

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#); [p.2 Sigles](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récurrence](#); [p.4-8 Synthèse nationale et régionale](#); [p.9 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#); [p.13 Hospitalisations pour tentative de suicide](#); [p.18 Evolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19 de janvier 2020 à mai 2021 dans l'ensemble des régions](#); [p.20 Décès par suicide en période pré-pandémique](#); [p.24 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19](#); [p.25 Méthodologie](#); [p.27 Bibliographie](#); [p.28 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

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

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

SIGLES

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

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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

Le dispositif de recontact Vigilans

Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide (TS) et 75 % des récurrences surviennent dans les 6 mois suivant une TS. La survenue d'une TS multiplie par 20 le risque de nouvelle 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 pour TS.

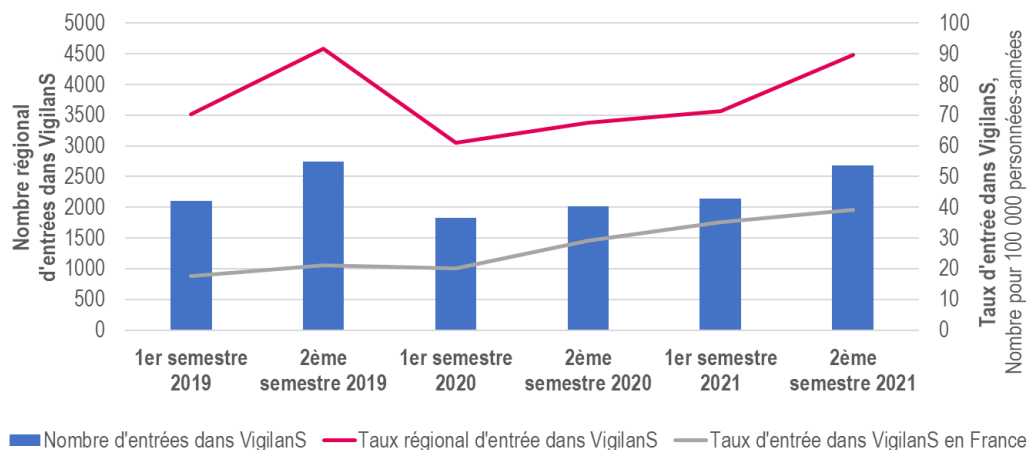
Une fois inclus dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, d'appelants et de personnels administratifs. La veille repose sur un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et à 6 mois 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 en fonction des besoins du patient. Ces derniers peuvent également contacter directement l'équipe vigilans quand ils le souhaitent. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'inclusion du patient dans le dispositif.

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

En Hauts-de-France, le dispositif Vigilans a débuté en 2015 au CHRU de Lille, établissement pilote. En mai 2022, 31 services d'urgences (dont Abbeville en cours de déploiement) participent à Vigilans. La tendance régionale est à l'augmentation depuis 2020 et le nombre d'inclusion est 2 fois plus élevé dans les Hauts-de-France que le taux national (Figure 1). Au cours du 2^{ème} semestre 2021, 2 685 patients ont été inclus dans Vigilans soit un taux d'entrée de 89,7 / 100 000 personnes-années, équivalent à celui du 2^{ème} semestre 2019 (91,8 entrées / 100 000 personnes-années).



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



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

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

Vigilans : pour en savoir plus

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

3114 : pour en savoir plus

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

SYNTHÈSE NATIONALE

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

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

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

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

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

Les conduites suicidaires, des idées suicidaires aux tentatives de suicide et décès par suicide, sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées. A la suite de la synthèse, qui apporte une vision globale et comparative des principaux résultats régionaux, la situation régionale est analysée dans trois articles :

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

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

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

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

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

Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était supérieure à 7 pour mille dans 3 régions : les Hauts-de-France, la Bretagne et les Pays-de-Loire ; elle était inférieure à 4 pour mille passages en Ile-de-France et dans deux DROM (Guadeloupe et Mayotte). Pour la métropole, on observe une diagonale ouest-est allant de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes avec une activité modérée entre 4,3 et 5,1 pour mille passages, plus faible que dans toutes les autres régions, hors Ile de France dont la part d'activité est plus faible (Figure 2). Cependant, la part d'activité est un indicateur indirect car représentant la fréquence relative des passages aux urgences pour GS parmi l'ensemble des causes de recours aux urgences.

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

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

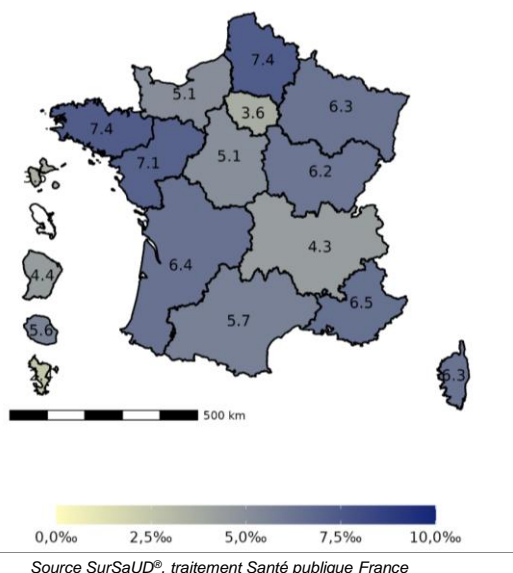
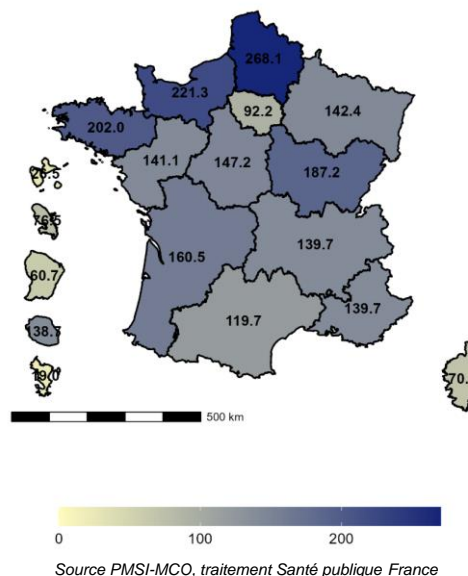


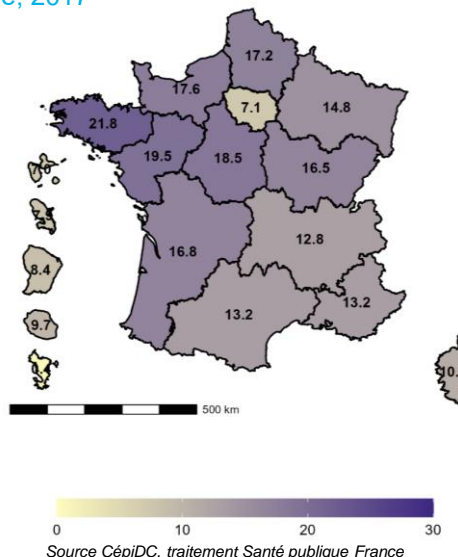
Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021



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

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

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



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

Concernant les idées suicidaires (janvier 2017 à juin 2022), l'évolution mensuelle montrait une augmentation importante des nombres de passages aux urgences comme des parts d'activité dans toutes les régions de France métropolitaine et d'outre-mer (sauf à Mayotte et en Guyane, ininterprétable et à la Martinique, non disponible) qui a débuté en général à l'automne 2020, et s'est amplifiée en 2021 et 2022 (1^{er} semestre). Cette évolution affectait particulièrement les jeunes de 11-17 ans et 18-24 ans. Pendant le 1^{er} confinement, les nombres de passages urgences pour IS n'ont pas augmenté; le pic de part d'activité observé sur cette période étant lié à une diminution globale des passages aux urgences. La période 2020-2021 comparée globalement à la période 2017-2019 montrait une augmentation significative des parts d'activité pour les deux sexes et pour toutes les classes d'âge, toutefois plus importantes chez les jeunes et chez les femmes chez lesquels les parts d'activité comme les nombres de passages ont été multipliés par 2 voire 3 entre les deux périodes. Ce phénomène correspond aux constats de cliniciens à l'hôpital et dans différentes structures de prise en charge de jeunes en difficulté.

Concernant les gestes suicidaires (janvier 2017 à juin 2022), l'évolution était beaucoup moins marquée que pour les IS. Dans toutes les régions métropolitaines, les nombres de passages aux urgences ont diminué durant le 1^{er} confinement (mais pas les parts d'activité, ce qui est lié à la diminution globale des passages aux urgences), puis ont augmenté à partir de l'automne 2020 par rapport aux années 2017-2019. Cette augmentation s'est amplifiée en 2021 et au 1^{er} semestre 2022, notamment chez les jeunes de 11-17 ans et 18-24 ans. Les tendances différaient dans les DROM sauf concernant les jeunes. Les taux d'hospitalisation après passages aux urgences variaient de 32 % à 76% en 2020-2021 selon les régions, DROM inclus. Le taux d'hospitalisation dépassait 70 % en Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est et Nouvelle-Aquitaine.

La période 2020-2021 comparée à celle de 2017-2019 montrait une augmentation significative des parts d'activité chez les jeunes, notamment les jeunes femmes, dans toutes les régions métropolitaines (pas d'évolution significative dans les DROM) ainsi que chez les femmes tous âges en Bretagne, Grand-Est et Pays de la Loire. En revanche, une baisse, significative des parts d'activité pour GS chez les hommes de tous âges était observée en France et dans 7 régions métropolitaines, tandis qu'elles étaient en augmentation en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire (pas d'évolution dans les autres régions). Une baisse des part d'activité était aussi observée chez les adultes de 25-54 ans et de 65 ans et plus en France, chez les 25-54 ans dans la toutes les régions métropolitaines sauf en Pays de Loire, et chez les 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en Île-de-France.

