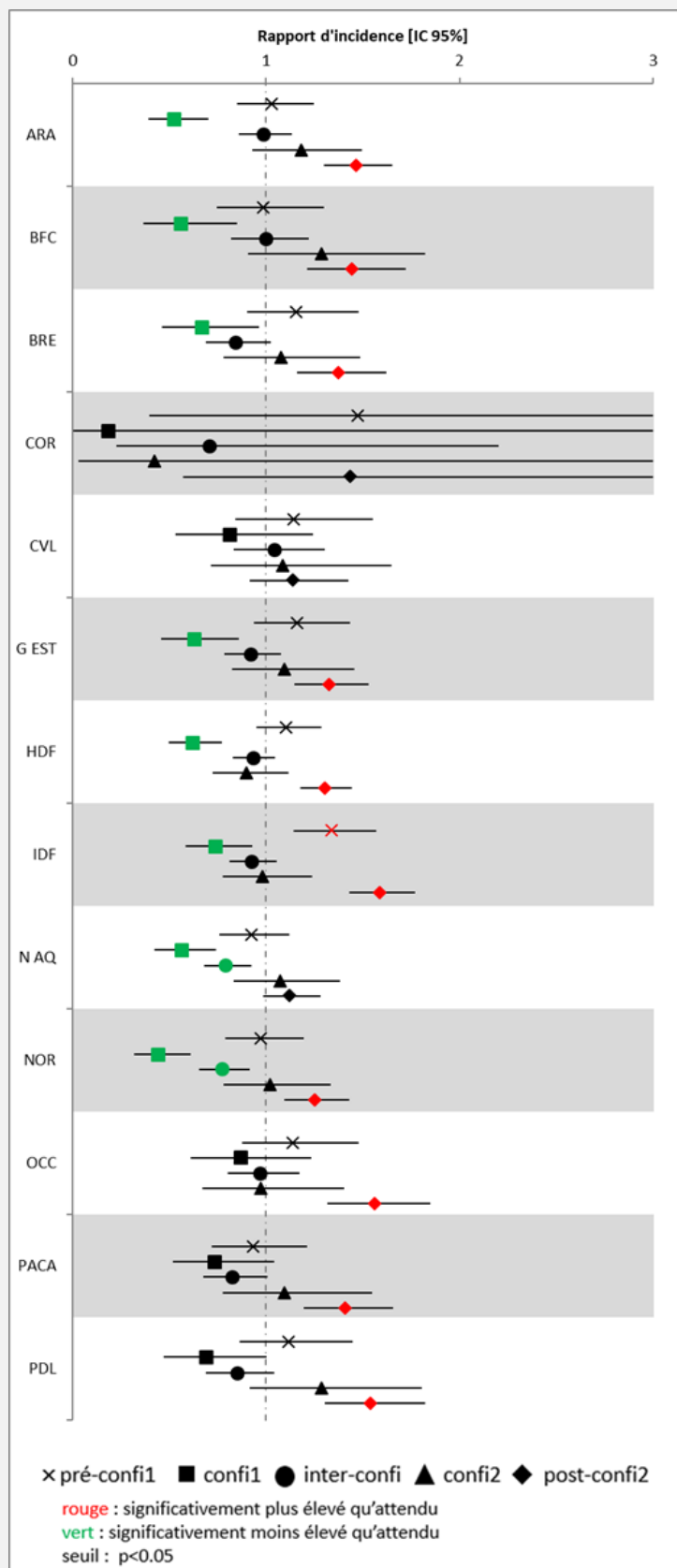
Figure 14).

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 ne sont pas statistiquement significatives (Données non présentées).

Dans les DROM, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique pour être effectué. Par ailleurs, 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 Bretagne, comme dans la plupart des régions métropolitaines, on observe une baisse significative du taux d'hospitalisation pour TS lors du premier confinement chez les femmes de 10 à 24 ans par rapport à la même période sur 2017-2019. Suite à cette période, on note une évolution à la hausse pour la période inter-confinement, retrouvant les niveaux 2017-2019. Le deuxième confinement est marqué par une hausse significative du taux d'hospitalisation par rapport à la même période en 2017-2019.

Figure 14. Rapports 2020-2021/2017-2019 des taux d'incidence d'hospitalisation pour TS, selon cinq périodes*, chez les femmes de 10 à 24 ans, France métropolitaine, janvier 2020-mai 2021



Sigles des régions :

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

***Sigles des périodes :**

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

DECES PAR SUICIDE EN PERIODE PRE-PANDEMIQUE, BRETAGNE, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En 2017, 659 personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Bretagne se sont suicidées, correspondant à un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 21,8 pour 100 000 habitants qui était supérieur à celui de la France métropolitaine (14,4 / 100 000 habitants). Ce taux faisait de la Bretagne, la première région française pour la mortalité par suicide. La majorité des décès par suicide concernait des hommes (73,3 % ; n = 483). Le taux de mortalité par suicide de 33,4 pour 100 000 chez les hommes en Bretagne était plus élevé que le taux en France métropolitaine (22,5 / 100 000 hommes), et au-dessus de la médiane des régions métropolitaines (25,6 / 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017, égal à 11,3 pour 100 000, était supérieur au taux métropolitain (6,9 pour 100 000 femmes) et à la médiane des régions métropolitaines (7,1 / 100 000 femmes).

Évolution 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 34,4 à 21,8 pour 100 000 habitants, tout comme en France métropolitaine (21,9 à 14,4 pour 100 000 habitants). Cette diminution s'observe principalement chez les hommes (33,4 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs. 53,4 en 2000) avec une baisse marquée à partir de 2013. Chez les femmes, cette baisse est visible mais moins notable (11,3 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs. 18,2 en 2000) avec une stagnation du taux à partir de 2013 (Figure 15). Pour les deux sexes, les taux étaient supérieurs à ceux observés en France métropolitaine pour l'ensemble des données disponibles. Le décès par suicide était en 2017 près de trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le sexe ratio des taux ayant oscillé entre un minimum de 2,6 en 2004 et un maximum de 4,0 en 2016 (Figure 15). L'analyse temporelle selon l'âge montrait une diminution des taux bruts de mortalité dans toutes les classes d'âge, notamment depuis 2010 (Figure 16). On constatait une hétérogénéité des taux entre les classes d'âge. Ainsi, les 45-59 ans et les 75 ans et plus présentaient des taux bruts de mortalité plus élevés que les autres classes d'âge sur toute la période 2000-2017, tandis que celle des 10-29 ans présentait les taux les plus faibles.

