

Santé mentale et COVID-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Edito](#) [p.2 Synthèse](#) [p.4 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#) [p.8 Hospitalisations pour tentative de suicide](#) [p.13 Evolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon les phases de l'épidémie de COVID-19](#) [p.14 Décès par suicide en période pré-pandémique](#) [p.18 Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19](#) [p.19 Prévention du suicide et de sa récurrence](#) [p.20 Actions de prévention du suicide en Nouvelle-Aquitaine](#) [p.21 Méthodologie](#) [p.23 Sigles](#) [p.24 Bibliographie](#) [p.25 Comité de rédaction, Remerciements.](#)

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

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

SYNTHÈSE

Présentation du Bulletin de Santé Publique « Santé mentale et COVID-19 – Conduites suicidaires » :

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 pandémie sur la santé mentale a rapidement été mis en évidence dans la littérature scientifique internationale ainsi que par les professionnels de santé. La surveillance de ces indicateurs, jusque-là basée sur des études ponctuelles (données du Système national des données de santé), des études répétées en population générale ([Baromètres Santé](#)) ou des études issues de données de cohorte ([EnClass](#)) a dû évoluer. Le besoin de données réactives sur la santé mentale de la population a émergé, pour suivre et mesurer l'impact de la crise sanitaire et identifier les besoins d'interventions afin d'apporter une aide à la population dans cette période critique. Santé publique France a ainsi mis en place notamment :

- 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) ;
- une surveillance en continu d'indicateurs concernant les passages aux urgences et les actes SOS Médecins pour différents troubles psychiques, les idées suicidaires et le geste suicidaire.

Ce Bulletin de Santé Publique s'inscrit dans le développement de la surveillance de la santé mentale à l'échelle régionale : il présente une actualisation des données de la dernière publication sur les [Conduites suicidaires](#) avec une analyse des indicateurs pré-épidémie de COVID-19 ainsi qu'un focus sur l'évolution des tendances durant la période aigüe de la crise sanitaire. Les conduites suicidaires (idées et geste suicidaires, tentative de suicide (TS) et décès par suicide) sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers (passages aux urgences, hospitalisations) et des causes de décès enregistrées.

Principaux résultats en France :

Sur la période 2010-2019, une tendance à la baisse des taux d'hospitalisations pour TS était observée dans la majorité des régions, avec une hétérogénéité marquée au niveau départemental. Les femmes étaient toujours les plus concernées, notamment les jeunes femmes de 10-19 ans pour lesquelles le taux d'hospitalisation était particulièrement élevé. Concernant les données de mortalité par suicide sur la période 2010-2017, la tendance était à la baisse pour les deux sexes dans toutes les régions. La mortalité par suicide chez les hommes restait environ 3 fois plus importante que chez les femmes. 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.

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

Perspectives :

Une analyse d'indicateurs sanitaires complémentaires (consommation de psychotropes, recours aux soins psychiatriques hors tentative de suicide, données du Baromètre Santé, recours aux associations SOS Médecins...) permettront d'affiner ces résultats. Les données sanitaires disponibles en temps réel restent mobilisées ; les données de nouvelles d'enquêtes auprès de population spécifique ([Enabee](#) par exemple) ou encore les nouveaux indicateurs issus des dispositifs de prévention (VIGILANS, 3114) sont d'autant d'éléments épidémiologiques à suivre pour identifier les plus vulnérables et les interventions à mettre en œuvre sur le terrain.

Promouvoir la santé mentale, prévenir, détecter et prendre en charge les troubles psychiques et prévenir le geste suicidaire sont des objectifs concernant l'ensemble de la population dont les personnes vulnérables.

Principales tendances des conduites suicidaires en Nouvelle-Aquitaine :

Si le nombre de décès par suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide suivent une tendance à la baisse ces dix dernières années, la situation en Nouvelle-Aquitaine reste toujours plus défavorable qu'au niveau national avec des indicateurs de santé mentale dégradés au cours de la crise sanitaire du COVID-19.

Les dernières données disponibles montrent :

Une prise en charge importante des idées et geste suicidaires aux urgences hospitalières (données Oscour®) :

- Plus de 9000 passages annuels pour idées et geste suicidaires dans les services d'urgences ;
- Une hausse des idées suicidaires au cours de la crise sanitaire du COVID-19 qui s'est accentuée en 2021 et affectant particulièrement les jeunes de 11 à 24 ans ;
- Un recours plus important pour geste suicidaire chez les jeunes de 11 à 24 ans, observé en 2020-2021 comparativement aux années 2017-2019, davantage marqué chez les jeunes femmes.

Un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide parmi les plus élevés de France (données PMSI-MCO) :

- Un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide toujours supérieur au taux national (160,5 / 100 000 habitants en 2021), qui tend à diminuer ces dernières années excepté chez les hommes où une stabilité est observée ;
- Les femmes toujours plus concernées que les hommes (63 % des TS en 2017-2019), notamment les jeunes femmes âgées de 10-19 ans pour lesquelles le plus fort taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est observé ;
- Une diminution du nombre d'hospitalisation pour tentative de suicide lors du 1^{er} confinement (printemps 2020) ;
- Une différence significative du recours pour tentative de suicide observée en période épidémique selon le sexe et l'âge avec :
 - une part plus importante de TS observée chez les 10-24 ans en 2021 par rapport à 2017-2019 ;
 - une part légèrement plus élevée de TS observée chez les hommes en 2020 par rapport aux années précédentes.

Un nombre de décès par suicide qui reste élevé, notamment chez les hommes (données CépiDC) :

- Un taux de décès par suicide toujours supérieur au taux national (16,9 / 100 000 habitants soit 943 décès par suicide en 2017) ;
- Les hommes toujours plus touchés par le suicide avec près de 4 fois plus de suicide chez les hommes que chez les femmes ;
- Le suicide reste l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes hommes avec plus de 20 % des décès toutes causes chez les jeunes hommes âgés de 20-29 ans qui sont des suicides ;
- Une part toujours plus importante des décès par suicide chez les hommes âgés de 40 à 60 ans (868 décès soit 40 % des décès par suicide en 2017-2019 dans cette population) ;
- Les personnes âgées de 80 ans et plus, particulièrement touchées par le suicide en Nouvelle-Aquitaine comparativement à la France métropolitaine ;
- Une diminution du nombre de décès par suicide observé en 2020 comme en France.

Des disparités territoriales observées :

- Des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide parmi les plus élevés de France chez les femmes en Charente-Maritime, Gironde et Corrèze ; et chez les hommes dans les départements de Charente-Maritime et de Charente ;
- Des taux de mortalité par suicide chez l'homme et chez la femme parmi les plus élevés des départements métropolitains pour le département de la Creuse ; et chez les hommes, la Charente-Maritime qui se situe parmi les départements ayant les plus forts taux dans cette population, au 12^{ème} rang des départements métropolitains.

PASSAGES AUX URGENCES POUR IDEES SUICIDAIRES ET GESTE SUICIDAIRE EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

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

Les années 2020-2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Une forte diminution du recours aux urgences toutes causes confondues a été observée lors du premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020, et dans une moindre mesure lors du 2^{ème} confinement de novembre à décembre 2020. Une distribution différente des pathologies observées aux urgences a ainsi entraîné des pics notables de proportion d'activité pour les regroupements syndromiques suivants, rendant l'interprétation de ces tendances particulièrement difficile sur l'année 2020.

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

• Idées suicidaires

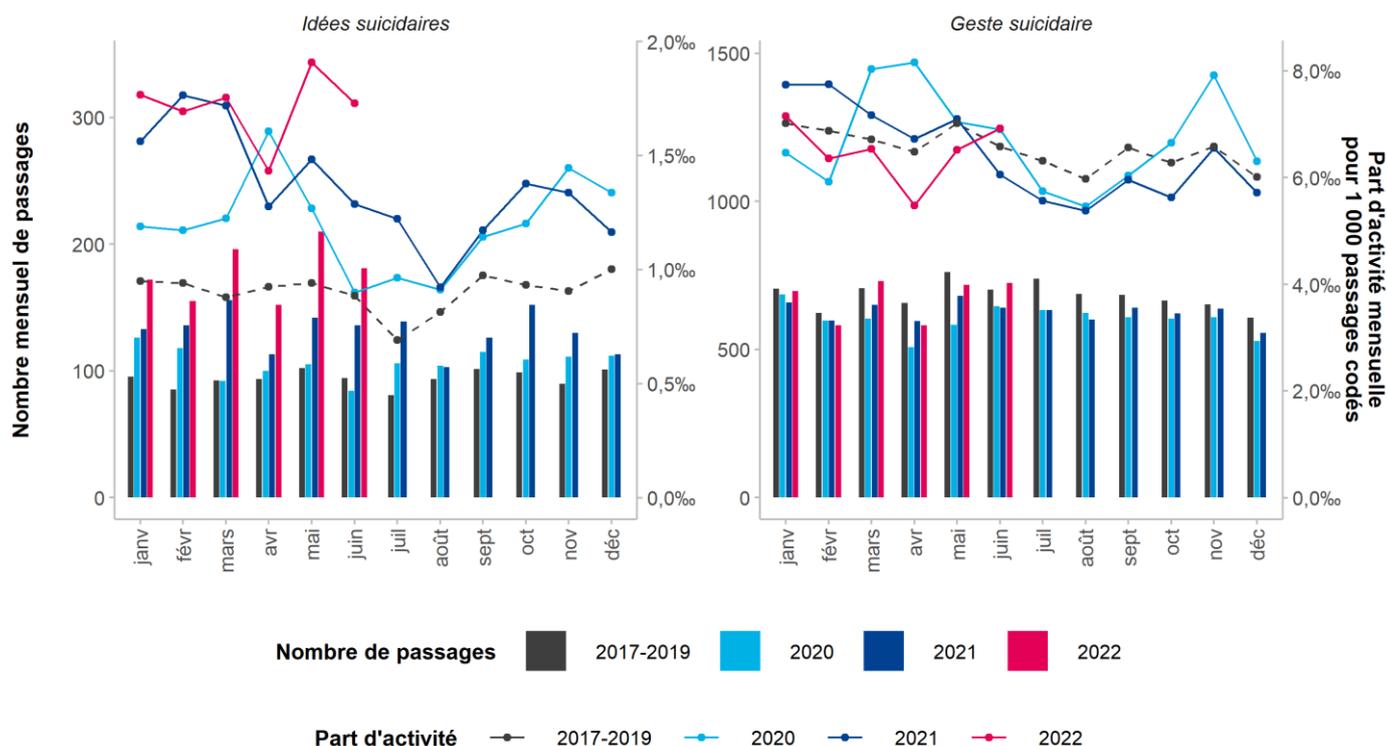
A partir de juillet 2020, le recours aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, était supérieur à l'observé, comparativement à la période 2017-2019 avec une hausse accentuée en 2021 et au 1^{er} semestre 2022. Sur les mois de janvier à juin, la moyenne mensuelle des passages aux urgences pour idées suicidaires atteint 122 en 2022 contre 94 en 2021 et 54 en 2017-2019 (soit +124 % entre 2017-2019 et 2022) (Figure 1). Pour ce regroupement syndromique, une tendance à la baisse est observée chaque année au cours des mois d'été.