• Principales tendances concernant les hospitalisations pour tentative de suicide

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

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

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

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

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

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

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

Les proportions de TS par modes violents (objet tranchant, pendaison, armes à feu, saut dans le vide) ont augmenté en 2020 et plus encore en 2021 en France métropolitaine dans 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 à 10-19 ans chez les femmes et 20-29 ans chez les hommes).

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

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

Conclusion et perspectives

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

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

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

SYNTHÈSE RÉGIONALE

Un recours aux services d'urgence pour geste suicidaire et idées suicidaires en augmentation chez les 11-24 ans pendant la phase aigue de la crise sanitaire

- Dans les Hauts-de-France, le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires comme la part d'activité a significativement augmenté dans toutes les classes d'âge, quelque soit le sexe, sur la période 2020-2021 comparativement à la période pré-pandémique, et en particulier chez les 11-24 ans où elle a été multiplié par 2,2.
- Pour l'indicateur « geste suicidaire », la part d'activité chez les hommes a significativement diminué de 2017-2019 à 2020-2021 (respectivement 6,44 ‰ et 5,81 ‰) tandis qu'elle restait stable chez les femmes. La tendance était à l'augmentation sur cette période uniquement chez les 11-24 ans, et les recours aux urgences concernaient davantage cette classe d'âge que les plus âgés.
- Chez les jeunes, une forte augmentation de l'activité des recours aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire a été enregistrée chez les 11-17 ans pendant la période de circulation du SARS-CoV2 (2020-2021) par rapport à la période pré-pandémique (2017-2019). La hausse a été plus marquée chez les jeunes filles, avec une part d'activité pour idées suicidaires multiplié par 2,5.
- En 2021, la région Hauts-de-France enregistrait la part d'activité aux urgences pour geste suicidaire dans l'activité globale la plus élevée de France avec la région Bretagne (7,4 ‰ dans ces deux régions), supérieure à celle du niveau national (5,6 ‰). A l'échelle infrarégionale, les parts d'activité les plus élevées étaient observées dans les départements de la Somme avec 10,6 ‰ et du Nord (7,6 ‰).

Un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé de France en 2021, en particulier dans le Nord et la Somme

- Alors qu'une baisse du taux régional d'hospitalisation était constatée de 2010 à 2013, une stabilité est par la suite enregistrée jusqu'en 2016. Depuis 2017, la tendance était à l'augmentation avec des taux atteignant 313,1 / 100 000 habitants chez les femmes et 250,5 / 100 000 habitants chez les hommes en 2019. Durant la période pandémique, celui-ci a continué à progresser.
- En 2021, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé de France était observé dans les Hauts-de-France (268,1 / 100 000 habitants). Les départements du Nord et de la Somme présentaient des taux supérieurs au taux régional (respectivement 298,4 et 388,5 / 100 000 habitants) avec une prédominance chez les femmes.
- Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment retrouvé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec près de 4 personnes hospitalisées sur 5, tous sexes confondus.
- La létalité hospitalière régionale (8,9 décès pour 1000 hospitalisations) était inférieure à celle observée en France métropolitaine (11,9 / 1000). Elle augmentait fortement avec l'âge et davantage chez les hommes que chez les femmes

Une tendance de la mortalité par suicide à la baisse pour les hommes et les femmes entre 2000 et 2017 à l'instar des autres régions françaises

- De 2000 à 2017, dans la région, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes de 10 ans et plus a diminué, avec une baisse plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Cependant, le taux chez les hommes restait nettement supérieur à celui enregistré chez les femmes durant cette période. En 2017, le décès par suicide était près de trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.
- La classe d'âge des 75 ans et plus présentait un taux brut de mortalité supérieur à ceux sur la période 2000-2016, avec une réduction de l'écart en 2017 où son taux rejoint celui des 45-64 ans. La mortalité par suicide la plus faible était enregistrée chez les plus jeunes (10-29 ans) pendant cette période.
- Le taux de mortalité par suicide dans les Hauts-de-France en 2017 était de 17,2 ‰, avec trois départements supérieurs au taux régional : l'Aisne (18,5 ‰), le Pas-de-Calais (20,8 ‰) et la Somme 23,8 ‰. Dans l'ensemble des départements de la région, le taux de mortalité par suicide était supérieur chez les hommes.
- Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré dans les Hauts-de-France était la pendaison, quelque soit le sexe.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN HAUTS-DE-FRANCE

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

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

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

• Idées suicidaires

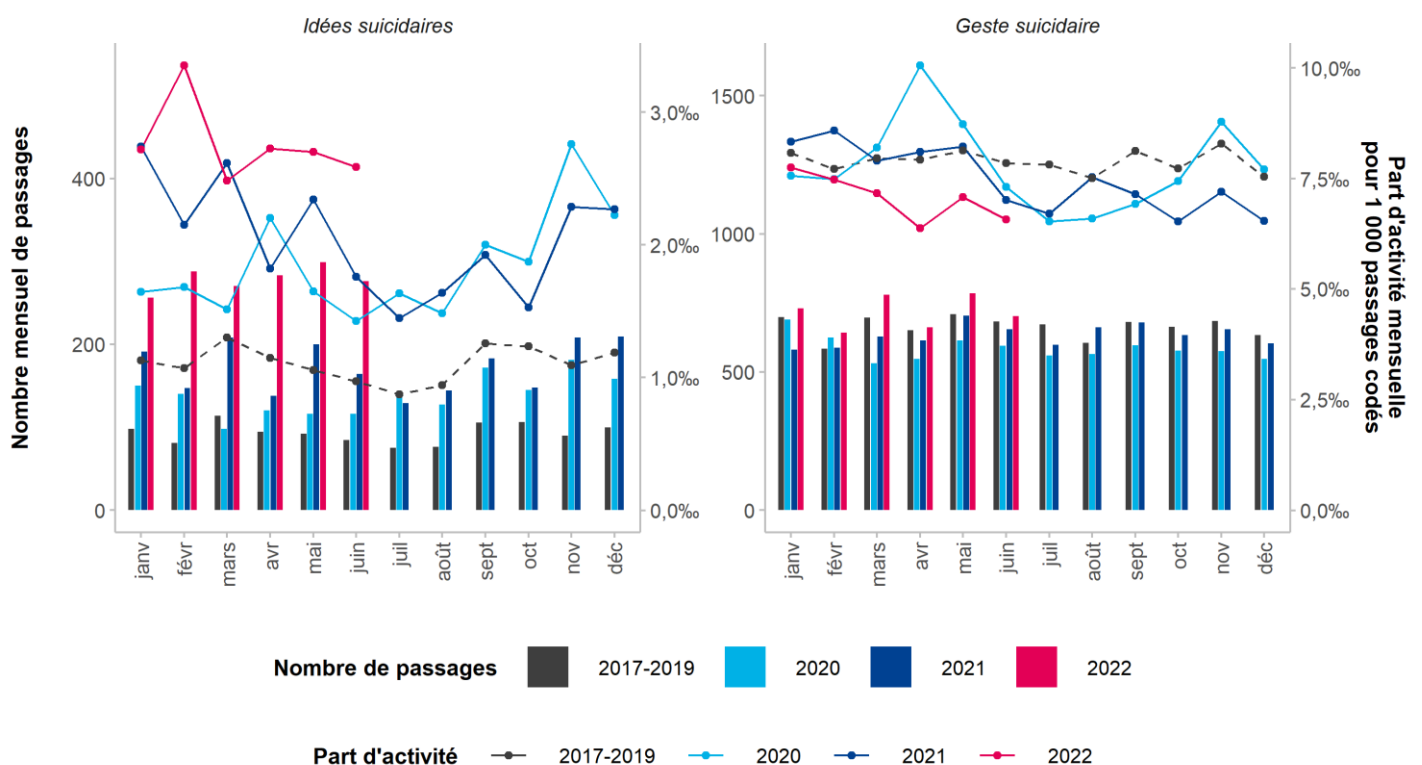
Les passages aux urgences pour idées suicidaires (IS), en nombre comme en part d'activité, étaient en augmentation en 2020, comparativement à la période 2017-2019 ; cette tendance s'est accentuée fortement en 2021 et au 1^{er} semestre 2022 (Figure 5). Le nombre mensuel moyen des passages aux urgences pour IS était respectivement de 172 en 2021, 139 en 2020 *versus* 93 sur la période 2017-2019. Au 1^{er} semestre 2022, en moyenne, 279 passages ont été enregistrés chaque mois.

• Geste suicidaire

Au premier semestre 2022, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour geste suicidaire (GS) était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+14 %) et à la même période en 2020 (+19 %). Bien que moins marquée que pour les idées suicidaires, l'augmentation était de 8% en 2021 (633 passages/mois) par rapport à 2020 (585 passages/mois). Pour autant, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 (7,8 ‰) et en 2021 (7,4 ‰) était globalement comparable à celle la période 2017-19 (7,9 ‰) (Figure 5). On observe au cours des années 2020 et 2021, des fluctuations plus importantes que les variations saisonnières de la période 2017-2019, à mettre en lien avec les phases de la crise sanitaire dont les périodes de confinement ou de restrictions des contacts et des activités sociales.

Sur la période 2020-2021, deux tiers des passages aux urgences pour GS (67 %) ont donné lieu à une hospitalisation, tendance similaire à la période 2017-2019 (66 %).

Figure 5 : Nombre mensuel de passages aux urgences pour idées et geste suicidaire et part d'activité mensuelle (‰), chez les 11 ans et plus, Hauts-de-France, janvier 2017-juin 2022



• Idées suicidaires et geste suicidaire par sexe et classe d'âge

La part des recours pour idées suicidaires (IS) dans l'activité des urgences a significativement augmenté dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019 (Tableau 1). La progression était plus marquée chez les 11-24 ans, pour lesquels l'activité moyenne a plus que doublé entre les 2 périodes. Une évolution moins forte mais néanmoins significative était observée chez les 65 ans et plus. Sur la période 2017-2019, les nombres de recours pour IS et leur part dans l'activité globale étaient du même ordre quelque soit le sexe. Cette part a augmenté significativement en 2020-2021 chez les hommes et les femmes. Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaire, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes.