Figure 15. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Bretagne et France métropolitaine, 2000-2017

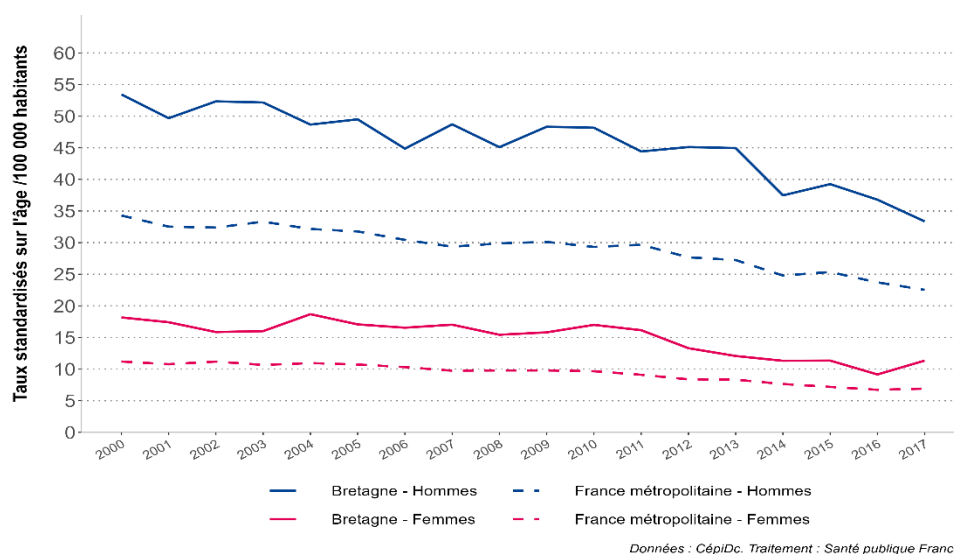
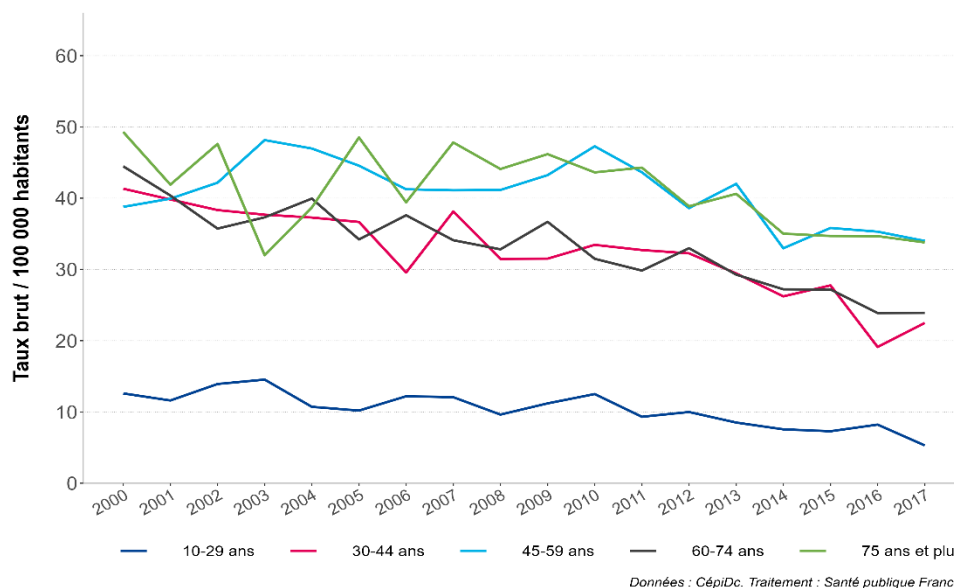


Figure 16. Taux bruts annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Bretagne, 2000-2017



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

• Part des suicides dans la mortalité toutes causes selon le sexe et l'âge 2015-2017

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 2,0 % (n = 2 055) des décès toutes causes confondus en Bretagne, taux légèrement supérieur au niveau national (1,5 %). Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 3,1 % (n = 1 566) dans la région contre 2,2 % (n = 19 460) au niveau national. Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure : 0,9% (n = 489) comme au niveau national (0,7 % ; n = 6 125).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus importante dans les classes d'âge les plus jeunes : 25,3 % chez les 20-29 ans, 23,6 % chez les 30-39 ans et 23,1 % chez les 10-19 ans. Dans les classes d'âge plus élevées, la part du suicide était nettement plus faible (< 8 %) excepté pour les 40-49 ans (16,1 %). La part du suicide dans la mortalité était nettement plus importante pour les hommes chez les 20-29 ans (26,4 %), les 30-39 ans (26,6 %) et les 40-49 ans (19,8 %) que pour les femmes (respectivement 22,5 %, 16,3 % et 9,0 %). A l'inverse, elle était supérieure chez les jeunes femmes de 10 à 19 ans (26,7 %) par rapport aux jeunes hommes (21,6 %).

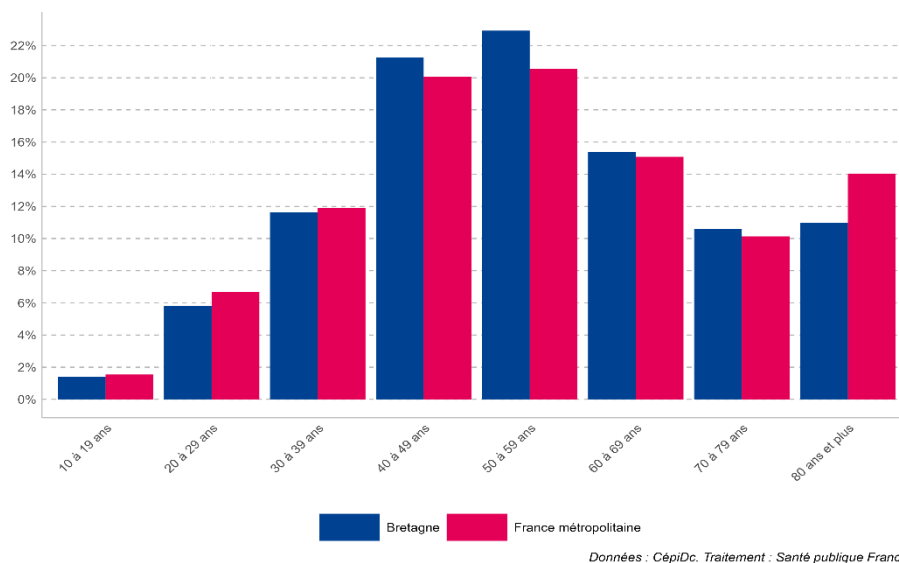
• Répartition des décès par suicide selon le sexe et l'âge 2015-2017

En Bretagne, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 76,2 % (n = 1 566) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