• Geste suicidaire

La part d'activité pour geste suicidaire ne montre pas de tendance inhabituelle ces dernières années avec une part d'activité et des effectifs observés en 2020, 2021 et 2022 comparables à ce qui a été observé en 2017-2019 (Figure 1). Si l'année 2020 est marquée par deux pics notables en terme de proportion d'activité, en lien avec les phases de la crise sanitaire dont les périodes de confinement ou de restrictions des contacts et des activités sociales, les effectifs observés restent dans des valeurs attendues.

Sur la période 2020-2021, la majorité des passages aux urgences pour geste suicidaire (79 %) ont donné lieu à une hospitalisation, similaire à l'observé sur la période 2017-2019 (76 %).

Figure 1 : Nombres mensuels de passages aux urgences pour idées et geste suicidaires et parts d'activité mensuelles (‰), chez les 11 ans et plus, Nouvelle-Aquitaine, janvier 2017 - juin 2022



• Evolution du recours pour idées suicidaires et geste suicidaire entre 2017-2019 et 2020-2021

La part d'activité aux urgences pour idées suicidaires a augmenté significativement chez les deux sexes et dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-2021 par rapport à 2017-2019 (Tableau 1). La hausse de ce recours a été particulièrement marquée chez les 11-24 ans, avec une part d'activité pour idées suicidaires presque multipliée par deux entre les deux périodes. Les effectifs de passages comme les parts d'activité observés chez les hommes et les femmes restaient proches sur les deux périodes.

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient presque deux fois plus fréquemment des femmes que des hommes sur les périodes étudiées (sexe ratio 0,59). Aucune différence significative du recours aux urgences pour geste suicidaire selon le sexe n'a été observée entre 2017-2019 et 2020-2021. Sur ces 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 montrait une augmentation significative modérée chez les 11-24 ans sur la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative modérée était observée chez les 25-64 ans (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, Nouvelle-Aquitaine, 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	571	0,89	696	1,18	<0,001
	Femmes	557	0,91	735	1,33	<0,001
	11-24 ans	364	1,35	555	2,45	<0,001
	25-64 ans	649	1,10	744	1,40	<0,001
	65 ans et plus	115	0,29	132	0,35	0,042
Geste suicidaire	Hommes	3035	4,73	2728	4,64	0,266
	Femmes	5151	8,41	4640	8,43	0,859
	11-24 ans	1894	7,05	2023	8,93	<0,001
	25-64 ans	5314	8,97	4380	8,23	<0,001
	65 ans et plus	978	2,49	966	2,54	0,462

* 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 départements ayant les taux de passages aux urgences pour geste suicidaire les plus élevés étaient la Vienne, la Gironde, la Dordogne, les Landes, le Lot-et-Garonne et la Charente, avec des taux supérieurs à la moyenne régionale (Figure 2).

Les taux de passages aux urgences pour geste suicidaire ont peu évolué au niveau régional entre 2019 (6,1 pour mille) et 2021 (6,4 pour mille), avec un taux de recours observé au-dessus du taux national pour les deux années.

Figure 2 : Part d'activité annuelle des passages aux urgences pour geste suicidaire (‰), par département, en Nouvelle-Aquitaine et en France entière, 2021



Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

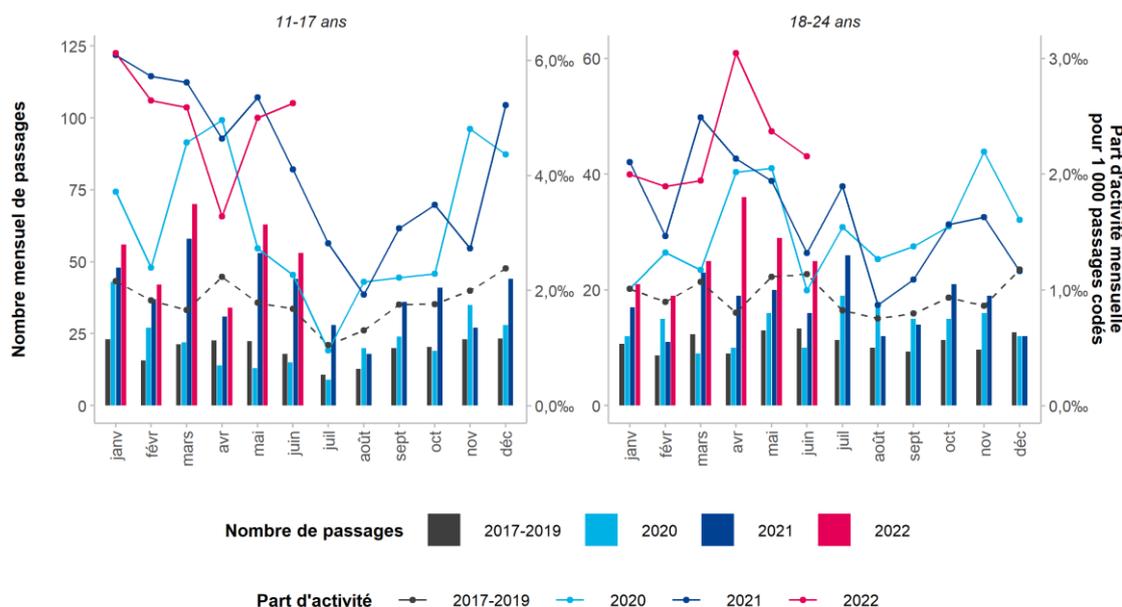
• Idées suicidaires

Dès le début 2021, une hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires était observée chez les jeunes de 11 à 24 ans, en nombre et en part d'activité, comparativement à la période 2017-2019 (Figure 3).

Chez les 11-17 ans, la part d'activité aux urgences pour idées suicidaires était supérieure à ce qui a été observé les années précédentes avec 1,8 % de l'activité en 2017-2019 contre 4,2 % en 2021. Près de 39 passages mensuels moyens ont été enregistrés sur 2021 contre 20 en 2017-2019, soit près du double de recours habituellement observé. Le début de l'année 2022 montrait des effectifs plus élevés que les années précédentes à la même période (53 vs 45 en 2021 et 20 en 2017-2019).

Chez les 18-24 ans, la moyenne mensuelle du nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires en 2021 était légèrement supérieure à la période 2017-2019 (11 vs 18 passages mensuels en moyenne) ; la part d'activité était également supérieure avec près de 1,6 % de l'activité totale des urgences liée aux idées suicidaires en 2021 contre 1,0 % en 2017-2019. L'année 2022 suit cette tendance à la hausse avec 26 passages mensuels moyens de janvier à juin contre 18 en 2021 et 13 en 2017-2019 sur la même période. Compte tenu de ces faibles effectifs, les variations sont à interpréter avec précaution.

Figure 3 : Nombres mensuels de passages aux urgences et parts d'activité (%) pour idées suicidaires, chez les 11-17 ans et 18-24 ans, Nouvelle-Aquitaine, janvier 2017-juin 2022