Les passages aux urgences pour geste suicidaire (GS) concernaient plus fréquemment les femmes tant sur la période 2020-2021 (sex-ratio H/F=0,6) que durant la période 2017-2019 (sex-ratio H/F=0,7). La part d'activité pour GS chez les hommes a diminué significativement sur la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019, tandis qu'aucune évolution significative n'était observée pour les femmes. Sur les deux périodes, les passages aux urgences pour GS concernaient davantage les jeunes et les adultes que les seniors. La part d'activité pour GS était en augmentation significative chez les 11-24 ans en 2020-21 par rapport à 2017-2019 (respectivement 9,58/1000 versus 8,34/1000, $p<0,001$), en baisse significative chez les 25-64 ans et stable chez les seniors.

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (‰) pour idées et geste suicidaire par sexe et classe d'âge, Hauts-de-France, périodes 2017 – 2019 et 2020 - 2021

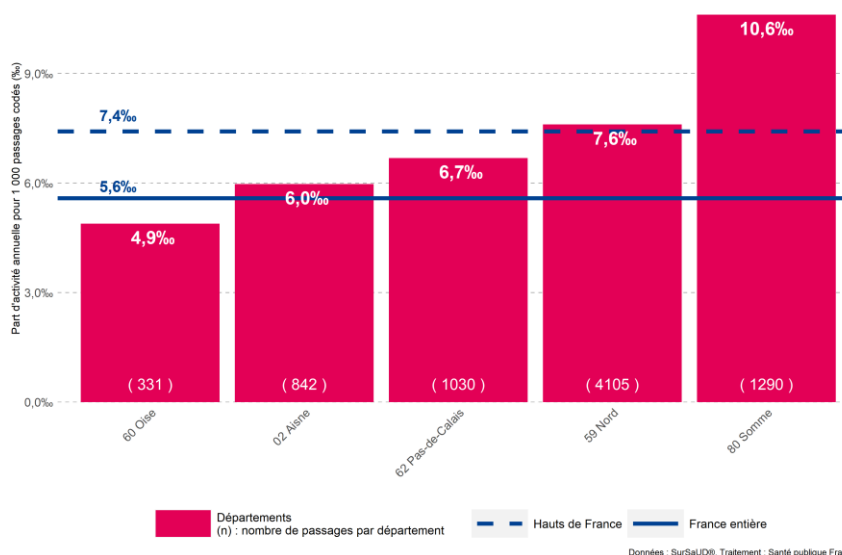
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	546	1,08	833	1,70	<0,001
	Femmes	569	1,13	1033	2,15	<0,001
	11-24 ans	425	1,70	864	3,83	<0,001
	25-64 ans	628	1,22	904	1,84	<0,001
	65 ans et plus	63	0,25	98	0,39	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	3257	6,44	2848	5,81	<0,001
	Femmes	4706	9,35	4461	9,30	0,659
	11-24 ans	2082	8,34	2160	9,58	<0,001
	25-64 ans	5269	10,27	4512	9,19	<0,001
	65 ans et plus	613	2,49	638	2,51	0,855

* 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, 2021

En 2021, la part des recours aux urgences pour geste suicidaire (GS) dans l'activité globale variaient selon le département, très supérieures aux parts d'activité régionale (7,4 ‰) et national (5,6 ‰) dans la Somme (10,6 ‰) et inférieure dans l'Oise (4,9 ‰). Dans l'Aisne (6,0 ‰) et le Pas-de-Calais (6,7 ‰), la part d'activité pour GS dans l'activité totale des urgences était inférieure à la moyenne régionale mais supérieure à celle retrouvée au niveau national (Figure 6).

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

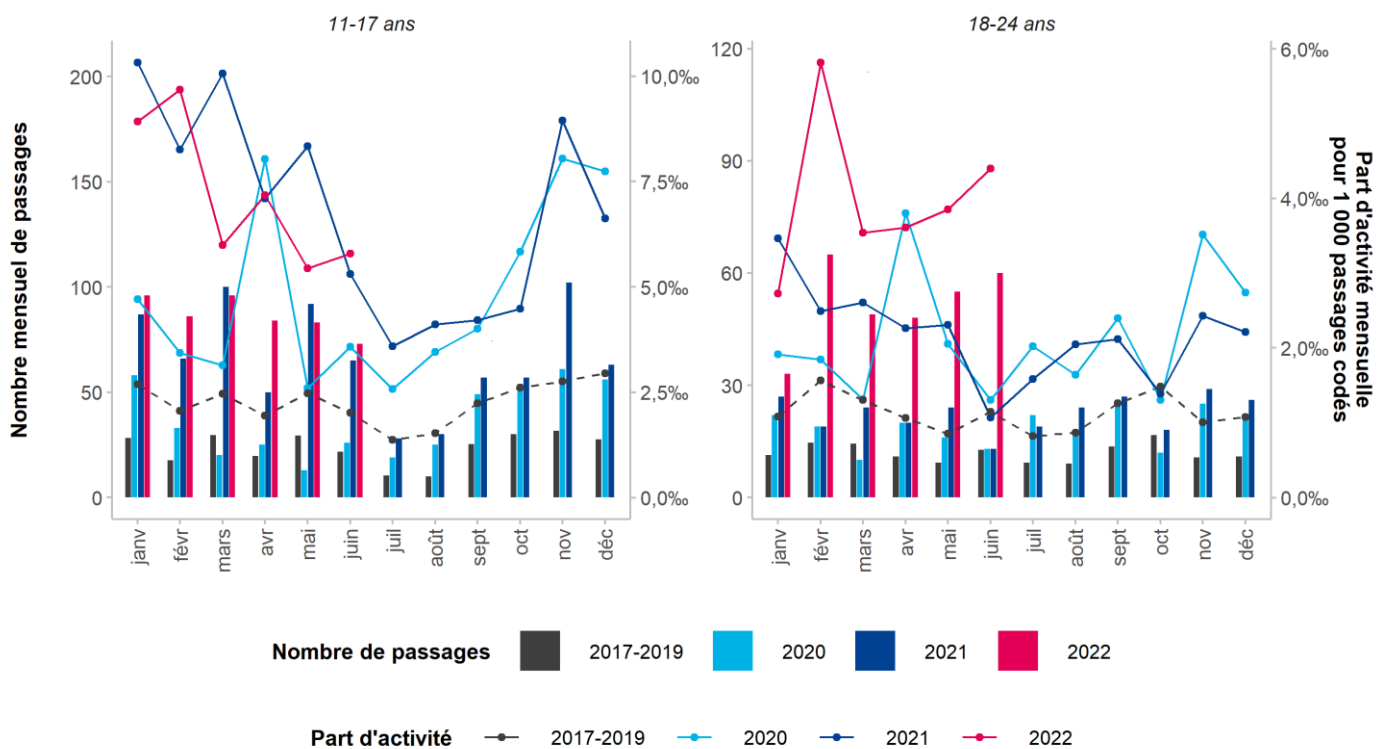


Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, une forte hausse des recours aux urgences pour idées suicidaires (IS), en nombre et en part d'activité, a été enregistrée chez les 11-17 ans et les 18-24 ans à partir de juillet 2020 par rapport à la période 2017-2019 ; la hausse était plus marquée en 2021 et au 1^{er} semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire (Figure 7). Chez les 11-17 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour IS était plus élevé en 2021 par rapport à 2020 et 2017-2019 ; la tendance était la même pour la part d'activité. Chez les 18-24 ans, cette tendance est bien moins marquée : on observe une augmentation du nombre mensuel moyen de passages aux urgences et de la part d'activité en 2020 par rapport à la période 2017-2019. La tendance était stable en 2021. Dans ces deux tranches 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 l'automne 2020, une baisse au printemps 2021 suivie d'une nouvelle augmentation à l'automne 2021 ; la temporalité et l'intensité de ces fluctuations différaient des variations saisonnières observées en 2017-2019 et sont à mettre notamment en lien avec les phases de la crise sanitaire. Au 1^{er} semestre 2022, la tendance est similaire à celle de 2021 chez les 11-17 ans alors qu'elle est en forte augmentation chez les 18-24 ans tant au niveau des recours aux urgences que pour la part d'activité.