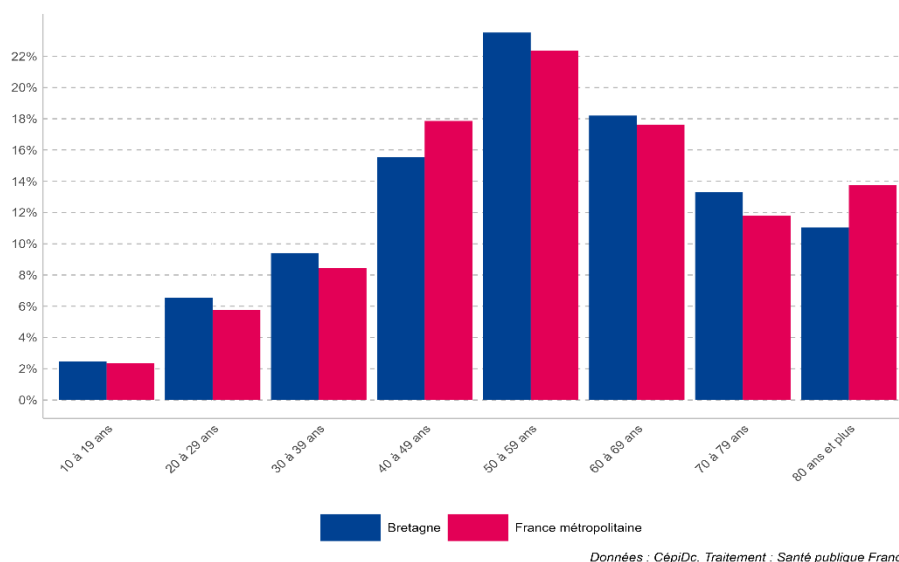
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 50-59 ans (22,9 % des suicides) et les 40-49 ans (21,3 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (23,5 %), les 60-69 ans (18,2 %) et les 40-49 ans (15,5 %). Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (1,0 à 2,0 %). Comparativement à la France métropolitaine, la Bretagne se distinguait par une part moindre des suicides observée chez les 80 ans et plus chez les hommes (11,0 % vs. 14,0 %) comme chez les femmes (11,0 % vs. 13,7 %) (Figure 17).

Figure 17. Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe (%) en Bretagne et en France métropolitaine, 2015-2017 (n = 2 055)

17.a. Chez les hommes



17.b. Chez les femmes



• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Bretagne était la pendaison (64,3 % en région vs. 57,2 % au niveau national), et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. Contrairement à la France métropolitaine pour lesquels l'ordre est inversé, le deuxième mode de suicide en Bretagne est l'auto-intoxication médicamenteuse (9,8 % vs. 10,5 % en métropole) et le troisième est l'utilisation d'une arme à feu (7,5 % vs. 12,6 % en métropole). Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (9,6 %) lequel était rare chez les femmes (0,6 %) ; chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (22,5 %), moins fréquent chez les hommes (5,9 %). Les suicides par noyade ainsi que par saut dans le vide étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 10,0 % et 5,9 %) que chez les hommes (respectivement 3,0 % et 3,2 %) (Tableau 5).

Tableau 5. Part (%) des modes de suicide chez les hommes et chez les femmes, Bretagne, 2015-2017

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1322	64,3	47,9	69,5
Arme à feu	154	7,5	0,6	9,6
Auto-intoxication médicamenteuse	202	9,8	22,5	5,9
Saut dans le vide	79	3,8	5,9	3,2
Noyade	96	4,7	10,0	3,0
Auto-intoxication par d'autres produits	32	1,6	2,7	1,2
Collision intentionnelle	24	1,2		
Objet tranchant	18	0,9	1,2	0,8
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	17	0,8	2,2	0,4
Mode non précisé	258	12,6	12,3	12,6

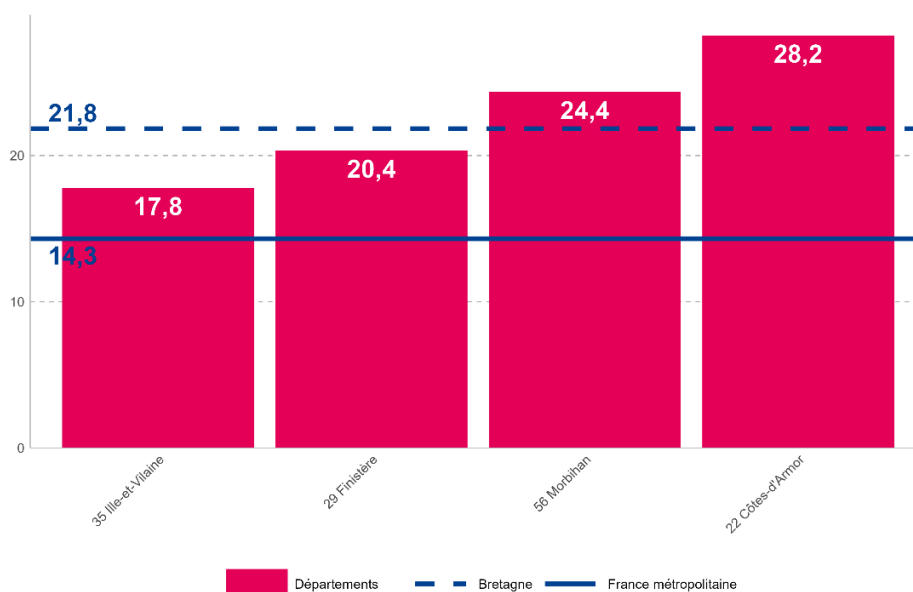
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

• Taux départementaux de mortalité par suicide en 2015-2017 – Bretagne

En 2017, les taux départementaux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, chez les personnes résidant en Bretagne âgées de plus de 10 ans tous sexes confondus, étaient tous supérieurs à la moyenne nationale de 14,3 pour 100 000 habitants. Les Côtes d'Armor étaient le département avec le taux le plus élevé au niveau national (28,2 pour 100 000 habitants), les trois autres départements bretons étant dans le premier tiers des départements métropolitains (Figure 18).

Sur la période 2015-2017, les Côtes d'Armor présentaient des taux de mortalité chez l'homme (45,2 pour 100 000 hommes) et chez la femme (11,8 pour 100 000 femmes) parmi les plus élevés des départements métropolitains, plaçant le département au 1^{er} rang pour les hommes et au 2^{ème} rang pour les femmes. Chez les femmes, le Morbihan se situait au 6^{ème} rang, l'Ille-et-Vilaine au 8^{ème} rang et le Finistère au 9^{ème} rang (respectivement 10,3, 10,2 et 10,1 pour 100 000 femmes). Par ailleurs, pour les hommes, le département du Morbihan avec un taux de 40,7 pour 100 000, se situait au 2^{ème} rang des taux départementaux les plus élevés chez l'homme (Figure 19). Le sexe ratio des taux de mortalité par suicide oscillait entre 2,8 (Ille-et-Vilaine) et 4,0 (Morbihan).

Figure 18. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge par département, en Bretagne et en France métropolitaine, 2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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

N.B. Dans l'interprétation des différences entre les taux départementaux de mortalité par suicide décrites ci-dessous, il faut prendre en compte la possibilité d'une sous-déclaration, sachant notamment qu'une proportion variable de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'est pas déclarée au CépiDc⁵. 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 ces derniers, ces taux de mortalité départementaux variaient de 5,27 pour 100 000 hommes (Paris) à 45,20 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) (Figure 19). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient au moins 2 fois plus élevés que chez les femmes dans presque tous les départements, le sexe ratio des taux variant de 1,9 (Paris, seul taux inférieur à 2) à 7,2 (Alpes-de-Haute-Provence).

En France métropolitaine, chez les femmes, 9 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 10 pour 100 000 ; 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 (Bretagne) ainsi que l'Orne (Normandie) et la Sarthe (Pays de Loire). Chez les hommes, 4 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 40 pour 100 000, tous dans l'ouest de la France : les Côtes-d'Armor et le Morbihan (Bretagne), la Sarthe (Pays de la Loire) et la Manche (Normandie).