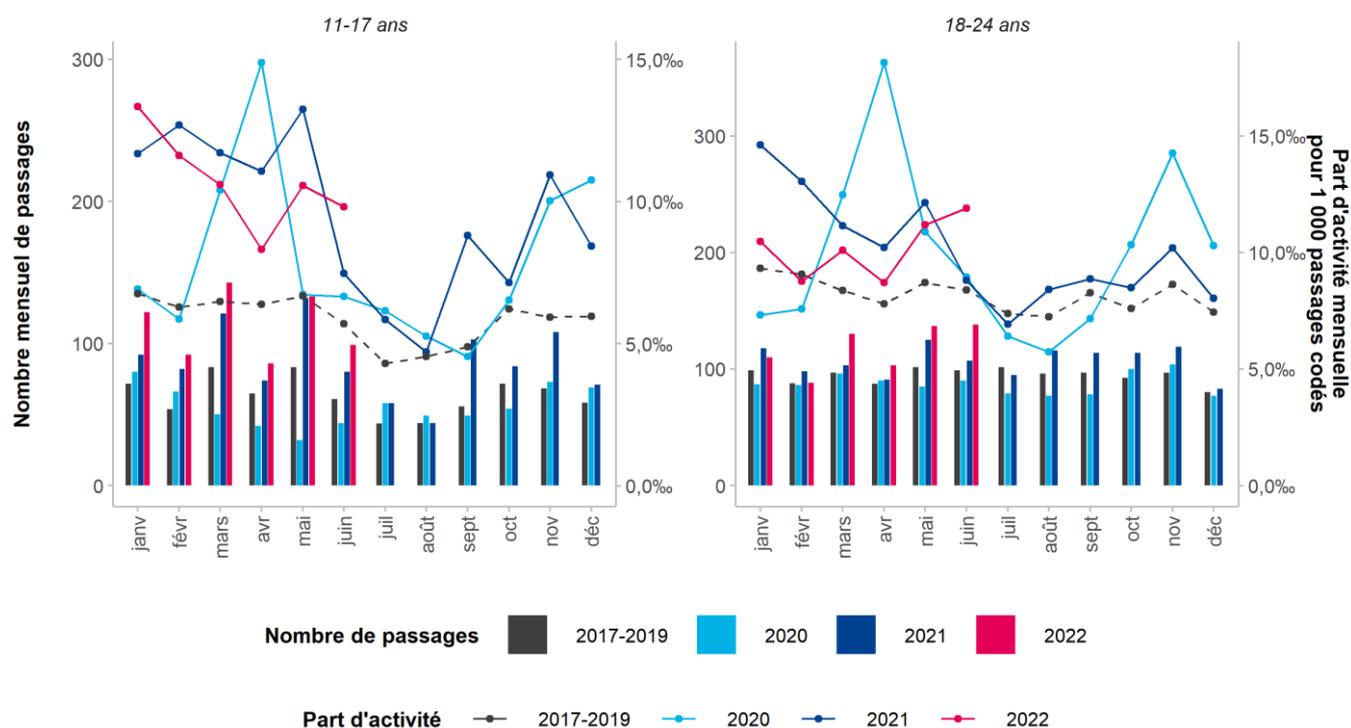
• Geste suicidaire

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 d'augmenter au cours du premier semestre 2022, après la phase aiguë de la crise sanitaire (Figure 4).

Chez les jeunes de 11-17 ans, la moyenne annuelle des passages aux urgences en 2021 (88 passages) était supérieure à la moyenne des années 2017-2019 (63 passages, soit +40 %). La part d'activité en 2021 était également au-dessus de ce qui était observé sur la période 2017-2019. Au cours du premier semestre 2022, cette tendance se poursuit avec près de 113 passages mensuels enregistrés pour geste suicidaire dans cette classe d'âge, soit +61 % par rapport à l'avant COVID-19.

Chez les 18-24 ans, la tendance à la hausse du recours pour geste suicidaire était également observée mais dans une moindre mesure, avec près de 94 passages mensuels en moyenne en 2017-2019 contre 106 en 2021 (+12 %). La part d'activité pour geste suicidaire dans cette classe d'âge était de 8 % en 2017-2019 vs 10,0 % en 2021. Sur les premiers mois de l'année 2022, la part d'activité liée à ce regroupement syndromique restait légèrement au-dessus de ce qui est habituellement observé (près de 10 % de passages mensuels concernaient un geste suicidaire en 2022 contre 12 % en 2021, et 9 % en 2017-2019 sur la même période).

Figure 4 : Evolution mensuelle du nombre de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, Nouvelle-Aquitaine, de janvier 2017 à juin 2022



Données : SurSaUD®. Traitement : Santé publique France.

• Evolution du recours pour idées et geste suicidaires entre 2017-2019 et 2020-2021

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité aux urgences pour idées et geste suicidaires ont significativement augmenté sur la période 2020-2021, comparativement à la période antérieure 2017-2019 ; cette augmentation étant particulièrement forte pour les idées suicidaires. L'augmentation entre les deux périodes était significative pour les adolescentes/jeunes femmes pour les idées suicidaires et le geste suicidaire. Chez les adolescents/jeunes hommes, la part d'activité a significativement augmenté en 2020-2021 uniquement pour les idées suicidaires ; aucune évolution significative n'étant observée pour 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, Nouvelle-Aquitaine, 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	127	0,91	180	1,51	<0,001
	Femmes	237	1,83	376	3,50	<0,001
	11-17 ans	233	1,80	367	3,56	<0,001
	18-24 ans	131	0,94	188	1,52	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	563	4,03	540	4,53	0,003
	Femmes	1331	10,31	1484	13,82	<0,001
	11-17 ans	759	5,87	857	8,31	<0,001
	18-24 ans	1134	8,14	1166	9,45	<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 NOUVELLE-AQUITAINE

Données issues du PMSI-MCO

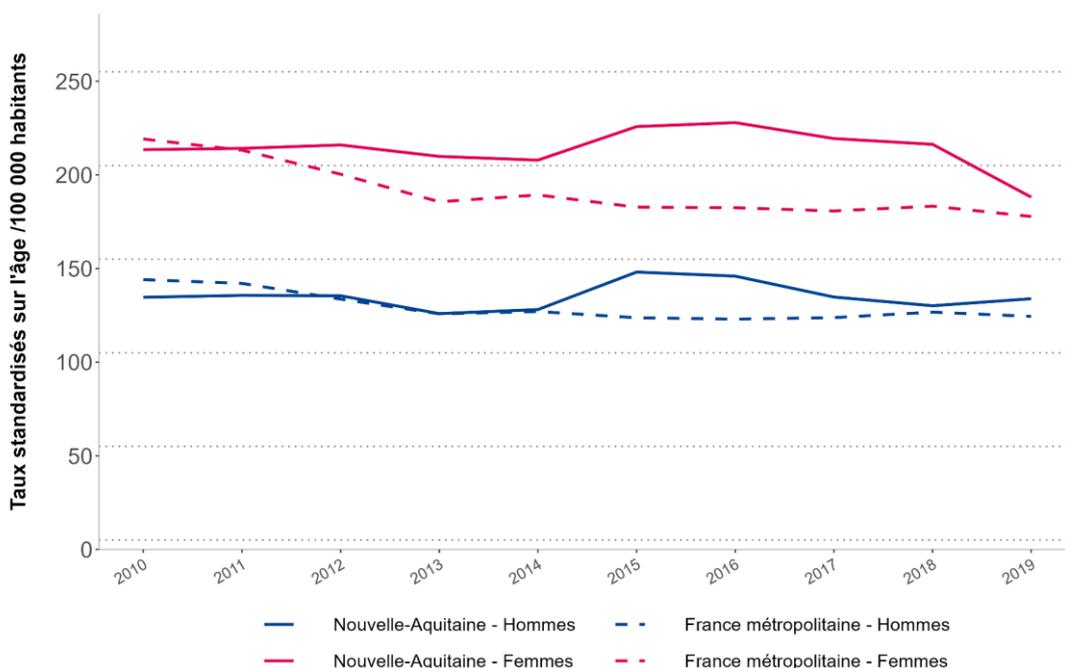
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation de 2010 à 2019

Entre 2010 et 2019, 9 075 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrées en moyenne chaque année chez les personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine (n=8437 en 2019). Avec un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge pour TS de 162,0 pour 100 000 habitants en 2019, la région Nouvelle-Aquitaine se situait au-dessus du taux national (152,1 pour 100 000 habitants).

Alors que le taux d'hospitalisation national, quelque soit le sexe, est resté relativement stable ces trois dernières années ; le taux chez les femmes a connu une diminution marquée entre 2018 et 2019 dans la région (188,1 pour 100 000 habitants en 2019 vs 216,3 pour 100 000 habitants en 2018). Ce taux est resté stable chez les hommes (133,9 pour 100 000 habitants en 2019 contre 130,1 pour 100 000 habitants en 2018) (Figure 5).

Figure 5 : Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge, par sexe, Nouvelle-Aquitaine et France métropolitaine, 2010-2019



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

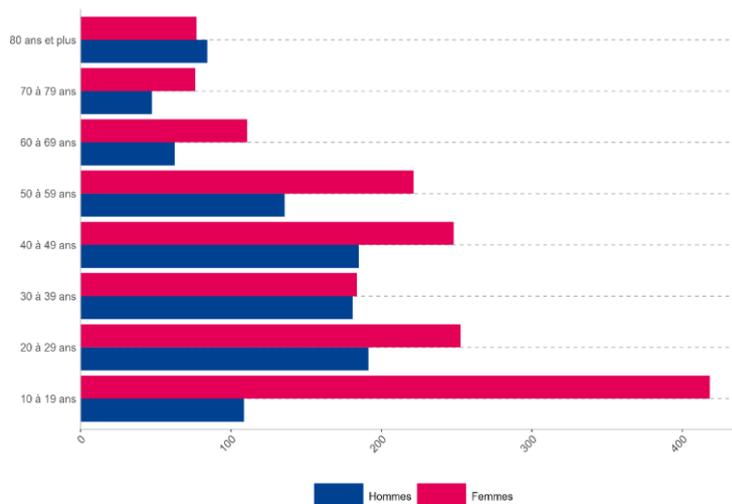
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, sur la période 2017-2019, les hospitalisations pour TS ont concerné majoritairement les femmes (63 % des 26 782 hospitalisations pour TS).

Chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans était particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 418,2 pour 100 000 femmes, nettement plus élevé que pour toutes les autres classes d'âge (Figure 6).

Chez les hommes, le taux brut d'hospitalisation pour TS le plus élevé était observé chez les 20-29 ans (191,5 pour 100 000 hommes) mais les classes d'âge 40-49 ans et 50-59 ans montraient des taux peu inférieurs (respectivement 181,5 et 183,0 pour 100 000 hommes).

Figure 6 : Taux bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe et âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Nouvelle-Aquitaine, 2017-2019



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

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

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour TS s'élevait à 12,8 pour 1000 en Nouvelle-Aquitaine, comparable à celle observée en France métropolitaine (12,0 pour 1000). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les hommes que chez les femmes : elle passait de 6 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 103 pour 1 000 chez ceux de 65 ans et plus, soit 17 fois plus, *versus* une augmentation chez les femmes de 2 décès pour 1 000 pour les moins de 25 ans à 26 pour 1 000 chez celles de 65 ans et plus, soit 13 fois plus.

Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment recensé dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse (79,1 % vs 78,1 % en France métropolitaine). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (12,8 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (7,5 %), la pendaison (2,5 %) et le saut dans le vide (1,4 %). 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 un jour, tous modes confondus sur la période 2017-2019. Elle était plus importante lors de TS par saut dans le vide (5 jours), utilisation d'arme à feu (4 jours) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (3 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS par arme à feu (260 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (190 pour 1 000) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (177 pour 1 000).

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, Nouvelle-Aquitaine, 2017-2019

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité hospitalière
	nombre de séjours	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	21 179	79,1	82,4	73,5	1,0	5
Objet tranchant	3 415	12,8	14,3	10,1	1,0	3
Auto-intoxication par d'autres produits	2 015	7,5	6,3	9,6	1,0	9
Pendaison	672	2,5	1,3	4,6	1,0	189
Saut dans le vide	373	1,4	1,2	1,7	5,0	78
Arme à feu	174	0,6	0,1	1,6	4,0	259
Collision intentionnelle	88	0,3	0,2	0,5	1,0	23
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	85	0,3	0,2	0,5	3,0	176
Noyade	80	0,3	0,2	0,4	1,0	12
Mode non précisé	918	3,4	2,0	5,9	1,0	13

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

Cartographie des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide par département, 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 7). Chez les hommes, les taux départementaux variaient de 38,9 (Corse-du-Sud) à 367,6 pour 100 000 hommes (Somme) et chez les femmes de 60,2 (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 femmes (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 hommes (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. 25 départements pour les hommes) : la Corse-du-Sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et Paris et la Seine-Saint-Denis en Ile-de-France. Chez les hommes, 5 départements présentaient des taux d'hospitalisation pour TS inférieurs à 60 pour 100 000 : la Corse du sud, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Garonne dans le sud de la France, et, en Ile de France, le Val-d'Oise ainsi que la Seine-Saint-Denis.

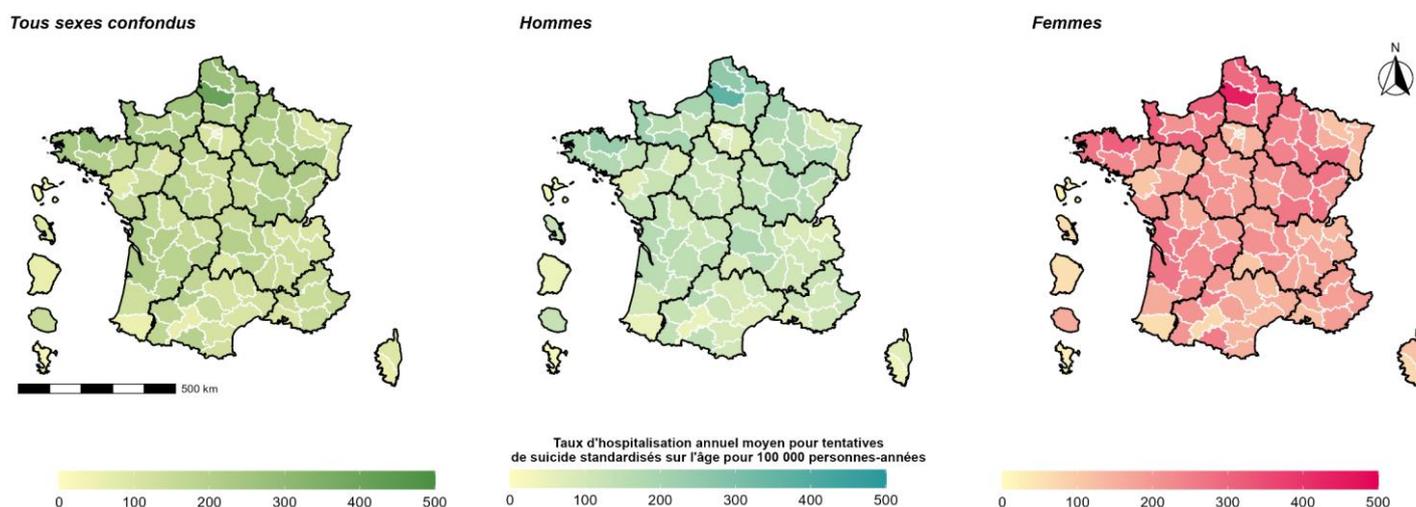
Dans 6 départements métropolitains, les taux d'hospitalisation chez les femmes étaient près du double de celui des hommes (sexe-ratio entre 0,50 et 0,55) : 4 départements à caractéristique plutôt rurale (Alpes-de-Haute-Provence, Aube, Eure, Territoire de Belfort) et 2 départements de la grande couronne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

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

Les départements de la Charente-Maritime et de la Gironde avaient des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide parmi les plus élevés de France chez les femmes, supérieurs à 260 / 100 000 habitants, les plaçant aux 11 et 12^{ème} rangs des départements de France métropolitaine. La Corrèze, avec un taux de 248 / 100 000 habitants chez les femmes, était également parmi les départements de France métropolitaine les plus touchés. Chez les hommes, les départements de Charente-Maritime et de Charente affichaient des taux parmi les plus élevés de France (respectivement 168 et 164 / 100 000 habitants soit au 21 et 22^{ème} rang).

Figure 7 : Taux départementaux annuels moyens d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés sur l'âge, tous sexes confondus, chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus, France entière, 2017-2019



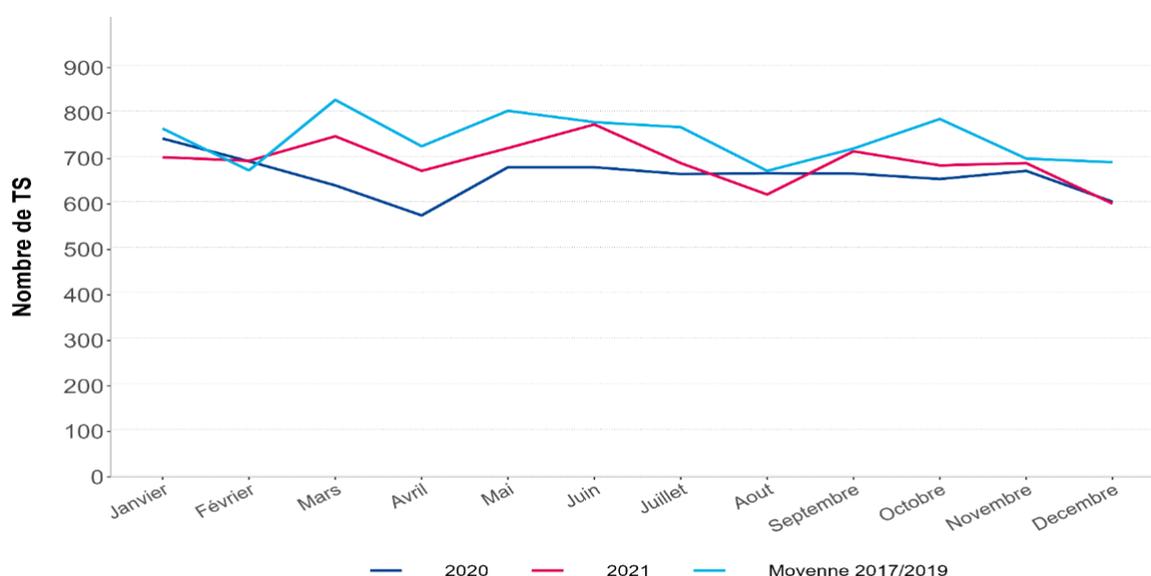
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers

En Nouvelle-Aquitaine, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement lié à l'épidémie de COVID-19 (Figure 8). Une tendance à la baisse du recours aux urgences au cours de la première phase aigüe de la pandémie a en effet été décrite par plusieurs auteurs¹⁻², avec plusieurs hypothèses soulevées : baisse réelle de certaines causes de recours comme les accidents de la route, 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, etc. Concernant les tentatives de suicide, une diminution effective des comportements suicidaires est probable pendant le premier confinement, néanmoins, 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.

En 2021, aucune tendance temporelle inhabituelle n'a été observée avec 8 321 hospitalisations pour TS comptabilisées sur l'année (contre 8 924 en moyenne sur les années 2017-2019).

Figure 8 : Evolution mensuelle des séjours hospitaliers pour TS, Nouvelle-Aquitaine, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021



Sources : Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Recensement France 2018 (Insee). Exploitation : Santé publique France. Données : Population âgée de 10 ans et plus.

• Caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide

La répartition des tentatives de suicide selon le sexe était significativement différente entre 2020 et 2017-2019 avec une part légèrement plus élevée d'homme constatée en 2020 par rapport aux années précédentes (39,2 % vs 37,0 %) (Tableau 4). Une différence significative du recours pour TS selon l'âge est également observée et ce, pour les deux années 2020 et 2021, comparativement à 2017-2019. En 2020, 13,5 % des TS concernaient les personnes de 65 ans et plus, contre 11,4 % en 2017-2019 ; à l'inverse en 2021, une part plus importante est observée chez les 10-24 ans (34,2 % vs 27,9 % en 2017-2019) et celle des 25-64 ans baissait notablement.

Concernant l'évolution des modes de TS, la proportion de TS par utilisation d'objets tranchants a significativement diminué en 2020 (11,7 % vs 13,1 % en 2017-2019) tandis que celle par pendaison a augmenté significativement en 2020 par rapport à 2017-2019 (3,5 % vs 2,6 %). Les modes de TS en 2021 n'avaient pas évolué significativement comparativement à 2017-2019.

