

Santé mentale et Covid-19

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

[p.1 Editio](#); [p.2 Sigles](#); [p.3 Prévention du suicide et de sa récurrence](#); [p.4 Synthèse](#); [p.8 Passages aux urgences pour idées suicidaires et geste suicidaire](#); [p.12 Hospitalisations pour tentative de suicide](#); [p.17 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.26 Témoignage du Dr Alain Fuseau](#); [p.28 Méthodologie](#); [p.30 Bibliographie](#); [p.31 Comité de rédaction, Remerciements](#).

ÉDITO

Professeure Laetitia Huiart, Directrice scientifique, Santé publique France

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

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

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

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

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

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

SIGLES

- ARS : Agence régionale de santé
- CépiDc: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e 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
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national des suicides
- Oscour®: Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RPU : Résumé des passages aux urgences
- SU : Structure d'urgence
- SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- TS : Tentative de suicide

PRÉVENTION DU SUICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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

Le dispositif de recontact Vigilans

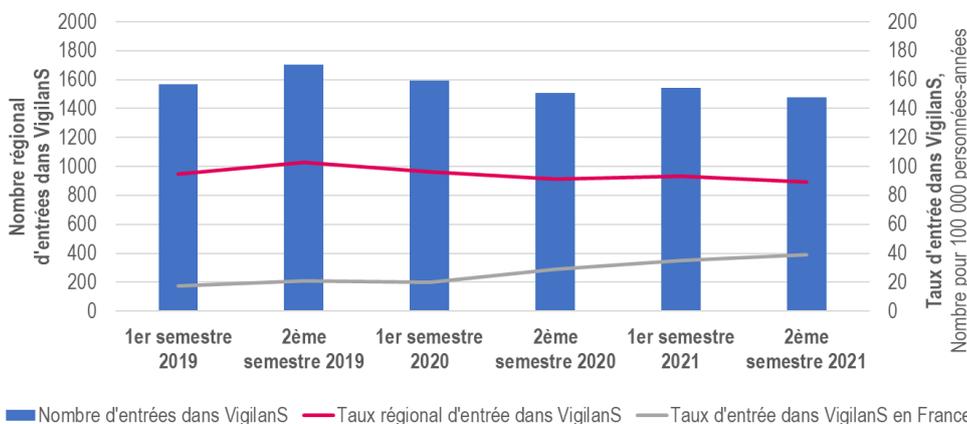
Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide (TS) et 75 % des récidives ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide. La survenue d'une tentative de suicide multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante et par 4 le risque 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 2022, des cellules Vigilans sont ouvertes dans toutes les régions, sauf à Mayotte.

En Normandie, Vigilans a débuté en 2016 autour de 1 centre de coordination au CH de l'Estran à Pontorson dans la Manche et en 2017 à Rouen. En décembre 2022, 29 des 32 services d'urgences publics participent à Vigilans dans la région. 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.

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



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

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

VigilanS : pour en savoir plus

Ministère de la Santé, le dispositif de recontacte VigilansS [ici](#)

Plus d'infos sur le dispositif VigilansS en région Normandie [ici](#)

3114 : pour en savoir plus

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

Le CH du Rouvray impliqué dans le dispositif national de prévention du suicide [ici](#)



SYNTHÈSE

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

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

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

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

Présentation du bulletin de santé publique « Conduites suicidaires » 2023

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

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

2) Hospitalisations pour 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

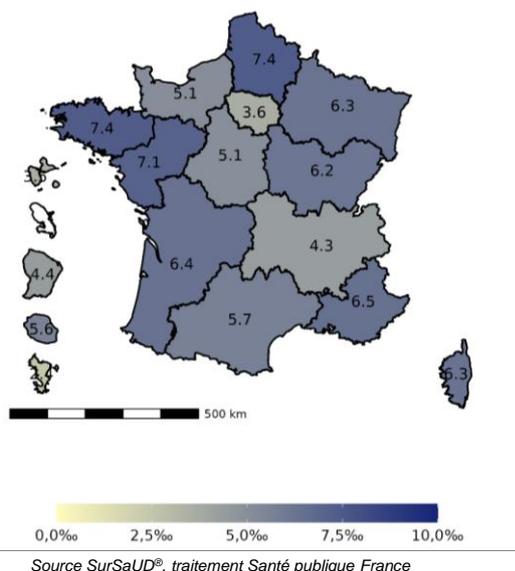


Figure 3. Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021

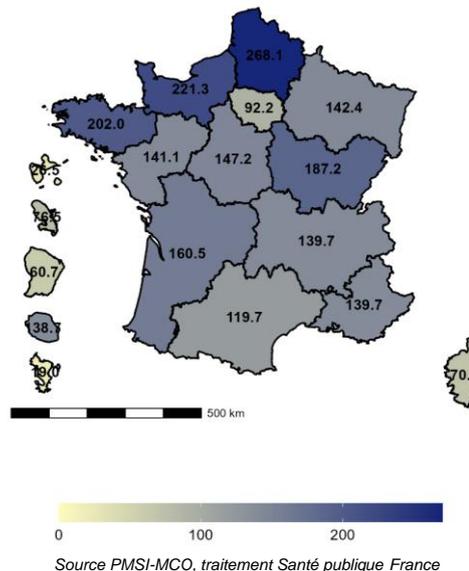
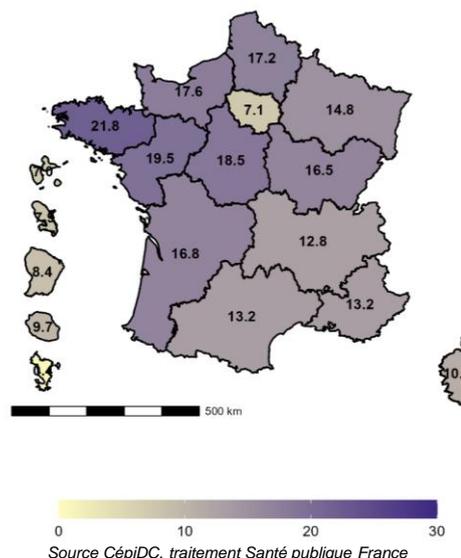


Figure 4. Taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2017

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.

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.

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.

TENDANCES SPÉCIFIQUES EN NORMANDIE

La Normandie présente des tendances similaires à celle observées en France métropolitaine.

Passages aux urgences pour idées et geste suicidaires :

- Depuis fin 2019, l'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires présente une augmentation qui s'est accentuée progressivement jusqu'au premier semestre 2022 et a concerné principalement les jeunes de 11-24 ans.
- Lors du premier confinement, une diminution du nombre et de l'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires est observée mais en restant à des niveaux supérieurs à ceux observés sur la période 2017-2019.
- La part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire de tous les départements normands était inférieure à la part d'activité nationale excepté pour le Calvados (8,3‰ contre 5,6 ‰ au niveau national).

Hospitalisations pour tentative de suicide:

- En 2019, le taux d'hospitalisation standardisé normand pour tentative de suicide se situait au-dessus du taux national (233,5 pour 100 000 habitants contre 152,1 pour 100 000 habitants en France métropolitaine).
- Le département de la Manche, figurait parmi les départements présentant les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide les plus élevés de France chez les hommes et les femmes. La Seine-Maritime est également l'un des départements affichant l'un des taux d'hospitalisations les plus importants chez les femmes.

Mortalité par suicide :

- La mortalité par suicide était en baisse en Normandie, mais se situait parmi les régions présentant un taux supérieur au taux de la France métropolitaine pour les deux sexes.
- La répartition par âge montre un pic de mortalité chez les hommes à 40-49 ans et chez les femmes à 50-59 ans.

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

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 sont marquées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Une baisse générale marquée des passages aux urgences a été observée lors du premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020, dont les causes sont multiples, qui ne s'est pas reproduite lors des deux confinements ultérieurs.

• Idées suicidaires

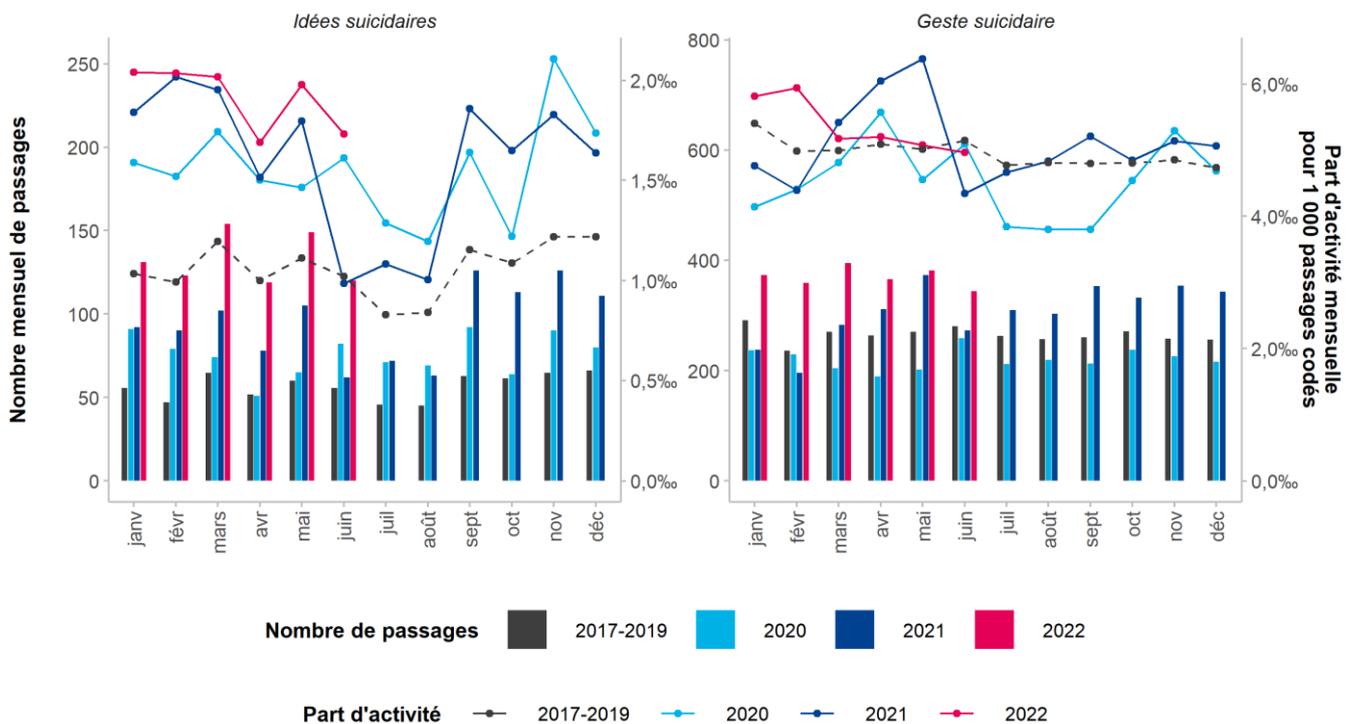
Les passages aux urgences pour idées suicidaires, en nombre comme en part d'activité, étaient en nette hausse dès 2020, comparativement à la période 2017-2019; cette tendance s'est accentuée fortement en 2021 et au 1^{er} semestre 2022. Le nombre mensuel moyen des passages aux urgences était respectivement de 95 sur l'année 2021, 76 en 2020 versus 57 sur la période 2017- 2019 (Figure 5).