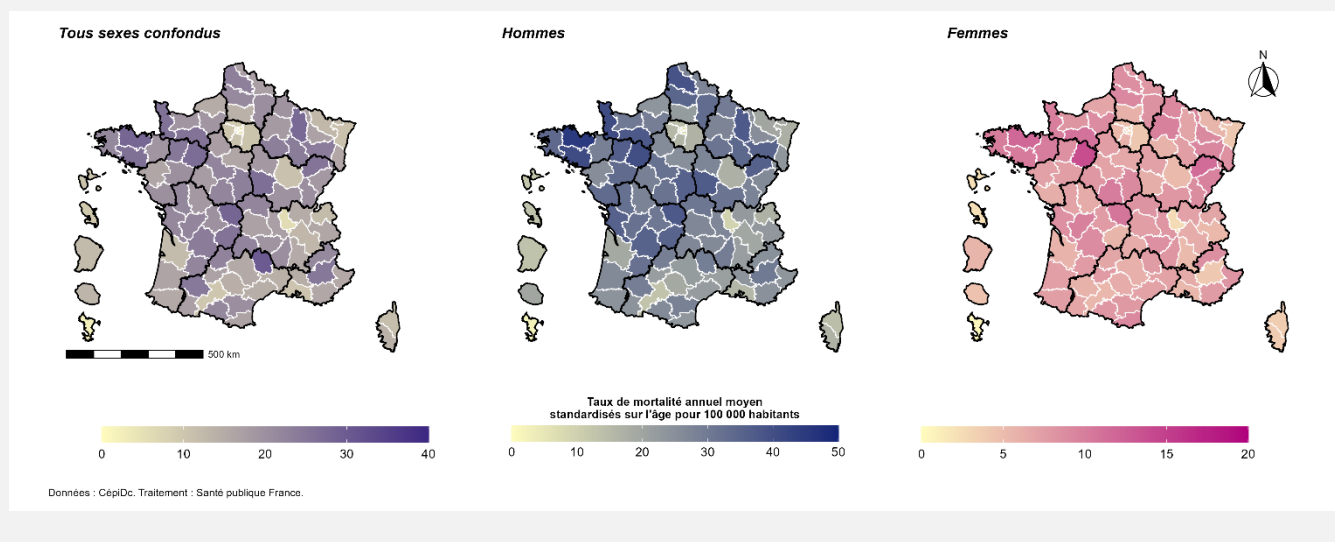
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Île-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000). Des taux d'hospitalisation pour TS faibles étaient aussi retrouvés dans ces mêmes départements d'Île-de-France pour les femmes, mais seule la Seine Saint Denis présentait un faible taux d'hospitalisation chez les hommes. Cependant, ces résultats sont à interpréter avec précaution du fait de la présence d'instituts médicaux légaux dans ces départements.

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

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

Mayotte présentait le taux de mortalité le plus faible pour les hommes comme pour les femmes (même tendance observée pour les taux d'hospitalisation pour TS), tandis que le taux de mortalité le plus élevé concernait La Réunion pour les hommes et la Guyane pour les femmes. Chez les hommes, à l'exception de Mayotte, les taux de mortalité étaient supérieurs ou égaux à 10 pour 100 000 dans tous les DROM. Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé des DROM (5,6 pour 100 000 en Guyane) était proche du taux de mortalité le plus faible dans les départements métropolitains (Figure 19).

Figure 19. Taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



⁵ 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 REACTIVE DES SUICIDES PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 EN FRANCE, JANVIER 2020-MARS 2021

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

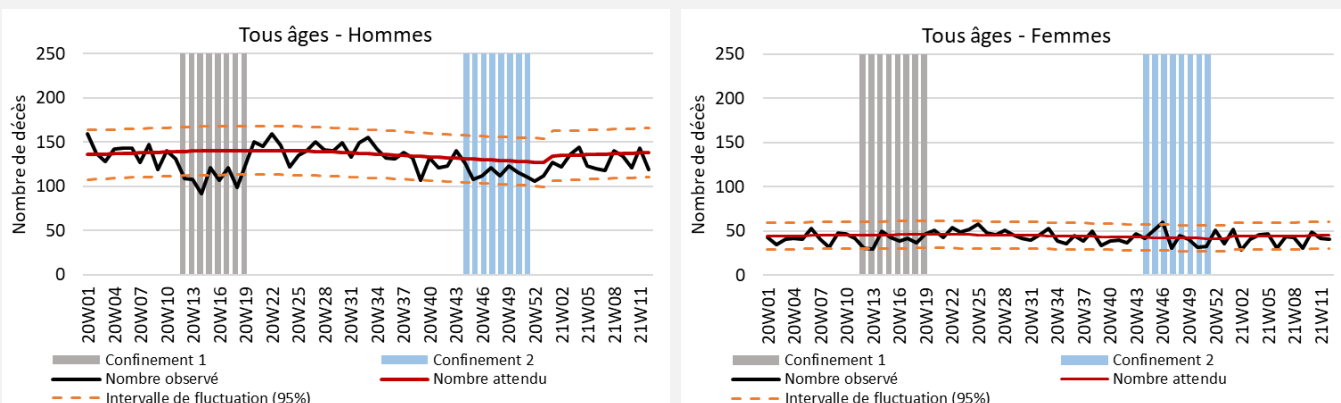
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. À 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 le deuxième confinement, 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 ainsi que 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 20. Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, France entière, S01-2020 à S12-2021



• 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 PREVENTION DU SUICIDE EN BRETAGNE

Une stratégie régionale multimodale avec une volonté de maintenir un haut niveau de mobilisation sur la prévention du suicide

Écrit par Anthony Le Bot, directeur adjoint, et Claire Lerouvreur, chargée de mission santé à la Direction adjointe prévention et promotion de la santé à l'ARS Bretagne, et Sylvie Dugas, médecin à la Direction adjointe autonomie à l'ARS Bretagne

Avec environ 2 décès et 20 tentatives de suicide par jour, la Bretagne est **la région de France la plus fortement touchée** par le suicide **mais** il n'en n'a pas toujours été ainsi, ce qui est en soi porteur d'espoir : la situation actuelle du suicide en Bretagne n'est **pas une fatalité**.

La sursuicidité bretonne est un **phénomène relativement récent avec une pluralité de facteurs contributifs possibles**. La prise de conscience du suicide, en tant que problème de santé publique nécessitant une politique publique, émerge au cours des années 90 **et depuis 1996, la prévention du suicide est solidement ancrée dans la politique de santé bretonne**.



Afin de répondre à ce très fort enjeu de santé publique, l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne porte désormais une **stratégie de prévention du suicide dite « multimodale »**. L'objectif de cette stratégie est de mettre en œuvre cinq actions intégrées, simultanées et territorialisées de prévention du suicide, afin de repérer et de maintenir le lien avec les personnes en souffrance psychique et de les orienter vers les ressources appropriées.

La déclinaison de cette stratégie est construite autour de deux axes de travail. Le premier axe est celui du **pilotage et suivi** de la stratégie régionale de prévention du suicide avec des enjeux d'animation, de communication et d'intégration dans les démarches territoriales. Le second axe est celui de l'**engagement d'actions** qui vont concourir :

- Au maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ;
- Au déploiement de la formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise ;
- À la prévention de la contagion suicidaire ;
- À la mise en place du numéro national de prévention du suicide.