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, Nouvelle-Aquitaine, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	37,0%	39,2%	<0,001	36,5%	0,354
	Femme	63,0%	60,8%		63,5%	
Classe d'âge	10-24 ans	27,9%	26,1%	<0,001	34,2%	<0,001
	25-64 ans	60,7%	60,5%		53,5%	
	65 ans et plus	11,4%	13,5%		12,3%	
Létalité		1,3%	1,3%	0,963	1,4%	0,512
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	81,4%	81,4%	1,000	82,5%	0,250
	Objet tranchant	13,1%	11,7%	0,009	12,2%	0,273
	Auto-intoxication par d'autres produits	7,7%	6,9%	0,071	7,4%	1,000
	Pendaison	2,6%	3,5%	<0,001	2,4%	1,000
	Saut dans le vide	1,4%	1,7%	0,322	1,6%	1,000
	Arme à feu	0,7%	0,7%	1,000	0,6%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,4%	1,000	0,3%	1,000
	Noyade	0,3%	0,3%	1,000	0,4%	1,000
	Collision intentionnelle	0,3%	0,2%	0,905	0,2%	0,240

* 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=26011 en 2017-2019, 7728 en 2020 et 7993 en 2021).
 Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
 Données : PMSI-MCO. Traitement : Santé publique France.

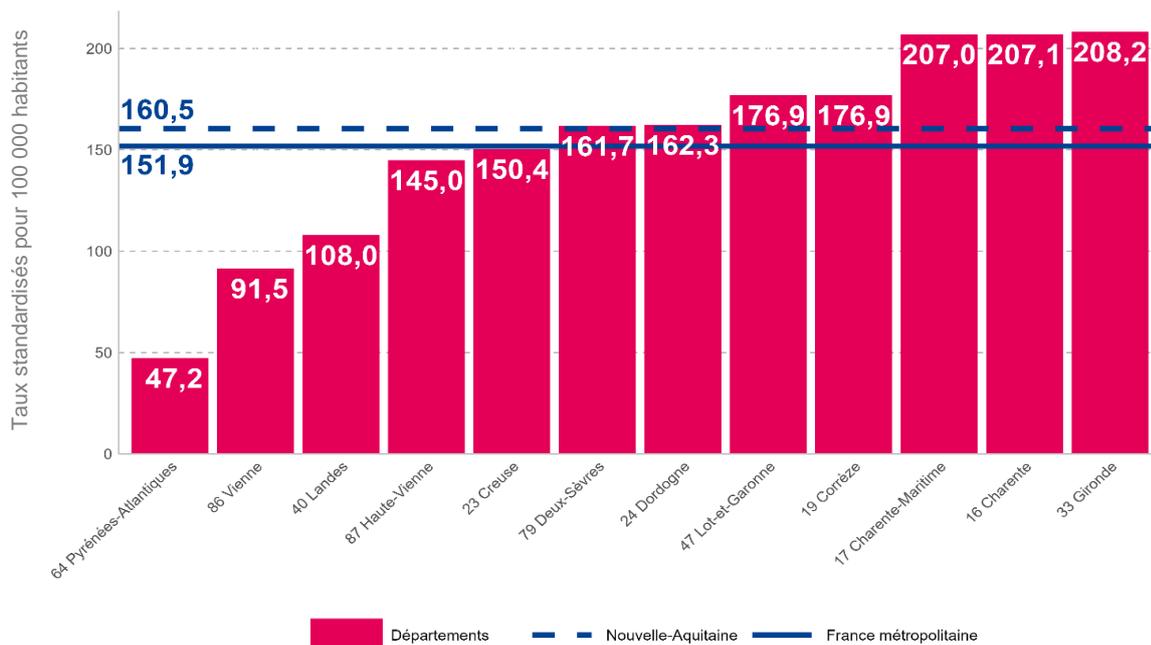
Seuil de significativité défini à 0,05

• Hospitalisations pour tentative de suicide par département dans la région et en France métropolitaine

Au niveau départemental, sept départements observaient des taux supérieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine (Gironde, Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Lot-et-Garonne, Dordogne, Deux-Sèvres) (Figure 9).

Excepté le département des Deux-Sèvres où une stabilité est observée par rapport à 2019, tous les départements montrent une tendance à la baisse de cet indicateur.

Figure 9 : Taux annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par département, en Nouvelle Aquitaine et en France métropolitaine, 2021



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

EVOLUTION DES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE SELON LES PHASES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 DE JANVIER 2020 À MAI 2021, FRANCE ET REGIONS

Si globalement le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide semblait moins important pour l'année 2020 comparées aux années précédentes, les cliniciens ont alerté à la fin du premier semestre 2020 au sujet d'une augmentation de ces tentatives de suicide chez les jeunes, particulièrement chez les adolescentes. Dans ce contexte, la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes (DMNTT) de Santé publique France a réalisé une analyse de l'évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en France, de janvier 2020 à mai 2021, selon le sexe et l'âge et les différentes périodes de 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 une tentative de suicide ont été sélectionnés. Les observations ont été réparties en cinq périodes :

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

Les taux d'incidence bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux annuels observés de 2017 à 2019 en rapportant les taux d'hospitalisation pour une période de l'épidémie de COVID-19 à ceux de ces trois années de référence pour la période équivalente (Figure 10). Un rapport significativement supérieur à 1, indique 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.

La déclinaison de ce travail au niveau régional a mis en évidence une nette chute des hospitalisations pour TS durant la période du premier confinement pour toutes les régions de France métropolitaine continentale. Cette chute était significative dans la majorité des régions excepté pour Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine), tendance allant dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie.

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

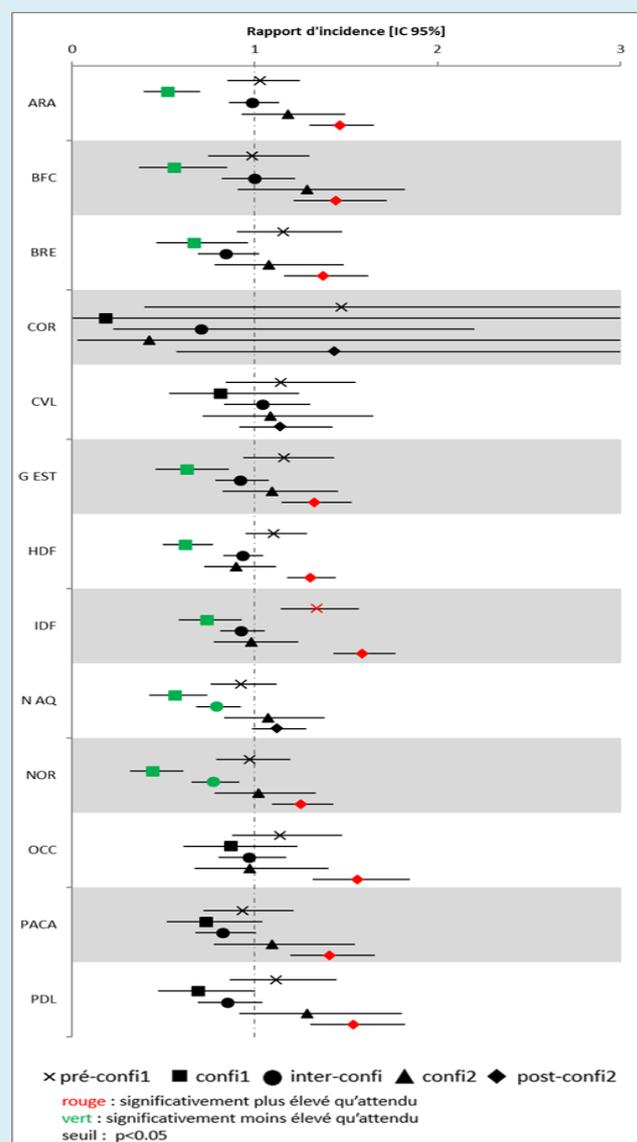
Pour la Corse et les DROM, les effectifs étaient trop faibles pour mettre en évidence des variations significatives.

En Nouvelle-Aquitaine, comme dans la plupart des régions métropolitaines, une baisse significative du taux d'hospitalisation pour TS était observée lors du premier confinement chez les femmes de 10 à 24 ans. Cet indicateur augmentait ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19, sans différence significative par rapport à la période de référence.

Référence : 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. 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

Figure 10 : rapports des taux d'incidence d'hospitalisation pour tentative de suicide 2020-2021 / 2017-2019, chez les femmes de 10 à 24 ans, selon les cinq périodes



Sigles des régions :

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

DÉCÈS PAR SUICIDE EN PÉRIODE PRÉ-PANDÉMIQUE, NOUVELLE-AQUITAINE, 2000-2017

Données issues du CépiDC

Une étude menée en 2006 par le CépiDC, a montré que plus de 60 % des morts violentes d'intention indéterminée se sont avérées être des suicides, soit une sous-estimation des décès par suicide d'environ 10 %. Celle-ci, liée à la transmission non systématique des informations sur les causes médicales de décès après enquête médico-légale, diffère d'un département à l'autre, rendant difficile l'interprétation des différences entre les taux régionaux et départementaux de mortalité par suicide décrites.

Evolution de la mortalité par suicide de 2000 à 2017

Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité par suicide standardisé sur l'âge a diminué dans la région, passant de 23,9 à 16,9 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'observe chez les hommes (27,4 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs 37,4 en 2000) comme chez les femmes (7,1 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs 11,9 en 2000) (Figure 11).

En 2017, 943 personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine se sont suicidées, soit un taux standardisé sur l'âge de 16,9 pour 100 000 habitants, supérieur à celui de la France métropolitaine (14,4 / 100 000 habitants). La majorité des décès par suicide concernait des hommes (78 % ; n=736). En effet, le décès par suicide était près de quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes avec un sexe ratio qui atteint 3,9 en 2017 (contre 3,0 en 2000).

