

Santé mentale et COVID-19 Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1](#) **Édito**; [p.2](#) **Sigles**; [p.3](#) **Synthèse**; [p.7](#) **Prévention du suicide et de sa récurrence**; [p.8](#) **Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire**; [p.12](#) **Hospitalisations pour tentative de suicide**; [p.17](#) **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.19](#) **Décès par suicide en période pré-pandémique**; [p.23](#) **Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19**; [p.24](#) **Actions de prévention du suicide en région**; [p.27](#) **Méthodologie**; [p.29](#) **Bibliographie**; [p.30](#) **Comité de rédaction, Remerciements**.

ÉDITO

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.

Professeure Laëtitia Huiart

Directrice scientifique, Santé publique France

SIGLES

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

SYNTHÈSE : idées et conduites suicidaires en France

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

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

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

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

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

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

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

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

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

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

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

Principaux résultats : comparaisons inter-régionales

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

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

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

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

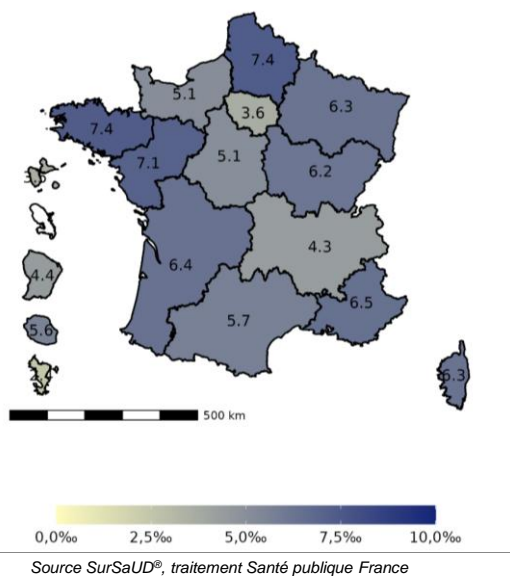


Figure 3 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021

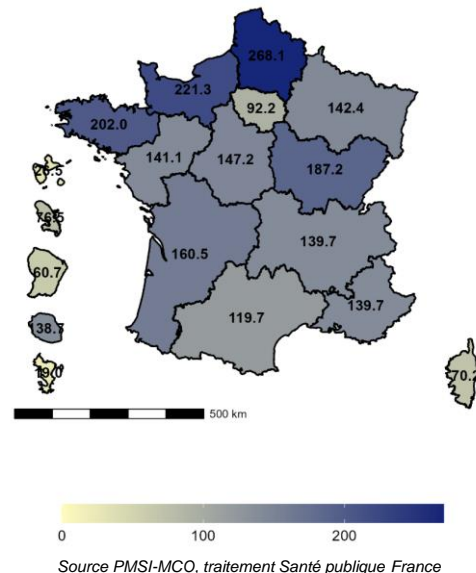
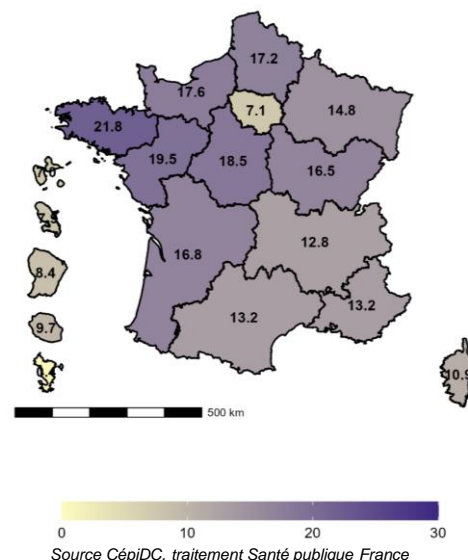


Figure 4. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2017

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

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



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

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

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

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

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

La période 2020-2021 comparée à celle de 2017-2019 montrait une augmentation significative des parts d'activité chez les jeunes, notamment les jeunes femmes, dans toutes les régions métropolitaines (pas d'évolution significative dans les DROM) ainsi que chez les femmes tous âges en Bretagne, Grand-Est et Pays de la Loire. En revanche, une baisse, significative des parts d'activité pour GS chez les hommes de tous âges était observée en France et dans 7 régions métropolitaines, tandis qu'elles étaient en augmentation en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire (pas d'évolution dans les autres régions). Une baisse des part d'activité était aussi observée chez les adultes de 25-54 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, 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 IS et GS et aux hospitalisations pour TS à partir de l'automne 2020, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans, s'accroissant en 2022. Au niveau national, ce phénomène est sans retentissement observable sur la mortalité par suicide jusqu'à mars 2021, ce qui pourrait évoluer par la suite.

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

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

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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



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

Le dispositif de recontact Vigilans

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



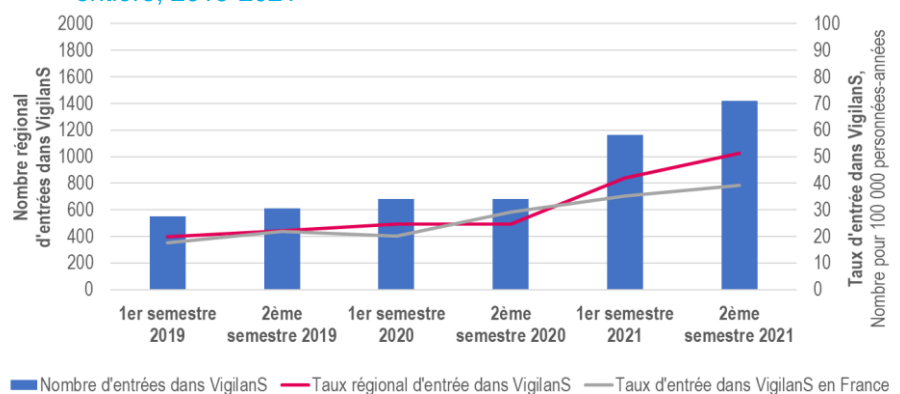
Une fois entrée dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, des appelants de Vigilans (infirmiers) et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital, et d'un envoi de 4 cartes postales personnalisées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les appelants de Vigilans en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ces derniers peuvent également contacter directement l'équipe Vigilans quand ils le souhaitent. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif.

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

En Grand Est, le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) est en charge – outre Vigilans Lorraine – de la coordination de Vigilans Grand Est (depuis juin 2019) qui comprend également les centres d'appels de l'Alsace (Strasbourg) et de la Champagne-Ardenne (Reims). Vigilans existe depuis 2015 en région Grand Est, d'abord sous la forme du dispositif expérimental, puis en 2018 sous la forme du dispositif généralisé aux régions.

De 2015 à 2017, le dispositif a inclus 2 444 patients; en 2018, 1 305 patients ont été inclus. La Figure 1 présente le nombre d'inclusion de patients dans Vigilans par semestre ainsi que le taux, rapporté à la population de la région. Le nombre d'inclusion a augmenté progressivement au cours des semestres. L'impact de la crise s'est ressenti sur les inclusions qui ont stagné en 2020, puis ont connu un rebond en 2021. Le taux d'inclusion de la région est semblable à celui de la France entière jusqu'en 2021, où on observe un taux en Grand Est supérieur au taux national sur les deux semestres.

Figure 1 : Nombre semestriel de nouvelles inclusions dans Vigilans et taux d'inclusion semestriel (/100 000 habitants) , Grand Est 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

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN RÉGION GRAND EST

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

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

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

• Idées suicidaires

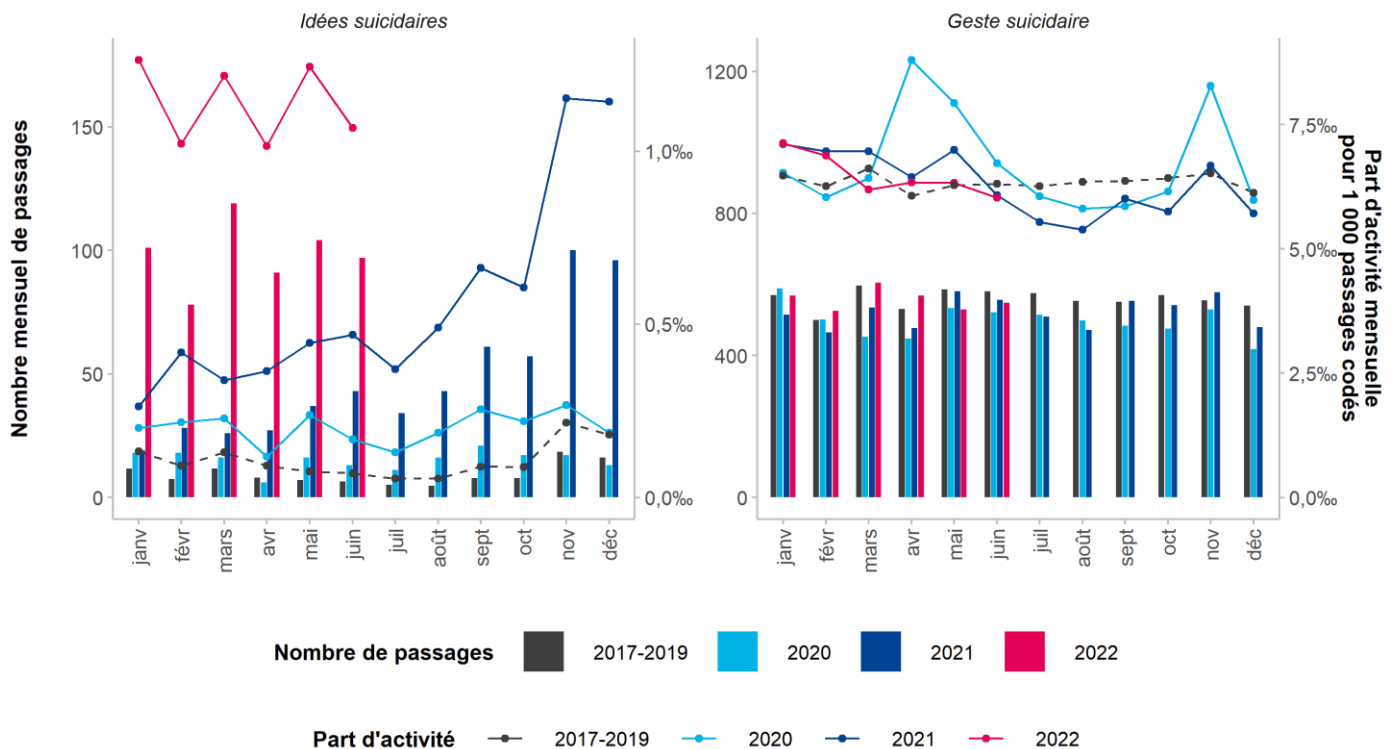
Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en hausse dès 2020 (n=182), comparativement à la période 2017-2019 (n=112 passages par an) ; cette tendance s'est accentuée en 2021 (n=571) et au 1^{er} semestre 2022 (n=590) (Figure 5). L'alerte sur la dégradation de la santé mentale de la population, la vigilance et les moyens mis en place par l'Etat et les professionnels de santé après le 1^{er} confinement nationale peuvent avoir amélioré le diagnostic et le dépistage de ces symptômes, expliquant en partie cette hausse. L'analyse de la répartition des données par mois selon les années (figure 5), montre bien qu'aucune tendance saisonnière ne semble se détacher.

