



SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Les épisodes dépressifs caractérisés en très forte augmentation
- 11 Les pensées suicidaires en baisse sauf chez les jeunes adultes
- 16 Les tentatives de suicide ne diminuent pas en Île-de-France et sont plus souvent déclarées par les personnes moins favorisées
- 21 Une prise en charge des pensées et tentatives de suicide insuffisante en Île-de-France ou en région
- 21 Les principaux constats
- 26 Discussion
- 29 Conclusion
- 30 Références

QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE

16 ANS D'ÉVOLUTION À PARTIR DES BAROMÈTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

La crise liée à l'épidémie de Covid-19 a mis en exergue les questions de santé mentale.

La santé mentale de la population, et en particulier des jeunes, s'est fortement détériorée depuis la crise sanitaire, avec notamment une augmentation des tentatives de suicide et des indicateurs de santé mentale.

À partir des données du Baromètre de Santé publique France, l'ORS Île-de-France propose une analyse de l'évolution des déclarations d'épisodes dépressifs caractérisés, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide en Île-de-France, guidée par l'étude des inégalités sociales de santé.

Cette étude montre une très nette augmentation de la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés, dont le niveau en Île-de-France est supérieur à celui du reste de la France, notamment dans les territoires ruraux.

Les indicateurs de santé mentale sont plus souvent dégradés chez les jeunes, les femmes et les personnes socialement moins favorisées, suggérant d'accorder une attention particulière à ce public, sans toutefois négliger les autres populations dont les indicateurs de santé mentale indiquent également une dégradation ces dernières années.

Auteurs : Catherine Embersin-Kyprianou, Yaovi Lakoussan
Directrice de publication : Nathalie Beltzer

Introduction

La crise du Covid-19 a attiré l'attention sur la santé mentale, avec une forte dégradation constatée par les professionnels de santé. Cela a également été mis en exergue par le dispositif de surveillance de la santé mentale développé par Santé publique France (1).

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale correspond un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté (2). La santé mentale ne se définit ainsi pas uniquement par l'absence de trouble mental ; elle peut être altérée par des troubles qui peuvent aller de la souffrance à la maladie, voire entraîner un handicap.

Le trouble dépressif est un trouble de santé mentale courant, à distinguer des changements d'humeur ordinaires et sentiments que peut inspirer la vie quotidienne ; un épisode dépressif se caractérise par une période de tristesse ou une diminution de l'intérêt pour les activités habituelles se produisant la majeure partie de la journée, presque tous les jours pendant une période d'au moins deux semaines, accompagnées d'autres symptômes tels que des difficultés de concentration, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, etc. (cf. encadré sur les épisodes dépressifs caractérisés p. 6). La prévalence estimée de la dépression était en 2021 de 12,5 % des personnes de 18-85 ans en France hexagonale (3) tandis que l'OMS donnait des estimations mondiales en 2021 de 5,8 % pour les adultes de 20 ans et plus, 4,6 % des hommes et 6,9 % des femmes¹.

Selon l'OMS, plus de 700 000 personnes se suicident chaque année dans le monde. En France, le taux (standardisé) de suicide est de 13,4 pour 100 000 habitants en 2017, représentant 8 366 suicides, faisant de la France un des pays européens ayant un taux élevé de suicide (4). L'enquête Baromètre santé de 2021 indiquait, en France, que 4,3 % des personnes âgées de 18-85 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, 6,8 % avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et 0,5 % au cours de l'année précédant l'enquête (5). Les prévalences étaient plus élevées chez les jeunes (18-24 ans), ce qui constitue un changement par rapport aux précédentes éditions des Baromètres santé où elles étaient inférieures ou comparables aux autres tranches d'âges.

Si des premiers résultats franciliens (6) ont montré que les prévalences des épisodes dépressifs caractérisés avaient fortement augmenté entre 2017 et 2021, cette augmentation avait-elle commencé avant ? Les évolutions ont-elles été différentes selon les situations sociales ? Peut-on identifier des spécificités franciliennes ? Autant de questions qui guideront cette étude, via l'analyse de trois indicateurs de santé mentale, les épisodes dépressifs caractérisés, les pensées et tentatives de suicide.

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD) [en ligne]. Disponible : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

Les épisodes dépressifs caractérisés en très forte augmentation

15 % des Franciliens ont déclaré un épisode dépressif en 2021, prévalence ayant augmenté de près de 70 % entre 2017 et 2021.

En Île-de-France, 14,8 % des personnes de 18-75 ans déclarent avoir vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois en 2021, se décomposant en 9,1 % d'EDC légers ou modérés et 5,7 % d'EDC sévères. Cette prévalence est restée stable entre 2005 et 2017, puis a connu une très forte augmentation entre 2017 et 2021 (+66 %), si bien qu'entre 2005 et 2021, elle a été multipliée par 1,7. Cette augmentation est confirmée par le modèle de régression logistique avec les années (non présenté ici) (OR=1,8 [1,4-2,2] en 2021 en référence à l'année 2005).

Pour la première fois en 2021, la prévalence des épisodes dépressifs est supérieure en Île-de-France par rapport au reste de la France,

Quelle que soit l'année, les femmes déclarent davantage d'EDC que les hommes, avec une prévalence environ deux fois plus élevée. Après une stabilité des prévalences entre 2005 et 2017 pour les hommes comme pour les femmes, l'accroissement est bien plus marqué chez les hommes que chez les femmes

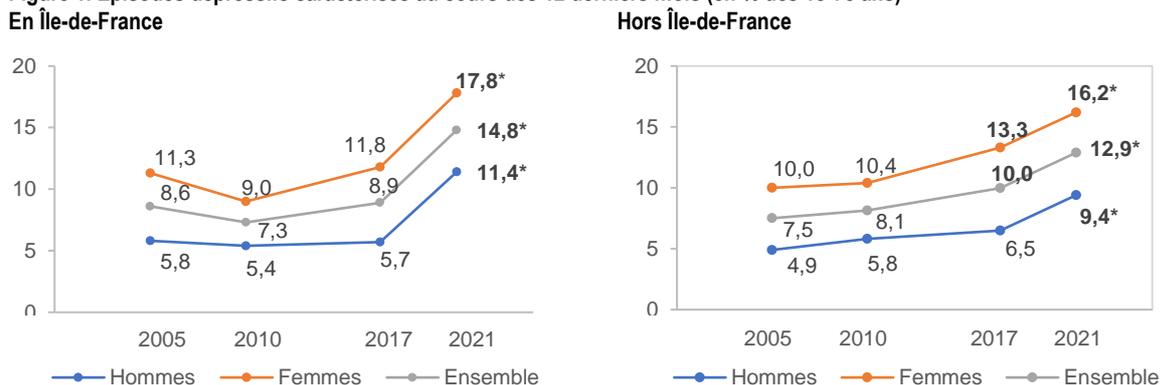
entre 2017 et 2021, respectivement + 100 % et + 51 % (figure 1).

La prévalence francilienne est plus élevée qu'en région pour la première fois en 2021 (14,8 % en Île-de-France contre 12,9 % hors Île-de-France), les proportions étaient comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les années antérieures (figure 1). Ce constat est confirmé par les modèles de régression logistique (non représentés ici), où, en 2021, le risque d'avoir déclaré un épisode dépressif caractérisé est, toutes choses égales par ailleurs¹, multiplié par 1,1 [1,0-1,3] en Île-de-France par rapport au reste de la France tandis que pour les années précédentes, les odds-ratio ne sont pas significatifs (à la limite de la significativité et inférieur à 1 en 2017, p=0.076).

C'est uniquement chez les hommes que la proportion francilienne est plus élevée que dans le reste de la France (11,4 % contre 9,4 % hors Île-de-France), chez les femmes les proportions étant comparables.

Hors Île-de-France, l'augmentation de la prévalence est observée dès 2010 chez les femmes et en 2017 chez les hommes, et la croissance est plus modérée qu'en Île-de-France entre 2010 et 2017 quel que soit le sexe (figure 1). Au total, la prévalence a été multipliée par 1,7 entre 2005 et 2021, croissance confirmée aussi par le modèle de régression logistique (OR=1,8 [1,6-2,0]).

Figure 1. Épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois (en % des 18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

1. Régression logistique ajustée selon le sexe, l'âge en classes décennales, le niveau de diplôme, le tercile de revenus, la situation professionnelle, le fait de vivre seul ou non, la région Île-de-France (versus le reste de la France).

Méthodologie

Les indicateurs de santé mentale

Trois indicateurs de santé mentale sont utilisés dans l'étude : l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois, déterminés via l'échelle CIDI-SF (encadré p.6), les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (« Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? ») et les tentatives de suicide au cours de la vie (« Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? »).

Les déterminants sociaux de la santé

De nombreuses variables permettent d'interroger la situation sociale des individus et agissent comme des déterminants de la santé. La liste des facteurs est assez longue. Nous en avons retenu certains qui exercent souvent une influence très forte sur les comportements de santé et sur l'état de santé des individus.

Genre et âge : Le genre (sexe ici) et l'âge sont deux variables essentielles jouant sur les comportements. L'âge révolu a été réparti en 6 classes, 4 décennales ainsi que les 18-24 ans et les 65-75 ans.