Concrètement cela se traduit par le renforcement du dispositif Vigilans porté par le CHRU de Brest ou l'accompagnement du projet de création d'une Equipe Mobile d'Intervention Suicide (EMIS) porté par l'établissement public de santé mentale (EPSM) Charcot (**maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide**). C'est également la planification, en lien avec les besoins des territoires, de sessions de formations sur l'Intervention sur la crise suicidaire ou l'Évaluation/Orientation ou Sentinelle en coordination avec les formateurs nationaux et avec la mobilisation des formateurs régionaux (**formation**). C'est aussi l'appui apporté au projet ALINEA (cf. page 29) de soutien aux personnes endeuillées par le suicide porté par la Fondation Bon Sauveur (**prévention de la contagion suicidaire**) ou **une attention forte portée à certains publics** (le monde agricole en partenariat avec les deux mutualités sociales agricoles (MSA) de Bretagne, le monde du travail avec la Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS), les détenus avec la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), les jeunes) **et aux territoires** avec le lancement de cinq expérimentations de dispositifs territoriaux de soutien et de mise en réseau des sentinelles portées par un contrat local de santé (CLS), la Mutualité Française, la MSA, le centre hospitalier de Morlaix. C'est enfin, l'accompagnement du centre répondant H24 du CHRU de Brest ouvert le 1^{er} octobre 2021 avec une couverture diurne régionale et une couverture nocturne d'un tiers de la population française (**mise en place du numéro national de prévention du suicide 3114**).

Concernant plus spécifiquement la mise en place du « 3114 » par le CHRU de Brest, il constitue une réponse essentielle à l'un des enjeux de cette prévention : l'accès et le maintien du lien avec le système de soins des personnes en souffrance. Parmi les réussites de cette ligne, on peut notamment citer le fait d'avoir permis une prise en charge sanitaire immédiate 24/24 et d'être une porte d'entrée vers les ressources d'aide et de prise en charge du territoire où vit la personne suicidaire.

Nous sommes certains que les effets combinés de ces actions rendus possible par une forte mobilisation des professionnels de santé, des établissements de santé, du monde associatif et des institutions vont permettre de maintenir un haut niveau de mobilisation sur la prévention du suicide et, soutenir la dynamique d'inflexion de la courbe des suicides et tentatives de suicides constatée depuis quelques années en Bretagne.

Projet EPSEE : vers un modèle intégratif de la prévention du suicide

Écrit par Noémie Calvez, Amine El Arage, Yuliia Ohiichuck, Sofian Berrouiguet, Michel Walter, Gwenole Quellec, Javier Alvarez Galvez et Michel Gravey.

W.INN Tiers lieu d'innovation en santé numérique, Service de Psychiatrie d'adultes, CHRU Brest, LaTIM Inserm 1101, UCA, Universidad de Cadiz.

Ce travail a bénéficié d'une aide de l'État gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du soutien à l'Université européenne SEA-EU dans le cadre programme d'investissements d'avenir intégré à France 2030, portant la référence ANR-19-GURE-0001.

Le CHRU de Brest est impliqué depuis une trentaine d'années dans la prévention du suicide en France. Avec la création des urgences psychiatriques fondées en 1995, jusqu'à la mobilisation de ses fournisseurs pour participer à la mise en place des outils numériques et de téléphonie du numéro national de prévention du suicide, le CHRU de Brest s'est positionné comme un acteur majeur de la prévention. Depuis 2018, la politique de prévention du suicide est mise en œuvre à travers un ensemble d'actions décrites dans l'action n° 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie et par l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019. Cette stratégie a pour objectifs de repérer et de maintenir le lien avec les personnes en souffrance et de les orienter vers les ressources appropriées par différentes actions :

- Le maintien du contact avec les personnes ayant réalisé une tentative de suicide (VigilanS),
- La formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire,
- La prévention de la contagion suicidaire,
- L'information du public,
- La mise en place d'un numéro national de prévention du suicide.

La plateforme régionale de prévention du suicide a été créée avec l'objectif de répondre à ces objectifs. Elle regroupe la déclinaison régionale de deux dispositifs nationaux, Vigilans et le numéro national de prévention du suicide (2NPS). Elle accueille également l'équipe des ingénieurs du pôle système d'information du 2NPS qui coordonne la mise en œuvre et la maintenance du système d'information national du 2NPS pour la Direction Générale de la santé et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille. Enfin, elle établit des liens avec les unités de recherche et les sociétés savantes, notamment européennes, qui ont depuis plusieurs années déjà engagé des réformes de prévention vers un modèle global et intégratif.

Le projet EPSEE (Enhanced Post covid Suicide Epidemiology Electronic databases) porté par l'Union Européenne à travers la collaboration franco-espagnole (https://nouveau.univ-brest.fr/sea-eu/sites/sea-eu.nouveau.univ-brest.fr/files/2022-04/aap-2022_sea-eusearch_listeretenu.pdf) propose d'étendre l'activité de soins à une activité de recherche et d'innovation qui proposera des outils à tous les hôpitaux et les universités qui souhaitent renforcer la place du numérique en santé mentale. Elle s'intègre aux activités cliniques de la plateforme de prévention du suicide installée au CHRU de Brest (Figure 21).

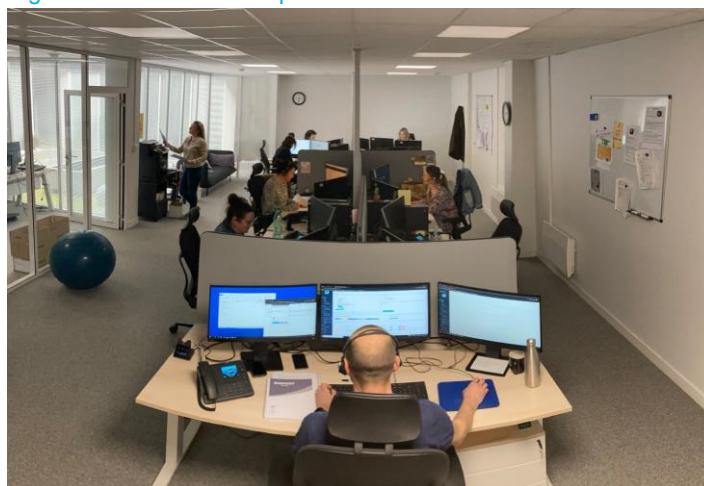
La plateforme de prévention du suicide constitue un modèle unique en France de regroupement sur un même lieu des outils régionaux de prévention du suicide. Elle propose un modèle d'intégration des stratégies de prévention, de suivi de leur efficacité et d'ouverture à la recherche et à l'innovation.