• Geste suicidaire

Chez les 11 ans et plus, on observe une tendance à la baisse des passages aux urgences pour geste suicidaire sur les années 2020 (n=5 958) et 2021 (n=6 259), en comparaison à la période 2017-2019 (n=6 707 passages par an). Les parts d'activité mensuelles sur ces mêmes années ne semblent pas différentes sauf lors des deux premiers confinements où une hausse de la part d'activité est observée, probablement en lien avec la baisse d'activité générale et des passages aux urgences dues aux mesures restrictives.

Sur la période 2020-2021, plus de 70% des passages aux urgences pour geste suicidaire ont donné lieu à une hospitalisation, ce qui restait similaire à la période 2017-2019.

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



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

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

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

L'activité et le nombre de passages pour idées suicidaires ont augmenté fortement et significativement dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019. Le nombre de passages a triplé entre les deux périodes (111 en 2017-2019 vs 377 en 2020-2021). Cette augmentation a concerné davantage les classes d'âge seniors et adultes que les jeunes. Cependant la répartition par sexe a été légèrement modifiée : en 2017-2019, 63% des passages concernaient des femmes alors qu'en 2020-2021, les femmes représentaient 55% des passages. Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, une augmentation des recours aux soins pour idées suicidaires, à partir de novembre 2020 et se poursuivant en 2021 et 2022, est confirmée par des cliniciens de différentes régions, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient plus fréquemment des femmes que des hommes avec une augmentation de la proportion de femmes au cours des années: de 61% en 2020 à 65% en 2021 et à 66% sur le 1er semestre 2022. Pour les femmes, la part d'activité pour geste suicidaire a diminué significativement sur la période 2020-2021 comparativement à 2017-2019, tandis qu'aucune évolution significative n'était observée pour les hommes. Sur les deux périodes, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les seniors. L'activité pour geste suicidaire montre une augmentation significative modérée chez les 11-24 ans sur la période 2020-21 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative modérée était observée chez les 25-64 ans et aucune évolution chez les seniors (Tableau 1).

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

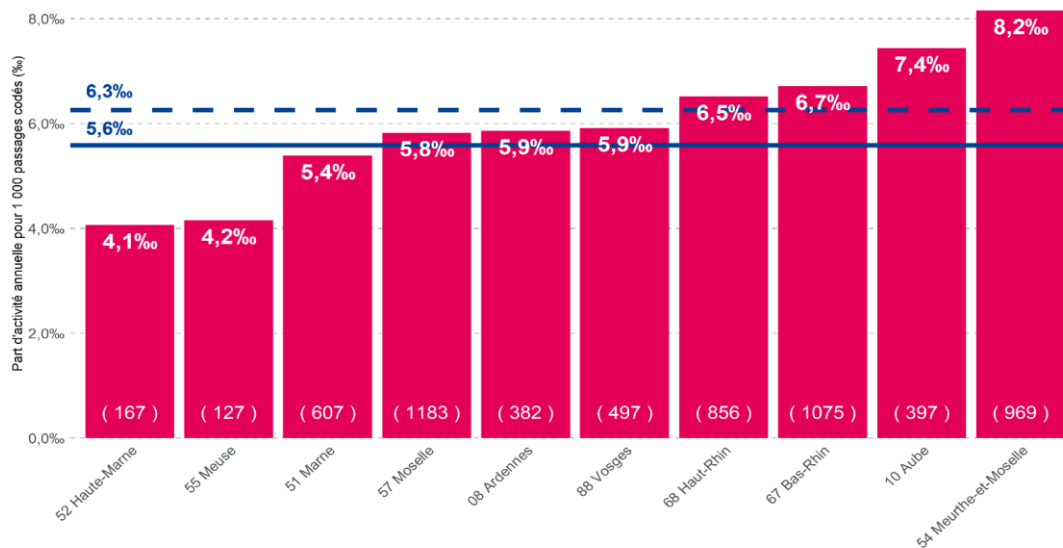
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	36	0,07	166	0,34	<0,001
	Femmes	75	0,15	210	0,45	<0,001
	11-24 ans	91	0,38	201	1,02	<0,001
	25-64 ans	18	0,03	146	0,31	<0,001
	65 ans et plus	2	0,01	30	0,10	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	2542	4,72	2258	4,62	0,276
	Femmes	4165	8,03	3850	8,32	0,014
	11-24 ans	1825	7,67	1948	9,94	<0,001
	25-64 ans	4280	8,19	3572	7,67	<0,001
	65 ans et plus	601	2,03	588	2,03	0,940

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

Passages aux urgences pour geste suicidaire par département dans la région en 2021

En 2021, les parts d'activité de passages aux urgences pour geste suicidaire étaient respectivement de 5,6‰ pour la France et de 6,3‰ pour la région Grand Est. Ces parts d'activité différaient au niveau départemental. Les départements du Haut-Rhin, le Bas-Rhin, l'Aube et la Meurthe-et-Moselle avaient une part d'activité plus élevée que la moyenne régionale (Figure 6). Excepté 3 départements (Haute-Marne, Meuse et Marne), tous les départements de la région Grand Est ont une part d'activité, de passages aux urgences pour geste suicidaire, supérieure aux taux national.

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



Départements (n) : nombre de passages par département — Grand Est — France entière

Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Geste suicidaire

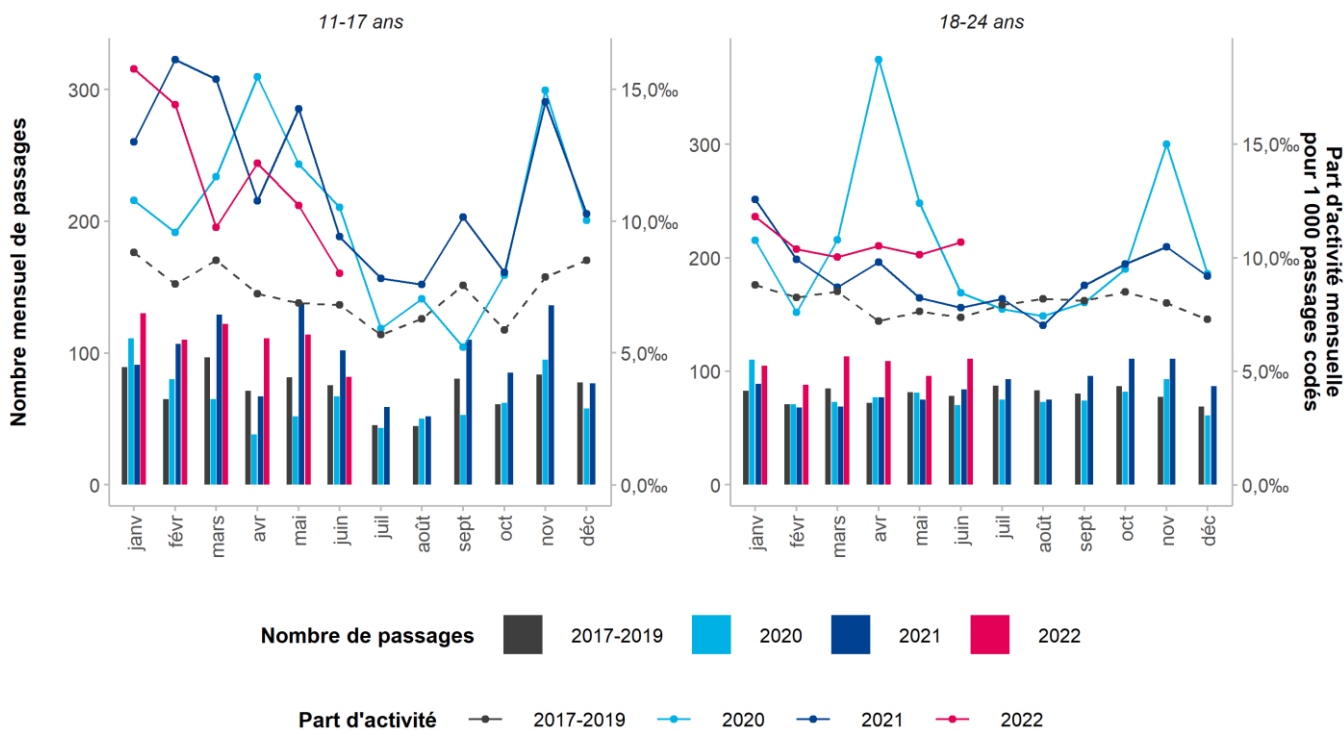
Les analyses précédentes ont montré que les passages aux urgences pour geste suicidaire ont concerné davantage les classes d'âge jeunes et adultes que les seniors avec une augmentation significative modérée chez les 11-24 ans sur la période 2020-21 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative modérée était observée chez les 25-64 ans.

Chez les jeunes de 11-17 ans, en comparaison avec la période 2017-2019, on observe d'abord une baisse de 11% du nombre annuel de passages aux urgences en 2020 (n=774); puis une augmentation les deux années suivantes respectivement de l'ordre de 24% (n=1 152) sur l'année 2021 et de 28% sur le 1^{er} semestre 2022 (n=669), comparé au 1^{er} semestre moyen de la période 2017-2019 (Figure 7).

