

SYNTHÈSE

Valentin Berthou, Aristide Boulch, Monique Carrière, Hadrien Guichard,
Jean-Baptiste Hazo, Adrien Papuchon, Charline Sterchele et Valérie Ulrich (DREES)

Dès les premières semaines de la pandémie de Covid-19, certains experts de la prévention du suicide se sont inquiétés d'une possible augmentation des conduites suicidaires à court terme ou plus long terme, sous l'effet de la pandémie elle-même et de certaines consignes sanitaires émises pour limiter son expansion. De fait, les mesures de confinement, la limitation des déplacements et des activités, la fermeture de nombreux lieux, ainsi que l'engorgement du système de soins et plus globalement le contexte sanitaire et social ont alimenté de multiples facteurs de risque : isolement, rupture de prise en charge des troubles psychiques, dégradation de la santé physique et psychologique, sédentarité subie, incertitude, sentiment d'insécurité, violences intrafamiliales, confinement dans des logements de faible surface, augmentation de la consommation d'alcool, perte d'emploi ou – au contraire – surcharge de travail, diminution ou perte de revenus, par exemple. Toutefois, les premières données collectées sur la situation française en 2020, confirmées par celles recueillies dans d'autres pays de niveau économique similaire, semblent avoir infirmé ces craintes, du moins celles concernant l'impact immédiat de l'épidémie sur les conduites suicidaires.

Malgré une hausse des symptômes d'anxiété, de dépression et des problèmes de sommeil identifiée dès les premières semaines de l'épidémie, les décès par suicide semblent avoir diminué pendant les épisodes de confinement de 2020¹. De même, par rapport à l'année précédente, les hospitalisations pour lésion auto-infligée diminuent pendant le confinement du printemps 2020 et au cours de l'été suivant. En revanche, à partir du deuxième trimestre de 2020, ce nombre augmente très sensiblement pour les adolescentes et jeunes femmes, *a contrario* du reste de la population. La diminution des hospitalisations pour geste suicidaire au premier semestre de 2020 interroge : comment expliquer cette baisse, même temporaire, alors que le contexte général est marqué par une nette dégradation de la santé mentale ?

La situation de péril collectif vécue en début de pandémie pourrait, au même titre que les guerres, avoir engendré un fort sentiment de cohésion sociale et celui d'être moins singulier et responsable de sa situation difficile, à certains égards protecteurs par rapport au risque de suicide. De façon inattendue, certains aspects des mesures de lutte contre l'épidémie ont aussi pu participer à une atténuation du risque suicidaire. Par exemple, au cours des périodes de confinement ou sous l'effet du chômage partiel, le temps passé avec les proches a augmenté pour beaucoup de Français : les parents ont, dans certains cas, été

1. Les décès par suicide en 2020 ont été codés grâce à un algorithme de recherche des termes exprimant le suicide dans les certificats de décès (fiche 1). Il faut donc faire preuve d'une certaine prudence en attendant les résultats définitifs, issus du codage habituel s'appuyant sur la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM10) de l'OMS.

plus disponibles pour leurs enfants et pour leurs adolescents ; le travail à distance, pour ceux qui étaient concernés, a parfois protégé de certains risques psychosociaux ; la diminution du temps de transport, enfin, a pu se traduire par une moindre fatigue pour une partie de la population. De plus, en lien direct avec la crise suicidaire, les épisodes de confinement ont été caractérisés par une plus grande surveillance des proches et par un moindre accès aux moyens létaux. Lors du premier confinement, certaines formes d'adversité et d'insécurité, grandes pourvoyeuses de détresse psychique, ont en outre baissé. Enfin, il faut saluer la poursuite, malgré la crise, des soins délivrés aux personnes déjà prises en charge pour des troubles psychiatriques (par des consultations à distance par exemple).

La santé mentale de la population dans son ensemble s'est donc dégradée rapidement dès le début du premier confinement, sans forcément se traduire par une hausse immédiate des conduites suicidaires. Ces tendances moyennes ne doivent cependant pas occulter les inégalités existantes dans les conditions et les vécus des épisodes de confinement. Tandis que certaines catégories de la population ont bénéficié de l'aide de leur entourage et de conditions de vie relativement peu stressantes, d'autres, notamment les travailleurs dits « de première ligne » et les personnes vivant dans des logements suroccupés ou de faible qualité ont, au contraire, connu un stress professionnel exacerbé, une peur accrue d'être contaminées et une dégradation globale de leurs conditions de vie. De plus, certains ont souffert d'être confinés seuls ou au contraire dans un environnement familial délétère, voire violent.