• Geste suicidaires

Sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était en hausse par rapport à la même période en 2021 (+33 %) et aux années précédentes. Par ailleurs, on observe une augmentation du nombre moyen mensuel de passages aux urgences en 2021 (306 passages) par rapport à 2020 (+39 %; 220 passages) et à période 2017- 2019 (+15 %; 265 passages). Cependant, la part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était comparable à celle la période 2017-2019 (Figure 5). On observe au cours des années 2020 et 2021, des fluctuations plus importantes que les variations saisonnières de la période 2017-2019, à mettre en lien avec les phases de la crise sanitaire dont les périodes de confinement ou de restrictions des contacts et des activités sociales .

La proportion d'hospitalisations après passage aux urgences pour geste suicidaire sur la période 2020-2021 (62 %) reste comparable à celle de la période 2017-2019 (63 %).

Figure 5 : Nombres mensuels de passages aux urgences pour idées et geste suicidaire et parts d'activité mensuelles (‰) , chez les 11 ans et plus, Normandie, 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 pour idées suicidaires a augmenté significativement dans toutes les classes d'âge sur la période 2020-21 par rapport à 2017-2019 tout en concernant davantage les classes d'âge jeunes et adultes sur les 2 périodes. L'augmentation de l'activité était particulièrement forte chez les 11-24 ans. La distribution par sexe montrait une augmentation significative de l'activité pour idées suicidaires chez les hommes et les femmes. Bien que l'attention portée à la santé mentale pendant la crise sanitaire ait pu entraîner une évolution des pratiques, notamment de codage aux urgences, cette augmentation du recours aux soins pour des idées suicidaires est confirmée par des cliniciens, particulièrement chez les jeunes (Tableau 1).

Les passages aux urgences pour geste suicidaire concernaient plus fréquemment des femmes que des hommes tant sur la période 2020-2021 (sexe ratio 0,61) que durant la période 2017-2019 (sexe ratio 0,62); Aucune évolution significative n'était observée pour les hommes et les femmes. 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 a significativement augmenté chez les 11-24 ans sur la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019, tandis qu'une baisse significative était observée chez les 25-64 ans et 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 suicidaire par sexe et classe d'âge, Normandie, périodes 2017 - 2019 et 2020 - 2021

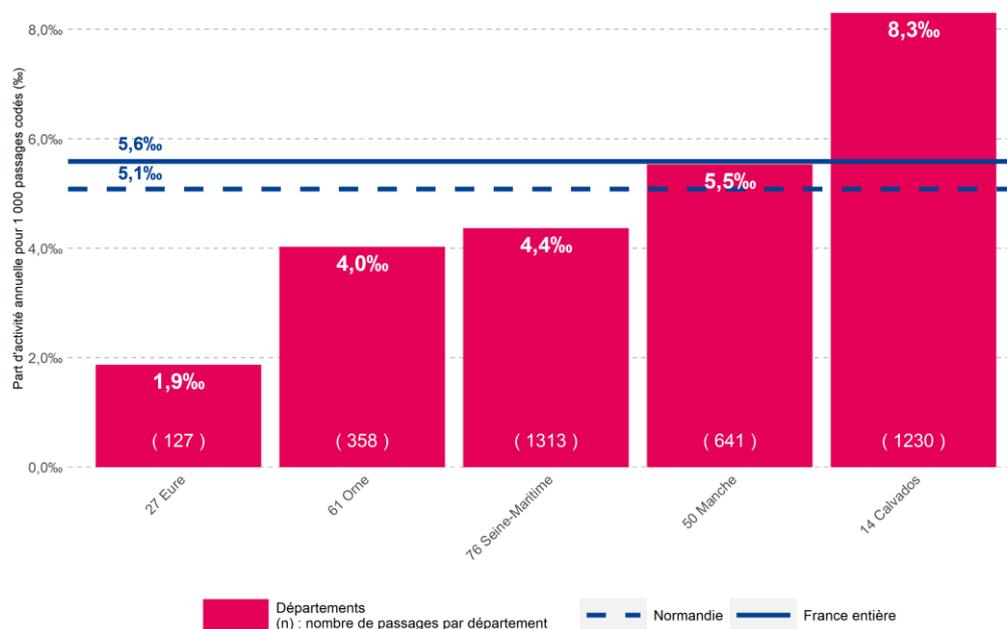
Indicateurs de santé mentale	Sexe et classes d'âge	Nombre de passages moyen en 2017-2019	Part d'activité en 2017-2019 (‰)	Nombre de passages moyen en 2020-2021	Part d'activité en 2020-2021 (‰)	p*
Idées suicidaires	Hommes	306	0,94	442	1,32	<0,001
	Femmes	374	1,18	582	1,81	<0,001
	11-24 ans	331	2,13	553	3,76	<0,001
	25-64 ans	300	0,96	400	1,25	<0,001
	65 ans et plus	49	0,28	70	0,38	0,017
Geste suicidaire	Hommes	1210	3,72	1198	3,58	0,152
	Femmes	1966	6,21	1956	6,08	0,302
	11-24 ans	831	5,34	894	6,07	<0,001
	25-64 ans	2002	6,40	1908	5,94	<0,001
	65 ans et plus	343	1,98	353	1,88	0,318

* 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 différaient selon le département. Les départements de la Manche et du Calvados observaient des parts d'activité supérieures à la part d'activité régionale (respectivement 5,5 ‰ pour la Manche et 8,3 ‰ pour le Calvados). La part d'activité du Calvados était également supérieure à la part d'activité nationale (Figure 6).

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

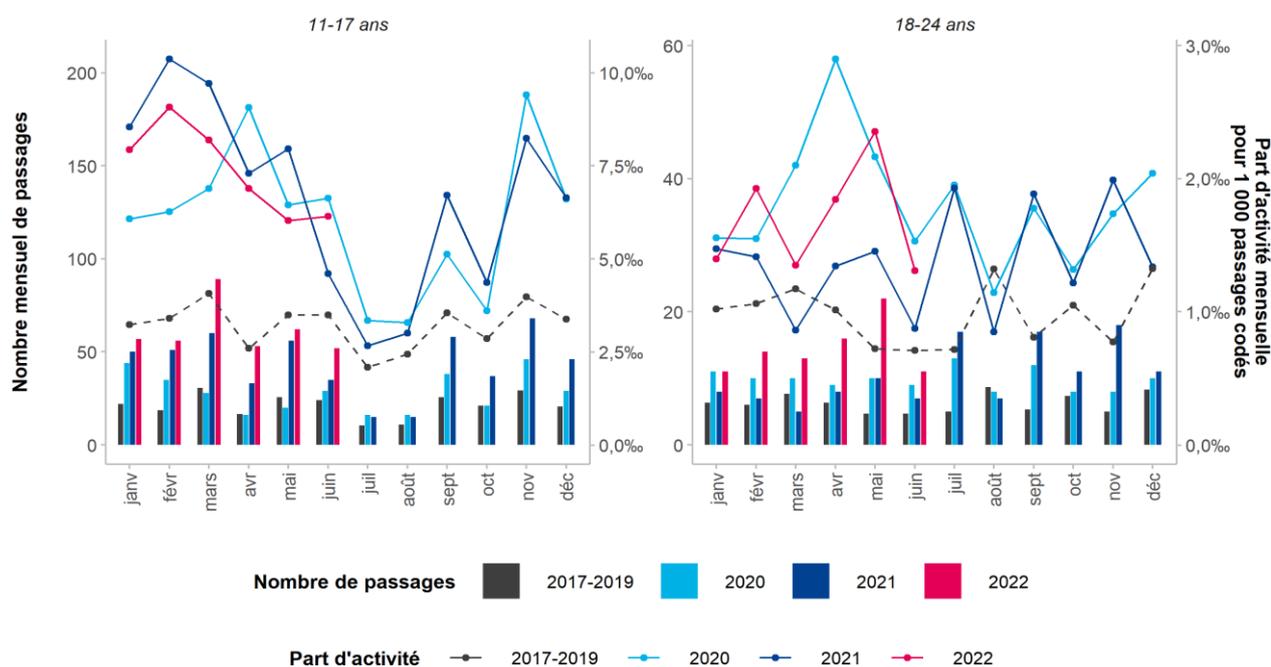


Focus chez les jeunes de 11 à 24 ans

• Idées suicidaires

Chez les jeunes, les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans étaient concernées par une forte hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires en nombre et en part d'activité à partir de 2020 comparativement à la période 2017-2019; cette tendance était encore plus marquée en 2021 et s'accroissait au 1^{er} semestre 2022, soit après la phase aiguë de la crise sanitaire. Chez les 11-17 ans, comme chez les 18-24 ans, le nombre mensuel moyen de passages aux urgences sur l'année 2021 était supérieur à celui de 2020 et à celui la période 2017- 2019; la tendance était la même pour les parts d'activité concernant les 11-17 ans. Pour les 18-24 ans, la part d'activité de 2021 était inférieure à celle de 2020. Des fluctuations importantes étaient observées sur les années 2020-2021 chez les 11-17 ans, notamment une baisse du nombre de passages durant le 1^{er} confinement en 2020, une augmentation en septembre 2020, une baisse durant l'été 2021 suivie d'une nouvelle augmentation à la rentrée 2021 ; la temporalité et l'intensité de ces fluctuations sont à mettre notamment en lien avec les phases de la crise sanitaire. Pour les 18-24 ans, on observe une tendance à la hausse du nombre de passages à partir de septembre 2021 (Figure 7).