Chez les 18-24 ans, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences sur le premier semestre 2022 (n=622) était en hausse de 24% par rapport à la même période en 2017-2019 (n=470). Le nombre moyen mensuel en 2021 (n=1 035) était supérieur à celui de 2020 (n= 940 passages). En revanche, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était comparable à celle de la période 2017-19 (Figure 8).

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

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



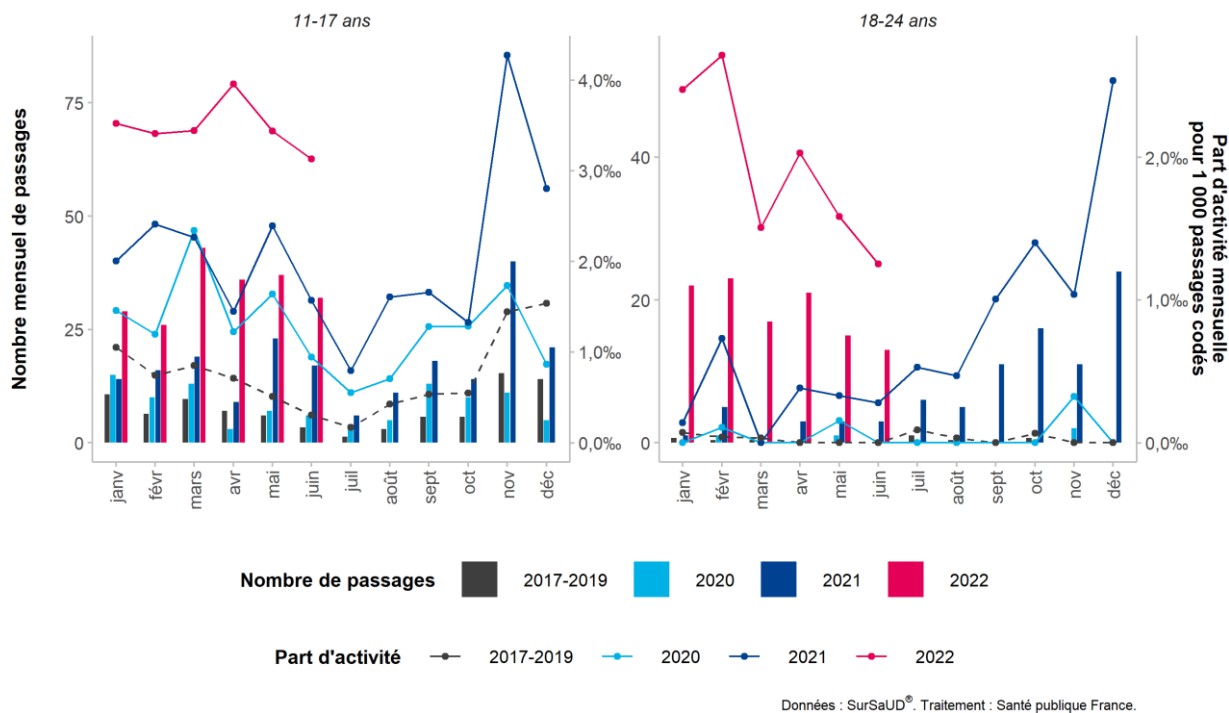
Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, les données des deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans doivent être interprétées avec prudence compte tenu des petits effectifs. Cependant, leur analyse montre une hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires en nombre et en part d'activité en 2020 (n=106) comparativement à la période 2017-2019 (n=92 par an). Cette augmentation était encore plus marquée en 2021 (n=296) et s'accroissait au 1^{er} semestre 2022 (n=314), soit après la crise sanitaire. La tendance était la même pour les parts d'activités.

Dans ces deux classes d'âge, des fluctuations importantes étaient observées sur les années 2020-2021, notamment une baisse durant le 1^{er} confinement en 2020, une augmentation à partir de novembre 2020, une baisse au printemps 2021 suivie d'une nouvelle augmentation à la rentrée 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 (Figure 8).

Figure 8 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Grand Est, janvier 2017 - juin 2022,



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

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire ont significativement augmenté sur la période 2020-2021, comparativement à la période antérieure 2017-2019. L'augmentation entre les 2 périodes était significative dans les deux sexes, pour les idées suicidaires et le geste suicidaire (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre annuel moyen de passages aux urgences et part d'activité (%) pour idées et geste suicidaire chez les 11-24 ans, par sexe, Grand Est, 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	25	0,20	70	0,69	<0,001
	Femmes	67	0,58	131	1,38	<0,001
	11-17 ans	88	0,74	155	1,69	<0,001
	18-24 ans	3	0,03	46	0,44	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	544	4,45	502	4,95	0,008
	Femmes	1282	11,07	1447	15,28	<0,001
	11-17 ans	871	7,36	963	10,53	<0,001
	18-24 ans	954	7,97	986	9,42	<0,001

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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN GRAND EST

Données issues du PMSI-MCO

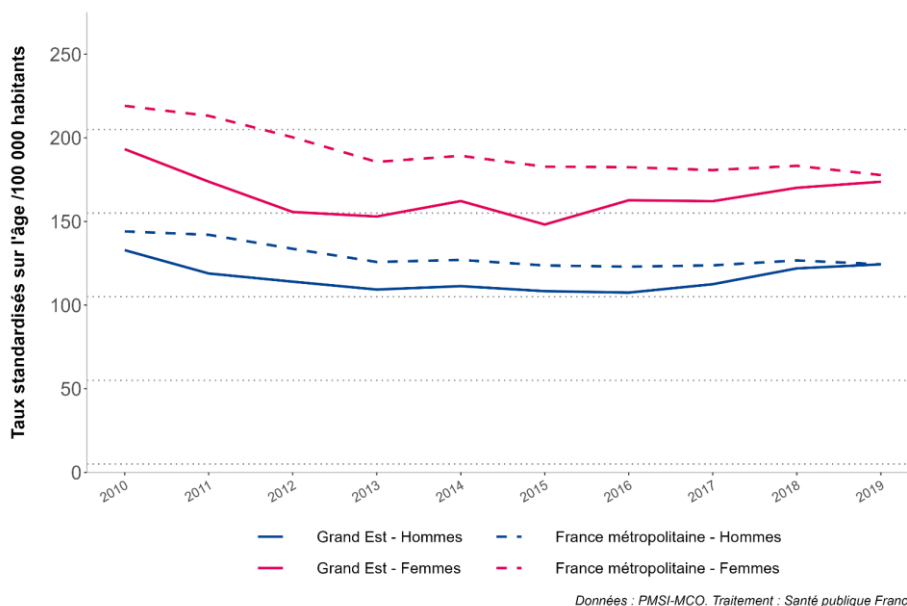
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation de 2010 à 2019

Entre 2010 et 2019, chaque année 7 056 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrées en moyenne chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en Grand Est. Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 149,9 pour 100 000 habitants en 2019, la région Grand Est se situait en dessous du taux national (152,1 pour 100 000 habitants en 2019). En 2019, en Grand Est, chez les femmes, ce taux était de 173,8 pour 100 000 habitants et de 124,4 pour 100 000 habitants chez les hommes.

Alors que le taux national d'hospitalisation pour TS, quel que soit le sexe, a baissé progressivement au cours des années, le taux dans la région a suivi une tendance différente : chez les hommes, le taux a baissé entre 2010 et 2013, s'est stabilisé entre 2013 et 2016 puis est remonté entre 2016 et 2018, pour se stabiliser dans des valeurs hautes à partir de 2018. Chez les femmes, l'évolution a été la même à quelques fluctuations près (Figure 9).

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



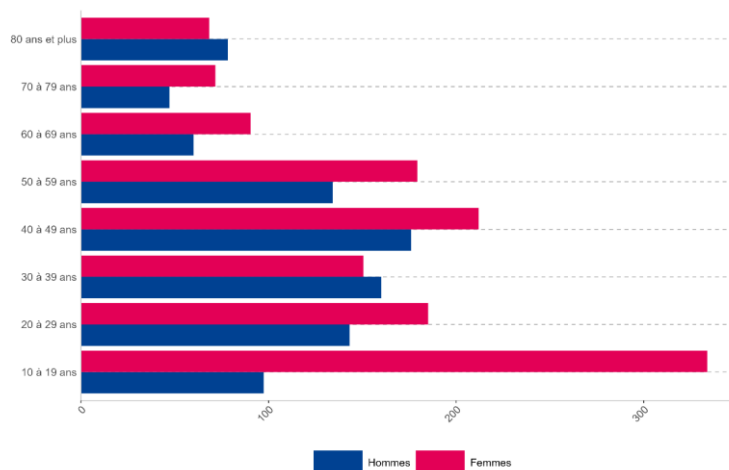
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, en région Grand Est, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS chez les habitants âgés de 10 ans et plus, ont concerné majoritairement les femmes (60% des 21 406 hospitalisations pour TS).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 333,9 pour 100 000 femmes, nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 10).

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 40-49 ans (176,0 pour 100 000 hommes) (Figure 10) mais les classes d'âge 20-29 ans et 30-39 ans montraient des taux élevés (respectivement 143,2 et 160,0 pour 100 000 hommes).

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



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

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 14,0 pour 1000 en Grand Est, ce qui est supérieure à celle observée en France métropolitaine (12,0 pour 1000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les femmes que chez les hommes : elle passait de 4,9 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 109,7 pour 1 000 hospitalisations chez ceux de 65 ans et plus, soit 22 fois plus, *versus* une augmentation chez les femmes de 0,7 décès pour 1 000 hospitalisations pour les moins de 25 ans à 26,3 pour 1 000 chez celles de 65 ans et plus, soit 37 fois plus. La létalité de base chez les hommes étant élevée.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 81,3 % des personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées pour TS (78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'auto-intoxication par d'autres produits (9,4 %), l'utilisation d'objet tranchant (8,5 %), la pendaison (2,4 %) et le saut dans le vide (1,9 %). D'autres modes étaient peu fréquents. L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes, ces deux modes étant néanmoins majoritaires aussi chez ces derniers. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux) ainsi que des modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3).

La durée médiane d'hospitalisation était de 1 jour, tous modes confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (7 jours), arme à feu (3 jours), collision intentionnelle (2 jours) et pendaison (1,5 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (282 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (179 pour 1 000 hospitalisations) et noyades (115 pour 1 000 hospitalisations).