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



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

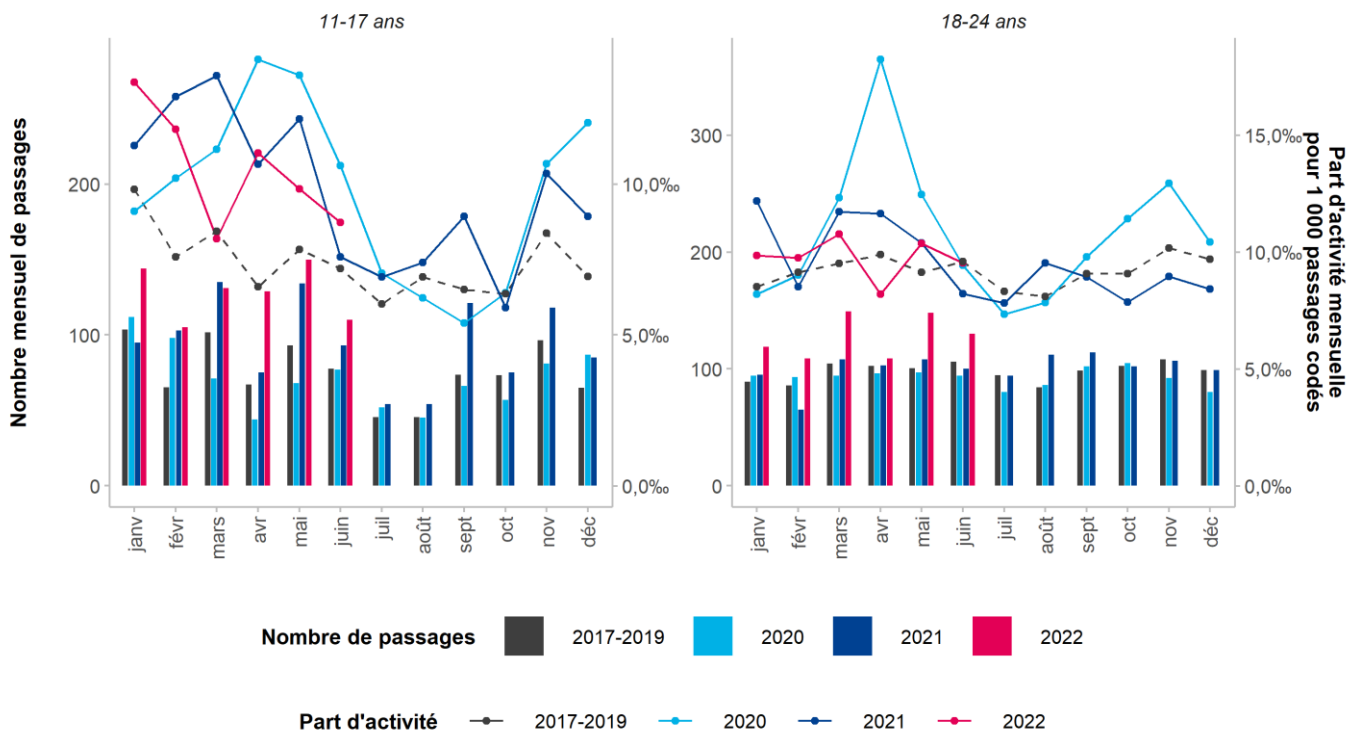
• Geste suicidaire

Chez les jeunes de 11-17 ans, sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire (GS) était en augmentation par rapport aux mêmes périodes en 2021 (+21 %) et 2020 (+63 %). En 2021, il était supérieur à celui de 2020 (respectivement 95 passages et 72 passages) et celui de la période 2017-2019 (76 passages). La part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était similaire (9,7 ‰) mais significativement supérieure à celle de la période 2017-2019 (7,4 ‰) (Figure 8).

Chez les 18-24 ans, sur le premier semestre 2022, le nombre de passages aux urgences pour GS était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+31 %) et en 2020 (+34 %). En 2021, il était en augmentation de 9 % par rapport à 2020 (respectivement 101 et 93 passages) mais relativement stable par rapport à la moyenne 2017-2019 (+3 %, 98 passages). La part d'activité mensuelle moyenne en 2020-2021 (9,7 ‰) était comparable à celle de la période 2017-19 ($p=0,022$), cette tendance se poursuit durant le 1^{er} semestre 2022 (Figure 8).

Ainsi, chez les adolescents, le nombre de patients pris en charge dans les services d'urgence pour GS a continué à augmenter au cours du premier semestre 2022, soit après la phase aigüe de la crise sanitaire, contrairement à ce qui est observé chez les jeunes adultes.

Figure 8 : Evolution mensuelle du nombre de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Hauts-de-France, janvier 2017-juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Idées suicidaires et geste suicidaire par sexe et classe d'âge

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, tous sexes confondus, les parts d'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires (IS) ont significativement augmenté sur la période 2020-2021, comparativement à la période antérieure 2017-2019 ; cette augmentation étant particulièrement forte chez les 11-17 ans.

Pour l'indicateur geste suicidaire (GS), la part d'activité a significativement augmenté chez les 11-17 ans sur la période 2020-2021 comparativement à celle de 2017-2019 (respectivement 9,39 ‰ versus 7,45 ‰, $p < 0,001$) ; alors que la tendance était stable chez les 18-24 ans.

Chez les femmes âgées entre 11 et 24 ans, la part d'activité des passages aux urgences était significativement en augmentation entre les 2 périodes à la fois pour IS que pour GS. Chez les jeunes hommes, la part d'activité pour IS a significativement augmenté en 2020-2021 alors qu'aucune évolution significative n'était observée pour GS (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité moyenne (%) pour idées et geste suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, Hauts-de-France, 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	162	1,30	254	2,26	<0,001
	Femmes	263	2,09	610	5,39	<0,001
	11-17 ans	281	2,31	617	5,79	<0,001
	18-24 ans	144	1,12	246	2,07	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	656	5,30	612	5,45	0,431
	Femmes	1425	11,33	1548	13,68	<0,001
	11-17 ans	907	7,45	1000	9,39	<0,001
	18-24 ans	1174	9,18	1160	9,75	0,023

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

Données issues du PMSI-MCO

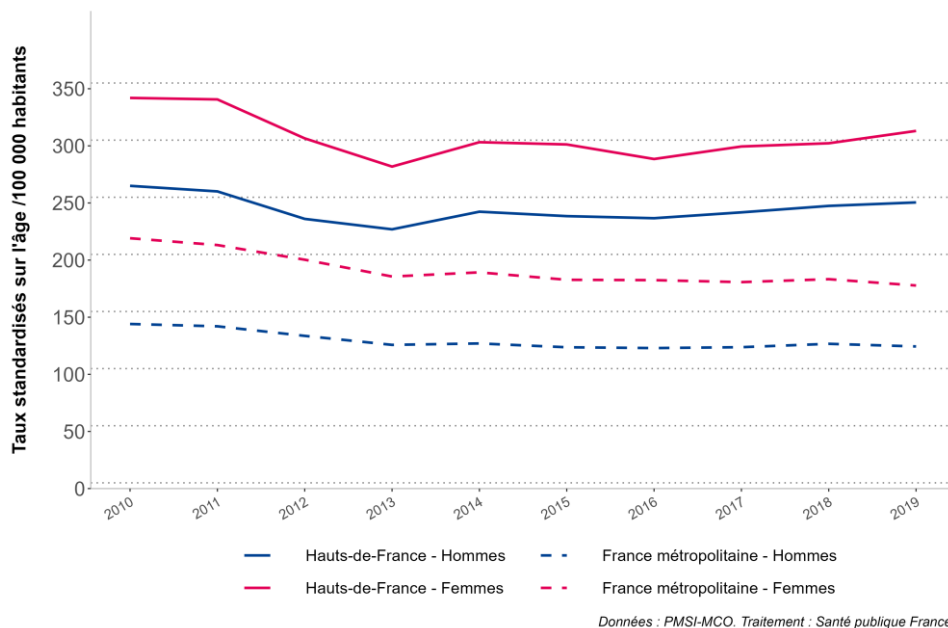
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010-2019

Entre 2010 et 2019, chaque année 14 942 hospitalisations pour tentative de suicide étaient enregistrées en moyenne chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant dans les Hauts-de-France. Avec un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisé sur l'âge de 283,0 pour 100 000 habitants en 2019, la région Hauts-de-France se situait au-dessus du taux national (152,1 / 100 000 habitants en France métropolitaine, soit + 86 %). Elle était au 1^{er} rang des régions françaises en terme d'hospitalisation, quelque soit le sexe.

Après une diminution enregistrée de 2010 à 2013, le taux national est demeuré relativement stable jusqu'en 2019 avec un taux chez les femmes supérieur à celui des hommes (Figure 9). En région Hauts-de-France, la tendance était la même que celle observée au niveau national jusqu'en 2016. Cependant, depuis 2017, la tendance était à l'augmentation pour atteindre 313,1 / 100 000 habitants chez les femmes et 250,5 / 100 000 habitants chez les hommes en 2019.

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, Hauts-de-France et France métropolitaine, 2010-2019



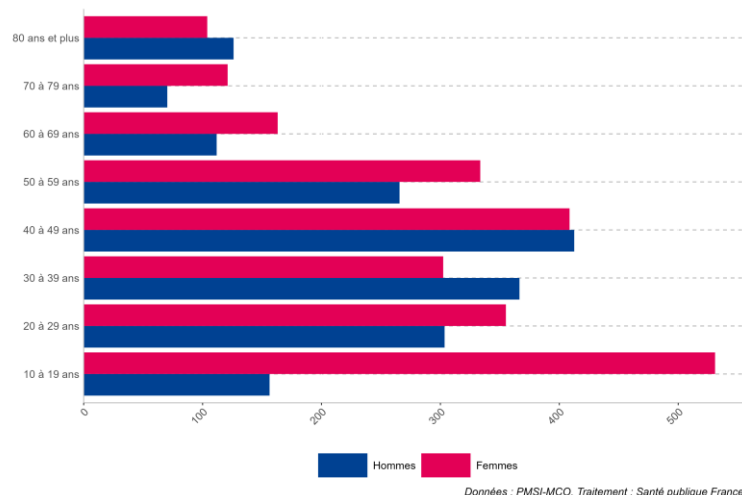
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Sur la période 2017-2019, dans la région, les hospitalisations pour TS ont concerné majoritairement les femmes (57 % des 44 398 hospitalisations pour TS ; sexe ratio H/F 0,74).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 530,9 pour 100 000 femmes (soit 6 224 hospitalisations pour tentative de suicide), nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 10).

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé était observé chez les 40-49 ans (412,5 pour 100 000 hommes).

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



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

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 79,8 % des personnes âgées de 10 ans et plus, tous sexes confondus, hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine) (Tableau 3). Les autres modes de tentative de suicide sont l'utilisation d'objet tranchant (11,2 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (7,8 %), la pendaison (3,3 %) et le saut dans le vide (1,4 %). D'autres modes étaient peu fréquents dans les hospitalisations comme l'utilisation d'arme à feu, noyade, collision intentionnelle, exposition aux fumées du fait de leurs conséquences létales fréquentes (<0,4 %). L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes (respectivement 83,4 % et 74,9 %). Les hommes ont utilisé plus fréquemment les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) ainsi que des modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu).