• Vigilans Bretagne

Généralités

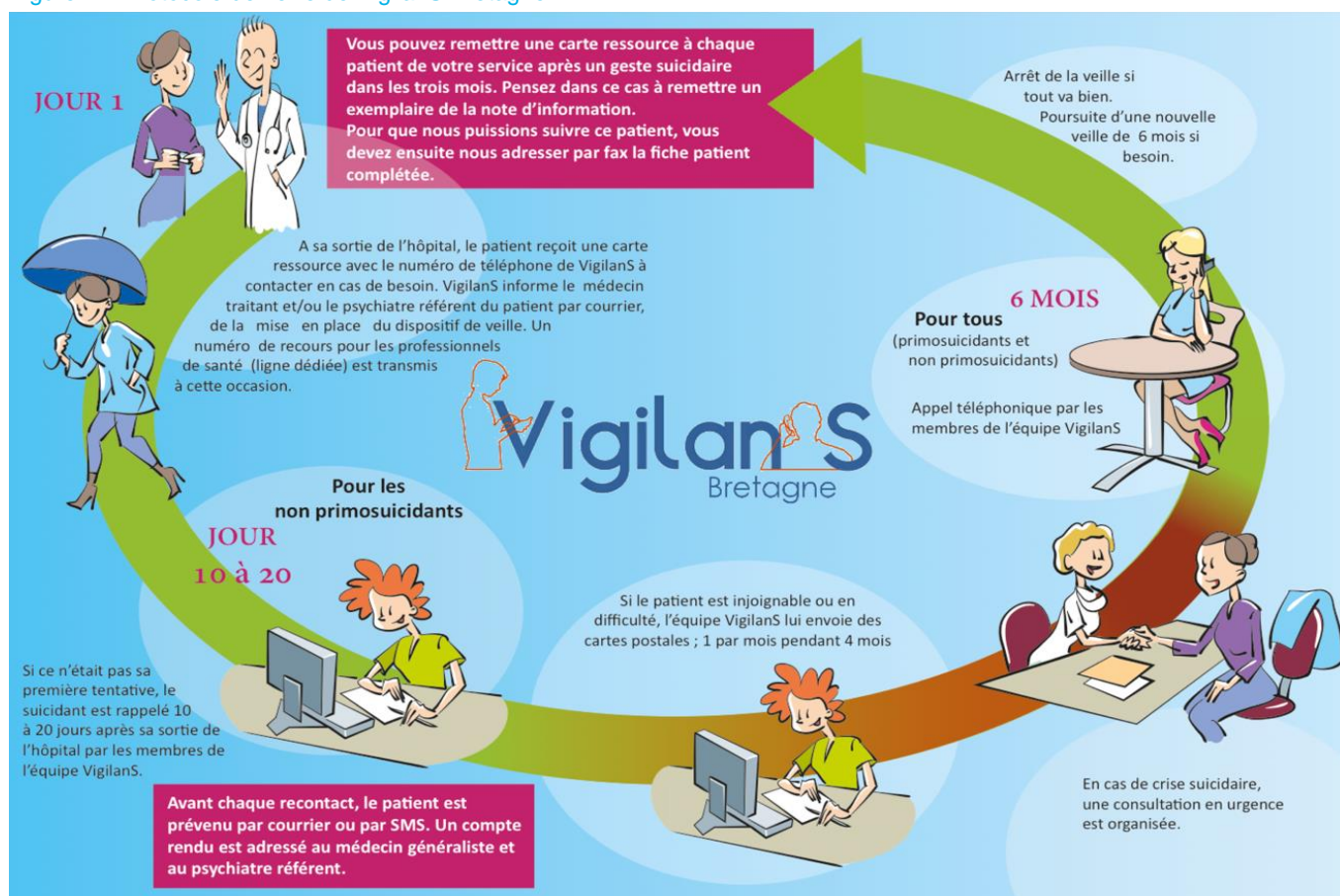
La systématisation du maintien du contact avec les personnes ayant réalisé une tentative de suicide a pris le nom de Vigilans. Ce dispositif en France est le plus installé des outils de prévention. Il est aussi le plus scientifiquement documenté. Il reprend les principes d'attribution d'un dispositif de veille en fonction des antécédents suicidaires des patients décrits dans l'étude ALGOS (ALGORithme de prévention du Suicide)⁶ (Figure 22).

Figure 21. Plateforme de prévention du suicide du CHRU de Brest



⁶ Guillaume Vaiva, Sofian Berrouiguet, Michel Walter, Philippe Courtet, Francois Ducrocq, Vincent Jardon, Mark E Larsen, Lionel Cailhol, Carole Godesense, Christophe Couturier, Anjali Mathur, Virginie Lagree, Catherine Pichene, David Travers, Cedric Lemogne, Jean Marc Henry, Frederic Jover, Françoise Chastang, Olivier Prudhomme, Philippe Lestavel, Catherine Thevenon Gignac, Stephane Duhem, Anne Laure Demarty, Catherine Mesmeur, Frank Bellivier, Julien Labreuche, Alain Duhamel, and Patrick Goldstein. Combining Postcards, Crisis Cards, and Telephone Contact Into a Decision-Making Algorithm to Reduce Suicide Reattempt : A Randomized Clinical Trial of a Personalized Brief Contact Intervention. J Clin Psychiatry, 79(6), September 2018.

Figure 22. Protocole de veille de VigilansS Bretagne



Chaque carte est envoyée sous enveloppe blanche fermée sans aucun logo sur laquelle les coordonnées du patient sont écrites de façon manuscrite. Le choix de photos des cartes postales est fait par l'équipe de coordination de VigilansS et porte sur des paysages plutôt neutres. Un même sujet peut recevoir plusieurs jeux de cartes à la suite, s'il poursuit la veille par exemple, ou s'il récidive. Des jeux de cartes spécifiques pour les mineurs et les détenus ont également été prévus.

Innover dans la veille

Les équipes du CHRU ont établi plusieurs collaborations avec des petites et moyennes entreprises et des unités de recherche pour proposer des modèles de veille s'appuyant sur le numérique. On citera pour exemple :

- L'application métier citwiz développée par sys.vision et déployée dans plusieurs régions en France,
- Le transfert du protocole de suivi à un média numérique comme le SMS avec l'étude SIAM (Suicide Intervention Assisted by Messages),
- Des projets de monitoring augmenté conduits avec des équipes européennes et s'appuyant notamment sur les objets connectés,
- L'intégration de techniques de data-mining destinées à mieux évaluer le niveau de risque des patients entrés dans la veille.

• Numéro National de prévention du suicide : 3114

Le 1^{er} octobre 2022 a ouvert la ligne du 3114 pour laquelle le CHRU de Brest intervient à deux titres : l'accueil d'une antenne ouverte 24h/24 et la maîtrise d'œuvre du système d'information national. La mise en place d'une ligne dédiée à la prévention du suicide se place en amont de la population visée par VigilansS. Elle permet de mettre à disposition du public une ligne de réponse téléphonique assurée par des infirmiers, psychologues et psychiatres.

Antenne 24h/24

L'antenne est installée au sein de la plateforme de prévention du suicide. Elle comporte 4 postes dotés des outils les plus récents en termes de technologie de téléphonie et d'ergonomie. La proximité avec VigilansS permet une intégration complète de toute la filière de veille, permettant notamment de faciliter le passage des usagers d'un dispositif à l'autre. La communication du numéro de prévention a été assurée par le biais de nombreux médias. Elle s'appuie également sur le site internet <https://3114.fr/>. Les jours de semaine, l'antenne couvre les quatre départements bretons. Les week-ends et la nuit, elle reçoit les appels d'un tiers de la population française.