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

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation nombre de jours	Létalité hospitalière nombre de décès pour 1000 hospitalisations
	nombre de séjours	%	%	%		
Auto-intoxication médicamenteuse	17 403	81,3	85,0	75,8	1,0	5
Auto-intoxication par d'autres produits	2 013	9,4	7,5	12,3	1,0	11
Objet tranchant	1 826	8,5	8,8	8,1	1,0	10
Pendaison	514	2,4	1,2	4,2	1,5	179
Saut dans le vide	400	1,9	1,7	2,1	7,0	70
Arme à feu	117	0,5	0,1	1,3	3,0	282
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	65	0,3	0,1	0,6	1,0	31
Noyade	61	0,3	0,3	0,2	1,0	115
Collision intentionnelle	58	0,3	0,2	0,4	2,0	34
Mode non précisé	642	3,0	2,6	3,6	2,0	28

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

Cartographie des taux départementaux d'hospitalisations pour tentative de suicide, France, 2017-2019

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS 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 TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

Inversement, chez les femmes, 5 départements présentaient des taux inférieurs à 100 pour 100 000 (vs. 24 départements pour les hommes) : la Corse-du-sud et les Pyrénées-Atlantiques dans le sud de la France, et en Ile-de-France, Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne. Chez les hommes, 5 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour TS inférieurs à 60 pour 100 000 : la Corse-du-sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et, en Ile-de-France, le Val-d'Oise ainsi que la Seine-Saint-Denis.

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

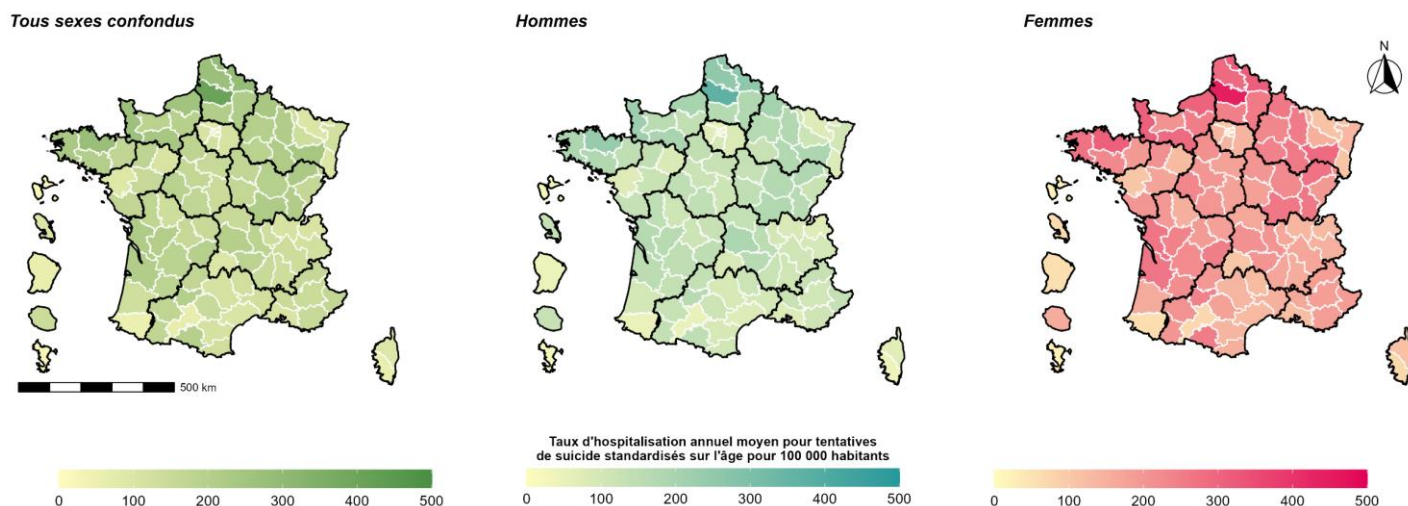
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

Dans les DROM, les taux d'hospitalisation différaient peu entre hommes et femmes, à l'exception de la Martinique. Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour TS variaient de 21,4 pour 100 000 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).

En Grand Est, 6 départements ont un taux supérieur au taux régional de 149,9 pour 100 000 habitants sur la période 2017-2019, ce sont : l'Aube (186,3 pour 100 000 habitants), la Marne (202,5 pour 100 000 habitants), la Meuse (215,4 pour 100 000 habitants), la Haute-Marne (218,2 pour 100 000 habitants), les Ardennes (234,7 pour 100 000 habitants) et les Vosges (239,6 pour 100 000 habitants). Le reste des départements sont : la Moselle (95,5 pour 100 000 habitants), le Haut-Rhin (95,9 pour 100 000 habitants) le Bas-Rhin (120,7 pour 100 000 habitants) et la Meurthe-et-Moselle (134,3 pour 100 000 habitants).

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



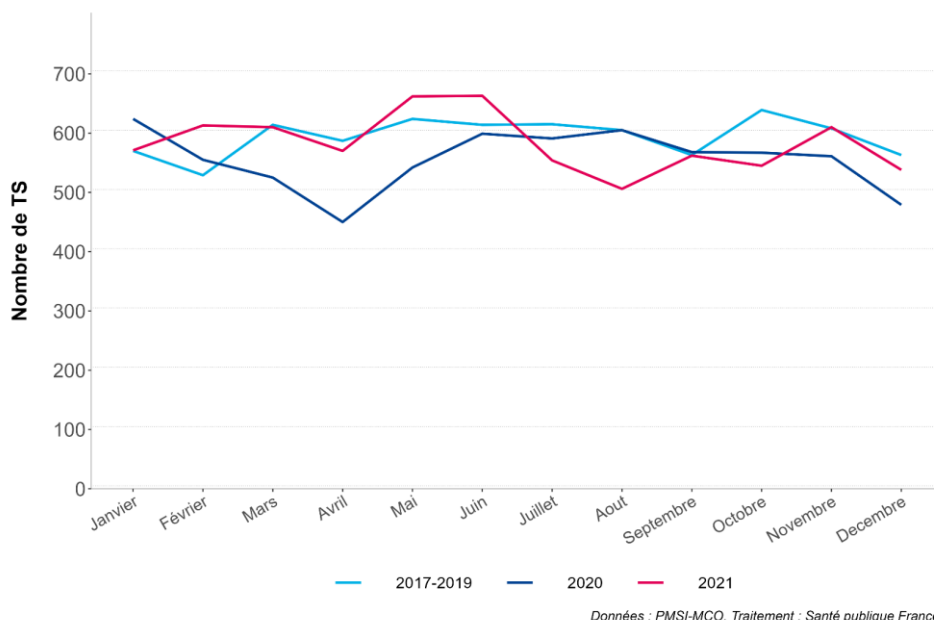
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En Grand Est, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2020 (n=6 666) avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement (Mars à Mai 2020) lié à l'épidémie de COVID-19 et moins marquée lors du 2nd confinement (octobre à décembre 2020) (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^{1,2}, dont les causes peuvent être multiples : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents, restriction de l'offre de soins avec la déprogrammation de certaines prises en charge, crainte de se rendre dans un établissement de santé dans un contexte d'épidémie. Concernant les TS, si certains facteurs ont pu limiter les recours à l'hospitalisation pour des cas peu sévères, cela ne s'applique pas à des lésions ou intoxications auto-infligées nécessitant une prise en charge immédiate : une diminution effective des comportements suicidaires est probable pendant le premier confinement.

En 2021, les valeurs semblent revenues à celle d'avant confinement (2017-2019), avec une augmentation du nombre de cas. Aucune tendance temporelle inhabituelle n'a été observée avec 7 004 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année (contre 7 131 en moyenne sur les années 2017-2019). En 2020, 11,0% des TS concernaient les personnes de 65 ans et plus, contre 10,1% les années précédentes ; à l'inverse en 2021, une part plus importante est observée chez les 10-24 ans (34,9% vs 27,3% en 2017-2019) (Tableau 4).

Figure 12 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, Grand Est, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



• Caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide

La répartition par sexe parmi les hospitalisations pour TS est restée semblable entre 2017-2019, 2020 et 2021 (entre 39 et 41% d'hommes). Des différences significatives ont été observées en 2021, comparativement à 2017-2019, alors qu'il n'en est rien pour l'année 2020. En 2021, la part des 25-64 ans et plus a baissé tandis que celle des jeunes de 10-24 ans a augmenté; et celle des 65 ans et plus est restée stable.

Concernant l'évolution des modes de TS, en 2020, la proportion de suicide par auto-intoxication médicamenteuse a baissé (83,2% en 2017-2019 vs 79,7% en 2020) alors que celle par auto-intoxication par d'autres produits a significativement augmenté, de même que celle par arme à feu (0,6% en 2017-2019 vs 1% en 2020).

En 2021, en comparaison à la période 2017-2019, la proportion de suicide par auto-intoxication médicamenteuse a baissé (79,1% en 2021) alors que celle par objet tranchant a significativement augmenté (8,7% en 2017-2019 vs 11,6% en 2021) (Tableau 4).