Ces évolutions doivent être interprétées dans le cadre d'une tendance générale à la baisse des conduites suicidaires, observable depuis les années 1980, et dont la persistance à l'issue de la pandémie reste à confirmer. La situation pourrait évoluer défavorablement en raison de la dégradation de l'état de santé mentale de la population et d'éventuelles conséquences négatives d'une crise sanitaire qui perdure, combinée à une situation socio-économique difficile. Les périodes de récession économique sont souvent accompagnées d'une hausse des conduites suicidaires, en particulier chez les hommes en âge de travailler², avec des conséquences à moyen terme qualifiées d'« effets rebonds ». Les résultats globaux peuvent aussi masquer des réalités différentes selon les sous-populations, avec notamment un accroissement des inégalités face au risque suicidaire déjà souligné par les premiers travaux publiés. Dans ce contexte, les personnes déjà vulnérables pourraient développer des conduites suicidaires plus importantes des suites de cette pandémie, dont les conséquences ont notamment frappé plus durement les jeunes, les femmes, les familles monoparentales et les personnes en situation de précarité.

2. Revue de littérature : crise de 2008 et suicide. Dans Observatoire national du suicide (ONS) (2014). *Suicide État des lieux des connaissances et perspectives de recherche – 1^{er} rapport*. Paris, France : DREES.

1. Les effets de la pandémie s'inscrivent dans une baisse tendancielle des conduites suicidaires

Une diminution des décès par suicide en France pendant les confinements de 2020

Dans le prolongement du dernier rapport de l'ONS, des travaux ont été engagés pour diminuer le délai nécessaire à la consolidation des données sur les causes de décès en France, actuellement de quatre ans (voir *infra*). Afin de mesurer plus rapidement les effets de la pandémie sur le nombre de décès par suicide en 2020, une expérimentation a été menée à partir d'un algorithme repérant les termes évoquant un suicide dans les certificats de décès. Elle conduit à estimer une baisse du nombre de suicides pendant les confinements par rapport à ce qu'aurait été la situation sans crise sanitaire (fiche 1). Ce résultat, qui ne corrobore pas les craintes initiales d'une hausse brutale des suicides provoquée par la crise sanitaire, devra être confirmé par les données définitives. Il s'agira également d'étudier si la crise sanitaire provoque une interruption ou un infléchissement de la tendance à la baisse du nombre de décès par suicide observée depuis le début des années 1990, ou si celle-ci se poursuit (fiche 14).

À ce sujet, une méta-analyse des différentes sources statistiques internationales disponibles en 2020 met en lumière une stabilité, voire une légère diminution du nombre de suicides dans les pays à niveau de vie élevé et intermédiaire durant la première année de la crise sanitaire par rapport aux niveaux prépandémiques (dossier 1, partie 1). Ces travaux révèlent une forte variabilité, également repérable dans le cas français, des taux de suicide en fonction de la phase de la crise³ (fiche 1). En revanche, la situation des pays à faible revenu reste plus difficile à évaluer, du fait d'appareils statistiques souvent moins développés.

Une baisse des gestes auto-infligés en 2020, en France et dans les pays à niveau de vie élevé ou moyen

À l'instar de l'évolution estimée des décès par suicide, les taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour geste auto-infligé en 2020 sont inférieurs à ceux de la période 2017-2019, surtout pour les personnes âgées de moins de 60 ans (fiche 3). Les admissions aux urgences pour geste suicidaire auraient également baissé lors de la première phase de l'épidémie – en particulier durant le premier confinement (fiche 2). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car ils peuvent masquer une augmentation de la part des gestes ne conduisant pas à l'hôpital (**encadré**).

3. Le présent rapport permet de renseigner l'impact des différentes phases de la crise sanitaire sur plusieurs autres dimensions du phénomène suicidaire : les passages aux urgences pour geste ou idée suicidaire et les actes médicaux de SOS Médecins pour angoisse ou état dépressif (fiche 2), les hospitalisations pour tentative de suicide (fiche 3), les appels aux centres antipoison pour tentative de suicide (fiche 4), les syndromes dépressifs dans la population générale (fiche 5) et chez les étudiants (fiche 11).

En tenant compte du taux d'hospitalisation ou de consultation externe pour lésion auto-infligée (automutilation, scarification et tentative de suicide), la grande majorité des études internationales montrent une baisse significative des actes médicaux liés à ces gestes, ce qui suggère une diminution des tentatives de suicide dans les pays à niveau de vie élevé et modéré (dossier 1). Cette diminution s'accompagne cependant d'une tendance à une sévérité accrue des actes suicidaires repérés, avec un recours plus important aux moyens les plus violents et une nécessité plus fréquente d'hospitalisation en soins intensifs identifiée en France et dans plusieurs autres pays, avec des dynamiques très différenciées selon l'âge et le sexe (fiche 3 et dossier 1).

Encadré – Une possible sous-estimation des décès par suicide et des tentatives de suicide pendant les phases aiguës de l'épidémie, notamment pendant les épisodes de confinement

Quoique souvent fondés sur des travaux concordants issus de sources distinctes et d'études réalisées dans des pays différents, les résultats portant sur les conséquences de la crise sanitaire sur les conduites suicidaires doivent être interprétés avec précaution en raison de la complexité et de la spécificité du contexte dans lequel la production des données a eu lieu.