La durée médiane d'hospitalisation était de 1 jour, tous modes confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de tentative de suicide par saut dans le vide (3 jours) et arme à feu (3 jours).

Sur la période 2017-2019, près de neuf personnes sur 1 000 hospitalisées pour tentative de suicide dans la région décédait dans un service hospitalier (8,9 ‰). Cette létalité régionale était inférieure à celle observée en France métropolitaine (11,9 / 1 000 hospitalisations). Elle augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les hommes que chez les femmes : elle variait de 2,6 décès / 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 76,0 / 1 000 hospitalisations chez ceux de 65 ans et plus. Chez les femmes de 65 ans et plus, la létalité était 9 fois plus élevée que chez les femmes de moins de 25 ans (respectivement 19,3 décès / 1 000 et 1,6 décès / 1 000. La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les tentative de suicide par arme à feu (178 décès pour 1 000 hospitalisations) et pendaison (108 pour 1 000 hospitalisations).

Tableau 3 : Part (%) des modes de tentative de suicide chez les hommes et les femmes âgées de 10 ans et plus hospitalisés, durée médiane de séjour et nombre de décès pour 1 000 hospitalisations, Hauts-de-France, 2017-2019

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	35 413	79,8	83,4	74,9	1,0	4
Objet tranchant	4 991	11,2	12,1	10,1	1,0	3
Auto-intoxication par d'autres produits	3 460	7,8	5,7	10,6	1,0	10
Pendaison	1 483	3,3	1,6	5,6	1,0	108
Saut dans le vide	620	1,4	1,2	1,7	3,0	32
Arme à feu	191	0,4	0,1	0,9	3,0	178
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	135	0,3	0,3	0,3	1,0	52
Noyade	111	0,3	0,2	0,3	1,0	54
Collision intentionnelle	92	0,2	0,2	0,3	1,0	0
Mode non précisé	964	2,2	1,8	2,7	1,0	13

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour tentative de suicide apparaissent relativement homogènes au sein d'une région chez les hommes sur la période 2017-2019 ; chez les femmes, l'hétérogénéité était plus marquée (Figure 11). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 367,6 pour 100 000 habitants (Somme) et, chez les femmes, de 60,2 pour 100 000 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

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

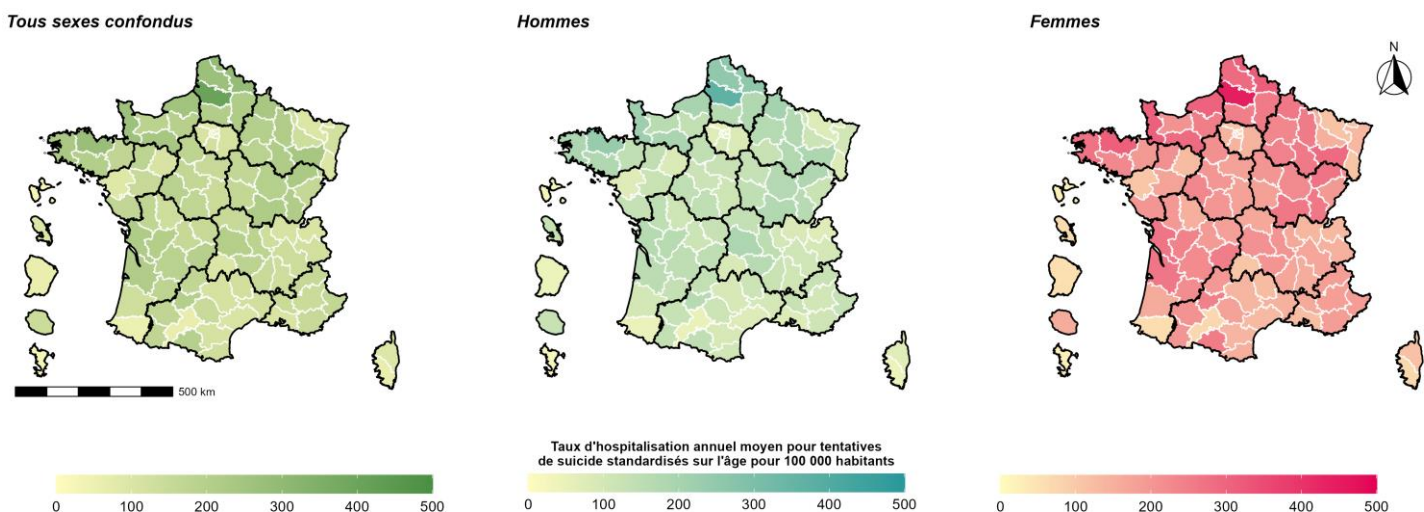
Dans 6 départements métropolitains, les taux d'hospitalisation chez les femmes étaient près du double de celui des hommes (sexe ratio entre 0,50 et 0,55) : 4 départements à caractéristique plutôt rurale (Alpes-de-Haute-Provence, Aube, Eure, Territoire de Belfort) et 2 départements de la grande couronne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

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

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

Dans les Hauts-de-France, les départements de la Somme et du Nord présentaient les taux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide les plus élevés de France sur la période 2017-2019, avec respectivement 407,6 hospitalisations / 100 000 habitants et 287,6 / 100 000 habitants. Dans ces deux départements, les taux étaient supérieurs chez les femmes que chez les hommes.

Figure 11 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus, chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus (/100 000 habitants), France entière, 2017-2019



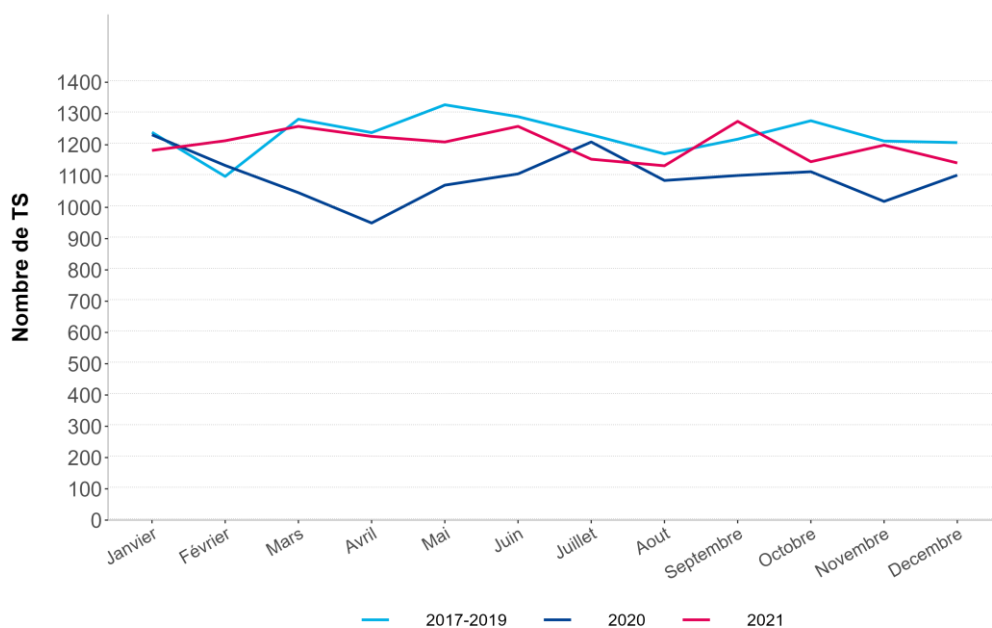
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

Dans les Hauts-de-France, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement lié à l'épidémie de COVID-19, à l'instar des autres régions métropolitaines (Figure 12). Une tendance à la diminution des recours aux soins hospitaliers au cours de la première phase aiguë de la pandémie a été décrite par plusieurs auteurs (cf bibliographie, articles *Hartnett KP et al.* et *Lazzerini et al.*), dont les causes peuvent être multiples : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents, restriction de l'offre de soins avec la déprogrammation de certaines prises en charge, crainte de se rendre dans un établissement de santé dans un contexte d'épidémie. Concernant les tentatives de suicide, si certains facteurs ont pu limiter les recours à l'hospitalisation pour des cas peu sévères, cela ne s'applique pas à des lésions ou intoxications auto-infligées nécessitant une prise en charge immédiate : une diminution effective des comportements suicidaires est probable pendant le premier confinement.

En 2021, l'activité d'hospitalisation pour tentative de suicide était globalement stable avec 14 398 hospitalisations pour tentative de suicide comptabilisées sur l'année (contre 13 174 en 2020 et 14 799 en moyenne sur les années 2017-2019).

Figure 12 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour tentative de suicide, Hauts-de-France, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



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

• Caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide

Alors qu'aucune différence significative n'a été mise en évidence dans la répartition des hospitalisations pour tentative de suicide par sexe entre 2020 et 2017-2019, on note que la part des hommes a significativement diminué en 2021 par rapport à la période 2017-2019 (respectivement 39,8 % versus 42,6 %, $p < 0,001$) alors que celle des femmes étaient en augmentation (60,2 % en 2021 versus 57,4 % en 2017-2019, $p < 0,001$) (Tableau 4).

Des évolutions significatives de la répartition par classe d'âge ont été retrouvées en 2020 et 2021 par rapport à 2017-2019. En 2020, la part des 10-24 ans et des 65 ans et plus a augmenté tandis que celle des 25-64 ans a diminué. En 2021, cette tendance s'est poursuivie dans ces classes d'âge avec une majorité d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les 25-64 ans (58,8 %) (Tableau 4).

Concernant l'évolution des modes de tentative de suicide, la part des hospitalisations par objet tranchant a significativement augmenté en 2021 par rapport à 2017-2019 (respectivement 14,8% versus 11,4 %). A l'inverse, on enregistrait une diminution des admissions pour « auto-intoxication médicamenteuse » (78,6 % en 2021 versus 81,2 % en 2017-2019). La part des autres modes de tentative de suicide en 2021 n'avaient pas évolué comparativement à 2017-2019.