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

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

Tableau 4 : Principales caractéristiques des séjours hospitaliers pour TS, Grand Est, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

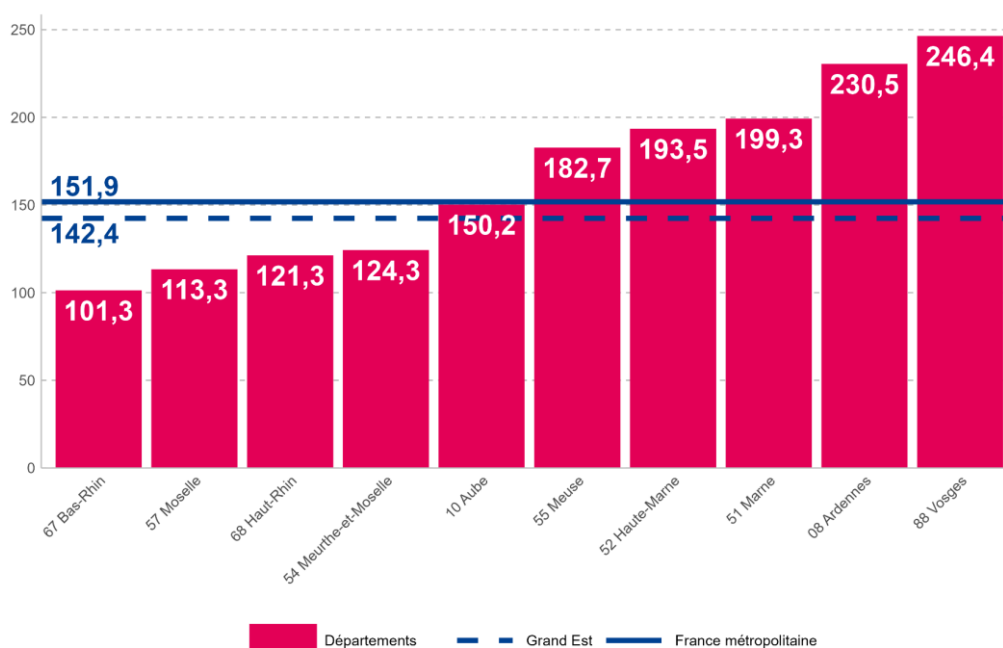
		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	40,0%	41,6%	0,027	39,4%	0,346
	Femme	60,0%	58,4%		60,6%	
Classe d'âge	10-24 ans	27,3%	27,9%	0,067	34,9%	<0,001
	25-64 ans	62,5%	61,1%		54,8%	
	65 ans et plus	10,1%	11,0%		10,4%	
Létalité		1,4%	1,2%	0,334	1,4%	0,988
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	83,2%	79,7%	<0,001	79,1%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	9,6%	12,1%	<0,001	10,4%	0,375
	Objet tranchant	8,7%	10,0%	0,011	11,6%	<0,001
	Pendaison	2,5%	2,9%	0,236	2,9%	0,327
	Saut dans le vide	1,9%	2,3%	0,202	2,3%	0,375
	Arme à feu	0,6%	1,0%	<0,001	0,5%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,3%	1,000	0,4%	1,000
	Collision intentionnelle	0,3%	0,3%	1,000	0,4%	1,000
	Noyade	0,3%	0,2%	1,000	0,3%	1,000

* P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2020 à la période 2017-2019. ** P-valeur résultant de la comparaison de l'année 2021 à la période 2017-2019.
 *** Pourcentages calculés sur les modes de tentatives de suicide précisés uniquement (n=20926 en 2017-2019, 6433 en 2020 et 6707 en 2021).
 Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

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

Le taux régional standardisé d'hospitalisation pour TS a augmenté et est revenu à des valeurs semblables à celles d'avant la période pandémique, passant de 135,4 en 2020 à 142,4 pour 100 000 habitants en 2021 (en 2017-2019, elle était de 149,9 pour 100 000 habitants). Selon le sexe, cette augmentation était observée uniquement chez les femmes (de 153,2 en 2020 à 166,9 en 2021) où les taux d'hospitalisation pour TS étaient les plus importants. Au niveau départemental, l'Aube, la Meuse, la Haute-Marne, la Marne, les Ardennes et les Vosges présentaient des taux supérieurs au taux régional, comme les années précédentes (Figure 13).

Figure 13 : Taux annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus, par département, Grand Est et France métropolitaine, 2021



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

Seuil de significativité défini à 0,05

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 02/01/2017 et le 31/05/2021 pour un geste suicidaire ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

- la phase de pré-confinement (semaines 1 à 11, 2020) ;
- le premier confinement (semaines 12 à 19, 2020) ;
- la phase d'inter-confinement (semaines 20 à 44, 2020) ;
- le second confinement (semaines 45 à 50, 2020) ;
- la phase de post-confinement (semaines 51 et 52, 2020 ; semaines 1 à 20, 2021).

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 ainsi qu'à La Réunion, on observe une chute nette des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures ou semblables aux taux observés en 2017–2019 lors de la phase de post-confinement (en Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine, Grand Est). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Dans les autres régions ultra-marines et la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 14).

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

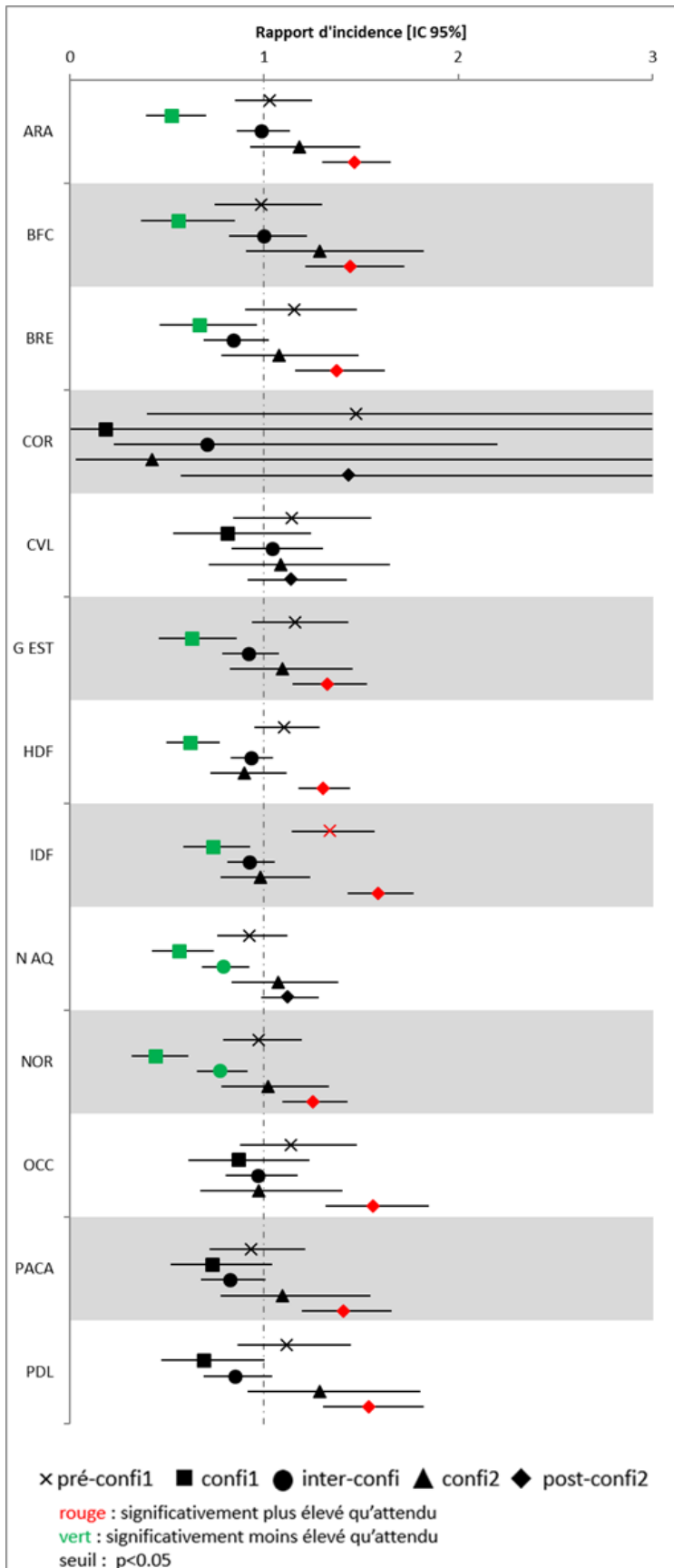
Dans les DROM, le graphique n'est pas présenté car d'une part, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide n'était pas suffisant pour donner la puissance nécessaire au calcul statistique, et d'autre part, en dehors du premier confinement, les mesures de freinage prises par les territoires respectifs, ainsi que les périodes durant lesquelles elles ont été déployées étaient différentes de la métropole. En Guyane, contrairement à ce qui est observé dans la plupart des régions métropolitaines au cours du 1er confinement chez les femmes de 10 à 24 ans, aucune tendance à la baisse du taux d'hospitalisation pour TS n'est observée pendant le 1er confinement.

En Grand Est, on observe une baisse significative du taux d'hospitalisation pour TS lors du premier confinement chez les femmes de 10 à 24 ans. Cet indicateur augmente ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19 pour devenir significativement plus élevée après le second confinement, revenant à des valeurs d'avant la pandémie (figure 14).

³ Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en France lors de l'infection à COVID-19 : tendances temporelles nationales en 2020-2021.

Hospitalizations for deliberate self-harm in acute care facilities in France during COVID-19 infection: national and regional temporal trends in 2020. Philippe Pirard, Francis Chin, Imane Khireddine, Sarah Tebeka, Nolwenn Regnault

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



Sigles des régions :

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

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, GRAND EST, 2000-2017

Données issues du CépiDC

En 2017, 736 personnes résidant en Grand Est se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de mortalité par suicide de 14,8 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, taux qui était semblable à celui de la France métropolitaine (14,4 / 100 000 habitants). La majorité (76,0% ; n=558) des décès par suicide concernait des hommes : le taux de mortalité par suicide de 23,4 pour 100 000 habitants chez les hommes en Grand Est était à peu près semblable au taux masculin en France métropolitaine (22,5 / 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 restait proche du taux en France métropolitaine (6,9 pour 100 000 femmes).

Evolution de la mortalité par suicide de 2000 à 2017

Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge chez les personnes âgées de 10 ans et plus a diminué dans la région, passant de 20,1 à 14,8 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe dans les deux sexes : chez les hommes (23,4 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs 31,6 en 2000) comme chez les femmes (6,9 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs 10,4 en 2000) (Figure 15). Le décès par suicide était près de trois à quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (sexe ratio de 3,35 en 2017). L'analyse temporelle selon l'âge montrait, malgré quelques fluctuations, une diminution des taux de mortalité dans toutes les classes d'âge depuis 2015, à l'exception des 45-59 ans chez lesquelles ce taux a connu une forte augmentation entre 2001 et 2004 puis une baisse lente avec de légers rebonds tout le long des années (Figure 16). La classe d'âge des 75 ans et plus présentait des taux de mortalité nettement plus élevés que les autres classes d'âge sur toute la période 2000-2017, et les 10-29 ans, les taux les plus faibles.