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



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

• Geste suicidaire

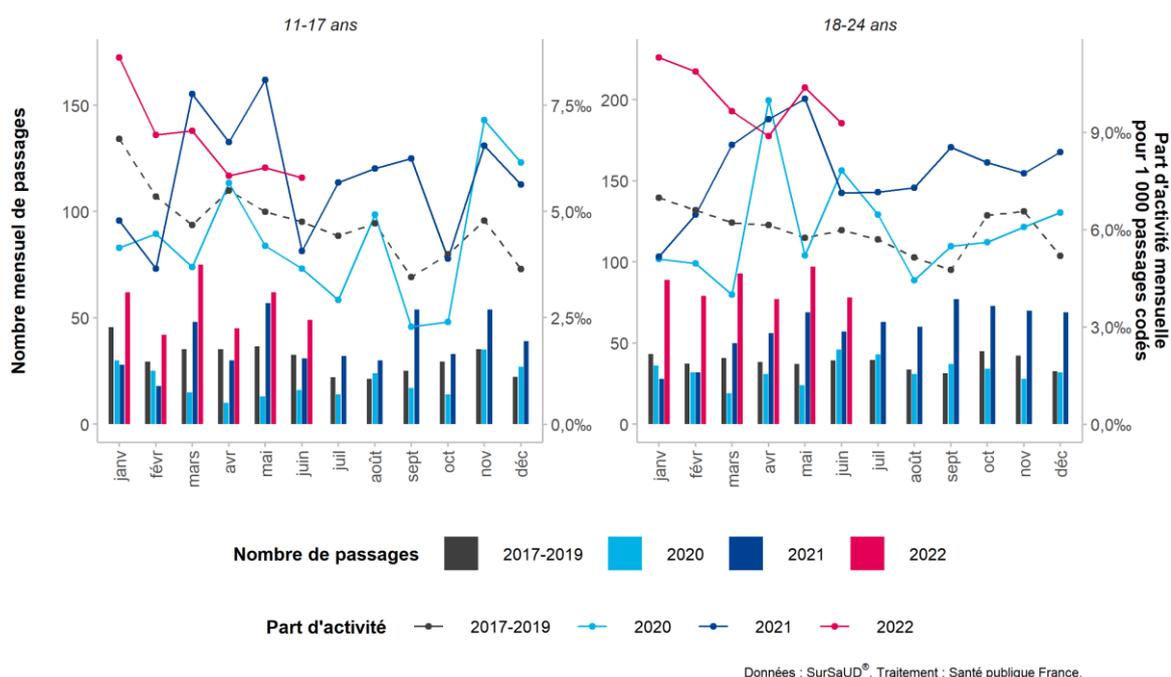
Chez les jeunes de 11-17 ans, sur le 1^{er} semestre 2022, la tendance pour le nombre de passages était à la hausse par rapport aux années précédentes sur la même période (+58 % vs 2021, +207 % vs. 2020 et +56 % vs. 2017-2019). La moyenne annuelle des passages aux urgences en 2021 (38 passages) était supérieure à 2020 (+90 %, 20 passages) et à la moyenne des années 2017- 2019 (respectivement ; +23 %, vs 31 passages). La part d'activité en 2021 était supérieure à 2020 (+33 %) et à la période 2017-2019 (+21 %) (Figure 8).

Chez les 18-24 ans, sur le 1^{er} semestre 2022, la tendance pour le nombre de passages était à la hausse par rapport aux années précédentes sur la même période (+76 % vs 2021, +173 % vs 2020 et +117 % vs 2017-2019).

La moyenne annuelle des passages aux urgences en 2021 (59 passages) était supérieure à 2020 (+79 %, 33 passages) et à la moyenne des années 2017- 2019 (respectivement ; +55 %, vs 38 passages). La part d'activité en 2021 était supérieure à 2020 (+31 %) et à la période 2017-2019 (+31 %) (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 1^{er} semestre 2022, soit après la phase aiguë de la crise sanitaire.

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



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

Pour les deux classes d'âge 11-17 ans et 18-24 ans, les parts d'activité des passages aux urgences ont significativement augmenté sur la période 2020-2021 pour idées suicidaires, comparativement à la période antérieure 2017-2019. Aucune évolution significative n'est observée chez les 11-17 ans pour geste suicidaire. L'augmentation entre les 2 périodes était significative pour les jeunes filles/femmes de 11 à 24 ans pour les idées suicidaires et le geste suicidaire. Chez les jeunes garçons/hommes, la part d'activité a significativement augmenté en 2020-2021 uniquement pour 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, Normandie, 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	107	1,37	161	2,18	<0,001
	Femmes	224	2,88	392	5,35	<0,001
	11-17 ans	256	3,28	431	6,28	<0,001
	18-24 ans	75	0,97	122	1,55	<0,001
Geste suicidaire	Hommes	244	3,14	234	3,17	0,882
	Femmes	587	7,54	659	8,99	<0,001
	11-17 ans	370	4,75	346	5,05	0,213
	18-24 ans	461	5,94	547	6,96	<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 NORMANDIE

Données issues du PMSI-MCO

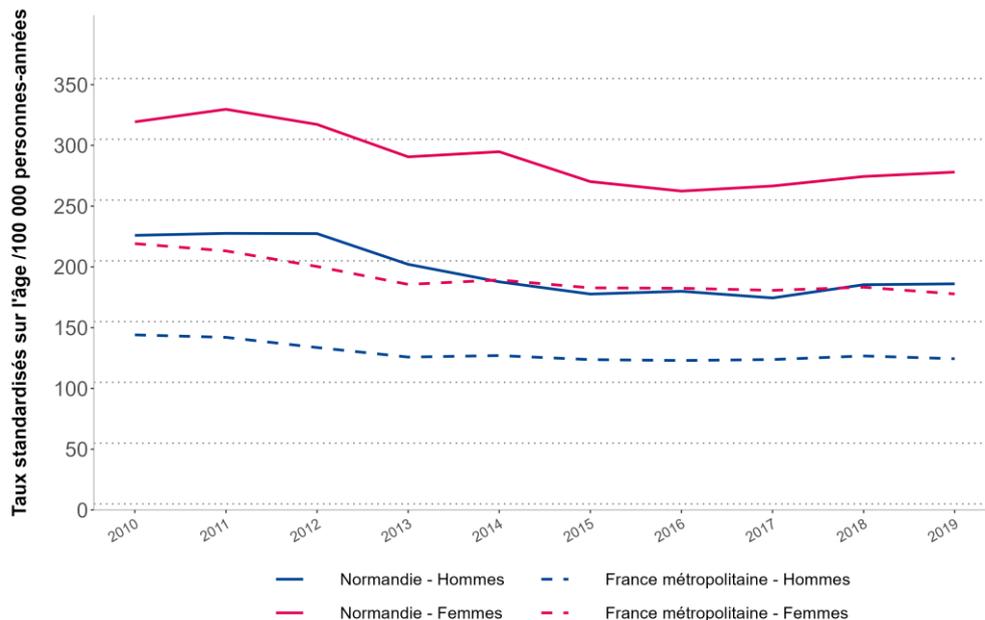
Evolution régionale et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide en période pré-pandémique, 2010-2019

• Taux annuels d'hospitalisation, 2010-2019

Entre 2010 et 2019, 7 218 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (TS) étaient enregistrés en moyenne chaque année chez les personnes résidant en Normandie. Avec un taux d'hospitalisations standardisé pour TS de 233,5 pour 100 000 habitants en 2019, la région Normandie se situait au-dessus du taux national (152,1 pour 100 000 habitants pour la France métropolitaine).

Alors que le taux national d'hospitalisations (France métropolitaine), quelque soit le sexe, était plutôt stable ces dernières années ; le taux chez les femmes a connu une augmentation entre 2016 et 2019 dans la région (278 pour 100 000 habitants en 2019 vs 262,4 pour 100 000 habitants en 2016). Par ailleurs, le taux chez les hommes a connu une augmentation entre 2017 et 2019 dans la région (186,1 pour 100 000 habitants en 2019 vs 174,5 pour 100 000 habitants en 2017). Ces taux sont toutefois inférieurs à ceux observés en 2010 (319,4 pour 100 000 habitants pour les femmes et 226 pour 100 000 habitants pour les hommes) (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, Normandie et France métropolitaine, 2010-2019



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

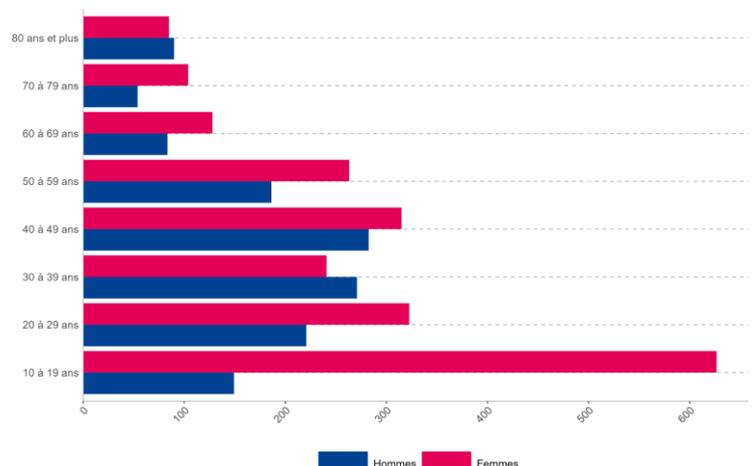
• Taux d'hospitalisation selon l'âge, chez les hommes et les femmes, 2017-2019

Comme au niveau national, les hospitalisations pour TS concernent majoritairement les femmes en Normandie (62 % des 19 975 hospitalisations pour TS, sexe ratio estimé à 0,61) sur la période 2017-2019.

On note que chez les femmes, la classe d'âge des 10-19 ans est particulièrement concernée avec un taux brut s'élevant à 626,6 pour 100 000 femmes.

Chez les hommes, le taux brut le plus élevé s'observe chez les 40-49 ans (282,4 pour 100 000 hommes) (Figure 10).

Figure 10 : Taux bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe et âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Normandie, 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 9,1 pour 1 000 séjours hospitaliers en Normandie, ce qui est inférieur à celle de la France métropolitaine (12,0 pour 1 000 hospitalisations). La létalité hospitalière augmentait fortement avec l'âge, et davantage chez les hommes que chez les femmes : elle passait de 5,2 décès pour 1 000 hospitalisations chez les hommes de moins de 25 ans à 73,5 pour 1 000 hospitalisations chez ceux de 65 ans et plus, et de 0,6 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS chez les femmes de moins de 25 ans à 27,2 pour 1 000 hospitalisations chez celles de 65 ans et plus.

Le mode de TS le plus fréquemment recensé est l'auto-intoxication médicamenteuse avec 78,2 % des séjours (78,1 % en France métropolitaine). Viennent ensuite, dans des proportions moindres, l'utilisation d'objet tranchant (14,2 %), l'auto-intoxication par d'autres produits (4,7 %), la pendaison (3,6 %) puis le saut dans le vide (1,4 %). L'auto-intoxication médicamenteuse est plus fréquemment utilisée par les femmes ainsi que l'utilisation d'objet tranchant. Les hommes utiliseront davantage que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits ainsi que les modes violents (pendaison, saut dans le vide, arme à feu) (Tableau 3). Les tendances sont identiques pour la France métropolitaine.

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 arme à feu (4 jours), saut dans le vide (3 jours), objet tranchant (2 jours) et expositions aux fumées, gaz ou flammes (2 jours).

La létalité hospitalière était particulièrement élevée pour les TS réalisées au moyen d'une arme à feu (134 décès pour 1 000 hospitalisations), pendaison (94 pour 1 000 hospitalisations) et noyades (52 pour 1 000 hospitalisations).