Niveau d'éducation : le niveau d'éducation est appréhendé par le dernier diplôme obtenu ou par le niveau d'études le plus élevé atteint, même s'il n'est pas sanctionné par un diplôme. Les niveaux ont été regroupés en trois catégories : pas de diplôme ou niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (certificat d'études primaires, CAP, brevet des collèges, BEPC, BEP), baccalauréat ou niveau équivalent (brevet professionnel ou de technicien, baccalauréat général, technologique ou professionnel), niveau supérieur au baccalauréat.

Statut d'emploi : afin d'être opérationnelle, la situation professionnelle a été regroupée en quatre catégories, les personnes en emploi (actifs occupés), les personnes en recherche d'emploi (chômage), les étudiants (incluant les apprentis, les stagiaires, les alternants) et les autres inactifs, dont les retraités.

Niveau de revenus : afin de pouvoir comparer des niveaux de vie de ménages ayant des tailles différentes, les revenus pris en compte sont ceux déclarés par le ménage, rapportés au nombre d'unités de consommation (UC). Ainsi sont attribuées 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans (définition de l'Insee). Cette échelle d'équivalence tient compte des économies d'échelle au sein du ménage, les besoins ne s'accroissant pas en stricte proportion de sa taille. Les revenus par UC ont ensuite été ordonnés en trois groupes d'effectifs égaux correspondant à des terciles ; le 1^{er} tercile correspond au tiers disposant des plus faibles revenus (moins de 1170 euros par UC) et le 3^e tercile au tiers disposant des revenus les plus élevés (plus de 1800 euros par UC).

Les indicateurs de territoire

Pour caractériser la santé mentale des Franciliens, l'Île-de-France est comparée au reste de la France (aussi dénommée dans l'étude « en région », « hors Île-de-France », « HIDF »), afin de comparer deux entités distinctes. Si le territoire « en région » ne constitue pas un ensemble homogène, l'analyse des variations régionales est étudiée par Santé publique France. Un indicateur prendra toutefois en compte l'urbanisation des territoires : le reste de la France urbain, composé des communes de 20 000 habitants ou plus et le reste de la France rural, composé des communes de moins de 20 000 habitants. Pour l'Île-de-France, en raison de la taille de l'échantillon et de la faible proportion d'habitants de communes de moins de 20 000 habitants hors agglomération parisienne (7 % en 2021), la distinction urbain / rural ne sera pas faite. Les indicateurs ne diffèrent toutefois pas entre les Franciliens « urbains » et l'ensemble des Franciliens.

Analyses statistiques

Pour les analyses bivariées, le test de Chi² de Pearson a été utilisé, permettant de tester l'indépendance entre deux variables qualitatives ou entre une variable quantitative et une variable qualitative. Le seuil retenu est celui de 5 %, signifiant que l'on a moins de 5 % de chances de conclure à tort que les variables sont dépendantes. Les comparaisons indiquées sont donc significatives à ce seuil, sauf mention contraire.

Des modèles de régression logistique ont été utilisés afin de contrôler les effets d'autres variables sur la variable dite « d'intérêt » (ici les indicateurs de santé mentale), toutes choses égales par ailleurs.

Les analyses porteront sur les éditions 2005, 2010, 2017 et 2021 de l'enquête Baromètre de Santé publique France. Les évolutions seront étudiées en comparant les prévalences des années consécutives ainsi que celles de l'année 2021 à celles de l'année 2005.

L'évolution entre 2005 et 2021 montre qu'en Île-de-France, la prévalence a augmenté à la fois pour les EDC légers, modérés et pour les EDC sévères, mais que l'augmentation a été légèrement plus marquée pour les EDC légers et modérés (multipliés par 1,9) que pour les EDC sévères (multipliés par 1,5). Hors Île-de-France, c'est le contraire, les EDC sévères ont augmenté de manière plus importante que pour les EDC légers et, modérés, respectivement multipliés par 1,5 et 2.

Si la prévalence des EDC est supérieure en Île-de-France par rapport au reste de la France, la différence est observée sur les prévalences d'EDC léger ou modéré, les prévalences d'EDC sévères étant comparables entre les deux zones géographiques (5,7 % en Île-de-France et 5,9 % hors Île-de-France) (figure 2).

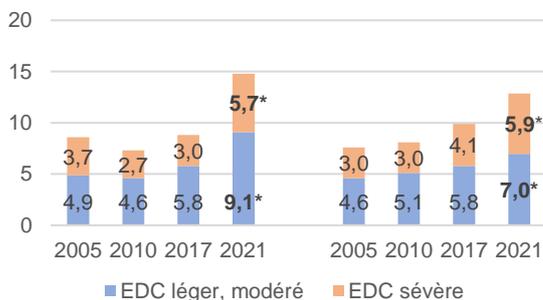
Des épisodes dépressifs en Île-de-France plus fréquents qu'en région rurale mais au même niveau qu'en région urbaine

En 2021, la prévalence francilienne des EDC est comparable à celle du reste de la France urbaine

(14,8 % et 14,1 %) mais supérieure à celle du reste de la France rurale (11,7 %) (figure 3). Ce constat était déjà fait en 2005 où la prévalence francilienne différait de celles de l'espace rural en région mais était comparable à l'espace urbain en région. Toutes choses égales par ailleurs, en 2021, le risque d'avoir déclaré un EDC est plus élevé en Île-de-France que dans le reste rural de la France, OR=1,2 [1,2-1,4].

Au sein de la région francilienne, si aucune différence n'était observée entre Paris, la proche couronne et la grande couronne avant 2021, l'écart s'est creusé entre les différents territoires franciliens en 2021, avec une prévalence qui a augmenté de manière plus importante à Paris (+ 88 %) qu'en proche couronne (+ 72 %) ou en grande couronne (+ 51 %). Au total, la prévalence parisienne en 2021 (17,1 %) est significativement plus élevée que celle observée en grande couronne (13,1 %) mais comparable à celle de la proche couronne (15,5 %). Toutes choses égales par ailleurs, le modèle multivarié met en avant des odds ratio inférieurs à 1 mais non significatifs, laissant penser que les différences observées sont surtout liées à des différences de structures de population entre les départements.

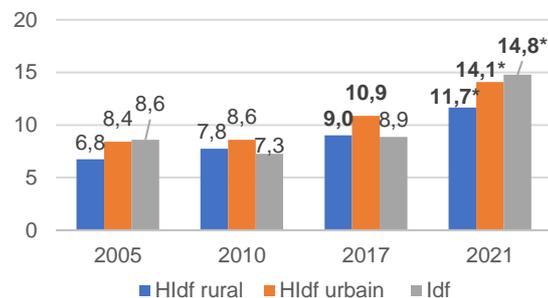
Figure 2. Épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois selon leur sévérité (en % des 18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente
*, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 3. Épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois selon la zone géographique (en % des 18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente
*, différence significative entre 2005 et 2021

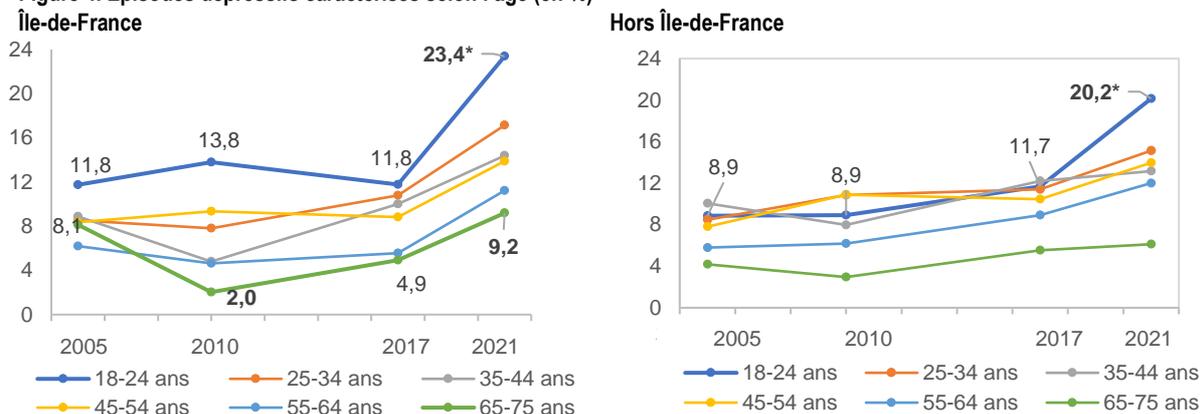
Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC)

Le Baromètre de Santé publique France utilise, depuis 2005, le *Composite International Diagnostic Interview – Short Form (CIDI-SF)*, développé par l'OMS sur la base de critères de la *CIM-10* et du *DSM-IV* (version révisée), pour déterminer la présence d'épisodes dépressifs caractérisés. Les EDC sont établis selon leur gravité en trois niveaux : léger, modéré et sévère, selon le nombre de symptômes décrits et le retentissement sur les activités habituelles. Un EDC au cours des douze derniers mois se caractérise par (1) au moins un symptôme principal et (2) au moins trois symptômes secondaires, avec (3) un retentissement sur les activités habituelles (professionnelles, scolaires, relations interpersonnelles).