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

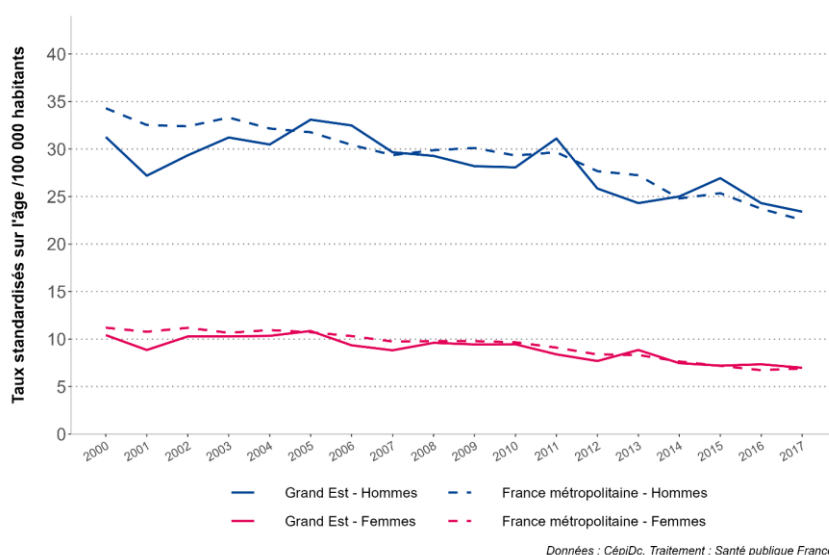
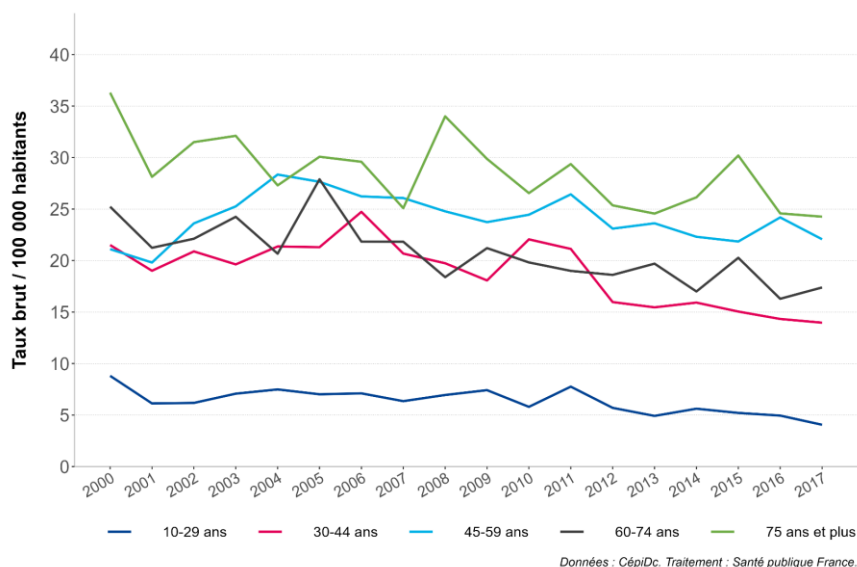


Figure 16 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Grand Est, 2000-2017



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

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

Entre 2015 et 2017, les suicides ont représenté 1,5% (n=2 312) des décès toutes causes confondues en Grand Est, comme au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,3% (n=1 764) dans la région contre 2,2% (n=19 811) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 0,7% (n=548) comme au niveau national (0,7 % ; n=6 229).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité était plus importante chez les 20-29 ans (18,4%), les 30-39 ans (18,4%) et les 10-19 ans (14,1%). Chez les 20-29 ans et les 30-39 ans, la part du suicide dans la mortalité était plus importante pour les jeunes hommes (respectivement 19,1 et 22,3%) que pour les femmes (respectivement 16,7 et 9,4%). Chez les 10-19 ans, c'était l'inverse (10,7% pour les hommes et 20,6% pour les femmes).

Les suicides représentaient aussi 11,9 % des décès chez les 40-49 ans et 0,3% chez les 80 ans et plus.

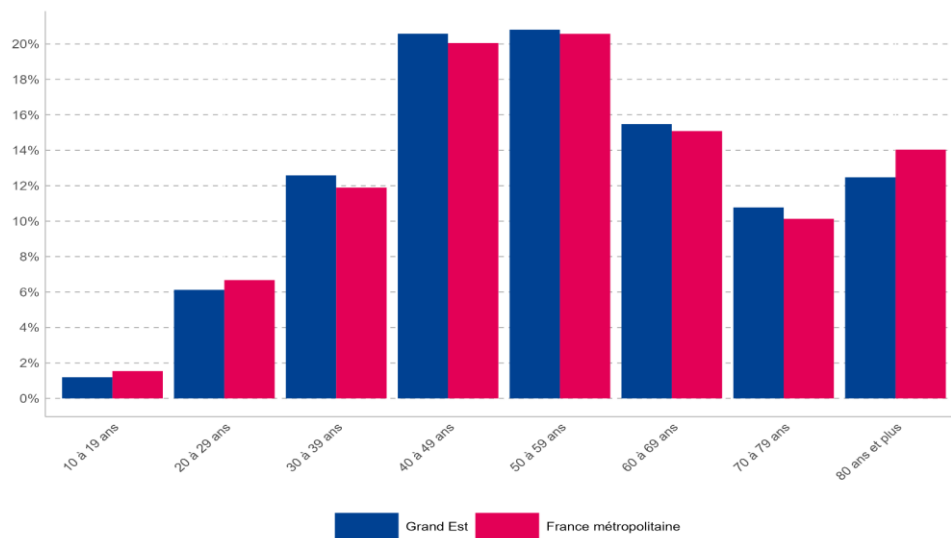
• Répartition des décès par suicide selon l'âge et selon le sexe, 2015-2017

En Grand Est, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 76,2% des suicides.

La répartition des décès par suicide par classe d'âge montre que les classes d'âge intermédiaires 40-49 ans et 50-59 ans, ainsi que 60-69 ans pour les femmes, sont les plus représentées. La classe des 80 ans et plus est également davantage représentée que les 70-79 ans (Figure 17). Les jeunes de 10 à 19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes.

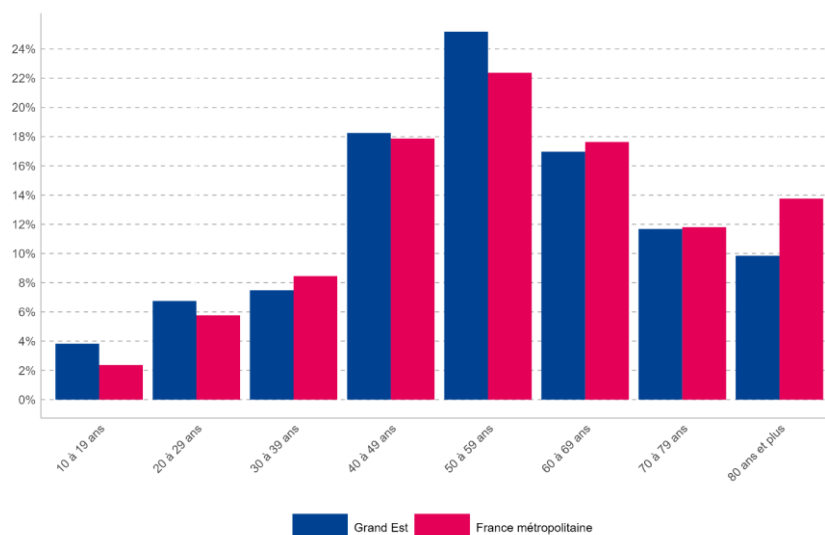
Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe en Grand Est et en France métropolitaine, 2015-2017 (n=2 913)

17.a. Chez les Hommes



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

17.b. Chez les Femmes



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Grand Est était la pendaison (55,1% contre 57,2 % au niveau national), et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (14,6%) lequel était beaucoup moins fréquent chez les femmes (1,5%) ; chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (25,2%), moins fréquent chez les hommes (8,0%). 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 9,9%, 8,8% et 5,7%) que chez les hommes (respectivement 3,7% et 2,2% et 2,2%) (Tableau 5).

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1273	55,1	41,4	59,3
Arme à feu	266	11,5	1,5	14,6
Auto-intoxication médicamenteuse	279	12,1	25,2	8,0
Saut dans le vide	120	5,2	9,9	3,7
Noyade	86	3,7	8,8	2,2
Auto-intoxication par d'autres produits	69	3,0	5,7	2,2
Collision intentionnelle	47	2,0	1,5	2,2
Objet tranchant	39	1,7	2,0	1,6
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	13	0,6		
Mode non précisé	307	13,3	11,1	13,9

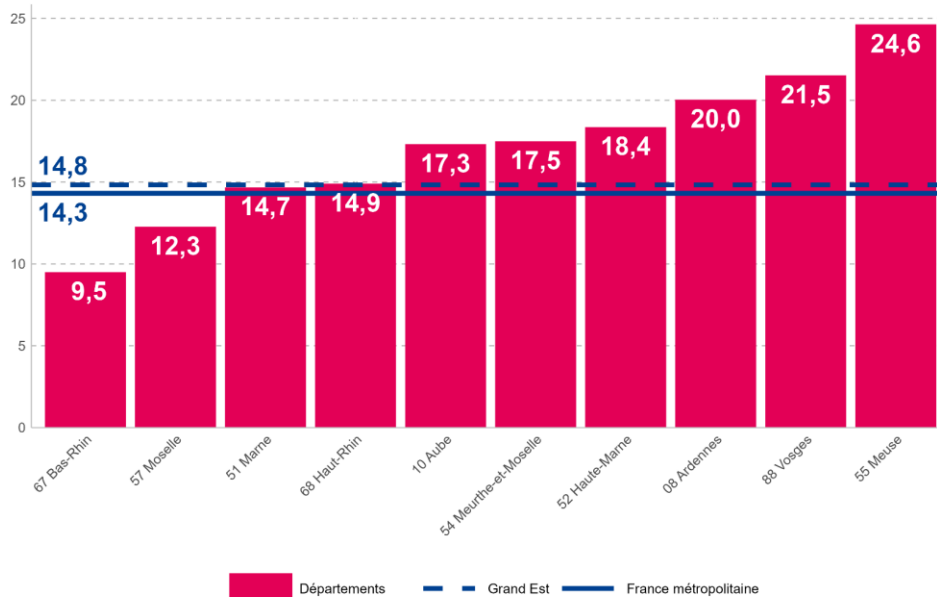
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

• Taux départementaux de mortalité par suicide, 2015-2017

En 2017, les taux standardisés sur l'âge de mortalité par suicide, chez les personnes résidentes en Grand Est, âgées de plus de 10 ans différaient selon le département. Pour rappel les départements suivants présentaient un taux d'hospitalisation par suicide supérieur au taux régional sur la même période : l'Aube, la Meuse, la Haute-Marne, la Marne, les Ardennes et les Vosges. En plus de ces 6 départements, la Meurthe-et-Moselle et le Haut-Rhin présentaient un taux semblable ou supérieur au taux régional de mortalité par suicide sur la période 2015-2017 (Figure 18). La Meuse se plaçait au 6^{ème} rang (24,6 pour 100 000 habitants) des départements métropolitains avec un taux de mortalité parmi les plus élevés, les Vosges au 18^{ème} rang et les Ardennes au 24^{ème} rang. La répartition par sexe montre des taux chez les hommes deux à cinq fois supérieurs aux taux chez les femmes (ainsi dans la Meuse 6,9 pour 100 000 habitants pour les femmes et 37,4 pour 100 000 habitants chez les hommes).