Tableau 3 : Part (%) des modes de tentatives 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, Normandie, 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	15 623	78,2	80,6	74,2	1,0	4
Objet tranchant	2 828	14,2	16,0	11,1	2,0	2
Auto-intoxication par d'autres produits	937	4,7	3,6	6,4	1,0	17
Pendaison	713	3,6	1,8	6,5	1,0	94
Saut dans le vide	287	1,4	1,2	1,9	3,0	45
Arme à feu	127	0,6	0,1	1,5	4,0	134
Noyade	77	0,4	0,4	0,4	1,0	52
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	58	0,3	0,2	0,4	2,0	17
Collision intentionnelle	55	0,3	0,2	0,4	1,0	0
Mode non précisé	1 176	5,9	5,3	6,9	1,0	8

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens d'hospitalisation pour TS 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 45,6 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 367,6 pour 100 000 habitants (Somme) et chez les femmes de 60,2 pour 100 000 habitants (Pyrénées-Atlantiques) à 443,6 pour 100 000 habitants (Somme). Comme observé à l'échelle régionale et nationale, dans tous les départements métropolitains, les taux d'hospitalisation pour TS étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais avec des écarts très variables, le sexe ratio des taux allant de 0,50 (Yvelines) à 0,91 (Lozère).

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

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

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

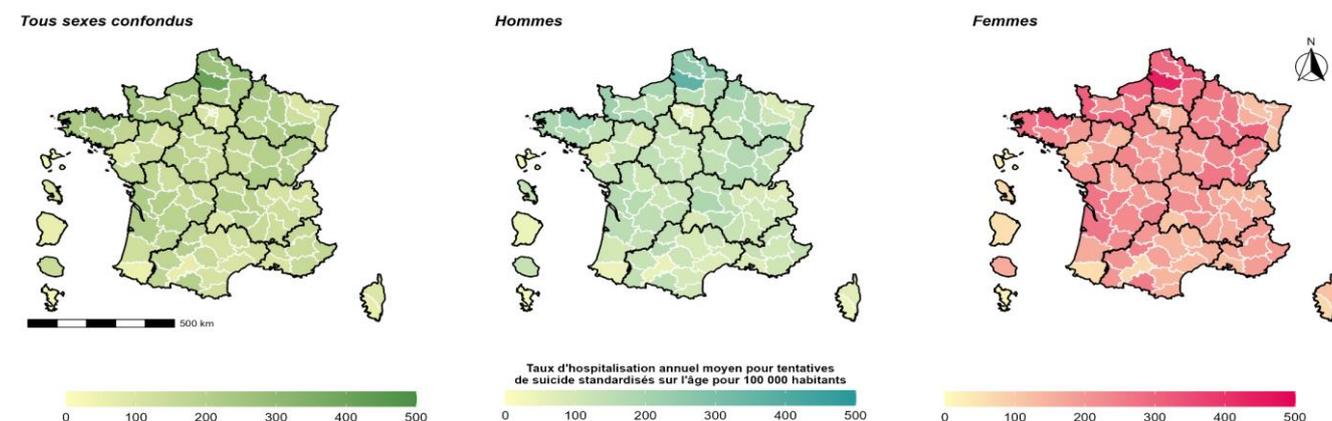
Les départements et régions d'outre mer (DROM) présentaient des taux départementaux d'hospitalisation pour TS globalement plus faibles que les départements de la France métropolitaine.

Dans les DROM, les taux d'hospitalisation différaient peu entre hommes et femmes, à l'exception de la 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 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 Normandie, le département de la Manche, avec un taux annuel moyen standardisé d'hospitalisations pour TS de 221,4 / 100 000 chez les hommes et de 308,9 / 100 000 chez les femmes âgées de plus de 10 ans, figurait parmi les départements présentant les taux d'hospitalisations pour TS les plus élevés de France chez les hommes et les femmes (sexe ratio de 0,72). La Seine-Maritime est également l'un des départements affichant l'un des taux d'hospitalisations les plus importants chez les femmes (306,1 / 100 000 personnes-années) (sexe ratio de 0,65) (Figure 11). Tous les départements présentaient un taux d'hospitalisations (tous sexes confondus) supérieur à la France métropolitaine (152,5 / 100 000 personnes-années).

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



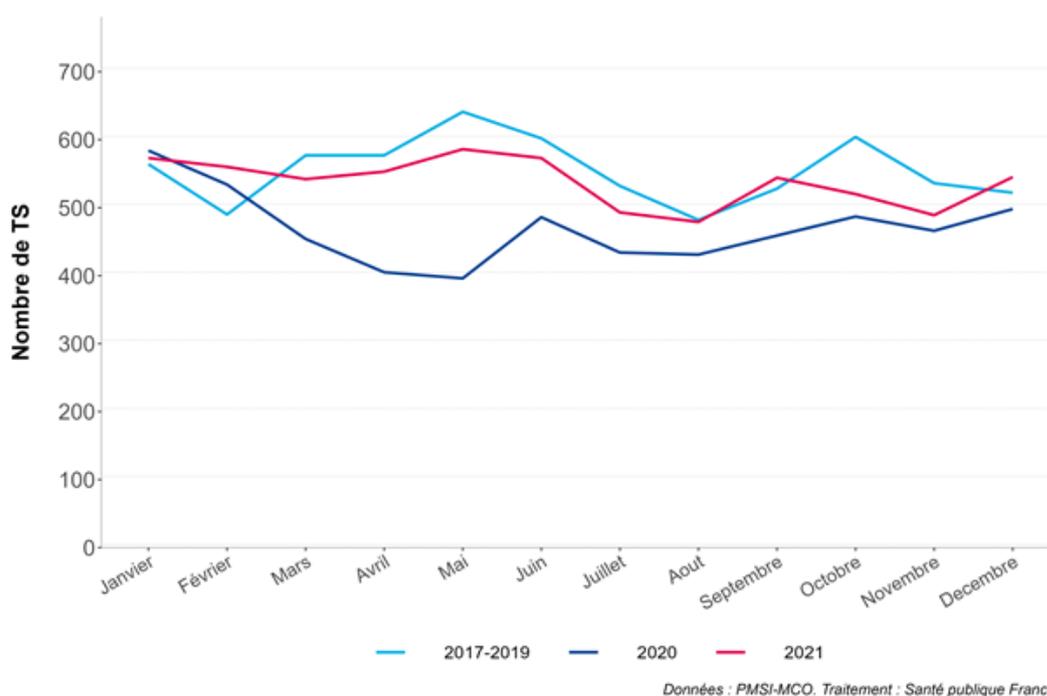
Evolution et caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide durant la période de la pandémie de COVID-19, 2020-2021

• Nombre mensuel de séjours hospitaliers, 2020-2021

En Normandie, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué en 2020 avec une baisse marquée au cours du 1^{er} confinement lié à l'épidémie de COVID-19 (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 auteurs¹⁻², 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 1^{er} confinement.

En 2021, aucune tendance inhabituelle n'a été observée avec 6 457 TS comptabilisées sur l'année (vs 6 655 en moyenne sur les années 2017-2019).

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



• Caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide – Normandie

Concernant les caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide, la répartition homme/femme était significativement différente entre 2020 et 2017-2019 ($p=0,004$). La part des hommes dans les hospitalisations pour TS a augmenté en 2020 (mais pas en 2021), comparativement à 2017-2019 (40,1 % vs 38,0 %). Des différences significatives de la répartition par âge ont été observées pour les deux années 2020 et 2021, comparativement à 2017-2019. En 2020, la part des 65 ans et plus a augmenté (10,5 % vs 9,1 % les années précédentes) tandis que celle des jeunes de 10-24 ans et des adultes de 25 à 64 ans ont diminué. En 2021, la part des jeunes de 10-24 ans et celle des 65 ans et plus ont augmenté (38,8 % en 2021 vs 31,5 % en 2017-2019 pour les jeunes de 10-24 ans) (9,8% en 2021 vs 9,1% en 2017-2019 pour les 65 ans et plus) tandis que celle des 25-64 ans baissait notablement par rapport à 2017-2019.

Concernant l'évolution des modes de TS, les proportions de TS par pendaison et par saut dans le vide ont augmenté significativement en 2020, comparées aux années précédentes (pour la pendaison : 4,9 % vs 3,6 % en 2017-2019 ; pour le saut dans le vide : 2,1 % vs 1,5 % en 2017-2019). La part due à l'auto-intoxication médicamenteuse a en revanche significativement diminué en 2020 (76,8 % vs 79,3% en 2017-2019). En 2021, une différence significative est observée pour les suicides par auto-intoxication médicamenteuse, saut dans le vide et par l'utilisation d'objet tranchant, comparée aux années précédentes. En effet, une part plus importante de suicides par l'utilisation d'objet tranchant (18,6 % vs 14,4 % en 2017-2019) et par saut dans le vide (2,1 % vs 1,5 % en 2017-2019) est observée en 2021 par rapport aux années précédentes. La part due à l'auto-intoxication médicamenteuse a en revanche diminué en 2021 (75,2 % vs 79,3% en 2017-2019) (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 tentative de suicide, Normandie, moyenne des années 2017-2019, 2020 et 2021

		2017-2019	2020	p*	2021	p**
Sexe	Homme	38,0%	40,1%	0,004	36,0%	0,004
	Femme	62,0%	59,9%		64,0%	
Classe d'âge	10-24 ans	31,5%	30,8%	0,008	38,8%	<0,001
	25-64 ans	59,4%	58,7%		51,4%	
	65 ans et plus	9,1%	10,5%		9,8%	
Létalité		0,9%	1,6%	<0,001	1,2%	0,087
Modes***	Auto-intoxication médicamenteuse	79,3%	76,8%	<0,001	75,2%	<0,001
	Objet tranchant	14,4%	14,3%	1,000	18,6%	<0,001
	Auto-intoxication par d'autres produits	4,8%	5,3%	0,501	4,1%	0,112
	Pendaison	3,6%	4,9%	<0,001	4,1%	0,294
	Saut dans le vide	1,5%	2,1%	0,008	2,1%	0,003
	Arme à feu	0,6%	0,6%	1,000	0,5%	0,569
	Noyade	0,4%	0,2%	0,150	0,2%	0,079
	Collision intentionnelle	0,3%	0,4%	0,313	0,3%	1,000
	Exposition aux fumées, gaz ou flammes	0,3%	0,2%	1,000	0,2%	0,798

* 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=19704 en 2017-2019, 5562 en 2020 et 6361 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'hospitalisations pour TS avait augmenté durant la période pandémique, passant de 193,8 en 2020 à 221,3 pour 100 000 habitants en 2021. Selon le sexe, cette augmentation était observée chez les femmes (de 223 en 2020 à 272,3 en 2021) où les taux d'hospitalisation pour TS étaient les plus importants. Une légère augmentation du taux d'hospitalisations pour TS était également observée chez les hommes (de 162,6 en 2020 à 166,8 en 2021). Au niveau départemental, la Seine-Maritime présentait un taux supérieur à la région et à la France métropolitaine. Par ailleurs, tous les départements normands présentaient des taux supérieurs à celui de la France métropolitaine (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, en Normandie et France métropolitaine, 2021