(1) Symptôme principal : vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée et presque tous les jours ; vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée et presque tous les jours.

(2) Symptômes secondaires : se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ; avoir pris ou perdu au moins 5 kg ; avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ; avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ; avoir un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié ; avoir beaucoup pensé à la mort ; avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir (si symptôme principal de tristesse).

Figure 4. Épisodes dépressifs caractérisés selon l'âge (en %)



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

Les jeunes de 18-24 ans sont les plus touchés par des épisodes dépressifs, près d'1 sur 4 en Île-de-France, et cette proportion a doublé entre 2017 et 2021

En Île-de-France, sur la période 2005-2021, les personnes de moins de 35 ans et celles de 55-64 ans ont connu les plus fortes augmentations de la prévalence des EDC au cours des douze derniers mois (figure 4). Les augmentations ont surtout été observées entre 2017 et 2021, où elles ont été très fortes dans toutes les catégories d'âges, et plus particulièrement chez les 18-24 ans et les 55 ans et plus (proportion multipliée par 2) (figure 4). Seule chez les 65-75 ans, une diminution de la proportion d'EDC est observée entre 2010 et 2017.

Fait notable, en 2021, la prévalence chez les jeunes de 18-24 ans est plus élevée que celle des autres catégories d'âges (23,4 % en Île-de-France), alors que pour les autres années d'enquête, elle est uniquement supérieure à celles des 55 ans et plus mais comparable aux autres catégories d'âge (sauf en 2010, où la prévalence chez les 18-24 ans est aussi supérieure à celle des 35-44 ans).

Les seules différences observées entre l'Île-de-France et le reste de la France concernent les personnes de 65-75 ans (proportions supérieures en Île-de-France en 2005 et en 2021) et les 55-64 ans (proportion inférieure en Île-de-France en 2017). Les augmentations observées dans le reste de la France sont, comme en Île-de-France, très fortes chez les 18-24 ans mais plus faibles qu'en Île-de-France pour les autres catégories d'âges

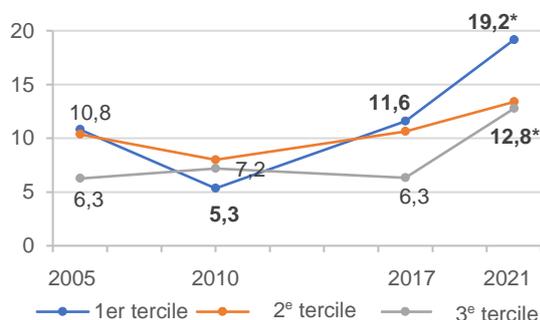
(figure 4). Toutefois, certaines prévalences ont augmenté à partir de 2010, pour les 55-64 ans notamment. Ou entre 2005 et 2010 (pour les 25-34 ans et les 45-54 ans), pour se stabiliser ensuite et réaugmenter à partir de 2017. En 2021, les jeunes de 18-24 ans connaissent aussi la prévalence la plus élevée des EDC.

Les épisodes dépressifs plus fréquents chez les personnes les moins aisées, en Île-de-France ou en région

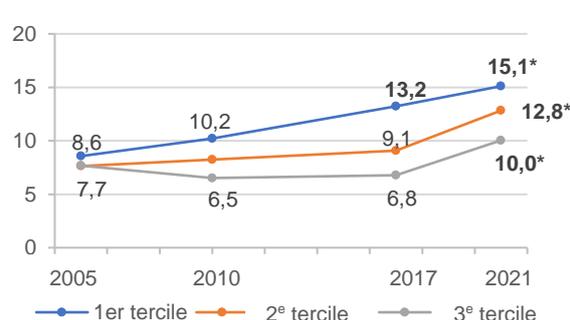
En 2021, dans la région francilienne, parmi les personnes ayant les revenus les plus faibles (1^{er} tercile), près de 2 personnes sur 10 ont déclaré un EDC dans l'année : cette proportion est plus faible pour les deux autres terciles (13 %). Hors Île-de-France, un gradient est observé avec une proportion d'EDC qui diminue lorsque les niveaux de revenus augmentent (figure 5).

En Île-de-France, et dans le reste de la France, la proportion d'EDC pour le 1^{er} tercile a augmenté dès 2010 et plus tardivement (à partir de 2017) pour les deux autres terciles. Particularité de l'Île-de-France, si l'augmentation des prévalences pour le 1^{er} tercile est très forte, elle l'est encore plus pour le 3^e tercile. Ainsi l'écart entre les terciles extrêmes ne s'est pas accru. En région, l'augmentation a été plus marquée pour le 2^e et 3^e tercile entre 2017 et 2021, mais sur l'ensemble de la période 2005-2021, c'est pour le 1^{er} tercile que l'augmentation a été la plus élevée, puis pour le 2^e et enfin le 3^e tercile.

Figure 5. Épisodes dépressifs caractérisés selon le niveau de revenus (en % des 18-75 ans)
Île-de-France



Hors Île-de-France



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

La comparaison de l'Île-de-France avec le reste de la France montre qu'en 2021, les proportions franciliennes sont plus élevées que celles observées en région pour le 1^{er} et le 3^e tercile.

Les étudiants et les chômeurs particulièrement touchés par les épisodes dépressifs

En Île-de-France, les prévalences des EDC sont les plus élevées chez les étudiants et les personnes au chômage, 23 % pour ces deux catégories contre 13 % pour les actifs en emploi et 11 % pour les retraités et autres inactifs (figure 6). Les étudiants paient un lourd tribut dans la dégradation de la santé mentale, avec une prévalence des EDC multipliée par 2,5 entre 2005 et 2021 en Île-de-France. Les chômeurs voient aussi leur prévalence fortement augmenter (multipliée par 1,7 en Île-de-France entre 2005 et 2021) ainsi que les actifs en emploi (multipliée par 1,7).

La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France ne met pas en évidence de différences selon les situations professionnelles. Les constats faits en Île-de-France le sont aussi dans le reste de la France.

Des épisodes dépressifs plus souvent déclarés parmi les personnes ayant un diplôme de niveau bac et en plus forte augmentation sur la période 2005-2021

En Île-de-France, en 2017 et en 2021, les personnes ayant le baccalauréat ou un niveau équivalent semblent avoir plus souvent déclaré un EDC que celles des autres niveaux de diplôme (test à la limite de la significativité en 2021, $p=0,0794$ pour la différence avec le niveau inférieur au bac et $p=0,0660$ avec le niveau supérieur au bac) et ont vu leur prévalence augmenter le plus fortement sur la période 2010-2021 (figure 7).

Les facteurs associés aux épisodes dépressifs caractérisés

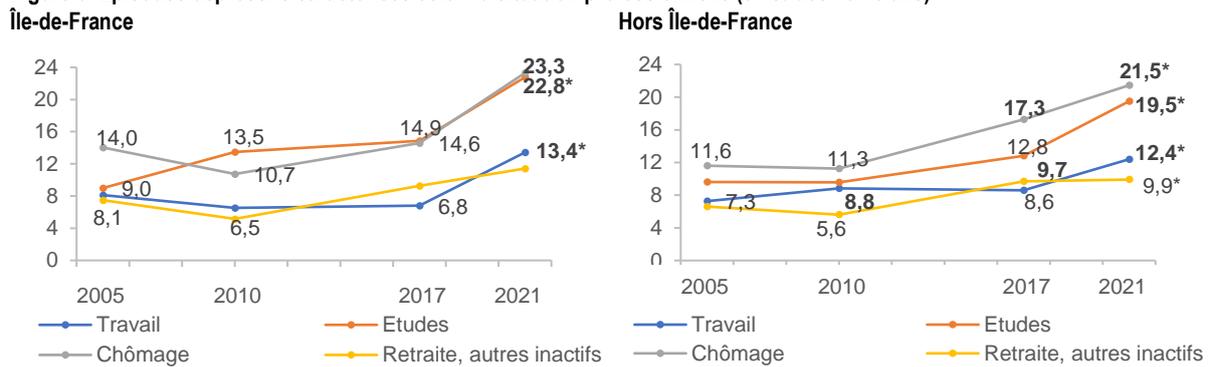
Le modèle de régression logistique (tableau 1) confirme, en Île-de-France, le risque plus élevé des femmes et des personnes au chômage (par rapport aux actifs occupés) d'avoir déclaré un EDC au cours des douze derniers mois et le risque moins élevé, par rapport aux jeunes adultes de 18-24 ans, des personnes de 55 ans et plus. Le risque semble moins élevé aussi, avec des tests à la limite de la significativité, pour les personnes de 35-54 ans ($p=0,089$), ainsi que pour les 2^e et 3^e terciles (respectivement $p=0,076$ et $p=0,092$) de revenus (par rapport au 1^{er} tercile).

Les personnes vivant seules sont plus susceptibles de déclarer un EDC (test à la limite de la significativité en Île-de-France, $p=0,05$). Enfin, aucune association n'est observée avec le niveau de diplôme. Dans le reste de la France, les mêmes associations observées en Île-de-France sont retrouvées, avec des tests statistiquement significatifs.