Par exemple, le nombre de décès a pu être sous-estimé, y compris dans le cadre de l'expérimentation de suivi réactif (fiche 1), si davantage de personnes sont décédées chez elles du fait de la saturation des services d'urgence ou hospitaliers. En effet, la sous-déclaration du suicide comme motif de décès est jugée de moindre ampleur à l'hôpital qu'à domicile. La mesure de l'évolution des tentatives de suicide via celle du nombre d'hospitalisations pour ce motif peut aussi avoir été sous-estimée, si des personnes ayant effectué des tentatives de suicide ont renoncé à se présenter à l'hôpital ou si elles n'ont pas été hospitalisées y compris après un passage aux urgences. Cette hypothèse est confortée par la relative aggravation des tentatives de suicide repérées, ainsi que par l'évolution contradictoire observée entre les hospitalisations et les appels pour tentative de suicide.

La divergence entre l'évolution des indicateurs de santé mentale et ceux permettant habituellement le suivi des conduites suicidaires peut également s'expliquer par la temporalité propre à la trajectoire suicidaire des individus exposés à ce risque. En effet, la dégradation de l'état de santé mentale constitue une condition nécessaire mais non suffisante à l'inscription de l'individu dans le phénomène suicidaire.

Enfin, de manière plus générale, la pandémie, en tant que phénomène social systémique, en ce qu'elle touche toutes les sphères de la vie des personnes, a rendu l'investigation de la suicidalité et de la santé mentale plus difficile, en particulier dans les travaux ne pouvant pas s'appuyer sur des données pré-pandémiques (dossier 1).

Une hausse du recours aux urgences pour idée suicidaire, mais une baisse de la prévalence de ce type de symptôme en population générale

En 2020, contrairement aux admissions pour lésion auto-infligée, le recours aux urgences pour idée suicidaire a augmenté par rapport aux deux années précédentes, sauf pendant le premier confinement (fiche 2). Cette augmentation s'inscrit dans une hausse tendancielle antérieure à la pandémie, potentiellement liée à une amélioration du codage de ce type de symptôme lors du passage aux urgences. Cependant, elle n'est pas confirmée par le Baromètre santé de Santé publique France, qui repose sur une enquête déclarative en population générale et qui indique une baisse de la prévalence des pensées suicidaires en 2020 par rapport à 2017 et, plus encore, par rapport à 2014, sauf chez les personnes âgées de moins de 25 ans (fiche 7). Ces résultats apparemment contradictoires pourraient se comprendre comme une aggravation de la situation des personnes les plus exposées au risque suicidaire, malgré la poursuite du recul de la fréquence des idées suicidaires dans l'ensemble de la population.

Au-delà du cas français, les études publiées indiquent aussi des résultats plus hétérogènes à propos de l'évolution des idées suicidaires qu'au sujet des tentatives ou des décès par suicide. Cela est sans doute dû, d'une part, à la diversité des méthodes d'enquête et des contextes culturels et, d'autre part, à la fragilité méthodologique des publications parues au début de l'année 2020, souvent alarmistes et peu documentées (dossier 1).

La dégradation de la santé mentale pendant la crise sanitaire

Au-delà du sujet des conduites suicidaires, plusieurs indicateurs convergent pour signaler une dégradation de la santé mentale pendant la crise sanitaire. C'est particulièrement le cas pour l'anxiété, les syndromes dépressifs et la détresse psychologique (fiches 5 et 9). Un pic de syndromes dépressifs en population générale et d'actes médicaux de SOS Médecins pour état dépressif et pour angoisse est ainsi constaté lors du premier confinement (fiches 2 et 5).

Plusieurs enquêtes montrent, notamment en France, que la santé mentale s'est dégradée dès les deux premiers trimestres de 2020, avant de s'améliorer progressivement en milieu d'année. Ce résultat peut apparaître comme un signe de résilience face à la crise, mais il doit être nuancé. En effet, la prévalence de la souffrance psychologique est restée en moyenne plus élevée dans la deuxième partie de 2020 par rapport au début de la crise sanitaire. Par ailleurs, ces tendances masquent des disparités sociales importantes.

Trois dimensions de la crise ont pu affecter la santé mentale : la baisse du lien social consécutive au bouleversement des activités sociales et professionnelles quotidiennes, qui a engendré une hausse de l'isolement social et une déstructuration des routines collectives ; le repli sur la sphère familiale avec, dans certains cas, une augmentation du stress, de l'anxiété et du risque de violence intrafamiliale ; la peur de la contamination, le sentiment d'incertitude et la crainte de la crise post-pandémique. Ces situations de stress émotionnel ont aussi pu être attisées par la perte d'un proche victime du Covid-19 et, le cas échéant, par

l'impossibilité de faire son deuil – entendu comme rituel social structurant –, les procédures funéraires ayant fait l'objet d'adaptations face à la propagation du virus.