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, 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 standardisés sur l'âge par département, Grand Est, 2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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

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

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

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

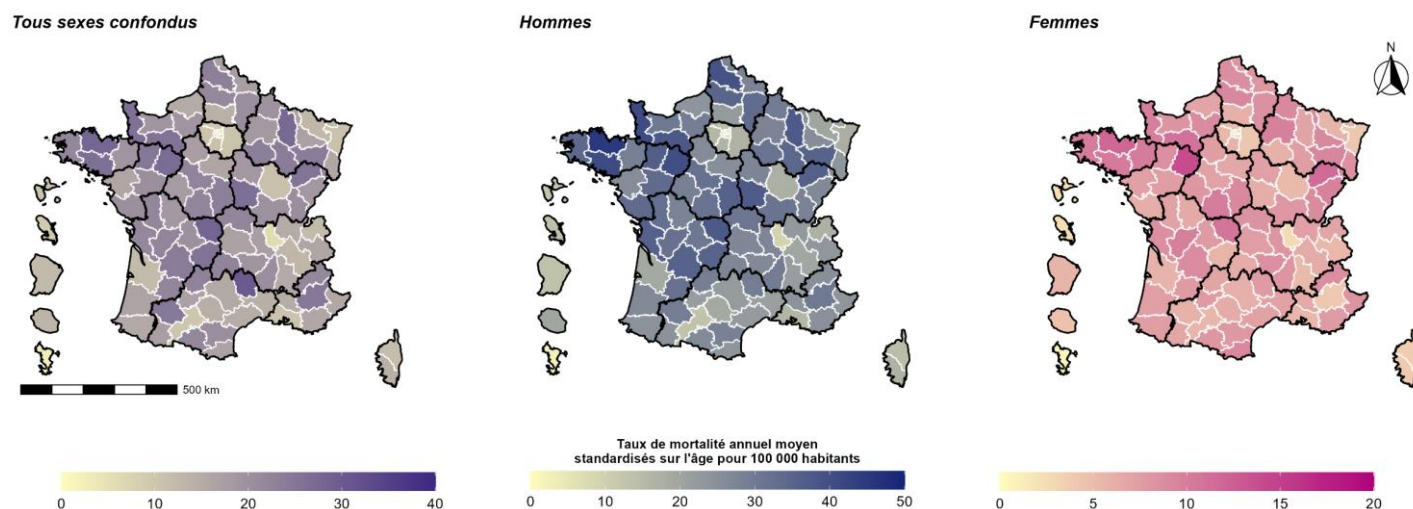
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants).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

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

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

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

Figure 19 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, tous sexes confondus et par sexe, Grand Est, 2015-2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

³ Richaud-Eyraud E., Gignozac V., Rondet C., Khreddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chéri-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

Référence : 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; septembre 2022. *Fiche N°1 : Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, 2020-mars 2021* (A. Fouillet, I. Pontais, C. Caserio-Schönemann – Santé publique France ; D. Martin, G. Rey – Inserm-CépiDC)

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

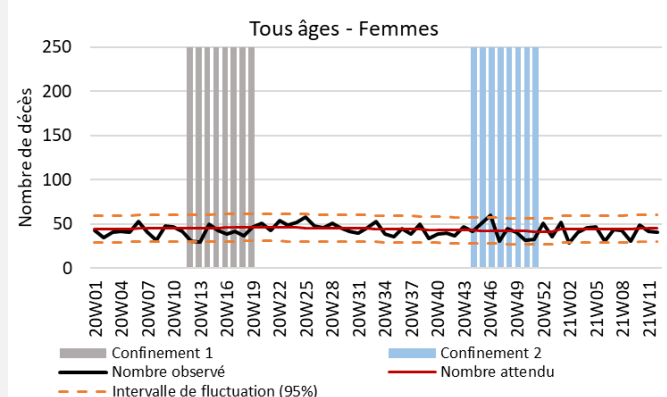
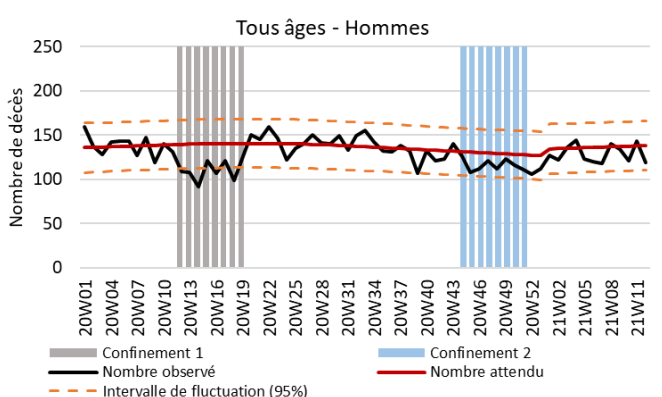
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

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

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

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



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN REGION GRAND EST

Mise en place de la stratégie multimodale de prévention du suicide en région Grand Est

Camille Sanchez, Dr Lidiana MUNEROL, Agence régionale de santé Grand Est

Face à cette question de santé publique, l'ARS Grand Est déploie et décline en région la stratégie multimodale nationale de prévention du suicide prévue par la FDR - Santé mentale et psychiatrie 2018, en s'appuyant sur les acteurs de terrain qui œuvrent chaque jour pour aider les personnes en détresse.

Comme préconisé dans cette feuille de route, plusieurs axes complémentaires sont déclinés, pour apporter une réponse globale et coordonnée sur le territoire : numéro unique 3114, dispositif de recontact Vigilans, formations à la prévention du suicide...

D'autres dispositifs spécifiques viennent compléter cette stratégie multimodale nationale (voir en fin d'article) et en 2023, le dernier axe, à savoir la prévention de la contagion suicidaire dans les médias, sur les réseaux sociaux, dans les lieux publics ou les institutions devrait se déployer.

Des formations pour mailler le territoire et permettre d'assurer un relai

Depuis 2020, des formations en prévention du suicide se déploient peu à peu en Grand Est.

Ces formations se déclinent en différents modules qui ont pour objectif de s'adapter à chacun, selon ses compétences et son parcours.

Trois modules sont disponibles¹ :

- 3 – Gestion de crises : cette formation est destinée aux professionnels de la santé mentale prenant en charge les personnes en situation de crise suicidaire ; formation la plus complète, elle permet aux personnes qui sont amenées à prendre en charge des personnes en crise suicidaire de mettre à jour leurs connaissances et de bénéficier des dernières données sur la question. Ce maillon de la chaîne est un recours précieux pour les personnes formées aux deux autres modules.
- 2 – Évaluation et orientation : cette seconde formation est destinée aux professionnels de santé et psychologues cliniciens de premier recours. Son objectif est qu'ils soient en mesure d'évaluer le risque suicidaire des personnes, et de les orienter dans le système de soins. Cette formation est accessible quel que soit le lieu d'exercice des professionnels : libéraux, en structure de soin, ou encore dans des institutions comme l'éducation nationale, la médecine du travail ou d'autres.
- 1 – Sentinelle : cette dernière formation est destinée aux citoyens ou aux professionnels volontaires pour repérer la souffrance psychologique et la problématique suicidaire au sein de leur environnement. Elle s'adresse à des personnes sans prérequis de formation ou de connaissance, mais qui ont, de par leur caractère ou leurs professions, un souci de l'autre et vers qui les personnes en souffrance ont l'habitude de se tourner : CPE ou professeur principal au sein des collèges et lycées, aide à domicile, bénévole dans une ligne d'écoute ou toute autre personne. Le but de la formation n'est pas de donner le numéro de ces personnes ou de les mettre en avant mais plutôt de leur donner des clés et des contacts au cas où, dans leur quotidien, elles auraient à faire à des personnes qui peuvent les inquiéter sur la question du suicide.

Ces trois rôles et trois fonctions permettront, à terme, la création d'un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention sur la question du suicide.

Ces formations se déploient peu à peu. Deux formatrices nationales présentes dans notre région, ont formé des formateurs pour ces 3 formations et à ce jour, ce sont plus de 65 formateurs en Grand Est qui déploient à leur tour des formations en direction des publics cibles.

Ces formations doivent se déployer successivement. En effet, il faut que sur un territoire ou dans une structure, des personnes formées au module 2 soient disponibles avant de former des personnes au module 1 sentinelle. En effet, les sentinelles, en cas de repérage, doivent pouvoir adresser la personne exprimant son mal-être à un professionnel en capacité de l'évaluer et de l'orienter.

Ainsi, en région Grand Est, la priorité est actuellement ciblée sur les formations de niveau 2 d'évaluation et d'orientation ainsi que sur des territoires connus pour avoir des taux de tentatives de suicide plus défavorables.

Pour favoriser la diffusion de ces formations, les formations des modules 2 et 3, qui sont à destination de professionnels, sont éligibles au DPC et peuvent donc être prises en charge dans ce cadre.