Adobe stock

Figure 6. Épisodes dépressifs caractérisés selon la situation professionnelle (en % des 18-75 ans)

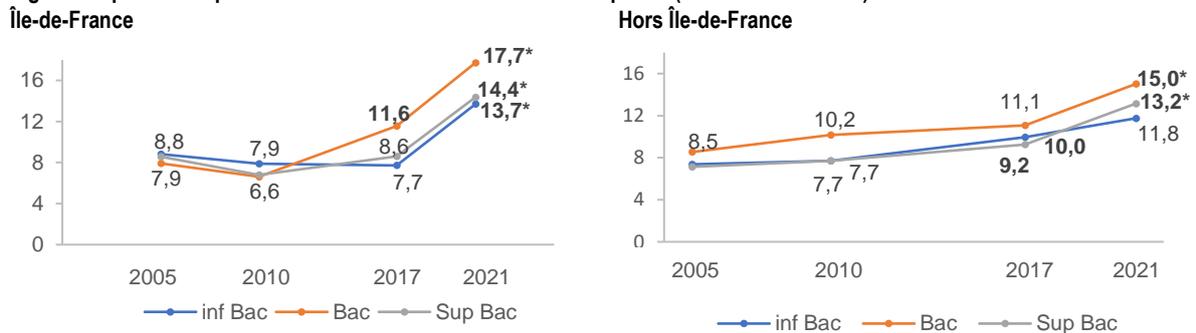


Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 7. Épisodes dépressifs caractérisés selon le niveau de diplôme (en % des 18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

Tableau 1. Épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois et facteurs associés en Île-de-France et hors Île-de-France

En 2021 – Île-de-France (N=3 955)				En 2021 – Hors Île-de-France (N=18 508)			
Sexe	Ora	IC	p	Sexe	Ora	IC	p
Homme	Ref.			Homme	Ref.		
Femme	1,7	[1,4-1,2]	0,000	Femme	1,9	[1,7-2,1]	0,000
Age				Age			
18-24 ans	Ref.			18-24 ans	Ref.		
24-34 ans	0,7	[0,4-1,2]	0,216	24-34 ans	0,7	[0,5-0,9]	0,005
35-44 ans	0,6	[0,4-1,1]	0,089	35-44 ans	0,6	[0,5-0,8]	0,001
45-54 ans	0,6	[0,3-1,1]	0,077	45-54 ans	0,7	[0,5-0,9]	0,005
55-64 ans	0,4	[0,2-0,8]	0,01	55-64 ans	0,5	[0,4-0,7]	0,000
65-75 ans	0,3	[0,2-0,7]	0,007	65-75 ans	0,2	[0,2-0,3]	0,000
Diplôme				Diplôme			
<Baccalauréat	Ref.			<Baccalauréat	Ref.		
Baccalauréat	1,1	[0,8-1,6]	0,621	Baccalauréat	1,1	[1,0-1,3]	0,107
> Baccalauréat	1,0	[0,8-1,5]	0,775	>Baccalauréat	1,1	[1,0-1,3]	0,158
Revenus				Revenus			
Premier tercile	Ref.			Premier tercile	Ref.		
Second tercile	0,7	[0,5-1,0]	0,076	Second tercile	1,0	[0,9-1,2]	0,769
Troisième tercile	0,8	[0,6-1,0]	0,092	Troisième tercile	0,8	[0,7-1,0]	0,044
Refus/NSP	0,6	[0,4-0,9]	0,01	Refus/ NSP	0,8	[0,6-1,0]	0,021
Situation professionnelle				Situation professionnelle			
En emploi	Ref.			En emploi	Ref.		
Etudes	1,2	[0,7-2,0]	0,484	Etudes	1,1	[0,9-1,5]	0,383
Chômage	1,8	[1,2-2,7]	0,005	Chômage	1,8	[1,5-2,2]	0,000
Retraités et autres Inactifs	1,1	[0,7-1,8]	0,597	Retraités et autres Inactifs	1,4	[1,1-1,7]	0,003
Vivre seul				Vivre seul			
Non	Ref.			Non	Ref.		
Oui	1,3	[1,0-1,7]	0,05	Oui	1,4	[1,2-1,6]	0,000

Lecture : En 2021, les Franciliens ayant entre 55 et 64 ans avaient une probabilité réduite d'avoir eu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois par rapport aux jeunes adultes de 18-24 ans

Note : Les chiffres en gras indiquent une significativité au seuil de 5 %. Ref : Catégorie de référence.

Source : Baromètre de Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Les pensées suicidaires en baisse sauf chez les jeunes adultes

4 % des Franciliens ont pensé au suicide, proportion stable sur les dix dernières années

En Île-de-France, en 2021, 3,6 % des personnes de 18-75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. Cette prévalence a globalement diminué entre 2005 (5,6 %) et 2010 (3,7%), la prévalence étant restée stable en 2017 et 2021. Toutes choses égales par ailleurs¹, les odds ratio confirment le risque plus faible d'avoir eu des pensées suicidaires en 2010, 2017 et 2021 par rapport à 2005 en Île-de-France (modèle non représenté ici).

Les proportions sont comparables entre les hommes et les femmes en Île-de-France sauf en 2017, où les femmes ont plus souvent déclaré des pensées suicidaires que les hommes (5,5 % contre 3,2 %). Entre 2005 et 2021, les proportions ont globalement diminué chez les hommes (-35 %) et encore plus chez les femmes (-38 %), avec des fluctuations au cours des années d'enquête pour ces dernières.

La prévalence francilienne semble légèrement inférieure à celle observée dans le reste de la France (4,4 %, $p=0,0634$) (figure 8), différence non confirmée toutes choses égales par ailleurs². Selon le sexe, il n'est pas observé de différence entre les hommes franciliens et ceux résidant en région ; chez les femmes, les Franciliennes ont une prévalence de pensées suicidaires plus faible que les non Franciliennes (3,6 % contre 5,2 %).

En région, la baisse de la prévalence entre 2005 et 2021 est moindre qu'en Île-de-France ; la baisse entre 2005-2010 a été, contrairement à l'Île-de-France, suivie d'une augmentation entre 2010 et 2017. Par ailleurs, les proportions de femmes déclarant des pensées suicidaires sont toujours supérieures aux proportions masculines, quelle que soit l'année. Chez les femmes, la proportion est globalement stable entre 2005 et 2021 (avec des variations selon les années) mais a diminué de 21 % chez les hommes sur cette période.

Une baisse des pensées suicidaires plus marquée en Île-de-France qu'en région urbaine et en région rurale

En 2021, la prévalence francilienne des pensées de suicide au cours des douze derniers mois (3,6 %) est comparable à celle de la province rurale (4,1 %) mais inférieure à celle de la province urbaine (4,6 %). Ces différences ne sont toutefois pas confirmées, toutes choses égales par ailleurs³.

Les évolutions montrent que pour la province rurale, la prévalence a peu évolué depuis 2005 (autour des 4 %) tandis qu'elle a nettement diminué en Île-de-France (-36 % depuis 2005) ainsi qu'en région urbaine mais de manière moindre (-22 %). Les prévalences de ces deux zones géographiques, qui étaient plus élevées qu'en région rurale en 2005, ont ainsi rejoint le niveau de la région rurale en 2021.

Des pensées suicidaires en hausse depuis 2010, et surtout depuis 2017, chez les jeunes adultes de 18-24 ans alors qu'elles sont stables ou en diminution aux autres âges

En 2021, 6,3 % des personnes de 18-24 ans en Île-de-France ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, prévalence plus élevée que dans l'ensemble des catégories d'âges (25-75 ans), ce qui n'était pas le cas pour les autres années (figure 10).

En Île-de-France, à l'exception d'une baisse significative chez les personnes de 35-44 ans (2005-2010 et au global 2005-2021) et chez les personnes de 65-75 ans (2017-2021), aucune évolution n'est statistiquement significative. Chez les personnes de 18-24 ans, la taille de l'échantillon ne permet pas non plus de mettre en évidence des évolutions significatives (figure 10).

La comparaison entre les zones géographiques ne met pas en évidence de vraies tendances, à l'exception d'une prévalence plus faible en 2021 chez les personnes de 65-75 ans en Île-de-France par rapport au reste de la France (figure 10).

¹ Modèle de régression logistique sur l'Île-de-France avec les variables âge, sexe, niveau de diplôme, de revenus, situation professionnelle, années.