Dans la région, le taux de mortalité par suicide chez les hommes était plus élevé que le taux de France métropolitaine (27,4 vs 22,5 pour 100 000 hommes), et au-dessus de la médiane des régions métropolitaines (25,6 / 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide en 2017 restait proche du taux observé en France métropolitaine (6,9 pour 100 000 femmes).

Globalement, l'analyse temporelle selon l'âge montrait une diminution des taux de mortalité dans toutes les classes d'âge depuis 2010 (Figure 12).

Figure 11 : Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par sexe, Nouvelle-Aquitaine et France métropolitaine, 2000-2017

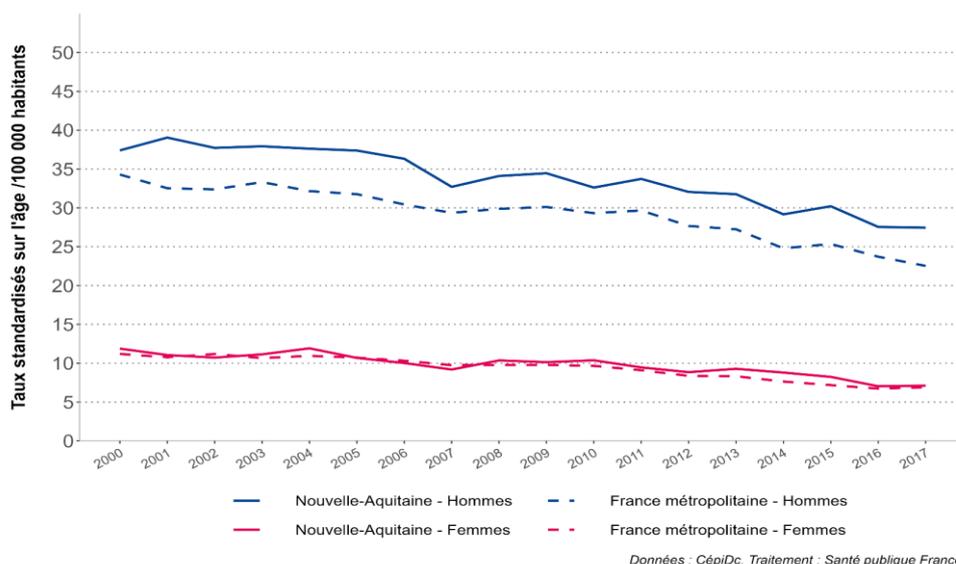
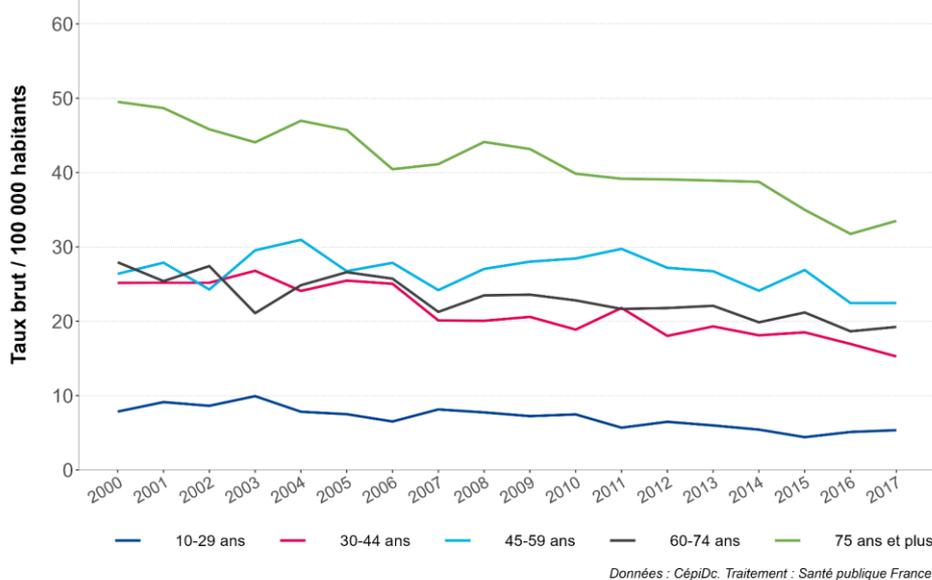


Figure 12 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Nouvelle-Aquitaine, 2000-2017



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=2 913) des décès toutes causes confondues en Nouvelle-Aquitaine, comme au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,4 % (n=2 266) contre 2,2 % (n=19 811) au niveau national. Chez les femmes, cette part était bien inférieure avec 647 décès par suicide soit 0,7 % de l'ensemble des décès (0,7 % au niveau national).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe. La part des suicides dans la mortalité toutes causes était plus importante chez les 20-29 ans (19,9 %) et les 30-39 ans (20,3 %). Dans ces deux classes d'âge, la part du suicide dans la mortalité était nettement plus importante pour les jeunes hommes (respectivement 21,9 % chez les 20-29 et 23,4 % chez les 30-39 ans) que pour les jeunes femmes (respectivement 13,1 % chez les 20-29 ans et 13,2 % chez les 30-39 ans).

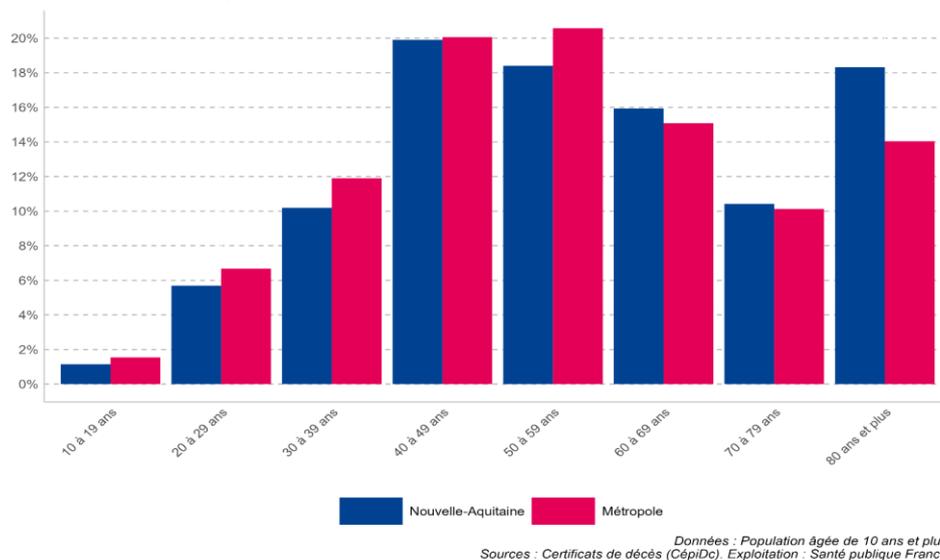
Les suicides représentaient 12,4 % des décès chez les plus jeunes (10-19 ans) et 0,4 % chez les plus âgés (80 ans et plus).

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

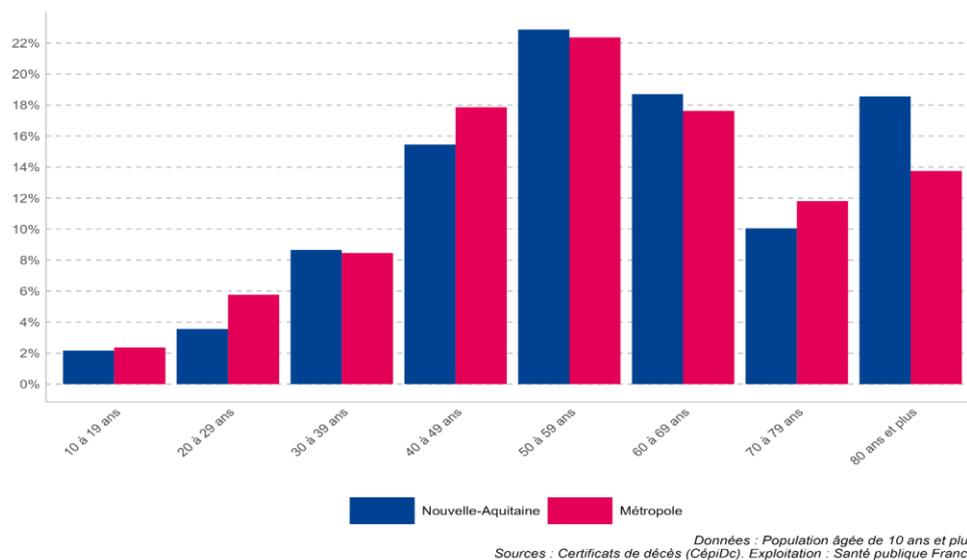
En Nouvelle-Aquitaine, sur la période 2015-2017, les hommes représentaient 77,8 % (n=2 266) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge. Chez ces derniers, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 40-49 ans (19,9 %), les 50-59 ans (18,4 % des suicides), et les 80 ans et plus (18,3 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (22,9 %), les 60-69 ans (18,7 %) et les 80 ans et plus (18,5 %). Comparativement à la France métropolitaine, la région Nouvelle-Aquitaine se distinguait par une part importante des suicides observée chez les 80 ans et plus chez les deux sexes (Figure 13).

Figure 13 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe en Nouvelle-Aquitaine et en France métropolitaine, 2015-2017 (n=2 913)

13.a. Chez les Hommes (n=2266)



13.b. Chez les Femmes (n=647)



• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Nouvelle-Aquitaine était la pendaison (53,7 % en région, 57,2 % au niveau national), et ce pour les deux sexes bien qu'il soit plus fréquent chez les hommes. Chez ces derniers, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (23,0 %), bien plus rare chez les femmes (1,7 %). Chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (24,4 % vs 6,1 % chez les hommes). 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 7,6 %, 6,8 % et 4,3 %) que chez les hommes (respectivement 3,8 % et 2,4 % et 1,6 %) (Tableau 5).