Pôle Système d'information du 2NPS

Le pôle Système d'information (SI) du 2NPS installé au sein de la plateforme de prévention du suicide. Il est le maître d'œuvre du système d'information du 2NPS⁷ qui comprend

- Le système de téléphonie national,
- L'application métier utilisée par les répondants du 2NPS,
- Le site internet du 3114.

L'équipe est composée de 4 agents ingénieurs et chargés de projet qui coordonnent la mise en œuvre et la maintenance du SI 2NPS.

L'équipe constituée et installée au sein de la plateforme du CHRU de Brest administre l'ensemble des outils numériques du 2NPS. Elle a la capacité d'intervenir sur site, notamment pour assister les établissements à l'ouverture des antennes de répondants (Figure 23).

Figure 23. Les ingénieurs du CHU de Brest assistent techniquement l'ouverture de l'antenne de jour de Paris



• Intégration des travaux de recherche

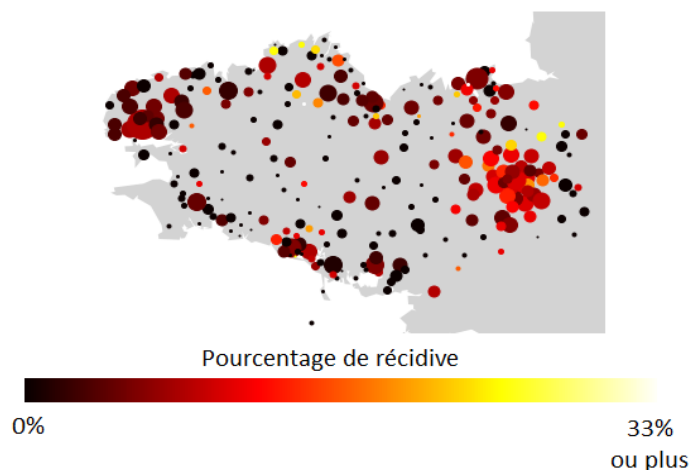
Afin d'assurer le suivi des usagers, différentes données sont collectées par les infirmiers au cours des entretiens téléphoniques. Outre des informations administratives (âge, commune de résidence, etc.), ces données concernent les antécédents médicaux, les conditions d'entrée dans le dispositif, ainsi que le parcours de soins depuis l'entrée. Ces données sont très précieuses : outre un suivi personnalisé de chaque usager, elles peuvent permettre l'identification de facteurs de risque de récurrence.

Dans ce deuxième but, une partie des données récoltées a été anonymisée puis analysée au sein de l'Unité 1101 de l'Inserm (LaTIM - Laboratoire de Traitement de l'Information Médicale), à Brest. Différentes techniques de data-mining ont été mises en œuvre afin d'identifier de tels facteurs. Il en ressort d'ores et déjà que les antécédents médicaux sont particulièrement informatifs. À titre d'exemple, l'existence de tentatives de suicide antérieures à l'entrée dans le dispositif augmente le risque de récurrence. Il semblerait que le suivi de certains traitements psychiatriques soit lui aussi corrélé à une élévation du risque. De manière plus inattendue, un lien a également été trouvé entre lieu de résidence de l'utilisateur et risque de récurrence (Figure 24).

Sur cette carte, la taille des ronds traduit le nombre d'utilisateurs de Vigilans dans chaque commune et sa couleur représente le pourcentage d'utilisateurs ayant récidivé au cours du suivi. Des conjonctions de plusieurs facteurs permettent d'affiner le niveau de risque de chaque usager et pourraient permettre, à terme, d'adapter le suivi pour des utilisateurs présentant un risque plus élevé. Nos travaux montrent par ailleurs une importante sous-estimation des tentatives de suicides relevées par les bases de données PMSI et OSCOUR®. Pour les centres bretons, on relève ainsi une différence de 22 à 40% du nombre de TS par centres lorsque que l'on compare les chiffres obtenus par le PMSI et ceux compilés par notre système d'information multicentrique. Ce type d'outil pourrait permettre de mieux évaluer à l'avenir l'efficacité de dispositifs de prévention (ex : Vigilans). La participation à des projets européens est également un facteur qui devrait permettre d'intégrer sur notre territoire des stratégies de prévention efficaces. Compte tenu du caractère plurifactoriel du risque suicidaire, la Commission Européenne a soutenu plusieurs projets ayant pour but de déployer et d'implanter des stratégies de prévention du suicide multimodales dans les pays européens touchés par le suicide. On retrouve aujourd'hui une centaine de projets partenaires dans toute l'Europe et dans d'autres continents reprenant ce principe de multimodalité de la prévention du suicide comprenant :

- Coopération avec les médecins généralistes,
- Campagne d'information pour le grand public,
- Formations des acteurs clés de la prévention (travailleurs sociaux, enseignants, forces de l'ordre),
- Développement des initiatives favorisant d'autogestion et le rétablissement.

Figure 24. Pourcentage de récurrence selon le lieu de résidence des utilisateurs



⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044409124>

Ces 4 niveaux d'action peuvent se résumer de la manière suivante :

<p align="center">Niveau 1 Soins primaires et soins en santé mentale</p>	<p align="center">Niveau 2 Grand public et campagne de sensibilisation au sujet de la dépression</p>
<p>Formation des médecins généralistes et pédiatres au repérage et au traitement de la dépression ainsi que sur la prise en charge des comportements à risque suicidaire dans les soins primaires.</p>	<p>Informations à destination du grand public comprenant affiches, vidéos, brochures d'information, événements publics et ressources en ligne. L'objectif est d'améliorer les connaissances sur la prise en charge de la dépression et de la crise suicidaire et de combattre la stigmatisation de la dépression et des personnes qui en souffrent.</p>
<p align="center">Niveau 3 Parties prenantes de la communauté</p>	<p align="center">Niveau 4 Patients, groupes à haut risque et proches</p>
<p>Des sessions de sensibilisation et de formation à destination de groupes d'intervenants ciblés qui sont en capacité de diffuser l'information sur les troubles dépressifs (professionnels du médico-social, travailleurs sociaux, forces de l'ordre...). Une attention particulière est portée aux professionnels de l'éducation qui peuvent être en lien avec des enfants et adolescents souffrant de dépression ou d'idéation suicidaire (programme d'information et de prévention dans les établissements scolaires).</p>	<p>Des cartes ressources mentionnant la disponibilité des <i>helplines</i> aux personnes à haut risque de passe à l'acte (notamment les adolescents et les personnes récidivantes). Ces cartes garantissent un accès direct à une aide professionnelle en cas de crise suicidaire. Des partenariats avec des associations de patients seront mis en place.</p>

Les actions de veille et accompagnement des proches endeuillés par suicide : présentation du dispositif Alinéa

Écrit par Mélanie Coquelin, psychologue clinicienne et coordinatrice d'Alinéa et de la cellule prévention suicide

La Fondation Bon Sauveur⁸ de Bégard intervient sur l'Ouest du département des Côtes d'Armor qui est parmi les plus concernés par le suicide, et par conséquent, le deuil après suicide. Face à ces constats, depuis le début des années 2000, la cellule prévention suicide de la Fondation Bon Sauveur développe et crée des actions de prévention et de postvention, qui s'inscrivent dans la stratégie multimodale nationale⁹. En septembre 2021, elle a inauguré un dispositif innovant et pionnier : Alinéa.