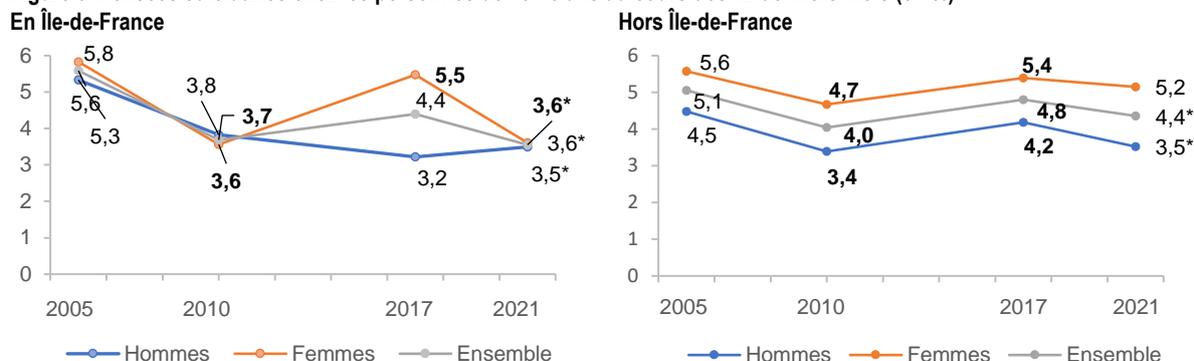
² Modèle de régression logistique avec les variables âge, sexe, niveau de diplôme, de revenus, situation professionnelle, région (IdF, HldF).

³ Modèle de régression logistique avec les variables âge, sexe, niveau de diplôme, de revenus, situation professionnelle, région en trois catégories (IdF, région urbaine, région rurale).

En région, la prévalence des pensées suicidaires a commencé à augmenter chez les jeunes de 18-24 ans à partir de 2010, et de manière plus importante entre 2017 et 2021 (+64 %), si bien qu'en 2021, la prévalence chez les 18-24 ans est la plus élevée de tous les âges (figure 10). Pour les autres

catégories d'âges, les prévalences sont soit restées stables (25-34 ans, 55 ans et plus), soit ont diminué (35-54 ans).

Figure 8. Pensées suicidaires chez les personnes de 18-75 ans au cours des 12 derniers mois (en %)

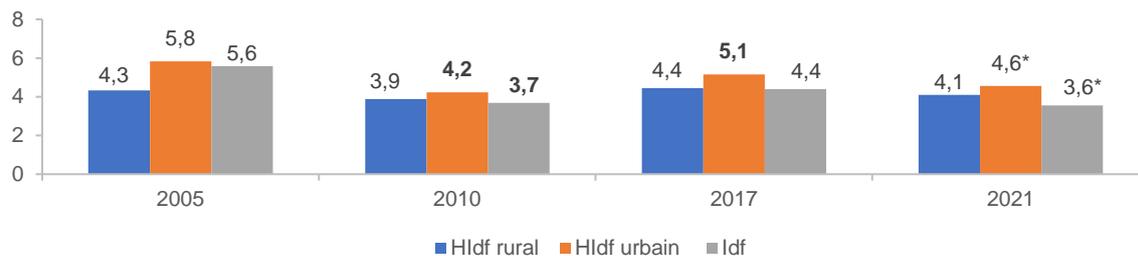


Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 9. Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon la zone géographique (en % des 18-75 ans)



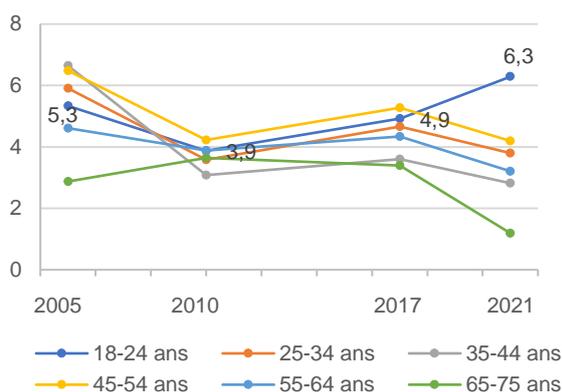
Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

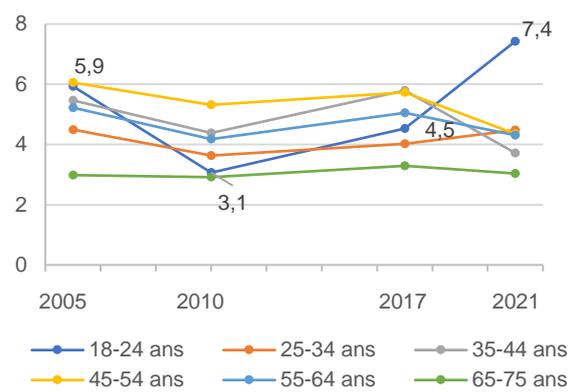
*, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 10. Pensées suicidaires selon l'âge au cours des 12 derniers mois (en %)

En Île-de-France



Hors Île-de-France



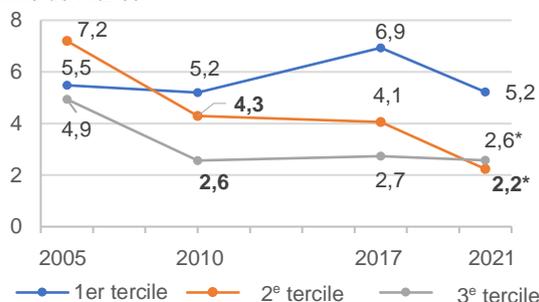
Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

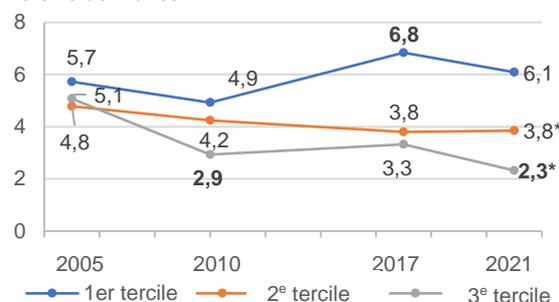
*, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 11. Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le niveau de revenus (en % des 18-75 ans)

En Île-de-France



Hors Île-de-France



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

Les pensées suicidaires plus fréquentes chez les personnes ayant les revenus les plus faibles et qui ne diminuent pas, contrairement aux autres catégories de revenus

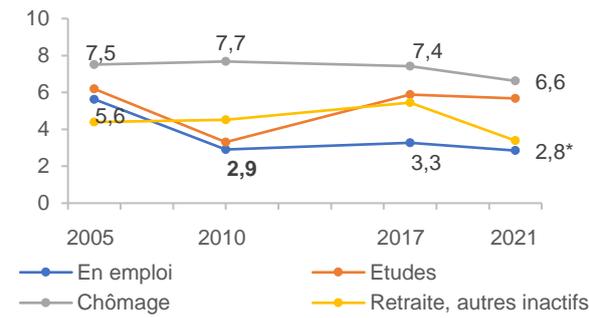
En 2021, les proportions de personnes ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois étaient, en Île-de-France, plus élevées chez les personnes dont les revenus mensuels par unité de consommation, étaient inférieurs à 1 170 euros (1^{er} tertile), 5,2 % contre 2,2 % pour le 2^e tertile et 2,6 % pour le 3^e tertile (figure 11). Hors Île-de-France, un constat comparable était fait (figure 11).

Depuis 2005, en Île-de-France, la proportion de pensées suicidaires pour les personnes du 2^e tertile a diminué de 40 % entre 2005 et 2010 et de 45 % entre

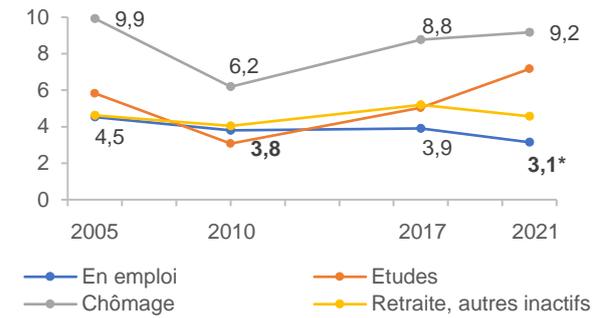
2017 et 2021 ; pour le 3^e tertile, elle a diminué de 48 % entre 2005 et 2010 tandis qu'elle est restée stable pour le 1^{er} tertile, sur l'ensemble de la période (figure 11). La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France met en avant peu de différences sauf pour le 2^e tertile, où la prévalence est inférieure en Île-de-France par rapport au reste de la France en 2021, alors qu'elle était supérieure en 2005.

En région, une baisse des prévalences des pensées suicidaires est surtout observée parmi les personnes du 3^e tertile de revenus (- 42 % entre 2005 et 2010 et - 30 % entre 2017 et 2021) et de façon moindre pour le 2^e tertile (-20 % entre 2005 et 2021) tandis que les prévalences sont globalement stables pour les personnes du 1^{er} tertile, avec toutefois deux phases, une augmentation entre 2010 et 2017, suivie d'une diminution sur la période 2017-2021 (figure 11).

Figure 12. Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon la situation professionnelle (en % des 18-75 ans) En Île-de-France



Hors Île-de-France



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*****, différence significative entre 2005 et 2021

Les pensées suicidaires plus fréquentes parmi les personnes au chômage et les étudiants, en Île-de-France ou en région

En Île-de-France, en 2021, les personnes au chômage et les étudiants sont en proportion les plus nombreux à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, proportions plutôt stables sur la période 2005-2021 (figure 12). Seuls les actifs en emploi ont vu leurs proportions diminuer sur la période 2005-2021, diminution observée entre 2005 et 2010, et stables par la suite.