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

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

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

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

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

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

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

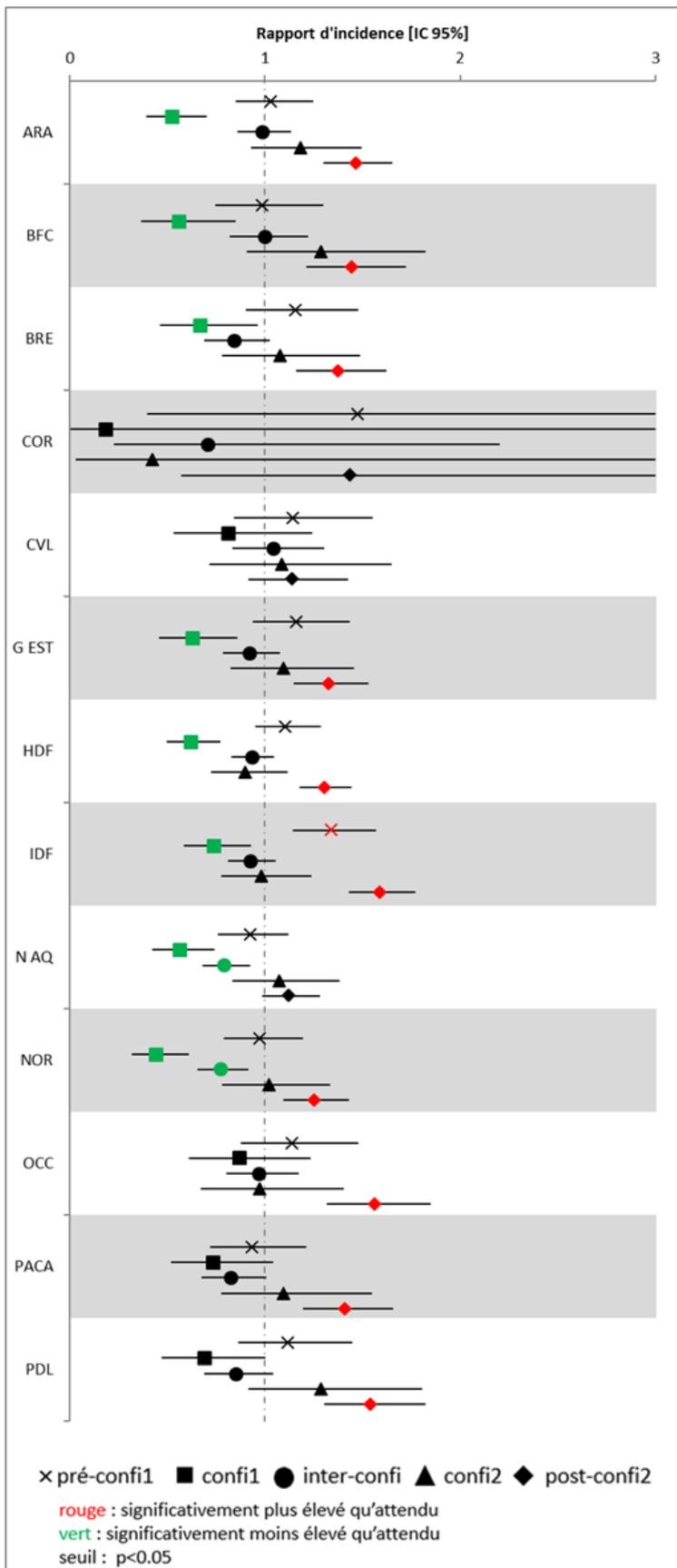
Ce travail a permis de mettre en évidence une cinétique temporelle significative pour les jeunes filles et les femmes de 10 à 24 ans. La déclinaison de ce travail au niveau régional met en évidence que pour toutes les régions de France métropolitaine continentale, on observe une chute nette des hospitalisations pour TS durant la période du premier confinement. Cette chute est significative dans la majorité des régions sauf pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les incidences ont ensuite augmenté progressivement durant l'inter-confinement puis durant le deuxième confinement pour devenir significativement supérieures aux taux observés en 2017-2019 lors de la phase de post-confinement (sauf en Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine). Cette tendance, observée dans toutes les régions métropolitaines continentales, va dans le sens de l'alerte donnée par les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Concernant la Corse, le nombre d'hospitalisations apparaît insuffisant pour mettre en évidence des variations significatives comparées au taux d'incidence des années précédentes sur ce sous-groupe des populations régionales (Figure 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 Normandie, comme dans la plupart des régions métropolitaines, on observe une baisse significative du taux d'hospitalisations pour TS lors du 1^{er} confinement chez les filles/femmes de 10 à 24 ans. Cet indicateur augmente ensuite progressivement pendant les phases suivantes de l'épidémie de COVID-19.

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



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

Données issues du CépiDC

En 2017, 523 personnes résidant en Normandie se sont suicidées. Avec un taux standardisé de 17,6 suicides pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, la Normandie se situait parmi les régions présentant un taux supérieur au taux de la France métropolitaine (14,4 pour 100 000 habitants). La majorité des décès par suicide concernait des hommes (74,4 % ; n = 389). Chez les hommes, le taux de suicide était supérieur à celui de la France métropolitaine (27,5 pour 100 000 vs 22,5 pour 100 000 hommes en France métropolitaine). Il en était de même chez les femmes (8,6 vs 6,9 pour 100 000 femmes en France métropolitaine) (Figure 15).

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 27,8 à 17,6 pour 100 000 habitants. Une tendance à la baisse s'observait également selon le sexe : cette diminution s'observait chez les hommes (27,5 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2017 vs 45,6 en 2000) comme chez les femmes (8,6 décès par suicide pour 100 000 femmes en 2017 vs 12,5 en 2000) (Figure 15).

L'analyse temporelle par classe d'âge montrait une diminution des taux de mortalité pour toutes les classes d'âge, excepté chez les 10-29 ans où ce taux restait stable et les 30-44 ans où le taux augmentait (Figure 16). La classe d'âge des 75 ans et plus présentait des taux de mortalité nettement plus élevés sur toute la période 2000-2017, tandis que celle des 10-29 ans présentait les taux les plus faibles.

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

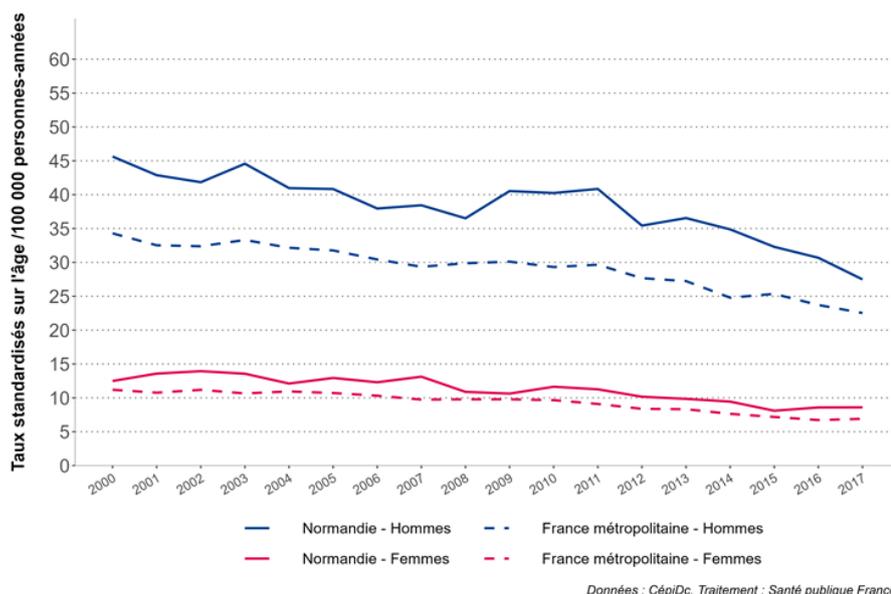
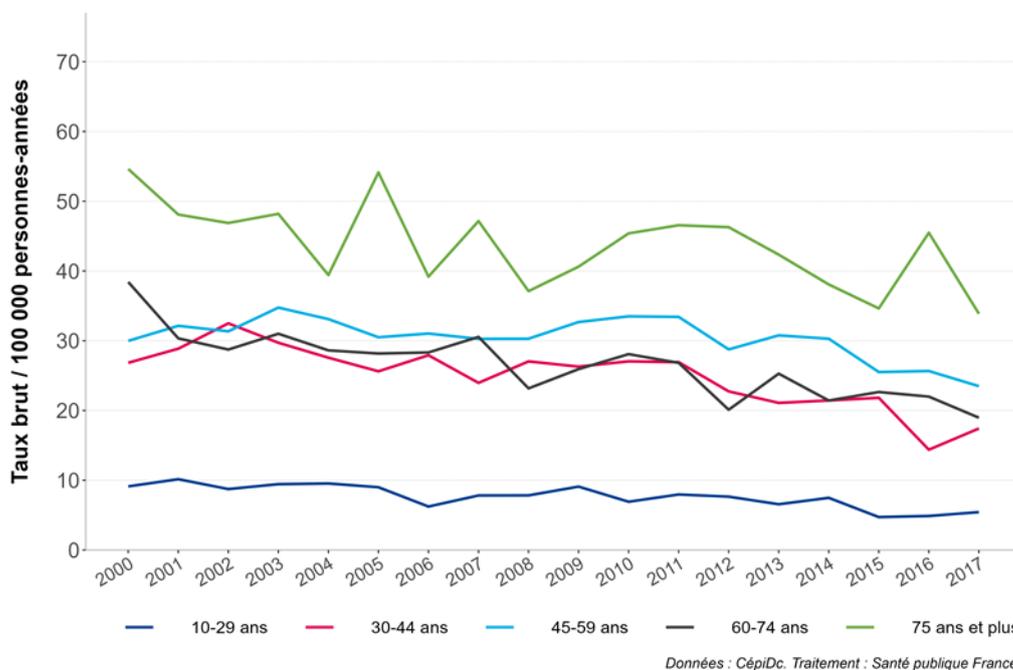


Figure 16 : Taux annuels de mortalité par suicide par classe d'âge (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), Normandie, 2000-2017



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 2015-2017, les suicides ont représenté 1,7 % (n = 1 670) des décès toutes causes confondues en Normandie. Au niveau national (France entière), les suicides ont représenté 1,5 % (n = 26 040) des décès toutes causes confondues.

Chez les hommes, la part des suicides dans la mortalité toutes causes s'élevait à 2,6 % (n = 1 279) dans la région contre 2,2 % (n = 19 811) au niveau national (France entière). Chez les femmes, elle était plus de 3 fois inférieure à celle des hommes : 0,8% (n = 391) comme au niveau national (0,7 % soit n = 6 229 pour la France entière).

Des disparités s'observaient selon l'âge et le sexe : la part des suicides dans la mortalité était plus importante chez les 10-19 ans (16,4 %) et chez les 30-39 ans (17,5 %). Dans ces classes d'âge, la part du suicide dans la mortalité était plus importante chez les hommes (respectivement 16,5 % chez les 10-19 ans et 21,6 % chez les 30-39 ans) que chez les femmes (respectivement 16,1 % chez les 10-19 ans et 8,6 % chez les 30-39 ans).