Alinéa propose des actions d'accompagnement des proches endeuillés par suicide sur un modèle de postvention active. Il s'agit donc, au sein d'Alinéa, d'aller au contact des proches endeuillés par suicide et de leur proposer, systématiquement, dans les plus brefs délais qui suivent l'annonce du décès, un soutien et un accompagnement. Cette création est le fruit de besoins révélés par les actions de prévention, et le résultat de partages et de réflexions au sein d'un réseau partenarial complexe : proches endeuillés, annonceurs, professionnels de l'accompagnement, ou encore chargés de projets. La dynamique collaborative et inclusive d'Alinéa, tant dans sa conception que dans son action, justifie sa définition actuelle de dispositif psychosocial : soit une organisation structurant et optimisant l'articulation d'acteurs internes ou externes au dispositif, de l'accompagnement des proches endeuillés à la sensibilisation du grand public, en passant par la formation des annonceurs.

Lors d'un suicide, c'est une vingtaine de personnes qui sont impactées durablement dans leur trajectoire de vie, et près de 135 qui sont exposées et touchées¹⁰. La définition de proches au sein du dispositif inclut les membres d'une même famille (enfants, adolescents et adultes), mais également des amis, des partenaires de travail, ou encore des pairs du défunt.

En manque de ressources identifiées et dédiées, les personnes endeuillées par suicide ne bénéficiaient que rarement d'une aide professionnelle. Les professionnels intervenant en premières intentions lors de l'annonce, exprimaient leur manque face à cette absence de relais spécialisés pour orienter avec prévenance. Les associations d'aide et d'écoute exprimaient leurs forces mais également leurs limites, n'étant pas des professionnels du soin dans une institution soignante. Afin de prendre en compte ces besoins, Alinéa répond à la temporalité que sont l'annonce du décès, la phase d'isolement et de retrait, et l'accompagnement spécifique vers une reconstruction, en prévoyant un soutien à chaque étape. Grâce à un travail collaboratif avec les forces de l'ordre, Alinéa s'inscrit dans une dynamique de postvention active en accompagnant les proches dès les premières semaines. Leurs besoins sont de l'ordre de la parole, de la restauration du sommeil, de l'éclairage sur le phénomène du suicide voire sur les réactions de deuil après suicide, ou encore de l'attente d'un réconfort et d'une présence, face à des phénomènes récurrents d'auto-accusation et rumination, de perte de sens et questionnements existentiels, de stigmatisation et d'isolement social, ou encore d'impact sur leur environnement proche. Les complications du deuil peuvent être du registre du passage à l'acte suicidaire, du psycho-traumatisme, du deuil compliqué voire pathologique, ou encore de la décompensation de désordres mentaux, auquel Alinéa propose un accompagnement spécifique et dédié.

Le dispositif propose un accompagnement hybride, téléphonique et/ou présentiel, et si nécessaire des consultations individuelles, conjugales et familiales, animées par des professionnels du soin, infirmiers et psychologues. Afin de compléter cette offre d'accompagnement, est en cours d'élaboration un programme thérapeutique de groupe d'expression *via* la médiation artistique.

Alinéa, pionnier et innovant, offre d'ores-et-déjà des conditions particulières pour la recherche et l'évaluation afin d'améliorer les connaissances sur l'après-suicide et les effets d'un modèle psychosocial pro-actif.

⁸ Centre hospitalier spécialisé en santé mentale et pôle médicosocial.

⁹ 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.

¹⁰ Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534.

METHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des passages aux urgences pour geste et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (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. Dans la région, le réseau repose sur 29 structures d'urgences et couvre la quasi-totalité 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'améliore. En 2022, on estimait à 92 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la Bretagne (Tableau 6).

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

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Côtes d'Armor	5/5 (100 %)	84,5 %
Finistère	12/12 (100 %)	87,0 %
Ille-et-Vilaine	8/8 (100 %)	99,0 %
Morbihan	4/4 (100 %)	96,1 %
Bretagne	29/29 (100 %)	91,9 %

DA : Diagnostic associé. DP : Diagnostic principal. SU : Structure d'urgence.

Les données d'hospitalisations pour tentative de suicide sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) pour l'analyse des tendances (2010-2019) et le focus COVID-19 (2020-2021).

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

Les données d'entrées dans Vigilans sont issues du dispositif Vigilans.

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

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

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et 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 les analyses PMSI-MCO et CépiDc ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour. Les séjours sont sélectionnés sur la date de sortie et les séjours sans identifiant sont comptabilisés. Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide étant donné la sous-déclaration connue ;
- Les taux bruts de mortalité et d'hospitalisations ont été calculés à partir des données de populations personnes-années. Pour les titres et légendes des graphiques, les dénominateurs sont dénommés « habitants ». Les taux standardisés ont été calculés en prenant en compte comme référence la population France de 2018 (France métropolitaine ou France entière), permettant de comparer chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO et de passages aux urgences (RPU) ont été analysées au niveau de la région et du département ;
- Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les parts d'activités aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire ;
- Les tests du Khi-deux et exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentative de suicide en fonction des périodes ;
- Les p-valeurs 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>

Épidémie de COVID-19 – Articles internationaux

- Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1external_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 certificat 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>
- 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. Échelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>

CépiDC, PMSI-MCO, Oscour® et Baromètre de Santé publique France – Données régionales

- Observatoire Régional de la Santé de Bretagne. Observation du phénomène suicidaire en Bretagne – Tableau de Bord 2022. Rennes : ORS Bretagne, 2022 : 16p.
<https://orsbretagne.typepad.fr/2022/SUICIDE/TB-SUICIDE-2022-VDEF.pdf>
- Santé publique France – Cellule régionale Bretagne. Bulletin de santé publique « Conduites suicidaires ». Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 25p.
<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bretagne/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-conduites-suicidaires-en-bretagne.-fevrier-2019>

Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariéi 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.

COMITE DE REDACTION

Jonathan Roux¹, 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, Michel Vernay¹ et Jenifer Yai¹

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai et Alain Le Tertre,
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 :

- Anthony Le Bot, Claire Lerouvreur et Sylvie Dugas (ARS Bretagne)
- Noémie Calvez, Amine El Arage, Yuliia Ohiichuck, Sofian Berrouiguet, Michel Walter, Gwenole Quellec, Javier Alvarez Galvez et Michel Gravey (W.INN Tiers lieu d'innovation en santé numérique, Service de Psychiatrie d'adultes, CHRU Brest, LaTIM Inserm 1101, UCA, Universidad de Cadiz)
- Mélanie Coquelin (coordinatrice d'Alinéa et de la cellule prévention suicide)

REMERCIEMENTS

Santé publique France tient à remercier l'ensemble de ses partenaires contribuant à la surveillance de la santé mentale et de l'épidémie de la 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 coordonnateurs nationaux et régionaux du réseau Vigilans
- Les ARS, SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Établissements de santé, et la CNAM

CONTACT

Santé publique France, Cellule régionale Bretagne (cire-bretagne@santepubliquefrance.fr)