Aucune différence significative n'est mise en évidence entre les zones géographiques, quelle que soit la situation professionnelle.

En région, en 2021, ce sont aussi les chômeurs et les étudiants qui sont en proportion les plus nombreux à déclarer des pensées suicidaires (7,2 % et 9,2 %), proportions globalement stables sur la période 2005-2021, avec des variations entre 2005 et 2017 (figure 12). La prévalence chez les personnes en emploi a diminué depuis 2005, soit une baisse globale de 30 %.

Des proportions de pensées suicidaires plus fréquentes chez les personnes moins diplômées en région mais pas de différence mise en évidence en Île-de-France

En Île-de-France, en 2021, les déclarations de pensées suicidaires ne diffèrent pas selon le niveau de diplôme. Les évolutions sont marquées par une diminution sur la période 2005-2021 des prévalences de pensées suicidaires parmi les catégories extrêmes tandis que l'évolution pour les personnes ayant un niveau baccalauréat sur la période 2005-2021 est non significative (figure 13).

La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France montre que pour les personnes ayant un

diplôme inférieur au bac, la prévalence des pensées suicidaires est inférieure en Île-de-France par rapport au reste de la France (3,1 % contre 5,0 %) en 2021 ainsi que pour les personnes ayant un diplôme du supérieur pour l'année 2017, 3,5 % en Île-de-France contre 4,8 % dans le reste de la France.

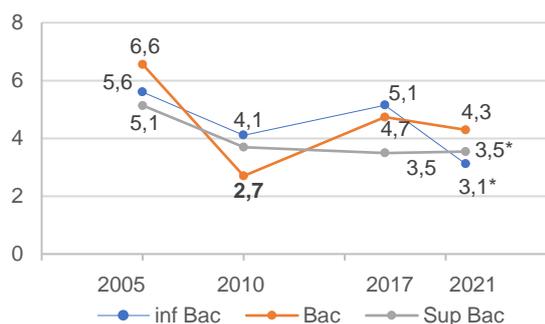
En région, en 2021, les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur ou équivalent au baccalauréat ont des prévalences plus élevées que celles diplômées du supérieur, respectivement 5,0 % et 4,6 % contre 3,3 % (figure 13). Sur la période 2005-2021, les personnes ayant un diplôme supérieur au bac ont connu une baisse significative de 36 % tandis que pour les personnes ayant un autre niveau de diplôme, l'évolution n'est pas significative.

Les facteurs associés aux pensées suicidaires

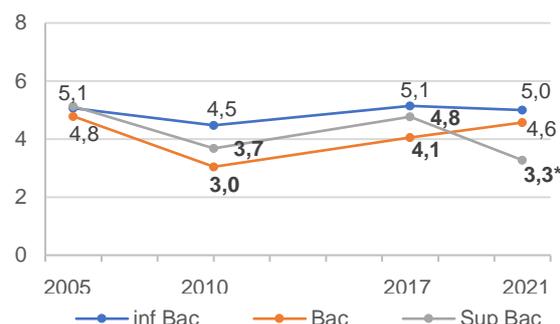
En Île-de-France, le modèle de régression logistique (tableau 2) met surtout en avant le risque plus faible d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année parmi les personnes ayant des revenus plus élevés, c'est-à-dire des 2^e et 3^e terciles, ainsi que parmi les personnes plus âgées (par rapport aux jeunes de 18-24 ans). Il montre également, toutes choses égales par ailleurs, un risque plus élevé pour les retraités et autres inactifs (hors étudiants), par rapport aux actifs occupés, ainsi que pour les personnes vivant seules. Le risque semble également plus élevé pour les personnes au chômage (test à la limite de la significativité, $p=0,07$) si l'on se rapporte aux actifs occupés.

Hors Île-de-France, avoir eu des pensées suicidaires est associé, toutes choses égales par ailleurs, au fait d'être une femme, d'être au chômage, ou retraité ou en inactivité (autres qu'étudiant) ainsi qu'au fait de vivre seul. Au contraire, être âgé de 24 ans ou plus ou avoir des revenus élevés (3^e tercile) et, à la limite de la significativité du 2^e tercile ($p=0,079$), réduit la probabilité d'avoir eu des pensées suicidaires.

Figure 13. Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le niveau de diplôme (en % des 18-75 ans) En Île-de-France



Hors Île-de-France



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

Tableau 2 : Pensées de suicide au cours des 12 derniers mois et facteurs associés en Île-de-France et hors Île-de-France En 2021 – Île-de-France (N=3 953)

En 2021 – Île-de-France (N=3 953)				En 2021 – Hors Île-de-France (N=18 532)			
Sexe	Ora	IC	p	Sexe	Ora	IC	p
Homme	Ref.			Homme	Ref.		
Femme	1,0	[0,6-1,5]	0,881	Femme	1,5	[1,2-1,8]	0,000
Age				Age			
18-24 ans	Ref.			18-24 ans	Ref.		
24-34 ans	0,7	[0,3-1,5]	0,364	24-34 ans	0,7	[0,5-1,0]	0,043
35-44 ans	0,5	[0,2-1,3]	0,164	35-44 ans	0,6	[0,4-0,9]	0,022
45-54 ans	0,8	[0,3-2,0]	0,663	45-54 ans	0,7	[0,5-1,0]	0,048
55-64 ans	0,5	[0,2-1,3]	0,152	55-64 ans	0,5	[0,3-0,7]	0,000
65-75 ans	0,1	[0,0-0,4]	0,001	65-75 ans	0,2	[0,1-0,4]	0,000
Diplôme				Diplôme			
<Baccalauréat	Ref.			<Baccalauréat	Ref.		
Baccalauréat	1,3	[0,7-2,5]	0,364	Baccalauréat	0,9	[0,7-1,1]	0,263
> Baccalauréat	1,6	[0,9-2,7]	0,097	>Baccalauréat	0,8	[0,6-1,0]	0,072
Revenus				Revenus			
Premier tercile	Ref.			Premier tercile	Ref.		
Second tercile	0,4	[0,2-0,8]	0,006	Second tercile	0,8	[0,6-1,0]	0,079
Troisième tercile	0,5	[0,3-0,9]	0,012	Troisième tercile	0,6	[0,5-0,8]	0,001
Refus/NSP	1,0	[0,5-2,0]	0,931	Refus/ NSP	0,8	[0,5-1,2]	0,239
Situation professionnelle				Situation professionnelle			
En emploi	Ref.			En emploi	Ref.		
Études	1,0	[0,4-2,8]	0,942	Études	1,3	[0,9-2,2]	0,167
Chômage	1,9	[0,9-3,9]	0,07	Chômage	2,3	[1,7-3,1]	0,000
Retraités et autres Inactifs	2,5	[1,1-5,6]	0,022	Retraités et autres Inactifs	2,0	[1,5-2,7]	0,000
Vivre seul				Vivre seul			
Non	Ref.			Non	Ref.		
Oui	1,9	[1,2-2,9]	0,005	Oui	2,4	[2,0-3,0]	0,000

Lecture : En 2021, les Franciliens à la retraite ou inactifs avaient un risque multiplié par 2,5 d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois par rapport aux personnes en emploi.

Note : Les chiffres en gras indiquent une significativité au seuil de 5 %. Ref : Catégorie de référence.

Source : Baromètre de Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Les tentatives de suicide ne diminuent pas en Île-de-France et sont plus souvent déclarées par les personnes moins favorisées

Des niveaux de tentatives de suicide qui ne diminuent pas en Île-de-France et qui augmentent en région

En 2021, 5,7 % des Franciliens ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, proportion stable depuis 2005 (figure 14). Cette évolution est confirmée lorsque sont pris en compte les déterminants socio-démographiques et économiques dans un modèle multivarié (odds ratio non significatifs pour les années 2010, 2017 et 2021, modèle non représenté ici)¹. Les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, respectivement 7,4 % et 3,9 % en Île-de-France en 2021. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les proportions sont restées stables depuis 2005.

Si les proportions franciliennes de tentatives de suicides sont inférieures à celles du reste de la France en 2021 (5,7 % contre 7,4 % en région) et en 2017, les différences entre ces deux territoires ne sont plus significatives toutes choses égales par ailleurs². La différence observée pourrait être liée au fait que les structures de population diffèrent entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Hors Île-de-France, la prévalence de tentatives de suicide est globalement à la hausse sur la période 2005-2021, avec une augmentation à partir de 2005 puis une stabilisation entre 2017 et 2021. Le modèle multivarié confirme le risque plus élevé d'avoir fait

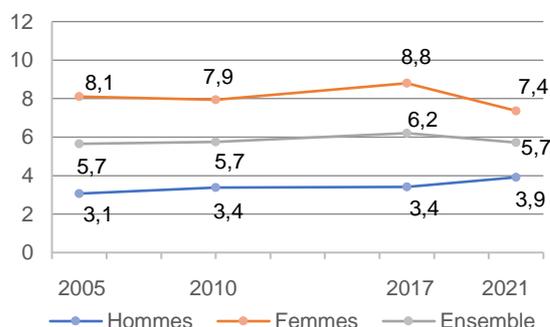
une tentative de suicide en 2017 et en 2021 par rapport à 2005, et à la limite de la significativité pour 2010 ($p=0,078$, modèle non représenté ici). Les femmes déclarent aussi plus souvent que les hommes avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, quelle que soit l'année, avec des proportions en augmentation sur la période 2005-2021 pour les hommes et pour les femmes.