¹Pour toute information ou trouver une formation : [Accueil | GEPS Formation \(geps-formation.com\)](https://www.geps-formation.com)

Dans l'attente d'un maillage complet de notre territoire par des acteurs de proximité, des dispositifs de réponse urgente ont été mis en place, tel le numéro national de prévention du suicide 3114.

Pour toutes les personnes en questionnement ou en difficulté, un seul numéro, le 3114

Ce numéro, mis en place depuis octobre 2021 est gratuit, confidentiel et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, depuis tout le territoire national.

Derrière ce numéro national, ce sont des centres régionaux qui répondent aux appels du territoire en heures ouvrées.

Ainsi, de 09h à 21h, en Grand Est, c'est une équipe, coordonnée par la Dre Pichené et la Pre Ligier et portée par le centre Psychothérapeutique de Nancy, qui assure les réponses aux appels. La nuit, c'est le centre de Lille qui reprend les appels en provenance de notre région pour assurer une réponse 24 heures sur 24.

L'équipe de répondants Grand Est est constituée de psychologues et d'infirmiers supervisés par un médecin spécialiste.

Formés à la prise en charge de la souffrance psychique et à la prévention du suicide, ils ont pour missions :

- D'évaluer le niveau de souffrance,
- D'écouter, sans jugement et avec bienveillance,
- De soutenir et d'aider à résoudre la crise de façon adéquate,
- D'orienter vers les acteurs du territoire pour une prise en charge adaptée aux situations,
- De s'assurer que la personne n'est pas en situation de danger et, si tel est le cas, de mettre en place les mesures pour la protéger, d'informer.

Ce numéro a pour vocation de répondre aux besoins immédiats des personnes en recherche d'aide mais sa mission ne s'arrête pas là. Outre les personnes en souffrance, toute personne qui a des inquiétudes ou des questionnements sur le suicide peut contacter le 3114 : il peut s'agir de l'entourage inquiet pour un proche ou une personne en détresse, de personnes endeuillées par le suicide d'un proche ou encore de professionnels confrontés à des personnes en détresse ou en quête d'information sur le suicide et sa prévention².

Depuis sa mise en place, le centre de Nancy a reçu plus de 10 000 appels et est en lien permanent et direct avec le SAMU Centre 15 pour répondre à des appels urgents ou pour envoyer des secours rapides aux personnes le nécessitant.

Au-delà de ce numéro d'appel qui vise à répondre à un besoin immédiat, le maintien du contact est un autre axe de la stratégie. C'est l'objectif du dispositif Vigilans.

Rester en contact, le dispositif VIGILANS

VIGILANS est un dispositif de veille et recontact pour les personnes ayant fait une tentative de suicide.

Après la prise en charge des personnes (aux urgences, en hospitalisation ou en soins de ville), VIGILANS assure un recontact régulier des personnes en lien avec leur prise en charge par les acteurs du soin.

En ce sens, VIGILANS ne se substitue pas et ne vise pas à remplacer le suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide mais à venir en complémentarité et en coordination. C'est pourquoi un lien est systématiquement assuré avec le médecin traitant et/ou les spécialistes (psychiatres libéraux ou équipes des CMP) prenant en charge la personne.

Le recontact des personnes se fait via des appels téléphoniques ou l'envoi de cartes postales personnalisées selon une procédure définie au niveau national mais qui peut évidemment être adaptée selon les besoins. En ce sens, un numéro de téléphone est donné aux personnes incluses dans le dispositif et elles peuvent, si elles le souhaitent, appeler également ou écrire à l'équipe VIGILANS.

Ce dispositif a été créé dès 2015 sur le territoire de Nancy. En 2018, une extension sur le territoire lorrain a été mise en œuvre en partenariat avec l'ARS puis en 2020, c'est une extension à toute la région Grand Est qui a pu voir le jour avec l'implantation de deux nouveaux centres VIGILANS à Strasbourg et Reims.

² Pour plus d'information, un webinaire de présentation du 3114 Grand Est a eu lieu en janvier 2022 :

[Soirée Webinaire : Présentation du dispositif "3114, Numéro National de Prévention du Suicide \(2NPS\)" | Agence régionale de santé Grand Est \(sante.fr\)](#) et le [site internet](#) du 3114 apporte de nombreuses informations

Coordonnées par le centre Psycho-thérapeutique de Nancy, des équipes d'appelants de Vigilans (infirmiers), comprenant des infirmiers et un médecin superviseur sont présentes à Nancy, Strasbourg et Reims.

Concrètement, au 30 septembre 2022, les centres Vigilans du Grand Est ont inclus et suivi de plus de 2 500 personnes depuis début 2022.

Aujourd'hui, le dispositif continue d'innover avec deux grands projets : un projet en cours de réflexion pour rendre le service accessible aux personnes sourdes et malentendantes en partenariat avec l'Unité régionale d'accueil des sourds et malentendants de Nancy (URASM) et l'ouverture du dispositif aux adolescents à compter de fin 2022 avec le dispositif Vigiteens.

Ce projet vise à répondre au constat de la dégradation des données relatives à la santé mentale des adolescents, les dernières données montrant une augmentation du nombre de passages aux urgences pour gestes suicidaires surtout chez les 11-17 ans. Si l'inclusion d'adolescents se faisait déjà parfois dans le dispositif Vigilans Adulte, le projet porté par l'équipe Grand Est vise à déployer un protocole prenant en compte les spécificités de ce nouveau public cible. Ce protocole comprend diverses adaptations notamment la montée en compétences des écoutants sur la question de la pédopsychiatrie, un ajustement du protocole (avec notamment la question centrale de l'autorisation parentale) et les modalités de communication (SMS, etc.). Les premières inclusions devraient avoir lieu à compter de fin 2022 ou début 2023.

Outre ces axes de la stratégie multimodales, l'ARS poursuit son soutien et son implication dans d'autres dispositifs et s'attache à intégrer et mobiliser l'ensemble des acteurs de terrain.

En complémentarité de la stratégie multimodale, des dispositifs associés

En complémentarité des actions précédemment citées, l'ARS soutient d'autres numéros d'écoute pour les personnes en mal-être, non spécifiques à la thématique du suicide. Ces numéros peuvent s'adresser des publics spécifiques ou à tout à chacun. En outre, une promotion du dispositif Fil Santé Jeunes³ est systématiquement faite lors des communications.

De plus, la région Grand Est a été dans les régions expérimentales pour la formation des étudiants aux premiers secours en santé mentale (PSSM). Cette expérimentation déployée au sein de l'Université de Lorraine depuis 2019 a permis à des professionnels de l'Université de Lorraine de devenir formateurs PSSM. Des formations ont ensuite été déployées pour permettre aux étudiants formés d'intervenir facilement et de façon proactive, devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale, dans une logique d'aide par les pairs.

La formation aux premiers secours en santé mentale vise à repérer les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent ».

Enseigner aux étudiants des notions de santé mentale favorise donc le recours précoce aux soins et contribue à la déstigmatisation des troubles mentaux chez les étudiants et dans la population générale. Suite à cette expérimentation, la diffusion des formations PSSM se poursuit en Grand Est.

L'ARS a également mis à disposition grâce aux travaux de l'observatoire régional de la santé (ORS), un annuaire recensant l'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ du suicide. Cet annuaire vise à fournir des relais et aides pour les professionnels de santé⁴.

De plus, depuis février 2022 et la circulaire 2022/24 du 31 janvier 2022 relative aux modalités de pilotage de la feuille de route pour la prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles, l'ARS travaille en étroite collaboration avec les Préfectures et la MSA en faveur de la santé mentale des personnes du monde de l'agriculture. La MSA était déjà fortement mobilisée sur le sujet avec des dispositifs tels que la ligne Agri'Ecoute. Depuis 2022, des comités départementaux se sont mis en place sous l'égide du Préfet de département, et associant l'ensemble des partenaires du territoire dont les ARS, pour se mobiliser sur les différents leviers d'actions.

Afin de partager l'ensemble de ces axes d'actions un groupe de travail a été mis en place en 2022 pour informer, recueillir les divers points de vue et impliquer l'ensemble des partenaires sur cette thématique. La mobilisation de tous est nécessaire pour soutenir les personnes et leur permettre de trouver une aide pour surmonter la période de crise à laquelle elles sont confrontées.

³ [Fil Santé Jeunes accueil le lien qui te libère \(filsantejeunes.com\)](https://www.filsantejeunes.com) 0800 235 236

⁴ Disponible sous : [Annuaire des structures travaillant dans le champ du suicide en Grand Est | Agence régionale de santé Grand Est \(sante.fr\)](https://www.sante.fr)

MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les SU participant au dispositif réseau Oscour® (organisation coordonnée de la surveillance des urgences) de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), intégré dans le système de surveillance syndromique SurSaUD®, mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été produits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes.

En région Grand Est, le réseau repose sur 27 structures d'urgences et couvre environ 98% des passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#). La complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 89% la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Grand Est (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®, Grand Est, 2022.

Départements	% complétude diagnostique (DP et DA)
Ardennes (08)	88,1%
Aubes (10)	79,2%
Marne (51)	46,2%
Haute-Marne (52)	66,2%
Meurthe-et-Moselle (54)	73,1%
Meuse (55)	46,6%
Moselle (57)	73,1%
Bas-Rhin (67)	46,6%
Haut-Rhin (67)	65,0%
Vosges (88)	95,8%
Grand Est	88,7%

Les données d'hospitalisations pour TS sont issues du 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 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 :

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

Pour les bases **CépiDC et PMSI-MCO**, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les suicides et TS ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées de la CIM-10 :

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

• Population étudiée et échelon d'analyse

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

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

- 5ème rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; Septembre 2022. [ONS5_MAJ.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- 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., Chéri-Challine L. et al. (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certifi cat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

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

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

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITES SUICIDAIRES GRAND EST, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Jenifer Yaï¹, Delphine Casamatta¹, François 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

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yaï et Michel Vernay,

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

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

Avec la contribution de : Fabienne Ligier, Lidiana Munerol, Catherine Pichené, Camille Sanchez, Eliane Simon, Xavier Sipp.

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, réanimateurs, SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM

CONTACT

Santé publique France Grand Est : GrandEst@santepubliquefrance.fr