Ces éléments convergent avec les enseignements issus des lignes d'écoute et des associations de prévention du suicide, tant du point de vue de l'augmentation très significative du nombre d'appels, notamment au cours des épisodes de confinement, que du point de vue des motifs évoqués par les appelants (anxiété liée au virus, violence intrafamiliale, isolement, conduites addictives, par exemple) [fiche 12]. La prévention du suicide et les mesures pour améliorer la santé mentale ont d'ailleurs fait l'objet d'adaptations, dans le contexte de crise sanitaire, pour répondre aux nouveaux besoins constatés. Notamment, le nombre d'écoutants a été multiplié, et un numéro national de prévention du suicide a été mis en place (fiche 13 et 16).

Le résultat le plus robuste empiriquement et le plus alarmant socialement de cette série de travaux sur l'évolution de la santé mentale et du risque suicidaire reste la considérable détérioration de la situation des jeunes – principalement des jeunes femmes et des adolescentes – durant la pandémie à partir de la fin 2020-début 2021, qui se maintient au-delà des phases les plus aiguës de la crise sanitaire (fiches 6 et 9).

2. Une forte hausse du risque suicidaire chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes

Des atteintes importantes de la santé mentale chez les jeunes et chez les étudiants

Les travaux académiques publiés en 2020 et au premier semestre de 2021 abordant la question du phénomène suicidaire chez les jeunes pendant la pandémie font état d'une baisse des hospitalisations pour des actes auto-infligés pendant les premiers mois de la pandémie, combinée à une forte hausse des pensées suicidaires (dossier 1, parties 3 et 4). Ces travaux rappellent que les jeunes et les étudiants sont plus susceptibles de développer des idées morbides et suicidaires que les autres classes d'âge (fiches 8 et 10). Par exemple, la moitié des étudiants déclarent avoir souffert de niveaux modérés de dépression ou d'anxiété au début de la crise, et un tiers d'une forme sévère.

La vulnérabilité des jeunes a été aggravée par la pandémie. Leur santé mentale a été brutalement affectée dès le début de la crise, souvent sous l'effet du choc causé par la mise en place des confinements, qui ont par exemple coupé les étudiants de leurs soutiens sociaux, institutionnels, amicaux et affectifs. L'impact particulièrement marqué, chez les jeunes, des mesures de restriction rappelle le rôle très structurant de l'environnement social dans leur construction personnelle. Certains espaces de sociabilité importants pour beaucoup d'entre eux (universités, restaurants universitaires, bars, par exemple) ont été relativement plus impactés que d'autres espaces davantage dédiés aux autres classes d'âge. L'isolement individuel ou l'éloignement avec la famille ont par ailleurs pu mettre leur santé mentale en danger. D'autres facteurs peuvent être convoqués pour expliquer le développement plus important

du mal-être chez les jeunes : la peur de la transmission du virus à leurs proches, la plus grande précarité économique et la mise en péril de l'emploi étudiant, la déstabilisation des cursus étudiants et l'incertitude accrue de la valorisation des diplômes sur le marché du travail.

La relative stabilité des indicateurs de conduite suicidaire en population générale masque aussi, en France, une dégradation de la situation des plus jeunes. L'augmentation du nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire, pour idée suicidaire ou pour trouble de l'humeur est ainsi nettement supérieure à la moyenne chez les collégiens et chez les lycéens (fiche 2). La santé mentale des jeunes femmes a été particulièrement affectée par le premier confinement, avec une hausse des syndromes dépressifs, qui n'ont pas retrouvé les niveaux antérieurs à la pandémie une fois passées ses phases les plus aiguës, et avec une forte augmentation des hospitalisations pour lésion auto-infligée après le second confinement (fiche 3). De même, la forte augmentation des appels aux centres antipoison pour tentative de suicide en 2021 repose essentiellement sur la hausse importante des appels concernant les jeunes femmes âgées de 12 à 24 ans, dont la moyenne annuelle de 2021 est supérieure de moitié à celle des trois années précédentes (fiche 4).

Les vulnérabilités des enfants et des adolescents révélées et accentuées par la crise du Covid-19

En dépit de difficultés plus importantes rencontrées par les chercheurs pour construire des enquêtes sur les mineurs, le constat général des travaux sur le sujet demeure celui d'une très probable augmentation des troubles mentaux pour cette population (dossier 1, partie 4). La pandémie a ainsi révélé des taux de dépression et d'anxiété supérieurs aux chiffres habituels et pouvant favoriser des comportements d'automutilation et des conduites suicidaires. Comme pour les jeunes et les étudiants, l'atteinte à la santé mentale des enfants et des adolescents est particulièrement liée aux contextes de restriction, synonymes d'isolement, ainsi qu'aux facteurs démographiques (âge, sexe et statut socio-économique) ou socio-environnementaux (ampleur des restrictions scolaires, sévérité de la pandémie, contexte culturel, etc.).