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1563	53,7	43,7	56,5
Arme à feu	532	18,3	1,7	23,0
Auto-intoxication médicamenteuse	296	10,2	24,4	6,1
Saut dans le vide	134	4,6	7,6	3,8
Noyade	98	3,4	6,8	2,4
Auto-intoxication par d'autres produits	64	2,2	4,3	1,6
Collision intentionnelle	38	1,3	2,5	1,0
Objet tranchant	36	1,2	1,9	1,1
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	15	0,5		
Mode non précisé	382	13,1	14,5	12,7

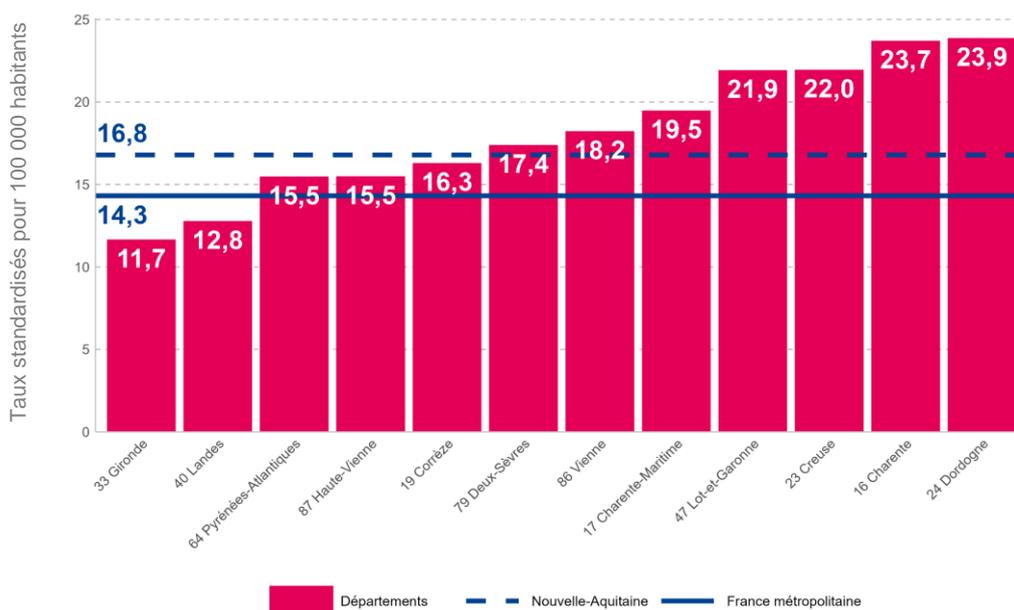
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

• Taux départementaux de mortalité par suicide, en 2017, Nouvelle-Aquitaine

En 2017, les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge, différaient selon le département. Sept départements présentaient des taux de mortalité par suicide supérieurs au taux régional : Dordogne, Charente, Creuse, Lot-et-Garonne, Charente-Maritime, Vienne, Deux-Sèvres (Figure 14).

Une hausse du taux de mortalité est observée en Vienne et en Charente par rapport à 2015 (respectivement 15,3 / 100 000 habitants et 16,6 / 100 000 en 2015) en lien avec la fluctuation de faibles effectifs ne permettant pas de conclure sur une réelle hausse des conduites suicidaires dans ces départements. Une diminution ou une stabilité de cet indicateur est observée dans les autres départements de la région.

Figure 14 : Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, par département, Nouvelle Aquitaine, 2017



Données : CépiDc. Traitement : Santé publique France.

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

Une étude¹ menée en 2006 par le CépiDC, a montré que plus de 60 % des morts violentes d'intention indéterminée se sont avérées être des suicides après correction, soit une sous-estimation des décès par suicide d'environ 10 %. Celle-ci, liée à la transmission non systématique des informations sur les causes médicales de décès après enquête médico-légale, diffère d'un département à l'autre, rendant difficile l'interprétation des différences entre les taux régionaux et départementaux de mortalité par suicide décrites.

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 (Figure 15). 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) 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 7).

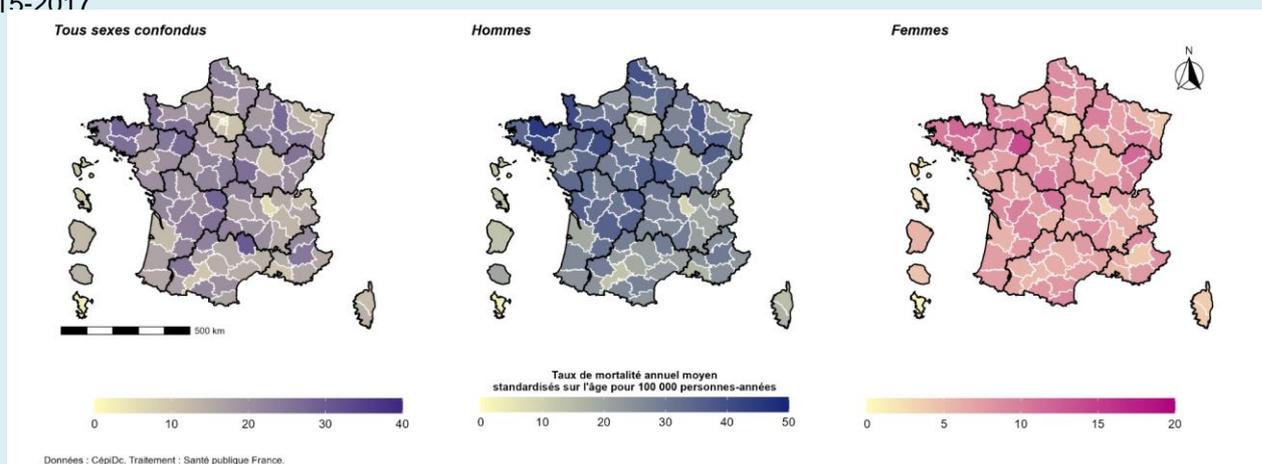
Dans 28 départements métropolitains, la mortalité par suicide était au moins 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes ; le sexe ratio des taux dépassait 5 dans 6 départements de différentes régions, tous à caractéristique rurale : Alpes de Haute-Provence, Aube, Corrèze, Nièvre, Meuse et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

La Creuse présentait des taux de mortalité chez l'homme (37,8 pour 100 000 hommes) et chez la femme (10,7 pour 100 000 habitants) parmi les plus élevés des départements métropolitains, plaçant le département au 6ème rang pour les hommes et au 5ème rang pour les femmes. Le département de la Charente-Maritime avec un taux de 35,7 pour 100 000 habitants, se situait au 12ème rang des taux départementaux les plus élevés dans cette population. En Corrèze, le taux de suicide chez les hommes était 6 fois plus élevé que chez les femmes (sexe ratio = 6,2).

Figure 15 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



³ Richaud-Eyraud E., Gignozac V., Rondet C., Khiredine-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

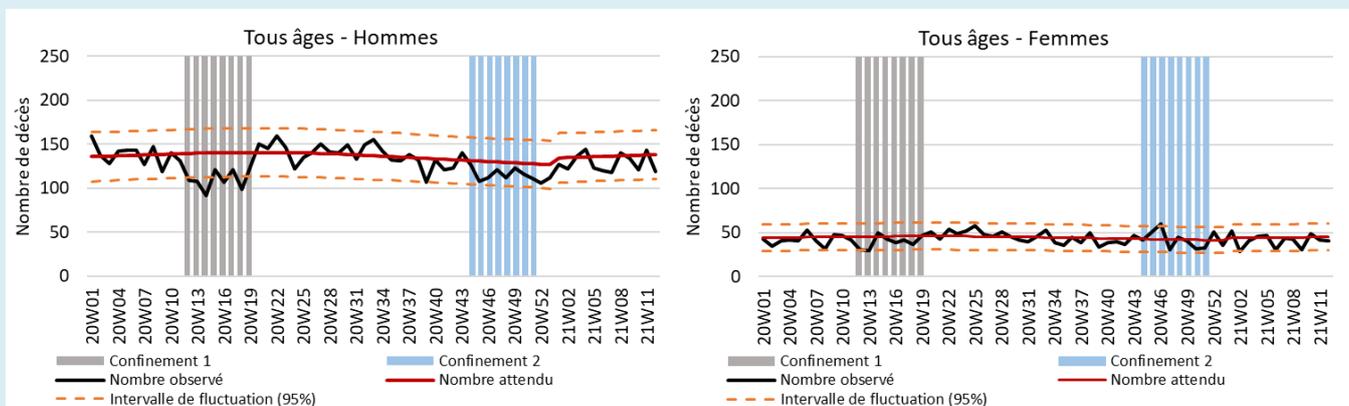
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

De janvier 2020 à mars 2021, aucune augmentation de la mortalité par suicide en France n'a été observée. A l'inverse, la mortalité par suicide a baissé durant les deux premières périodes de confinement (avec une diminution plus forte du nombre de décès lors du premier confinement) particulièrement chez les hommes (Figure 16). Entre les deux premiers confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues pour les deux sexes (Figure 20). Cependant, chez les hommes de 85 ans et plus ainsi que les femmes de 65-84 ans, un excès limité de décès a été observé à la suite du 1^{er} confinement, inversement, chez les hommes de 45-64 ans le nombre de décès par suicide est resté inférieur à l'attendu à la suite du 2^{ème} confinement pendant quelques semaines.

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

Figure 16 : Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de S01-2020 à S12-2021, France



• 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.

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

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

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. En Nouvelle-Aquitaine, les centres répondants sont le **Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux** et le **Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers**.

Le dispositif de recontact Vigilans

Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide 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 récidive suicidaire. Il est proposé aux personnes suicidantes après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation.