Une augmentation des tentatives de suicide plus forte en région rurale qu'en région urbaine

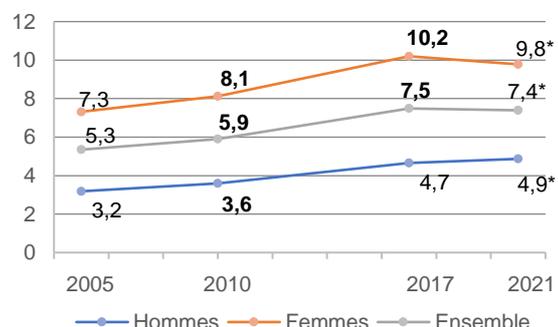
En 2021, la proportion de personnes de 18-75 ans ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie est plus faible en Île-de-France (5,7 %) qu'en région urbaine (7,6 %) et qu'en région rurale (7,1 %), proportions comparables entre ces deux dernières zones géographiques (figure 15). Après prise en compte des variables socio-démographiques (modèles de régression logistique non représentés ici), la différence entre l'Île-de-France et la région rurale n'est plus significative, de même que celle entre l'Île-de-France et la région urbaine.

Alors que la prévalence des tentatives de suicide est restée stable en Île-de-France entre 2005 et 2021, elle a augmenté hors Île-de-France : + 52 % en région rurale et + 25 % en région urbaine sur la période 2005-2010 (figure 15).

Figure 14. Tentatives de suicide au cours de la vie chez les personnes de 18-75 ans (en %) En Île-de-France



Hors Île-de-France

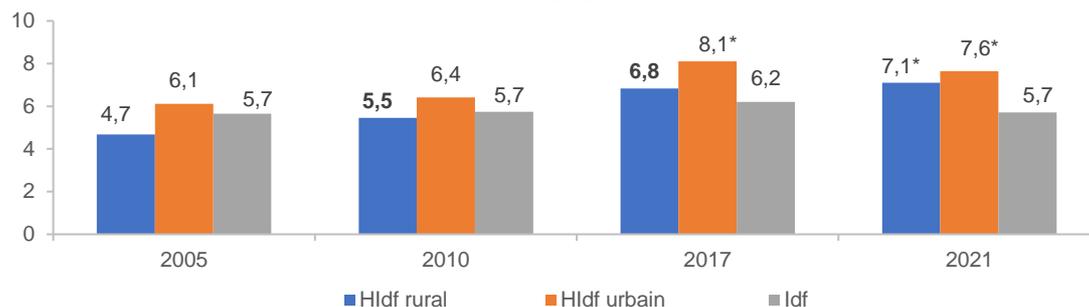


Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente *, différence significative entre 2005 et 2021

¹ Modèle de régression avec les variables sexe, âge, niveau de revenus, de diplôme, situation professionnelle, mode de vie (vivre seul ou non) et années.
² Modèles de régression avec les variables sexe, âge, niveau de revenus, de diplôme, situation professionnelle, mode de vie (vivre seul ou pas), région en 2 modalités (Île-de-France, Hors Île-de-France)

Figure 15. Tentatives de suicide au cours de la vie selon la zone géographique (en % des 18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente

*, différence significative entre 2005 et 2021

En région, la prévalence des tentatives de suicide a été multipliée par plus de deux chez les jeunes de 18-24 ans et par près de deux chez les 55 ans et plus depuis 2005

En Île-de-France, quelle que soit l'année, les données ne permettent pas de mettre en évidence de différences entre les catégories d'âges (figure 16). L'évolution des prévalences pour les différents groupes d'âge n'est significative ni entre 2005 et 2021, ni entre aucune année d'enquête consécutive, sauf chez les 25-34 ans entre 2017 et 2021 (baisse de la prévalence). Si la proportion semble augmenter chez les jeunes de 18-24 ans entre 2017 et 2021, cette évolution n'est pas statistiquement significative ($p=0.2499$).

En région, 9,8 % des jeunes de 18-24 ans en 2021 déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, prévalence la plus élevée suivie des personnes de 45-54 ans (7,9 %). De nombreuses évolutions significatives sont constatées : augmentation des prévalences dans toutes les catégories d'âge sur la période 2005-2021, sauf chez les 35-44 ans, et en particulier chez les 18-24 ans (prévalence multipliée par 2,2) et chez les 55 ans ou plus (multipliée par 1,7). Pour les 18-24 ans, l'augmentation est observée entre 2017 et 2021, pour les autres catégories d'âge, entre 2010 et 2017 (entre 2005 et 2010 pour les 55-64 ans).

Des tentatives de suicide plus souvent déclarées par les personnes aux revenus les plus bas

En Île-de-France, les personnes dont les revenus appartiennent aux 1^{er} et 2^e terciles ont plus souvent déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et ce, quelle que soit l'année (figure 17). Les données franciliennes ne mettent pas en évidence d'évolutions significatives au cours du temps, quel que soit le niveau de revenus.

En région, les tentatives de suicide déclarées sont plus élevées pour le 1^{er} tercile que pour le 2^e, qui sont elles-mêmes plus élevées que pour le 3^e tercile. Les prévalences de tentative de suicide au cours de la vie ont globalement augmenté entre 2005 et 2021 pour les 1^{er} et 2^e terciles de revenus et sont restées stables pour le 3^e tercile (figure 17). Ces augmentations ont été observées sur la période 2010-2017 pour le 1^{er} tercile et sur la période 2005-2010 pour le 2^e tercile.

Les personnes au chômage ont plus souvent déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie ainsi que les inactifs en Île-de-France en 2017 et 2021

Si en Île-de-France, les déclarations de tentatives de suicide ne variaient pas selon les différentes situations professionnelles en 2005 et 2010, ce n'est plus le cas en 2017 et 2021 (figure 18). En 2021, les personnes au chômage ainsi que les retraités et autres inactifs (hors étudiants) étaient les plus nombreux à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, respectivement 9,5 % et 8,8 %, contre 4,4 % pour les personnes en emploi et 4,6 % pour les étudiants. Entre 2005 et 2021, la proportion de personnes déclarant avoir fait une tentative de suicide a augmenté chez les personnes au chômage, de 4,1 % à 9,5 % en 2021 mais est restée stable dans les autres catégories (figure 18).

La comparaison Île-de-France / hors Île-de-France montre que les personnes en emploi et les étudiants ont déclaré des prévalences de tentatives de suicide plus faibles en Île-de-France que dans le reste de la France en 2021. Mais les prévalences sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les personnes au chômage.

En région, les chômeurs déclarent plus souvent que les autres catégories avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, quelle que soit l'année (différence à la limite de la significativité avec les étudiants en 2021, $p=0,0501$). L'évolution chez les personnes au chômage est stable (mais avec des prévalences

toujours plus élevées que les autres catégories dès 2005) et a en revanche augmenté très fortement chez les étudiants (de 3,7 % à 8,9 % entre 2005 et 2021, $p < 0.000$), chez les autres inactifs et, plus modérément, chez les personnes en emploi.

Des tentatives plus souvent déclarées par les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat

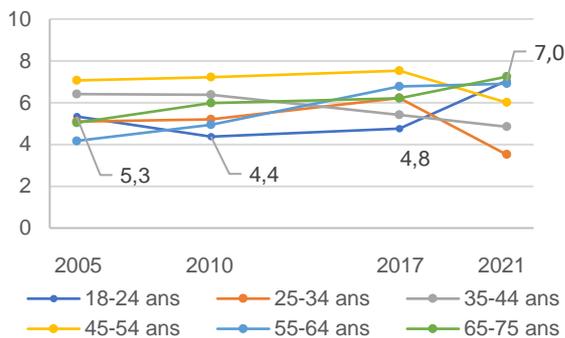
Quelle que soit l'année, les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ont plus souvent déclaré avoir fait une tentative de suicide que les personnes diplômées du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur. Ainsi, en 2021, en Île-de-France, 9,1 % des personnes ayant un niveau inférieur au baccalauréat ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, contre 5,1 % de celles ayant le baccalauréat ou un niveau équivalent et 3,7 % de celles diplômées du supérieur (différence non significative entre ces deux dernières proportions). Les données ne mettent pas en évidence d'évolutions significatives, quel que soit le niveau de

diplôme.

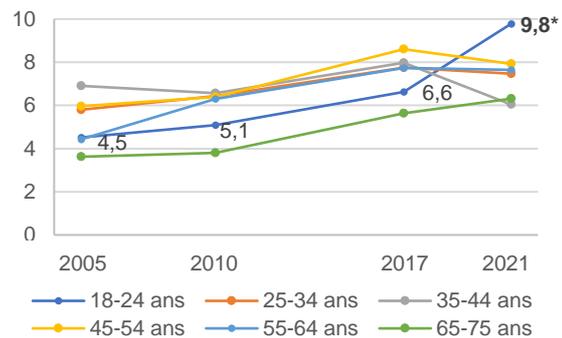
La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France ne met en avant qu'une seule différence, la prévalence est inférieure en Île-de-France pour les personnes de niveau baccalauréat.