Qu'il s'agisse des mineurs, des adolescents ou des jeunes adultes, les travaux scientifiques montrent des taux d'atteinte à la santé mentale particulièrement forts dès le début de la crise sanitaire en 2020, avec des pics pendant les épisodes de confinement, suivis d'un reflux au cours de la deuxième partie de l'année. Cependant, les derniers résultats disponibles – fin 2021 ou début 2022, selon les indicateurs – montrent que la situation reste dégradée par rapport à la période prépandémique, laissant ouverte la possibilité d'une hausse ultérieure des conduites suicidaires. Le risque demeure d'autant plus préoccupant que les experts de l'ONS témoignent d'une tension institutionnelle préexistante dans l'offre de soins en pédopsychiatrie. Le secteur est en effet en grande difficulté pour répondre à une hausse de la demande de soins chez les enfants et chez les adolescents.

Dans ce contexte, la recherche institutionnelle consacre deux enquêtes à la santé mentale des enfants. L'enquête EpiCov (DREES-Inserm) a collecté, en juillet 2021, des données sur les aptitudes, les difficultés psychosociales et les recours aux soins de santé mentale de vingt mille enfants et adolescents âgés de 4 à 17 ans, en interrogeant l'un de leurs parents. Santé publique France a pour sa part lancé les enquêtes Enabee, dont la première édition a eu lieu en 2022. Ces enquêtes viendront régulièrement interroger enseignants, enfants et parents sur la santé mentale d'un échantillon représentatif d'enfants scolarisés en maternelle et en primaire.

Une question posée avant la pandémie et encore sans réponse claire est celle d'un effet générationnel, avec une jeunesse éventuellement plus sensible au stress que les générations précédentes ou plus encline à parler de son mal-être, dans un contexte d'évolution des outils de mesure.

3. Penser et construire de nouvelles modalités de prévention du suicide chez les jeunes

L'actualité liée à l'épidémie de Covid-19 a confirmé la fragilité de nombreux jeunes et les enseignements de quatre recherches, financées par l'ONS, émergent au moment où le bilan de la crise commence à pouvoir être dressé. Ils sont d'ailleurs corroborés par d'autres travaux. C'est le cas notamment des recommandations de bonnes pratiques identifiées par la Haute Autorité de santé (HAS), dont la fiche synthétique est présente dans ce rapport (dossier 2), qui propose d'adopter une approche plus systémique, globale et proactive pour la prévention. Ainsi, en maillant de façon plus resserrée les structures, les personnes ressources et les informations, il serait possible de créer des « chaînes de prévention » plus efficaces pour prévenir les conduites suicidaires chez les enfants et chez les adolescents.

Les quatre recherches financées par l'ONS pour mieux comprendre le phénomène suicidaire chez les jeunes et améliorer les capacités de prévention des politiques publiques (dossier 2) ont en commun d'appréhender la souffrance psychique des jeunes non plus en matière de facteurs de risque, mais plutôt du point de vue de leurs trajectoires et de leurs contextes de vie.

La première recherche se penche sur les différentes ressources mobilisées par les adolescents au cours de leur parcours suicidaire et sur celles qui leur ont manqué. Ce parcours est, dans de nombreux cas, marqué par un grand nombre de manifestations pouvant conduire au repérage de la souffrance par l'entourage, et par des occasions manquées, pour ce dernier, de leur venir en aide. L'importance des liens établis, sur lesquels les jeunes peuvent compter, avec les professionnels, la famille, les amis ou sur internet, est centrale. La mécanique du lien qui peut émerger dans les réseaux sociaux et sur internet mériterait d'ailleurs d'être étudiée de manière approfondie.

La seconde recherche établit une typologie des contextes de vie des adolescents suicidaires. Les négligences, les abandons et les abus dans l'enfance apparaissent comme des facteurs déterminants des conduites suicidaires. Ces dernières renvoient à la question du lien évoquée dans la première recherche et recourent les résultats des travaux menés à partir de l'enquête Virage (fiche 15). L'échec ou le refus scolaire et le souci de perfection sont, selon les professionnels de santé interrogés, moins déterminants. Cette recherche insiste sur les injonctions contradictoires qui pèsent sur les adolescents à s'individualiser, d'une part, en s'autonomisant et en acquérant des traits distinctifs de leur entourage, et la nécessité, d'autre part, de garder des liens avec leur communauté d'appartenance, sous peine de s'exposer à une suicidalité plus élevée. Là encore, le rôle des liens sociaux est essentiel.

La troisième recherche s'appuie sur une exploration narrative systématique de l'ensemble des événements d'adversité que rencontrent les jeunes lors de l'année précédant une tentative de suicide. Bien que les résultats soient encore préliminaires, elle esquisse un processus marqué par une augmentation progressive des expériences d'adversité dans l'année qui précède le geste suicidaire jusqu'à un plateau, qui se maintient durant quelques mois ou semaines avant une précipitation du geste suicidaire. Ce dernier est alors souvent en lien avec une rupture sentimentale, un conflit interpersonnel ou une violence psychologique.