Chez les plus âgés (80 ans et plus), les suicides représentaient 0,5 % des décès (vs 0,3 % soit n = 3 585 pour la France entière).

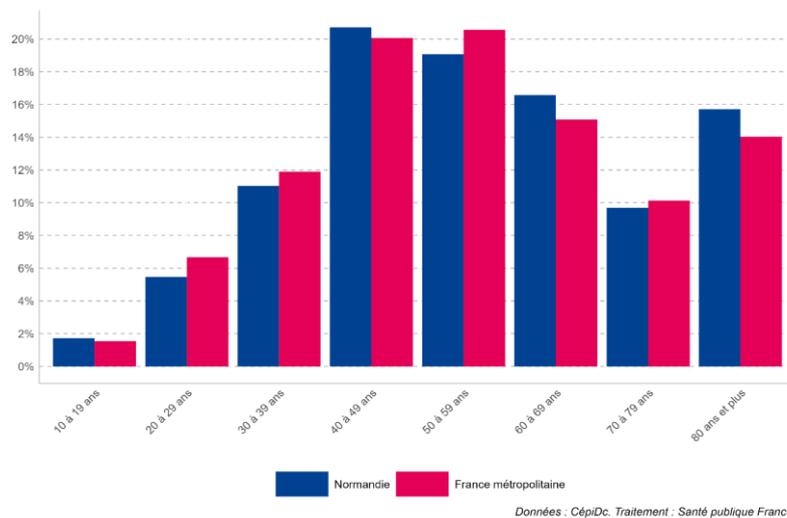
Répartition des décès par suicide selon l'âge et selon le sexe 2015-2017

En Normandie, sur la période 2015 à 2017, les hommes représentaient 76,6 % (n = 1 279) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

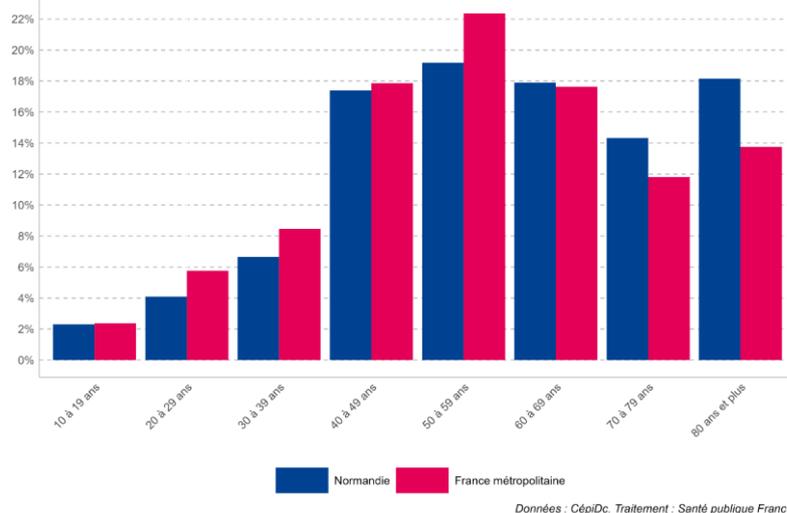
Chez les hommes, la répartition par âge des décès par suicide montrait une prédominance des classes d'âge suivantes : les 40-49 ans (20,7 % des suicides) , les 50-59 ans (19,1 %) et les 60-69 ans (16,6 %). Chez les femmes, les classes d'âge prédominantes étaient les 50-59 ans (19,2 %), les 80 ans et plus (18,2 %) et les 60-69 ans (17,9 %). Les jeunes de 10-19 ans représentaient une part faible des décès par suicide pour les deux sexes (1,7 à 2,3 %). La Normandie se distinguait par une part importante des suicides observée chez les 80 ans et plus chez les hommes comme chez les femmes, comparativement à la France métropolitaine (respectivement 15,7 % chez les hommes et 18,2 % chez les femmes) (Figure 17).

Figure 17 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge décennale et par sexe (%) en Normandie et en France métropolitaine, 2015-2017 (n=1 670)

17.a. Chez les Hommes



17.b. Chez les Femmes



• Modes de suicide, 2015-2017

Comme au niveau de la France métropolitaine, le premier mode de suicide enregistré en Normandie était la pendaison (68,6 % en région, 57,2 % pour la France métropolitaine), et ce, pour les deux sexes. Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (11,6 %), lequel était rare chez les femmes (1,0 %). Chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (19,4 %). 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 10,0 %, 4,3 % et 3,1 %) que chez les hommes (respectivement 3,8 %, 1,5 % et 1,4 %) (Tableau 5).

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

Mode de suicide	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Pendaison	1146	68,6	53,2	73,3
Arme à feu	152	9,1	1,0	11,6
Auto-intoxication médicamenteuse	130	7,8	19,4	4,2
Saut dans le vide	87	5,2	10,0	3,8
Noyade	36	2,2	4,3	1,5
Auto-intoxication par d'autres produits	30	1,8	3,1	1,4
Collision intentionnelle	15	0,9	1,5	0,7
Objet tranchant	9	0,5		
Exposition aux fumées, gaz ou flammes				
Mode non précisé	163	9,8	11,8	9,1

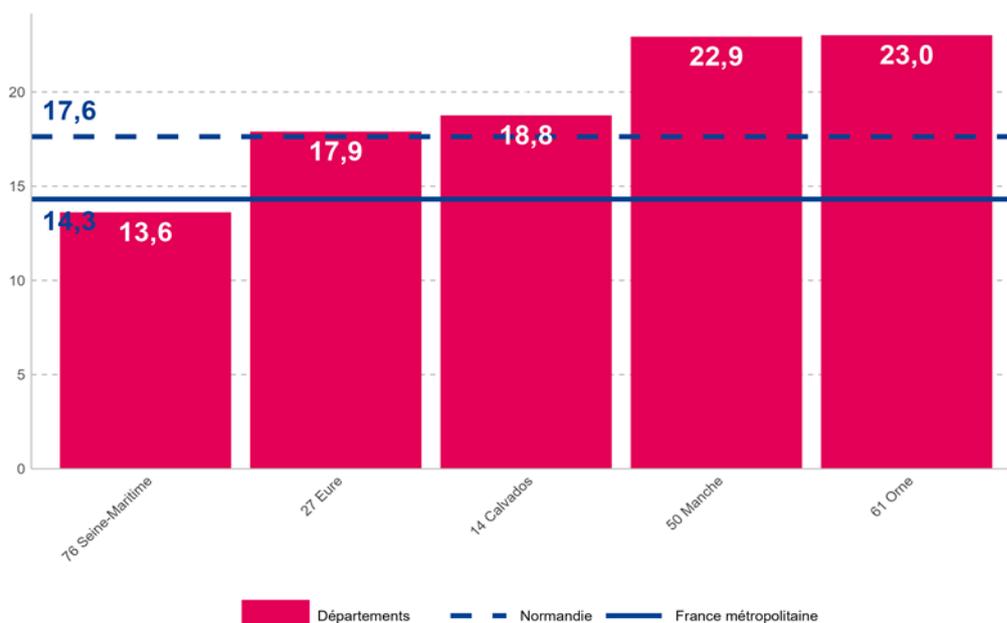
Note : Les modes ne sont pas exclusifs.
Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

• Taux départementaux de mortalité par suicide, 2015-2017

En 2017, les taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge chez les personnes résidentes âgées de plus de 10 ans, différaient selon le département. Au sein de la région Normandie, quatre départements présentaient des taux de mortalité par suicide supérieurs au taux régional : Eure, Calvados, Manche, Orne (Figure 18). Par ailleurs, pour les hommes, les départements de la Manche et de l'Orne avec des taux respectivement de 40,7 / 100 000 et 37,7 / 100 000 habitants, se situaient aux 3^e et 7^e rang des taux départementaux les plus élevés chez l'homme. Dans la Manche, le taux de suicide chez les hommes était 4 fois plus élevé que chez les femmes. Pour les femmes, le département de l'Orne présentant un taux de mortalité de 10,9 / 100 000 habitants, se situait au 4^e rang des taux départementaux les plus élevés chez les femmes (cf. figure 19).

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 importante³, 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. En Normandie, la Seine-Maritime présentait un taux de mortalité par suicide inférieur aux taux national et régional. Il n'est pas possible d'estimer si cette sous-mortalité est réelle ou induite par une sous-déclaration.

Figure 18 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, Normandie, 2017



Données : CépiDC. Traitement : Santé publique France.

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

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

Dans la majorité des régions de France métropolitaine, les taux départementaux annuels moyens de mortalité par suicide sur la période 2015-2017 apparaissaient assez hétérogènes au sein d'une région, notamment pour les hommes. Chez les hommes, ces taux de mortalité départementaux variaient de 5,27 pour 100 000 hommes (Paris) à 45,20 pour 100 000 hommes (Côtes-d'Armor) et chez les femmes de 2,6 pour 100 000 femmes (Rhône) à 13,9 pour 100 000 femmes (Sarthe). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes était au moins 2 fois plus élevé que chez les femmes dans 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).

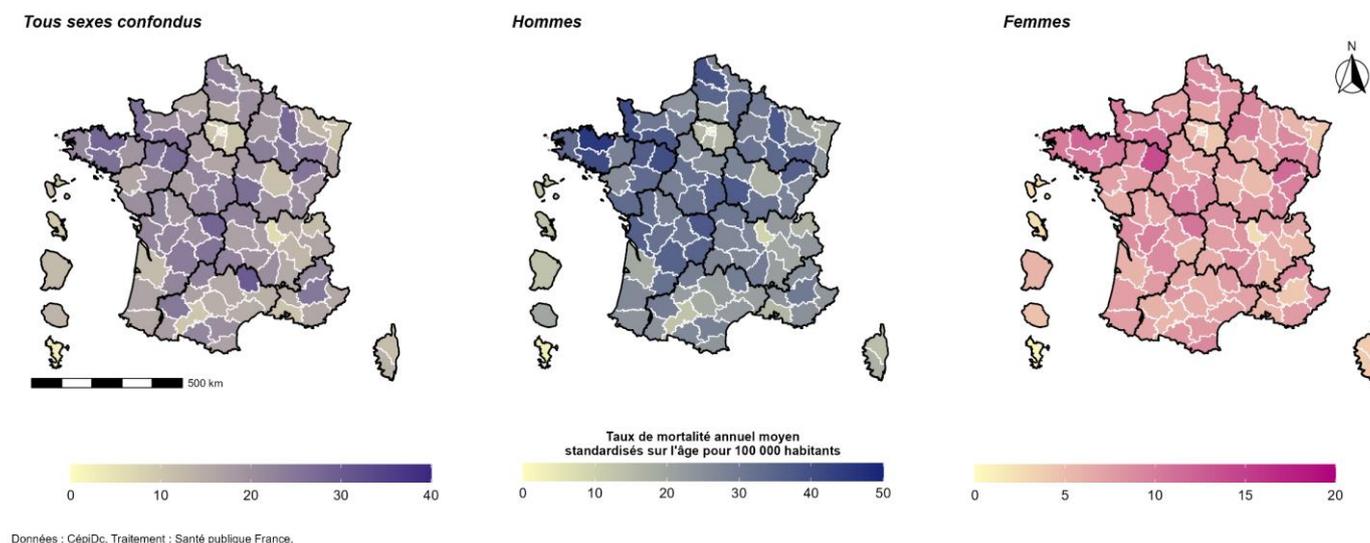
Les taux de mortalité par suicide les plus faibles étaient retrouvés en Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) et dans le Rhône tant pour les hommes (taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000 habitants) que pour les femmes (taux de mortalité inférieurs à 3 pour 100 000 habitants). 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 taux faible 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 parmi les plus faibles de France métropolitaine pour les hommes et les femmes. La mortalité par suicide était 4 à 5 fois plus élevée chez les hommes dans tous les DROM sauf en Guyane. Les taux de mortalité par suicide variaient chez les hommes de 2,2 pour 100 000 à 19,7 pour 100 000 habitants, et chez les femmes de 0,4 pour 100 000 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 (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge par département, tous sexes confondus et par sexe, France entière, 2015-2017