Tableau 4 : Principales caractéristiques démographiques et modalités des séjours hospitaliers pour tentative de suicide, Hauts-de-France, moyenne des années, 2020 et 2021 versus 2017-2019

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	42,6%	42,8%	0,779	39,8%	<0,001
	Femme	57,4%	57,2%		60,2%	
Classe d'âge	10-24 ans	26,4%	27,6%	<0,001	33,1%	<0,001
	25-64 ans	65,7%	63,5%		58,8%	
	65 ans et plus	7,8%	8,8%		8,2%	
Létalité		0,9%	1,2%	0,003	0,9%	1,000
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	81,2%	81,0%	1,000	78,6%	<0,001
	Objet tranchant	11,4%	12,3%	0,079	14,8%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	7,9%	8,2%	1,000	8,1%	1,000
	Pendaison	3,4%	4,0%	0,012	4,0%	0,006
	Saut dans le vide	1,4%	1,4%	1,000	1,5%	1,000
	Arme à feu	0,4%	0,5%	1,000	0,5%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,2%	0,053	0,3%	1,000
	Noyade	0,3%	0,3%	1,000	0,2%	1,000
	Collision intentionnelle	0,2%	0,2%	1,000	0,2%	1,000

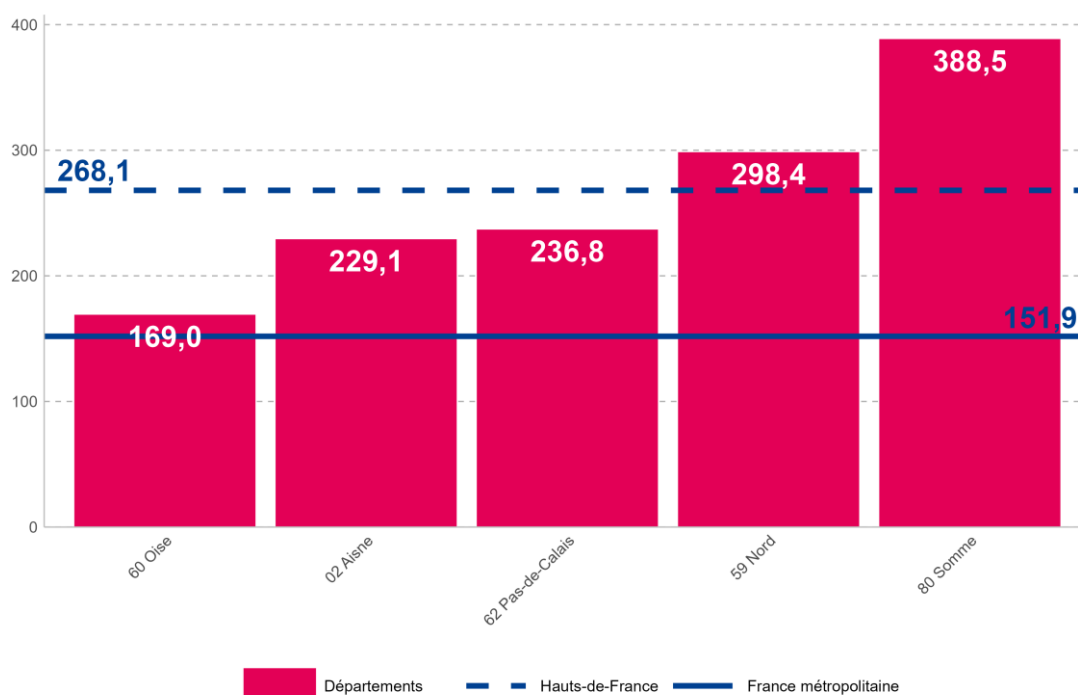
* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.
 *** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=43625 en 2017-2019, 12963 en 2020 et 14164 en 2021).
 Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

• Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide par département dans la région et en France métropolitaine, 2020-2021

Le taux régional d'hospitalisation pour tentative de suicide a progressé durant la période pandémique, passant de 246,6 en 2020 à 268,1 pour 100 000 habitants en 2021. Cette augmentation était observée uniquement chez les femmes (270,8 en 2020 à 308,7 en 2021) où les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient les plus importants.

En 2021, à l'échelle infrarégionale, les taux des 5 départements des Hauts-de-France étaient supérieurs au taux national (France métropolitaine) (Figure 13). Le Nord et la Somme présentaient les taux les plus élevés (respectivement 298,4 et 388,5 / 100 000 hab.) et supérieurs au taux régional de 268,1 / 100 000 habitants.

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 Hauts-de-France et France métropolitaine, 2021



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

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

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

La pandémie, par la durée et l'importance des mesures de restriction sociale et des contraintes qu'elle a entraînées, peut avoir eu un impact sur la santé mentale et notamment sur les tentatives de suicide. Si globalement les hospitalisations pour tentative de suicide semblaient moins importantes pour l'année 2020 comparées à la moyenne des trois années précédentes, les cliniciens ont alerté à la fin du premier semestre 2020 au sujet d'une augmentation observée de ces tentatives de suicide chez les jeunes, particulièrement chez les adolescentes. C'est dans ce contexte que la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes (DMNTT) de Santé publique France a décidé d'analyser l'évolution des hospitalisations pour tentative de suicide (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 2 janvier 2017 et le 31 mai 2021 pour geste suicidaire (GS) ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

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

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

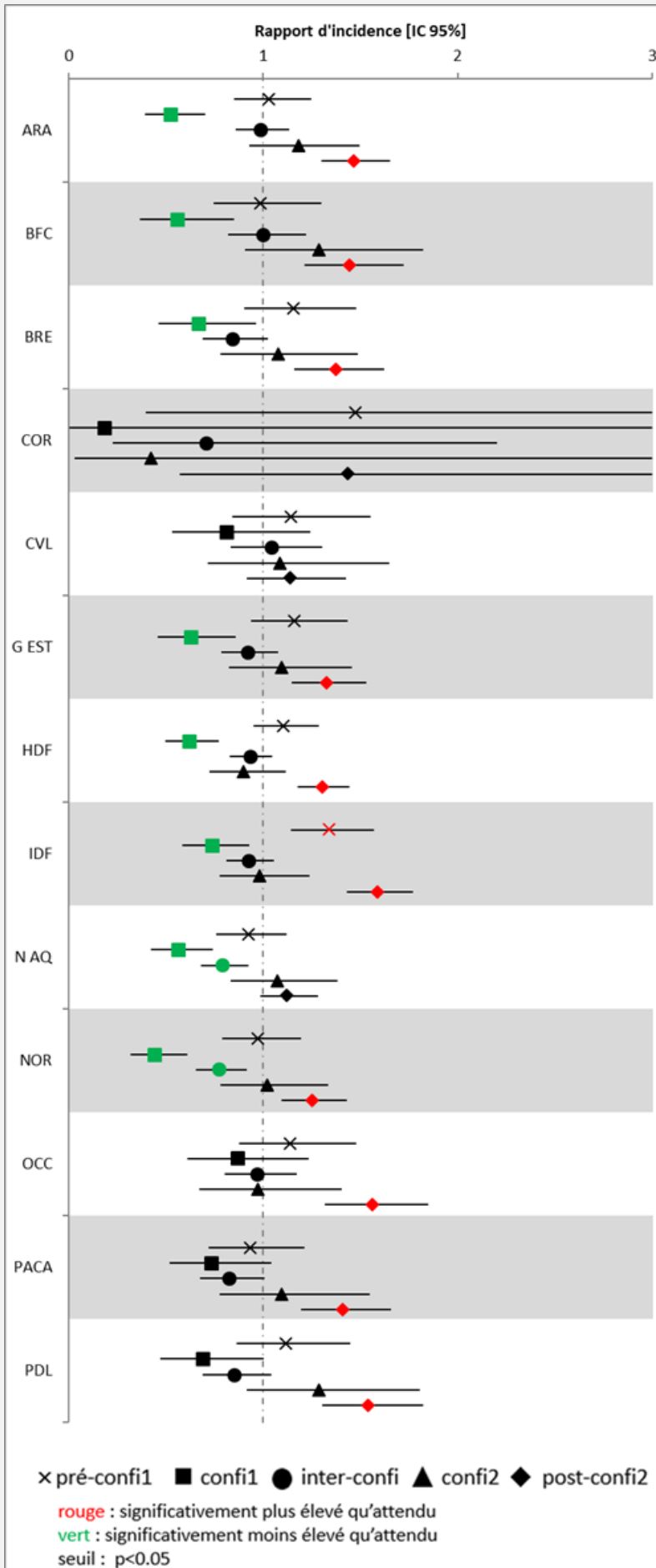
Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, on observe une chute nette des hospitalisations pour TS durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales.

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

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

Dans les Hauts-de-France, comme dans la plupart des régions métropolitaines, une diminution significative du taux d'hospitalisation pour TS a été observée lors du premier confinement chez les femmes de 10 à 24 ans. Cet indicateur, relativement stable jusqu'à la phase de l'inter-confinement, a augmenté pendant la dernière phase de post-confinement. Ce rapport 2020-2021/2017–2019 du taux d'incidence d'hospitalisation par TS chez les femmes de 10 à 24 ans de la phase de post-confinement était significativement plus élevé qu'attendu.

Figure 14 : Rapports 2020-2021/2017–2019 des taux d'incidence d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes âgées de 10 à 24 ans en France métropolitaine selon cinq périodes de la pandémie : pré confinement (S01-11), premier confinement (S12-19), inter-confinement (S20-44), deuxième confinement (S45-50), après le deuxième confinement (S51-52,S01-20)



DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En 2017, 880 personnes résidant dans les Hauts-de-France se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 17,2 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus qui était supérieur à celui de la France métropolitaine (14,2 / 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux de mortalité par suicide de 27,7 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France était plus élevé que le taux en France métropolitaine (22,5 / 100 000 hommes), et au dessus de la médiane des régions métropolitaines (25,6 / 100 000 habitants). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 était de 7,8 / 100 000 habitants, proche du taux en France métropolitaine (6,9 pour 100 000 femmes).