La quatrième recherche, conduite à partir du système national de données de santé (SNDS), analyse l'évolution de six cohortes d'adolescents caractérisées par l'exposition à un événement précis : adolescents hospitalisés pour acte auto-infligé, pour maladie psychiatrique, trouble alimentaire, intoxication ou accident non suicidaire, chirurgie bariatrique de l'obésité, et pour une grossesse. Elle met en évidence l'existence de moments critiques pour une intervention de prévention du suicide et une augmentation significative du risque de geste suicidaire et de décès par suicide dans les trois ans qui suivent, avec un rôle majeur de la maladie mentale.

Malgré les difficultés méthodologiques spécifiques à surmonter pour appréhender les parcours suicidaires – de surcroît dans un contexte de crise sanitaire – les approches suivies par ces recherches, centrées sur les trajectoires de vie et la prévention globale, soulignent la myriade d'acteurs – le « filet » de relations – que peuvent constituer des recours pertinents. Elles donnent à voir de nouvelles perspectives de développement des démarches de prévention.

4. La pandémie révèle et amplifie les inégalités sociales de santé

La crise a touché de façon inégale les différentes catégories de la population et donne parfois à voir des résultats contradictoires avec les attendus. Le cas des seniors constitue une bonne illustration des paradoxes de la crise. Alors que ce groupe social a été l'un des plus touchés par la pandémie et par les différentes mesures de restriction, la revue de littérature du présent rapport (dossier 1, partie 1) montre qu'il a aussi été l'un de ceux pour lequel la santé mentale s'est le moins dégradée. Il faut cependant relativiser ce constat : les hommes âgés de 65 ans

ou plus demeurent, de manière plus générale, une population à plus fort risque suicidaire et, bien que mal documentée, la situation des personnes en institution reste préoccupante.

Les travaux publiés durant la pandémie montrent que certains segments de la population française ont été disproportionnellement affectés par la pandémie, tels les jeunes, les femmes, les personnes sans emploi et, plus globalement, celles vulnérables sur le plan socio-économique. C'est également le cas des personnes vivant seules, de celles atteintes d'une maladie chronique, de celles en situation de handicap, ou encore de celles dites « de première ligne », à l'instar des personnels soignants et des travailleurs dont l'activité professionnelle consiste à fournir à la population des biens et des services de première nécessité (dossier 1 et fiche 9). Par ailleurs, les personnes qui ont souffert de la crise sont aussi en partie celles qui étaient déjà en situation de vulnérabilité, qui présentaient, par exemple, des antécédents de fragilité physique et somatique souvent associés à des situations défavorables du point de vue des facteurs classiques de préservation de la santé mentale (parmi lesquels une activité professionnelle stable, notamment).

D'autres facteurs liés à la situation socio-économique, comme la condition du logement (promiscuité, insalubrité, conditions de voisinage, par exemple) se sont révélées être des facteurs de risque supplémentaires. Ceux-ci ont notamment pu accroître ou conduire à des tensions sociales et mentales, à des difficultés d'accès aux services sociaux ou à une augmentation de la consommation de substances addictives. Les ménages les plus fragilisés par la crise sanitaire sont majoritairement ceux qui étaient déjà les plus précaires avant son commencement. À l'inverse, cette crise, en libérant mécaniquement plus de temps pour les parents, a parfois constitué un élément déclencheur pour retisser des liens dans certaines familles, et s'est transformée en situation plus protectrice. Cela révèle l'hétérogénéité de son impact sur les conditions de vie des individus.

Au-delà des effets de la crise sanitaire, les travaux publiés dans ce rapport documentent la différenciation sociale du risque suicidaire. En particulier, les données de l'EDP-Santé pour les années 2015-2017 permettent de mesurer, pour la première fois, les très fortes inégalités face au risque suicidaire liées au niveau de vie, au statut d'activité et à la catégorie socioprofessionnelle (fiche 17). Cette contribution met en évidence l'interaction entre le genre, l'âge et le niveau de vie pour la construction du risque suicidaire. Le taux de tentative de suicide des femmes âgées de 15 à 19 ans faisant partie des 25 % les plus pauvres de la population s'établit ainsi à près de huit fois le taux observé pour les hommes du même âge appartenant aux 25 % les plus aisés.

Une autre corrélation existe entre les pays les plus touchés par la pandémie de Covid-19 (taux d'exposition à la maladie, taux de mortalité) et ceux pour lesquels la santé mentale a été la plus dégradée. À l'échelle française, la santé mentale des personnes contaminées par le SARS-CoV-2 s'est davantage altérée que celle des autres (dossier 1 et fiche 6).