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

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

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

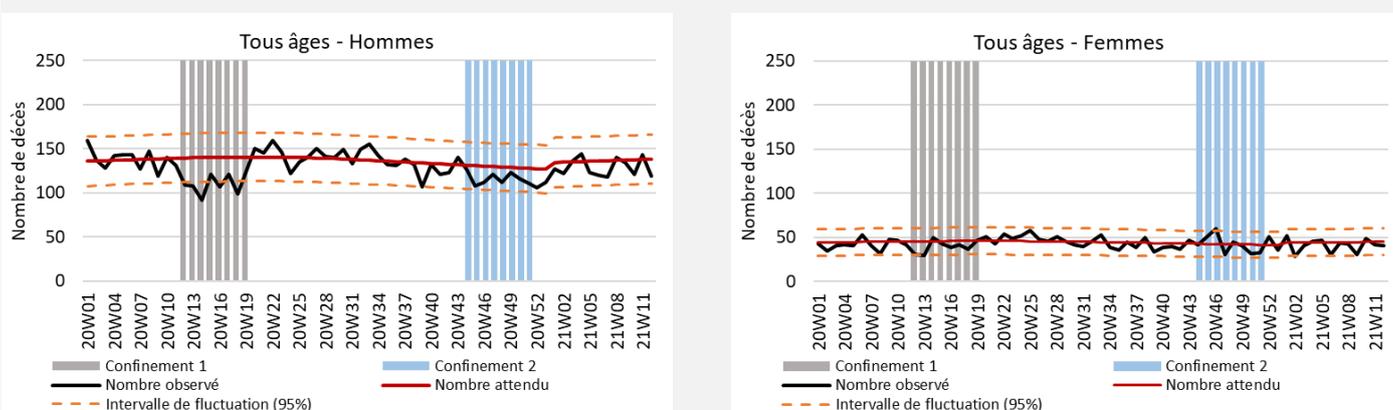
Une étude basée sur les certificats de décès a permis de suivre l'évolution temporelle des suicides de janvier 2020 à mars 2021 lors de la pandémie de COVID-19 en France. Le processus complet de codage des causes médicales de décès suivant les recommandations de la classification internationale des maladies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

• Principaux résultats en France

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

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

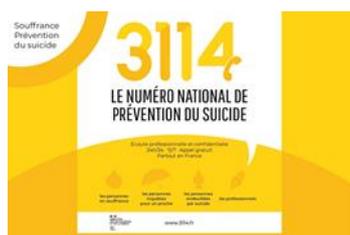
Figure 20 - Nombres de décès par suicide observés et attendus et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe, de S01-2020 à S12-2021, France entière



• Perspectives pour une surveillance réactive

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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LA RÉGION NORMANDIE



Le Numéro National de Prévention du Suicide. 3114

Auteure : Madame Marie-Noëlle Leplomb, psychologue et coordinatrice du 3114 au CH Rouvray en Normandie

PRÉSENTATION

Annoncé lors des Assises de la Santé mentale et de la psychiatrie, le Numéro National de Prévention du Suicide est entré en fonctionnement le vendredi 1er octobre 2021. Ce numéro est gratuit, confidentiel et accessible à tous 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, depuis tout le territoire national. Cette ligne d'appel nationale constitue une réponse essentielle à l'enjeu de l'accès et du maintien du lien avec le système de soins des personnes en souffrance.

Ce nouveau service est assuré par des professionnels de soins (infirmiers, psychologues et médecins psychiatres) spécifiquement formés pour assurer des missions d'écoute, d'évaluation, d'orientation et d'intervention, au sein de centres régionaux répondants situés dans les locaux du SAMU.

La ligne permet, sur l'ensemble du territoire et de manière immédiate, une prise en charge sanitaire des personnes ayant des idées suicidaires, depuis les premières idées de mort jusqu'au passage à l'acte de la crise suicidaire.

Elle est également au service des familles ou tiers, des personnes endeuillés par un suicide ainsi que des professionnels de santé désirant en savoir plus sur la prévention du suicide ou ayant besoin d'un avis spécialisé.

QUELQUES CHIFFRES AU NIVEAU NATIONAL



Appels reçus : appels ayant effectivement sonné dans un centre de réponse. Ils regroupent les appels décrochés et les appels abandonnés dans la file d'attente ou pas un répondant. Ils excluent les appels abandonnés avant d'avoir pu être distribués (durée < 5s).

Taux de réponses : nombre d'appels décrochés/nombre d'appels reçus x 100.

Dans le mois : sur la période courant du 18 novembre 2022 au 18 décembre 2022 inclus.

AU NIVEAU DU CENTRE RÉPONDANT DE ROUEN

Les graphiques 1 et 2 présentent les nombres d'appels reçus par centres* ou selon le territoire d'attribution de l'appel**. Les écarts entre ces chiffres d'appels s'expliquent par les faits que :

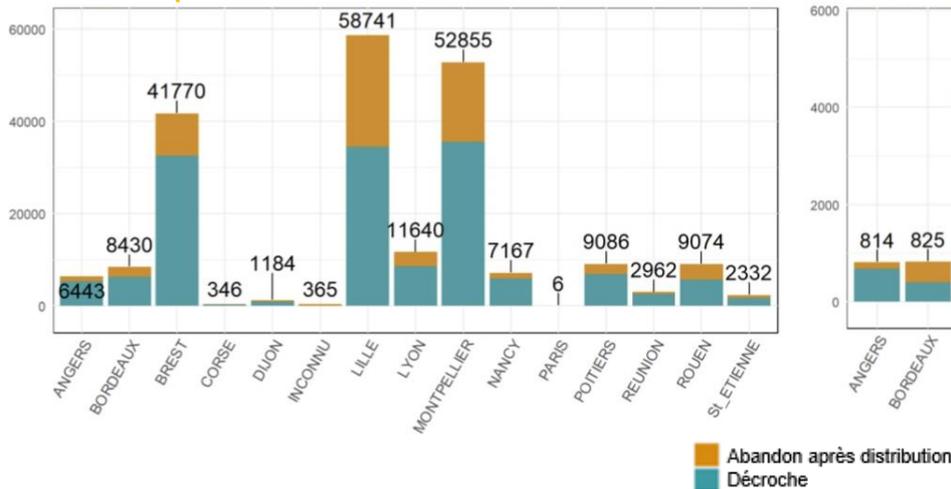
- d'une part, bien que le centre soit ouvert sept jours sur sept, il l'est 12h/jour (9h-21h), les appels reçus pendant les heures de fermeture sont transférés au centre de Brest ;
- d'autre part, jusqu'à décembre 2022, une seule ligne téléphonique était ouverte à Rouen, sur les deux lignes initialement prévues.

La deuxième ligne a été ouverte à temps partiel en décembre 2022, elle sera ouverte du lundi au vendredi à partir du 1^{er} février 2023, puis sept jours sur sept à compter du 1^{er} mars 2023.

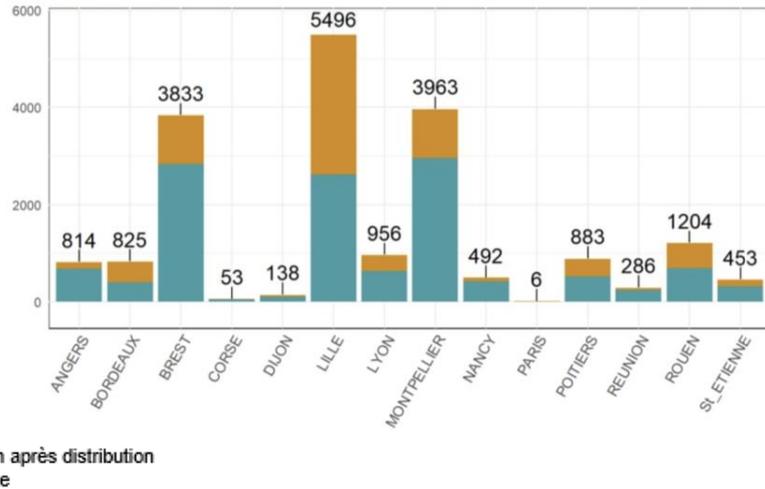
Dans le cadre des interventions, les envois de moyens en terme de secours sont aux alentours de 12 %.