Evolution de la mortalité par suicide, 2000-2017

Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région, passant de 28,5 à 17,2 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe chez les hommes (27,7 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs 47,1 en 2000) comme chez les femmes (7,8 / 100 000 en 2017 vs 13,2 en 2000) (Figure 15). Le décès par suicide était en 2017 plus de trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le sexe ratio des taux étant resté stable sur la période (3,6 en 2000, 3,14 en 2000 à 3,6 en 2017). L'évolution du taux de mortalité par suicide met en évidence une diminution des taux dans toutes les classes d'âge depuis 2000, à l'exception des 10-29 ans chez lesquelles ce taux restait relativement stable (Figure 16). La classe d'âge 75 ans et plus présentait un taux brut de mortalité supérieur à ceux des autres classes d'âge sur toute la période 2000-2016, avec cependant une réduction de l'écart en 2017 où son taux rejoint celui des 45-59 ans. La classe des 10-29 ans présentait les taux de mortalité par suicide les plus faibles sur toute la période 2000-2017.

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

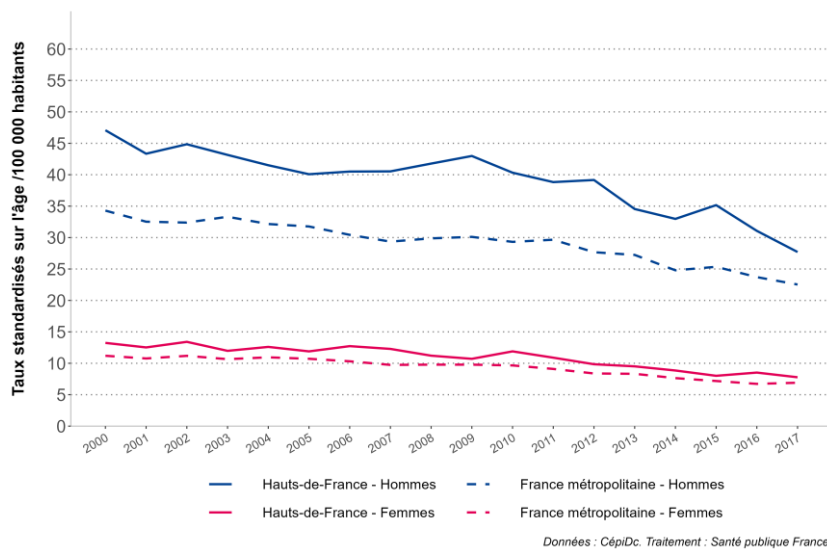
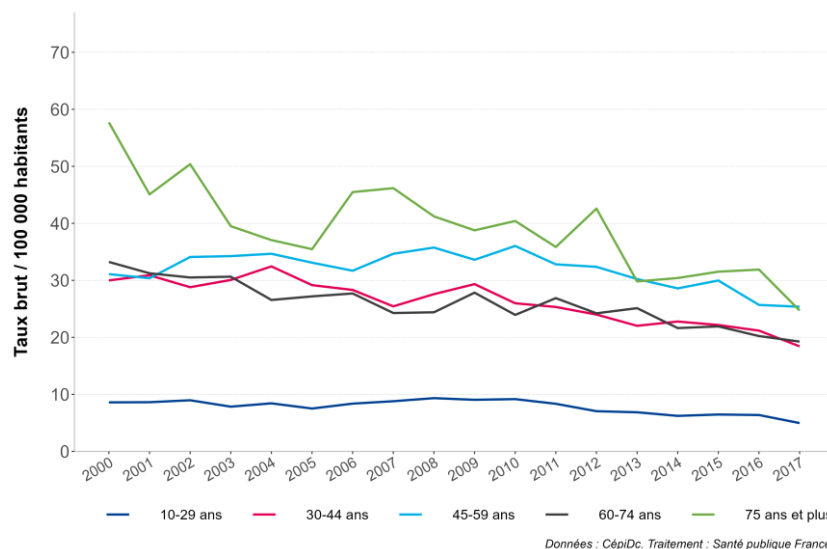


Figure 16 : Taux bruts annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) par classe d'âge, Hauts-de-France 2000-2017



Part du suicide dans la mortalité toutes causes et caractéristiques des personnes décédées par suicide, 2015-2017

Entre 2015 et 2017, les suicides représentaient 1,8 % (n=2 908) des décès toutes causes confondues dans les Hauts-de-France, comme à l'échelle nationale. Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes atteint 2,7 % (n=2 266) dans la région contre 2,2 % au niveau national. Chez les femmes, elle était du même ordre de grandeur qu'au niveau national (respectivement 0,8 % (n=642) versus 0,7 %).

Dans la région, la part des suicides dans la mortalité toutes causes était plus importante chez les 20-29 ans (23,1 %) et les 30-39 ans (22,0 %). Dans ces deux classes d'âge, la part du suicide dans la mortalité toutes causes était nettement plus importante chez les hommes (25,4 % chez les 20-29 et 26,9 % chez les 30-39 ans) que chez les femmes (17,2 % chez les 20-29 ans et 10,3 % chez les 30-39 ans).

Les suicides représentaient 15,9 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) et 0,3 % chez les plus âgés (80 ans et plus).

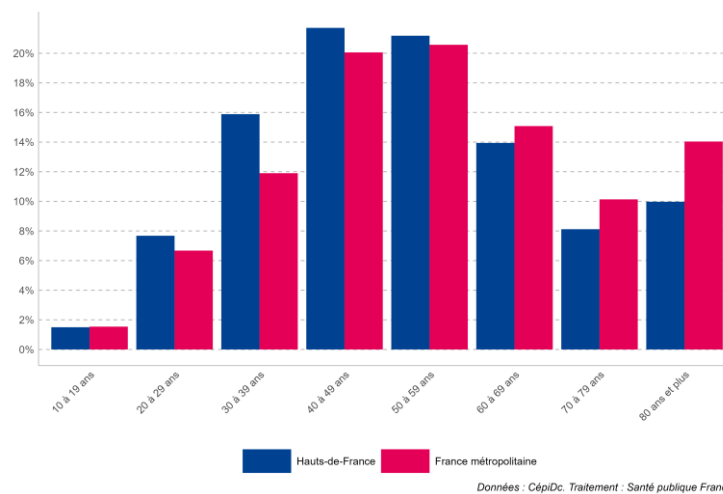
• Répartition selon l'âge et le sexe des personnes décédées par suicide

Dans les Hauts-de-France, sur la période 2015-2017, près de 4 décès par suicide sur 5 concernaient des hommes (77,9 %, n=2 266), majoritaires dans toutes les classes d'âge.

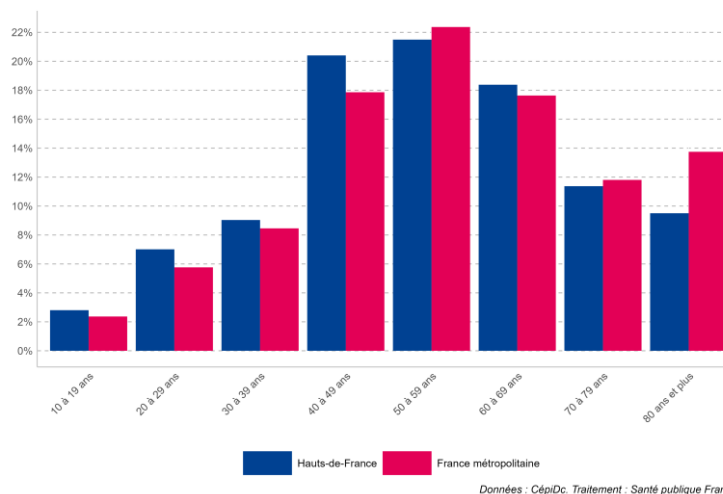
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : 40-49 ans (21,7 %) et 50-59 ans (21,2 %) (Figure 17). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les mêmes : 20,4 % chez les 40-49 ans et 21,5 % chez les 50-59 ans. Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide quelque soit le sexe (1,5 % chez les hommes à 2,8 % chez les femmes). Dans les Hauts-de-France, on enregistrait une part importante des suicides chez les 40-49 ans, quelque soit le sexe, comparativement à la France métropolitaine (respectivement 21,7 % chez les hommes et 20,4 % chez les femmes).

Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe (%) dans les Hauts-de-France et en France métropolitaine, 2015-2017 (n=2 908)

17.a. Chez les Hommes



17.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré dans les Hauts-de-France était la pendaison (64,9 % en région, 57,2 % au niveau national), quelque soit le sexe (Tableau 5). Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (11,8 %) lequel était rare chez les femmes (2,5 %) ; chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (21,3 %), moins fréquent chez les hommes (6,8 %). Les suicides par saut dans le vide, par noyade ainsi que par auto-intoxication par d'autres produits étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 6,5 %, 7,0 % et 3,3 %) que chez les hommes (respectivement 2,7 %, 1,5 % et 1,6 %).