En France, les politiques d'adaptation pendant la crise ont joué un rôle de filet de sécurité social. Cependant, les effets sur les situations individuelles demeurent contrastés et doivent s'apprécier au cas par cas. Dans l'enseignement supérieur, par exemple, le basculement des cours en distanciel a été diversement ressenti. Pour certains étudiants, ces nouvelles modalités de travail ont été salutaires, d'une part, pour faire exister des collectifs de sociabilité et pour maintenir un minimum de liens et, d'autre part, pour mettre à distance des formes de compétition néfastes. Pour d'autres, en revanche, ces mesures ont conforté une détresse déjà présente, voire l'ont aggravée. Les situations à risque se sont donc parfois additionnées, et ces cas de figure montrent que les mesures de crise doivent être interrogées à l'aune des inégalités préexistantes.

L'impact des abus sexuels subis sur les conduites suicidaires souligne une nouvelle fois le rôle des événements vécus à un jeune âge et du parcours de vie sur le risque suicidaire. En effet, plus les abus (viol ou tentative de viol) sont commis sur une victime jeune, plus le risque d'adopter une conduite suicidaire durant le restant de sa vie est élevé (fiche 15). Ces victimes sont également plus susceptibles d'être exposées à d'autres formes de violence dans leur vie, comparativement à des personnes n'ayant pas subi d'abus sexuels. Ces autres types de violence sont des facteurs supplémentaires de passage à l'acte.

La DREES a construit, avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), une enquête thématique sur la santé et le handicap, dans laquelle la santé mentale et les événements de vie sont des thématiques centrales. En 2023, cette enquête thématique sera adossée à l'enquête Victimation, conduite chaque année en routine par le SSMSI. Les croisements entre victimation subie et états de santé physique et mental permettront d'approfondir ces travaux. Il s'agit de se demander en quoi et à quel point les personnes les plus vulnérables sont plus souvent victimisées, et de s'interroger sur le type d'impact que les violences, discriminations et adversités peuvent avoir sur la santé.

5. Point d'avancement sur l'amélioration des systèmes d'information et sur la promotion de travaux de recherche

Le quatrième rapport de l'ONS, paru en juin 2020, dressait un état des lieux des systèmes d'information pour améliorer la mesure globale des suicides, des conduites suicidaires et, plus largement, de la santé mentale. Des préconisations avaient été faites en particulier concernant les suicides en lien avec la situation professionnelle, qui étaient au cœur de ce rapport. Depuis sa parution, plusieurs points d'améliorations sont en cours.

Au printemps 2021, un rapport⁴ sur les statistiques des décès en France fait état de défaillances dans l'établissement des statistiques sur les causes médicales de décès et liste plusieurs

4. Rapport rédigé à la demande de l'administration par trois inspections générales : l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'Inspection générale de l'Insee et de l'Inspection générale de l'éducation du sport et de la recherche (IGESR).

préconisations. Les administrations destinataires de ce rapport ont alors mis en place un projet auprès du directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en étroite collaboration avec le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm-CépiDc). Ce projet se décline en deux grands objectifs. À court terme, le rattrapage des délais de production des statistiques sur les causes de décès doit permettre de mettre la France en conformité avec les obligations européennes⁵ et d'éclairer les autorités sanitaires sur les impacts de la crise liée au Covid-19. Il s'agit de l'objectif prioritaire, qui devrait donner ses premiers résultats avant la fin de l'année 2022, grâce à l'emploi de méthodes fondées sur l'apprentissage statistique. À moyen terme, l'objectif est l'amélioration des différentes étapes nécessaires au suivi des causes de décès, depuis la rédaction du certificat par le médecin jusqu'à la mise à disposition des chiffres. Le but est ici d'améliorer la précision et la vitesse de mise à disposition des données, et de favoriser la diversification de leurs usages. Ce projet est dirigé par un comité de pilotage partenarial associant les ministères chargés de la santé (DREES, Direction générale de la santé [DGS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS]) et de la recherche (Direction générale de la recherche et de l'innovation [DGRI]), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Inserm, Santé publique France, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et un représentant des directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS).

Certaines de ces évolutions s'appuieront sur les travaux récemment menés par le CépiDc de l'Inserm pour améliorer sensiblement la proportion de certificats de décès codés automatiquement, en ayant recours à des techniques d'apprentissage profond. Des moyens permettant le recrutement récent de codeurs médicaux et nosologues supplémentaires ont été dégagés. L'accélération du déploiement de la certification électronique, impulsée par la pandémie de Covid-19, a été confortée par l'instauration, d'un décret prenant effet au 1^{er} juin 2022 obligeant les établissements de santé publics et privés et les établissements médico-sociaux à utiliser ce mode de transmission, le recours au certificat papier devant devenir exceptionnel (décret n° 2022-284 du 28 février 2022 relatif à l'établissement du certificat de décès). Une hausse de la certification électronique est partiellement attendue à l'occasion de la mise en production d'une nouvelle version de l'application de certification électronique à l'automne 2022. Cette application permettra d'interagir avec le médecin certificateur pour lui faciliter la déclaration d'une information précise et rapidement exploitable.