Graphique 1. Nombre d'appels reçus par centre*, au 18 décembre 2022

Total depuis l'ouverture du 3114

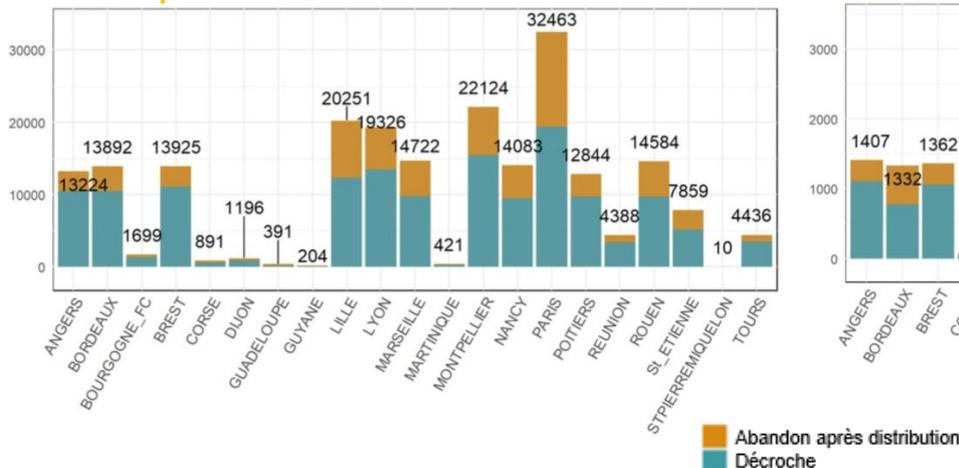


Sur 1 mois : du 18 novembre au 18 décembre 2022

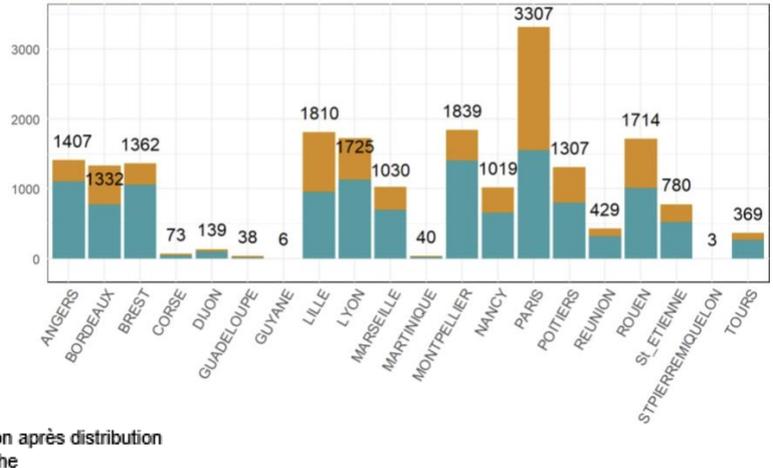


Graphique 2. Nombre d'appels reçus par origine**, au 18 décembre 2022

Total depuis l'ouverture du 3114



Sur 1 mois : du 18 novembre au 18 décembre 2022



* Sont représentés les nombres d'appels reçus par chaque centre depuis l'ouverture du 3114 ou du 18 novembre au 18 décembre 2022 inclus. Les chiffres apparaissant au dessus des colonnes correspondent aux nombre totaux d'appels reçus dans chaque centre.

** Sont représentés les nombres d'appels reçus depuis chaque territoire d'attribution des centres de réponses depuis l'ouverture du 3114 ou du 18 novembre au 18 décembre 2022 inclus. Les chiffres apparaissant au dessus des colonnes correspondent aux nombre totaux d'appels reçus depuis chaque territoire d'attribution.

TÉMOIGNAGE SUR LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS DURANT LA PANDÉMIE EN NORMANDIE

Une crise sanitaire aux conséquences toujours importantes fin 2022

Auteur : Dr Alain Fuseau, pédopsychiatre et Président de la CME du Groupe Hospitalier du Havre, responsable de la Maison de l'Adolescent du Havre

La maison de l'Adolescent (MdA) est un dispositif d'accueil et de soins pour adolescents âgés de 12 à 20 ans résidant sur le territoire havrais. Ouverte depuis 23 ans, elle a vu au fil des années son activité croître régulièrement, de 3% à 5% de file active supplémentaire par an (2.153 en 2019).

Il est devenu banal de souligner combien la crise sanitaire et les dispositifs mis en place pour la juguler, en particulier les différents modes de confinement, ont eu des conséquences majeures sur la santé psychique des français et tout particulièrement des adolescents. Presque trois années après, nous mesurons combien ces effets ont été dévastateurs et nous en payons encore aujourd'hui les conséquences...

A la lueur de notre pratique, 3 périodes distinctes nous semblent devoir être considérées :

- La première s'étend de mars à septembre 2020. Elle couvre donc le confinement strict, l'été et la rentrée scolaire;
- La deuxième s'étend d'octobre 2020 à l'été 2021;
- La troisième est encore active et correspond en quelque sorte à une « installation dans la durée » des signes de souffrance psychique.

Mars 2020 : l'explosion des contaminations au covid19 et le confinement quasi-total qui s'en suit survient comme un couperet dans une activité clinique d'accueil et d'accompagnement des adolescents très réglée.

Presque du jour au lendemain, l'activité se réduit à son plus strict minimum. Les adolescents sont confinés avec le reste de leur famille, ils ne se déplacent plus, sauf urgence majeure. Les professionnels de la MDA réduisent leur activité. Très vite, à notre grande surprise, les signes de souffrance adolescente s'estompent. Malgré des modes de sollicitation possibles via le téléphone, puis la visio, et toujours la possibilité du présentiel en cas d'urgence, nous sommes de moins en moins interpellés. Durant toute la période du confinement strict, soit jusqu'à la fin mai, peu d'adolescents franchiront notre porte. Certes, quelques situations gravissimes arrivent jusqu'à nous, généralement des situations de violences intrafamiliales, de jeunes sous mandat de la protection de l'enfance mais retournés chez eux pendant cette période. Le constat est finalement simple : peu de situations de crise, peu d'interpellations, mais lorsque nous sommes sollicités, cela peut s'avérer gravissime (violence, tentatives de suicide graves, voire suicide réalisé). On observe la même chose dans les services de pédiatrie ou le flux des adolescents faiblit. A noter que les unités de psychiatrie, elles aussi confinées, peuvent être l'objet de violences non négligeables, le confinement venant redoubler l'isolement psychique de ces patients, et singulièrement des adolescents hospitalisés. Même l'extérieur de l'hôpital ne semble pas représenter, pour ceux-ci, une échappatoire : enfermés dedans, enfermés dehors...

Alors que nous nous attendons à un flux important d'activité à la levée du confinement, celui-ci n'apparaît pas. La fin de l'année scolaire, certes réalisée dans des conditions pour le moins atypiques, ne nous ramène pas son lot habituel de décompensations psychiques. L'été 2020 se passe dans un calme inhabituel ; la rentrée scolaire de septembre 2020 aussi.

Au total cette période est un moment de calme étonnant, comme nous n'en avons jamais connu : seuls surnagent des situations de grande violence, des passages à l'acte suicidaire spectaculaires et létaux pour certains mais quantitativement rares. Les institutions de la protection de l'enfance traversent elles aussi une période de calme inusité même si, en tous les cas sur le territoire havrais, nous verrons augmenter sensiblement le taux de placement direct par le juge, signe de quelques situations gravissimes au domicile familial.

Octobre 2020 signe la fin de ce calme relatif. En quelques semaines, l'ensemble des clignotants passent au rouge : afflux aux urgences, en hospitalisation en particulier en pédiatrie, demandes pressantes de consultations. Les symptomatologies semblent évoluer avec une augmentation sensible des idéations suicidaires, souvent au premier plan. Certes, les passages à l'acte augmentent aussi mais il est remarquable de souligner combien les adolescents ont semblé « profiter » de ce moment particulier, la sortie de la crise covid, pour verbaliser des idées suicidaires. Idées suicidaires si nombreuses, si violentes quelquefois, qu'on peut d'ailleurs s'interroger pour savoir si elles sont la conséquence de la crise sanitaire ou si la crise sanitaire n'a pas plutôt été révélatrice d'idées suicidaires préexistantes. Une chose est certaine, le nombre d'hospitalisations pour idéations suicidaires, et pas seulement pour tentatives de suicide, a été remarquablement élevé tout au long de l'année 2021. Ne faut-il pas finalement s'en féliciter si enfin nous devenons un peu en capacité de faire de la prévention, certes secondaire, à l'hôpital et pas uniquement du soin après passage à l'acte...

On note aussi une hausse des troubles du comportement alimentaire et des refus scolaires anxieux qui resurgissent de façon majeure. Le confinement est en effet venu déstabiliser des élèves déjà fragiles, avec un passé d'absentéisme scolaire. Passé la période de confinement, véritable soulagement pour ces adolescents, le symptôme est revenu de manière forte, souvent accentué par l'isolement forcé (mais considéré comme salvateur par certains) du confinement. A ces adolescents au parcours scolaire déjà complexe sont venus s'ajouter des adolescents qui jusque-là n'avaient eu aucune difficulté à fréquenter l'école ou l'université. Mais la brutalité de l'arrêt en mars 2020 a décompensé un certain nombre de situations ; certains ne réussiront jamais à reprendre le chemin de la scolarité. Au Havre, lieu d'études de nombreux étudiants étrangers, nombreux sont ceux qui ne pourront pas reprendre le chemin de la faculté, vaincus par le double isolement : celui du confinement et celui leur interdisant de rejoindre leur famille, loin de tout.

Toute l'année scolaire 2020-2021 sera ainsi marquée par la même dynamique : suicidalité en hausse, demande de soins nombreuses, hospitalisations en cascade en particulier dans les services de pédiatrie...

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 à la surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), de janvier 2017 à juin 2022 (à établissements non constants), mise en œuvre et coordonnée par Santé publique France. Les indicateurs analysés ont été construits à partir des diagnostics médicaux (principal ou associé) codés par les médecins urgentistes. Dans la région, le réseau repose sur 47 structures d'urgences et couvre environ 98 % des passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#). Si la couverture régionale est exhaustive, la complétude de codage des diagnostics principaux et associés s'est considérablement améliorée. En 2022, on estimait à 81,5 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la Normandie.

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® en Normandie, 2022.

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Calvados	10/10 (100 %)	89,5
Eure	9/9 (100 %)	41,9
Manche	7/7 (100 %)	94,4
Orne	7/7 (100 %)	93,9
Seine-Maritime	14/14 (100 %)	86,2
Normandie	47/47 (100 %)	81,5

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

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

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

Précisions méthodologiques

• Codage et définitions

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

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

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

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

• Population étudiée et échelon d'analyse

- Seules les personnes de 11 ans et plus et venant aux urgences d'un établissement de santé de la région sont considérées dans l'analyse des passages aux urgences ;
- Seules les personnes de 10 ans et plus et les personnes résidant dans la région d'analyse sont considérées dans l'analyse PMSI-MCO ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour. Les séjours sont sélectionnés sur la date de sortie et les séjours sans identifiant sont comptabilisés. Les TS ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item ;
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide étant donné la sous-déclaration connue ;
- Les taux bruts de mortalité et d'hospitalisations ont été calculés à partir des données de populations personnes-années. Pour les titres et légendes des graphiques, les dénominateurs sont dénommés « habitants » par souci 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., 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 NORMANDIE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Nahida Atiki¹ et Delphine Casamatta¹, Francis Chin², Noémie Fortin¹, Anne Fouillet², Dominique Jeannel¹, Quiterie Mano¹, Laure Meurice¹, Pauline Morel¹, Jean-Rodrigue Ndong¹, Annie-Claude Paty¹, Philippe Pirard³, Hélène Prouvost¹, Jonathan Roux¹, Michel Vernay¹, Jenifer Yai¹

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 Mélanie Martel,

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

Relecture : Mélanie Martel, responsable de la cellule régionale Normandie, Anne Laporte, Directrice ; Patrick Rolland, Coordonnateur de l'animation scientifique (DiRe)

Avec la contribution de : Marie-Noëlle Leplomb (coordinatrice du 3114), Dr Alain Fuseau (pédopsychiatre, président de la CME, responsable de la Maison des Adolescents au Havre)

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 coordinateurs du réseau Vigilans
- Les ARS, SAMU-Centre 15, Insee, Inserm, CépiDC, Etablissements de santé, CNAM

CONTACT

Santé publique France Normandie : cire-normandie@santepubliquefrance.fr