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1888	64,9	48,9	69,5
Arme à feu	284	9,8	2,5	11,8
Auto-intoxication médicamenteuse	291	10,0	21,3	6,8
Saut dans le vide	103	3,5	6,5	2,7
Noyade	78	2,7	7,0	1,5
Auto-intoxication par d'autres produits	58	2,0	3,3	1,6
Collision intentionnelle	61	2,1	3,1	1,8
Objet tranchant	27	0,9	0,9	0,9
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	14	0,5		
Mode non précisé	413	14,2	14,0	14,3

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

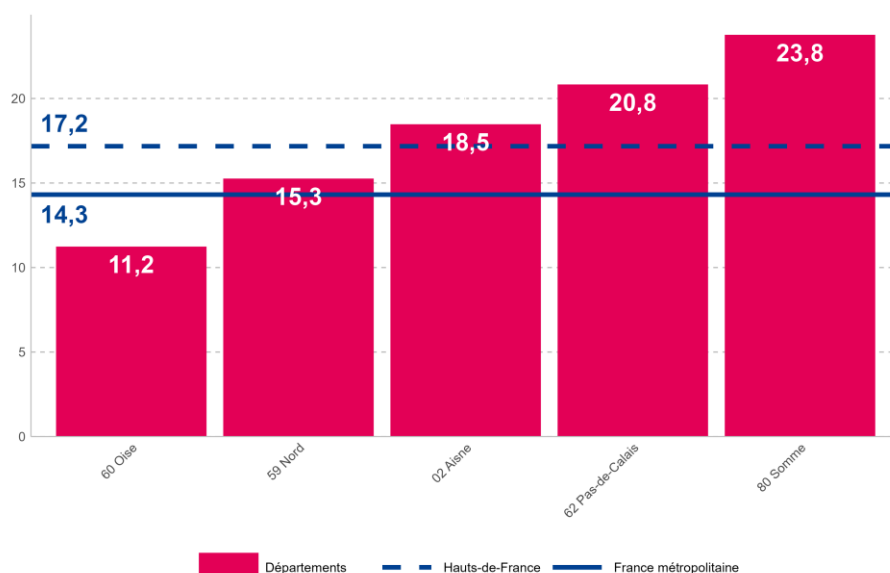
• Taux départementaux de mortalité par suicide

En 2017, les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, chez les personnes résidentes dans les Hauts-de-France âgées de plus de 10 ans différaient selon le département. Trois départements présentaient des taux de mortalité par suicide à la fois supérieurs au taux régional (17,2 pour 100 000 habitants) et à celui de la France métropolitaine (14,3 pour 100 000 habitants) : l'Aisne, le Pas-de-Calais et la Somme (Figure 18).

Dans l'ensemble des départements de la région, le taux de mortalité par suicide était supérieur chez les hommes, avec un sexe ratio homme/femme variant de 3,5 dans le Nord à 4,5 dans le Pas-de-Calais. Le Pas-de-Calais présentait un taux de mortalité chez l'homme de 39,1 pour 100 000 habitants plaçant le département au 5^{ème} rang des départements de France métropolitaine (Figure 19). Chez les femmes, le taux de mortalité le plus élevé de la région était enregistré dans la Somme (9,24 / 100 000 habitants), plaçant le département au 16^{ème} rang tous départements confondus en France métropolitaine.

Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide. Une proportion variable suivant les départements de décès par suicide adressés aux Instituts médico légaux n'étant pas déclarés au CépiDC, il en résulte une sous-estimation de la mortalité plus ou moins importante (cf bibliographie, article Richaud-Eyraud E. et al), rendant difficilement interprétable une sous-mortalité par suicide dans un département en l'absence d'information sur la sous-déclaration ou de tendance concordante avec les taux d'hospitalisation pour TS.

Figure 18 : Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisé sur l'âge, par département, Hauts-de-France, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide sur la période 2015-2017 apparaissaient assez hétérogènes au sein d'une région, notamment pour les hommes. Chez les hommes, ces taux de mortalité départementaux variaient de 5,27 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). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes étaient au moins deux 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 (vs. tous les départements sauf 4 pour les hommes) ; cela concernait la Haute-Saône à l'est, la Creuse et l'Indre au centre, et 6 départements à l'ouest : les Côtes-d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan en Bretagne ainsi que l'Orne (Normandie) et la Sarthe (Pays de Loire). Chez les hommes, 4 départements présentaient des taux de mortalité supérieurs à 40 pour 100 000 habitants, tous dans l'ouest de la France : les Côtes-d'Armor et le Morbihan (Bretagne), la Sarthe (Pays de Loire) et la Manche (Normandie). Dans les Hauts-de-France, avec un taux masculin de mortalité par suicide de 39,1 pour 100 000 habitants, le département du Pas-de-Calais était en 5^{ème} position des départements métropolitains à plus forte mortalité suicidaire.

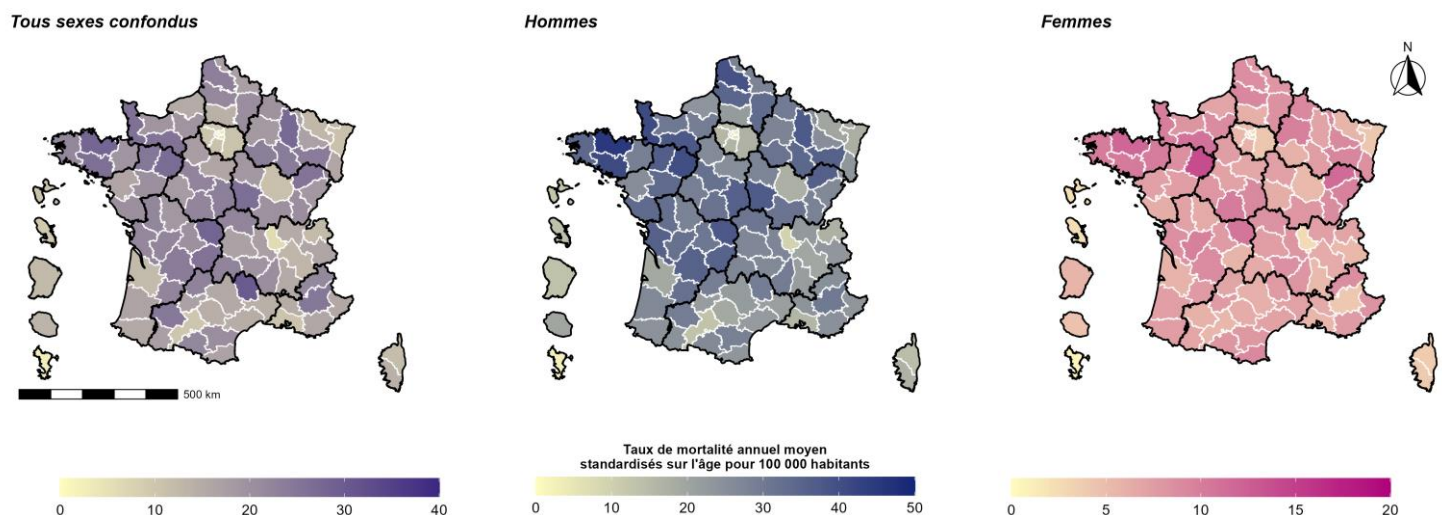
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants).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

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

Les DROM présentaient des taux de mortalité par suicide globalement plus faibles que les départements métropolitains 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 à 19,7 pour 100 000 habitants, et chez les femmes de 0,4 à 5,6 pour 100 000 habitants.

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

Figure 19 : Taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus et par sexe (/100 000 habitants), France entière, 2015-2017



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

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

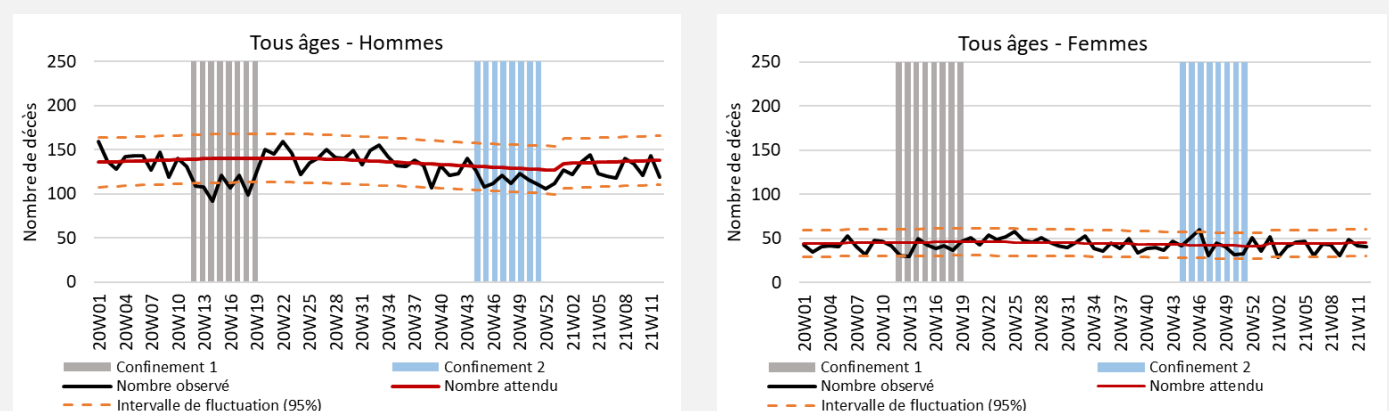
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

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

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

Figure 20 : Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de S01-2020 à S12-2021, France entière



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse régionale et départementale des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant à la surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) 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. La région Hauts-de-France comprend 50 établissements siège d'un service d'urgence dont 36 avec un SU polyvalent et 14 établissements avec un SU adulte et pédiatrique distincts, soit 64 SU au total. Le réseau couvre environ 98 % des passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins. Si la couverture n'est pas homogène dans la région, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est améliorée depuis 2020. En 2022, on estimait à 78 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Hauts-de-France (Tableau 6).

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

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Aisne	7/7 (100 %)	96,3 %
Nord	19/19 (100 %)	95,6 %
Oise	6/7 (86 %)	45,1 %
Pas-de-Calais	11/11 (100 %)	53,3 %
Somme	6/6 (100 %)	84,2 %

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

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

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

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

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP SANTE MENTALE ET COVID-19, CONDUITES SUICIDAIRES DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Elise Daudens-Vaysse¹, Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

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

Sous la coordination de Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai

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)

Remerciements

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

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

CONTACT

Santé publique France Hauts-de-France : HautsdeFrance@santepubliquefrance.fr