Ce projet de refonte générale des statistiques sur les causes médicales de décès, ainsi que l'augmentation du codage automatique et de la transmission électronique des certificats, devraient contribuer à améliorer la qualité des données concernant l'ensemble des décès – en particulier ceux par suicide – tout en accélérant leur mise à disposition, ce afin d'alimenter le pilotage de la prévention du suicide. Par ailleurs, le nouveau certificat de décès, entré en application au 1^{er} janvier 2018 mais dont le déploiement a été progressif, contient des rubriques nouvelles ou modifiées et devrait également contribuer à améliorer la mesure

5. Règlement (UE) n° 328/11.

des suicides. En particulier, une rubrique sur les circonstances apparentes du décès, parmi lesquelles figure le suicide, a été ajoutée pour inciter les médecins certificateurs à limiter les ambiguïtés en cas de mort violente. Un contrôle qualité et une expertise de ce nouvel élément et de ses implications sur le comptage des décès par suicide est actuellement en cours à l'Inserm-CépiDc.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2018, un volet complémentaire doit obligatoirement être renseigné, en cas de recherche médicale ou médico-légale de la cause de décès, ce qui est une situation courante en cas de suicide. Le remplissage de ce volet complémentaire reste aujourd'hui limité, malgré une campagne d'accompagnement et de communication auprès des instituts médico-légaux par l'Inserm-CépiDc.

Dans l'attente de ces progrès et afin d'assurer une surveillance réactive des décès par suicide, Santé publique France et l'Inserm-CépiDc ont développé un algorithme de reconnaissance des suicides pour documenter l'évolution temporelle de ce type de décès lors de la pandémie de Covid-19 en France (fiche 1). Cet algorithme ouvre des perspectives intéressantes pour des travaux futurs et pour une surveillance réactive des décès par suicide.

Une autre recommandation du précédent rapport de l'ONS portait sur la nécessité d'améliorer le codage des tentatives de suicide dans les données hospitalières (programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]), dont la fiabilité a été questionnée par les experts. Une recherche visant à évaluer la qualité de ce codage a ainsi été lancée en septembre 2021. Ce projet, en cours, se focalise sur les tentatives de suicide ayant conduit à un passage à l'hôpital (urgences, soins intensifs, psychiatrie), et notamment sur les données médico-administratives issues de ces passages. Il étudie le niveau de fiabilité des données administratives relatives aux gestes auto-infligés (évaluation du nombre et du taux de lésions auto-infligées non codées, du nombre et du taux de codages erronés au regard des données des dossiers médicaux) afin, d'une part, de déterminer un facteur de correction aux données médico-administratives quand elles sont utilisées à visée épidémiologique et, d'autre part, de suivre l'évolution de la qualité des codages suivant une méthode robuste et répliquable. Cette étude pilote, menée au CHU de Dijon et au centre hospitalier spécialisé (EPSM) La Chartreuse de Dijon, permettra notamment de faire ressortir des premiers éléments sur les problèmes méthodologiques ou organisationnels rencontrés, et sur les moyens nécessaires à la construction d'une méthodologie applicable en pratique à un grand nombre d'établissements, grâce à des ressources optimisées.

Depuis le précédent rapport, les travaux sur les possibilités de mieux connaître les suicides liés au travail et sur l'analyse statistique des gestes suicidaires selon la situation professionnelle des personnes ont également avancé. L'exploitation de l'EDP-santé, déjà évoquée plus haut, permet de documenter, de façon inédite, les caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide (fiche 17). De même, une étude expérimentale conduite avec huit instituts de médecine légale, qui fait suite à une recommandation du premier rapport de l'ONS en 2014 et dont la méthodologie a été présentée dans le quatrième

rapport paru en 2020, établit qu'environ un décès par suicide sur dix a été identifié comme étant en lien potentiel avec le travail. Parmi les personnes dont on savait qu'elles occupaient un emploi, le travail semble avoir joué un rôle dans le geste suicidaire dans 42 % des cas (fiche 18). Cette étude émet des propositions pour mettre en place un système de repérage des suicides en lien avec le travail à partir des informations détenues par les instituts médico-légaux (IML).

Concernant la promotion de travaux de recherche, l'ONS a lancé, par le biais de la Mission Recherche de la DREES, un appel à projets sur la prévention du suicide ciblant les conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer, le mal-être et le suicide des personnes âgées et les effets de la crise sanitaire. Vingt-trois propositions de recherche ont été reçues en réponse à l'appel à projets et sept bénéficient d'un financement de la DREES et de la DGOS. Les recherches ont démarré entre juin et septembre 2021. Elles s'échelonnent sur plusieurs années et les conclusions sont attendues entre fin 2023 et 2025. Deux portent sur les conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer avec des méthodologies complémentaires, une troisième traite du mal-être au grand âge, les quatre autres portent sur le contexte pandémique et ciblent des sous-populations particulièrement vulnérables : les étudiants (pour deux d'entre elles), les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide et les personnes atteintes par le virus.