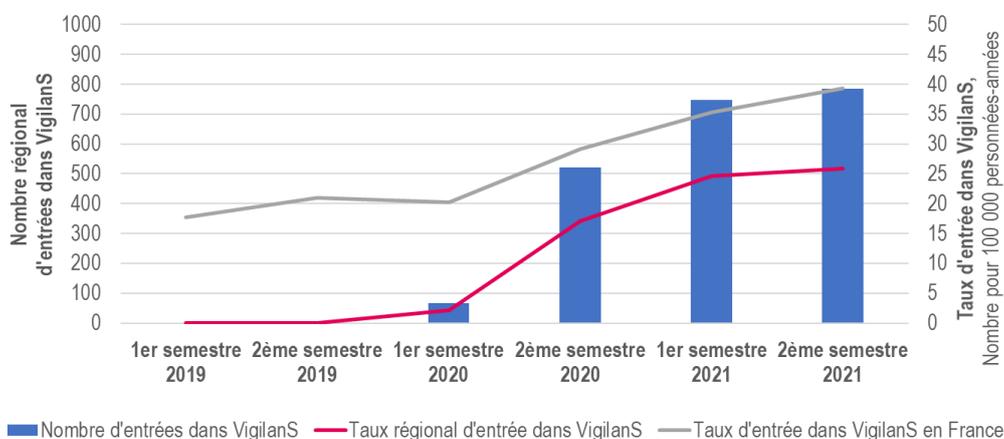


Une fois entrée dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de vigilanseurs et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et à 6 mois pour l'ensemble des patients. Lorsque le patient n'est pas joignable, 4 cartes postales personnalisées lui sont envoyées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les vigilanseurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ces derniers peuvent également contacter directement l'équipe vigilans quand ils le souhaitent. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif.

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

En Nouvelle-Aquitaine, Vigilans a débuté en 2020 avec la participation du CH de Charles Perrens à Bordeaux puis du CH Laborit à Poitiers. Le dispositif a été étendu avec la participation du CH d'Esquirol à Limoges fin 2022. En 2020, 587 personnes sont entrées dans le dispositif et près de 1234 en 2022 (Figure 17).

Figure 17 : Nombre semestriel de nouvelles inclusions dans Vigilans et taux d'inclusion semestriel (/ 100 000 habitants), Nouvelle-Aquitaine et France entière, 2019-2021



Vigilans : pour en savoir plus	3114 : pour en savoir plus
Ministère de la Santé, le dispositif de recontact Vigilans ici	Site du numéro national de prévention du suicide : https://3114.fr
CH de Charles Perrens : https://www.ch-perrens.fr/offre-de-soins/la-prevention-du-suicide CH de Laborit : https://ch-laborit.fr/presse-liberation-consacre-un-dossier-special-au-3114-de-poitiers/ https://ch-laborit.fr/lancement-du-dispositif-vigilans-dans-la-vienne/ CH Esquirol Limoges : https://www.ch-esquirol-limoges.fr/offre-soin/vigilans/	

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE



Une stratégie nationale complète, déployée en région Nouvelle-Aquitaine

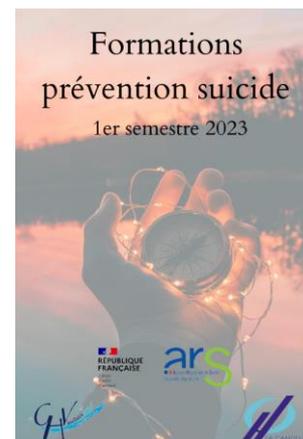


En réponse à la dégradation des indicateurs de santé mentale, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a de nouveau :

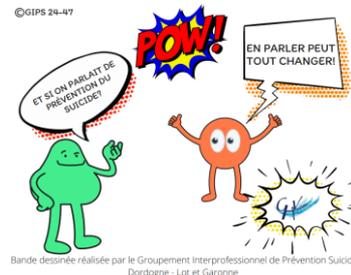
- renforcé la présence de professionnels en psychiatrie et de la santé auprès des étudiants via les services de santé universitaires de la région, et des jeunes reçus par les Maisons des Ados (MDA) ;
- augmenté le financement des projets de prévention du suicide afin que les acteurs intensifient leurs activités et leur mobilisation, en particulier auprès du public des jeunes.

La **stratégie nationale de prévention du suicide** est déployée, selon les axes suivants :

- Le **recontact et le suivi** des personnes ayant fait une tentative de suicide : Charles Perrens (Bordeaux), le centre hospitalier Laborit (Poitiers) et le CH d'Esquirol (Limoges) assurent une veille auprès de ces personnes fragilisées afin de réduire les récives suicidaires.
- **La formation des acteurs au repérage, à l'orientation et à l'intervention en crise suicidaire.** Au 31 décembre 2021, 111 formateurs régionaux sont formés en Nouvelle-Aquitaine. Ils ont pu former 1925 personnes : 446 personnes à la formation « Intervention de Crise Suicidaire », 549 personnes à la formation « Évaluation du Potentiel Suicidaire & Orientation » et 930 personnes à la formation « Sentinelles ». Ces actions sont portées sur le terrain par des acteurs départementaux reconnus sur le terrain permettant un maillage territorial de qualité : associations, établissements de santé, partenaires institutionnels et dispositifs locaux.
- Une information plus juste et une **médiatisation responsable du suicide** : l'ARS Nouvelle-Aquitaine a fait le choix de financer le programme Papageno sur son territoire depuis deux ans. Outre ses actions de média-training à destination des professionnels du secteur, le programme propose un apport théorique aux journalistes en rédaction. Sur la région, les étudiants de l'institut de Journalisme Bordeaux Aquitaine (IJBa) sont sensibilisés chaque année et une vingtaine de journalistes, en rédactions, clubs de la presse ou en collectifs, ont déjà été formés. En 2021, plus d'une trentaine de professionnels de la prévention du suicide sont venus s'ajouter à la liste des spécialistes formés à la prise de parole dans les médias.
- La mise en place d'**un numéro national prévention du suicide : le 3114** entré en fonctionnement en octobre 2021. Ce nouveau numéro disponible 24H/24, 7J/7 est assuré par des professionnels de la psychiatrie, spécifiquement formés et supervisés par un psychiatre pour procurer un service d'écoute, d'information, d'évaluation du risque suicidaire, d'orientation et d'intervention éventuelle en proche collaboration avec le SAMU.



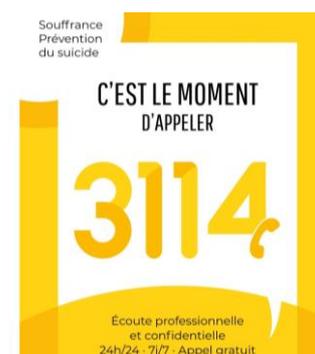
©GIPS 24-47



Bande dessinée réalisée par le Groupement Interprofessionnel de Prévention Suicide Dordogne - Lot et Garonne



Contact presse ARS Nouvelle-Aquitaine N° presse : 06 65 24 84 60 ars-na-communication@ars.sante.fr



MÉTHODOLOGIE

Sources de données

L'analyse régionale des **passages aux urgences** pour geste et idées suicidaires a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au dispositif Oscour® de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants). Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. Dans la région, le réseau repose sur 66 sièges de services d'urgences autorisés (72 flux). En 2022, on estimait à 89 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine (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®, Nouvelle-Aquitaine, 2022.

Départements	Couverture SU	Complétude diagnostique (DP ou DA)
16	5	99 %
17	8	95 %
19	3	98 %
23	2	98 %
24	4	87 %
33	15	86 %
40	3	95 %
47	4	78 %
64	9	92 %
79	3	87 %
86	5	78 %
87	5	93 %
Nouvelle-Aquitaine	66/66 (100 %)	89 %

Les **données d'hospitalisations pour tentatives de suicide** sont issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (PMSI-MCO).

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

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

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

Pour les **passages aux urgences** (Oscour®), des regroupements syndromiques ont été définis :

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

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

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

• Population étudiée et échelon d'analyse

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

SIGLES

- ARS : Agence régionale de santé
- CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CHRU : Centre hospitalier régional et universitaire
- CHU :
- CIM10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision
- CLS : Contrat local de santé
- CNAM : Caisse nationale de l'Assurance Maladie
- DA / DP : Diagnostic associé / Diagnostic principal
- DATA : Direction appui, traitements et analyses de données, Santé publique France
- DiRe : Direction des régions, Santé publique France
- DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires
- DMNTT : Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
- DROM : Départements et régions d'outre-mer
- EHESP : École des hautes études en santé publique
- EMIS : Équipe mobile d'Intervention suicide
- EnCLASS: Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances
- EPSM : Établissement public de santé mentale
- FEDORU : Fédération des observatoires des urgences
- GEPP : Groupe d'échanges des pratiques professionnelles
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- MSA : Mutualité sociale agricole
- OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- ORU : Observatoire régional des urgences
- Oscore®: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SFMU : Société française de médecine d'urgence
- SI : Système d'information
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

BIBLIOGRAPHIE

Observatoire national du suicide

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

Epidémie de COVID-19 – Articles internationaux

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

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

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

Récidive

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP CONDUITE SUICIDAIRES NOUVELLE-AQUITAINE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Laure Meurice¹ et Thomas Benet¹, Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

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

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Hélène Prouvost, Jenifer Yai et Laurent Filleul,

dans le cadre du Groupe d'échanges des pratiques 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 Sophie Lefèvre, Chargée de mission promotion de la santé mentale/prévention du suicide, ARS Nouvelle-Aquitaine

Remerciements

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

- Les services d'urgences membres du réseau Oscour®
- La Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU), les concentrateurs régionaux de résumés de passages aux urgences (RPU)
- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Les ARS, SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM
- Les équipes Vigilans et du 3114

CONTACT

Santé publique France Nouvelle-Aquitaine : nouvelleaquitaine@santepubliquefrance.fr