Hors Île-de-France, si les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ont la proportion la plus élevée (9,0 %), celle-ci ne diffère pas de celle observée chez les diplômés du baccalauréat (7,9 %) mais est supérieure à celle des personnes diplômées du supérieur (4,8 %). Les déclarations de tentatives de suicide au cours de la vie ont significativement augmenté entre 2005 et 2021 pour les personnes ayant un diplôme niveau baccalauréat ou inférieur : de 4,8 % à 7,9 % pour les personnes ayant le baccalauréat et de 5,9 % à 9,0 % entre 2005 et 2021 pour les personnes de niveau inférieur au baccalauréat (figure 19). Pour ces dernières, la croissance a été observée entre 2005 et 2017 et la proportion est restée stable ensuite.

Figure 16. Tentatives de suicide au cours de la vie chez les personnes de 18-75 ans (en %) En Île-de-France

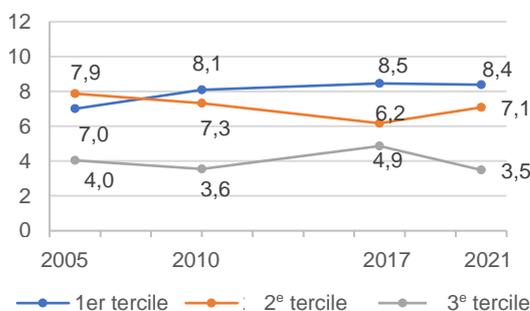


Hors Île-de-France

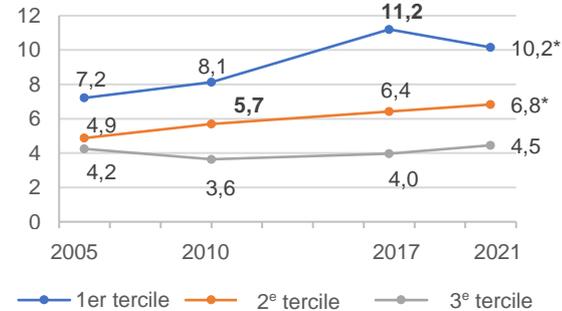


Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France
En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente *, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 17. Tentatives de suicide au cours de la vie selon le niveau de revenus (en % des 18-75 ans) En Île-de-France



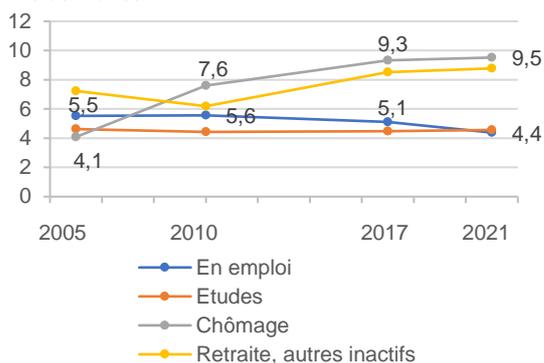
Hors Île-de-France



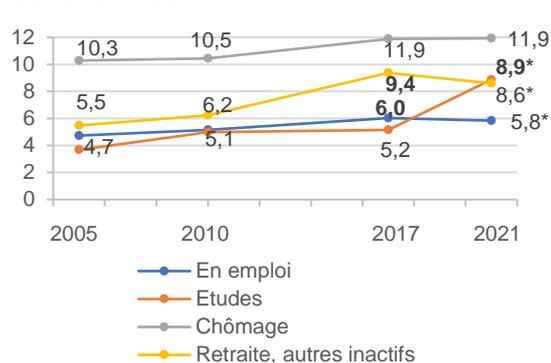
Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France
En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente *, différence significative entre 2005 et 2021

Figure 18. Tentatives de suicide au cours de la vie selon la situation professionnelle (en % des 18-75 ans)

En Île-de-France



Hors Île-de-France

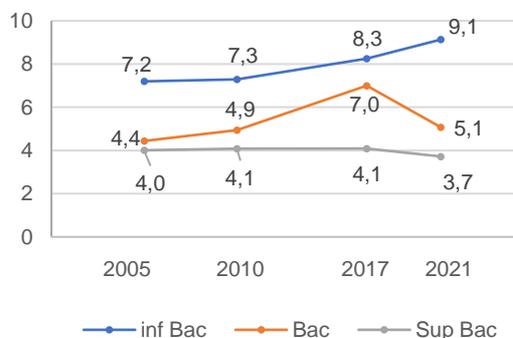


Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

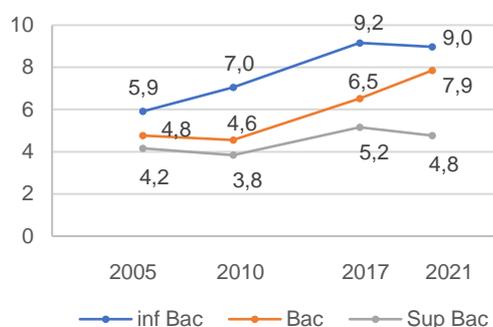
*En gras, différence significative avec l'année d'enquête précédente *, différence significative entre 2005 et 2021*

Figure 19. Tentatives de suicide au cours de la vie selon la situation professionnelle (en % des 18-75 ans)

En Île-de-France



Hors Île-de-France



Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

Les facteurs associés aux tentatives de suicide

Toutes choses égales par ailleurs, le modèle de régression logistique en Île-de-France montre que le fait d'être une femme, d'être au chômage et de vivre seul sont associés à un risque deux fois plus élevé d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (tableau 3). À l'inverse, être âgé de 25-34 ans et avoir un niveau de diplômé de niveau baccalauréat ou plus sont associés à un risque moins élevé d'avoir fait une tentative de suicide et il semblerait que ce

soit aussi le cas pour les personnes ayant un revenu élevé (3^e tercile) (test à la limite de la significativité, $p=0,053$). En région, des constats comparables sont faits, avec le risque plus élevé chez les femmes, chez les personnes au chômage, chez les inactifs et les personnes vivant seules et avec le risque plus faible chez les personnes plus âgées, diplômées du supérieur et ayant un niveau de revenus du 3^e tercile (tableau 3).

Tableau 3 : Tentatives de suicide au cours de la vie et facteurs associés en Île-de-France et hors Île-de-France En 2021 – Île-de-France (N=3 959) En 2021 – Hors Île-de-France (N=18 528)

En 2021 – Île-de-France (N=3 959)				En 2021 – Hors Île-de-France (N=18 528)			
Sexe	Ora	IC	p	Sexe	Ora	IC	p
Homme	Ref.			Homme	Ref.		
Femme	2,1	[1,4-3,1]	0,000	Femme	2,1	[1,8-2,5]	0,000
Age				Age			
18-24 ans	Ref.			18-24 ans	Ref.		
24-34 ans	0,4	[0,2-0,9]	0,03	24-34 ans	0,7	[0,5-1,1]	0,093
35-44 ans	0,5	[0,2-1,3]	0,147	35-44 ans	0,7	[0,5-0,9]	0,019
45-54 ans	0,6	[0,3-1,6]	0,328	45-54 ans	0,8	[0,6-1,1]	0,185
55-64 ans	0,6	[0,2-1,5]	0,229	55-64 ans	0,5	[0,4-0,8]	0,001
65-75 ans	0,4	[0,1-1,3]	0,134	65-75 ans	0,3	[0,2-0,5]	0,000
Diplôme				Diplôme			
<Baccalauréat	Ref.			<Baccalauréat	Ref.		
Baccalauréat	0,6	[0,3-0,9]	0,029	Baccalauréat	0,9	[0,7-1,1]	0,154
> Baccalauréat	0,5	[0,3-0,8]	0,004	>Baccalauréat	0,6	[0,5-0,7]	0,000
Revenus				Revenus			
Premier tercile	Ref.			Premier tercile	Ref.		
Second tercile	1,0	[0,6-1,5]	0,933	Second tercile	0,8	[0,7-1,0]	0,054
Troisième tercile	0,6	[0,4-1,0]	0,053	Troisième tercile	0,7	[0,6-0,9]	0,002
Refus/NSP	0,3	[0,1-0,6]	0,002	Refus/ NSP	0,6	[0,4-0,8]	0,003
Situation professionnelle				Situation professionnelle			
En emploi	Ref.			En emploi	Ref.		
Etudes	0,7	[0,2-1,9]	0,481	Etudes	1,0	[0,7-1,5]	0,892
Chômage	1,8	[1,0-3,4]	0,044	Chômage	1,6	[1,3-2,1]	0,000
Retraite et autres Inactifs	1,7	[0,9-3,3]	0,093	Retraite et autres Inactifs	1,8	[1,4-2,3]	0,000
Vivre seul				Vivre seul			
Non	Ref.			Non	Ref.		
Oui	1,8	[1,2-2,7]	0,003	Oui	2,1	[1,8-2,5]	0,000

Lecture : En 2021, les Franciliens diplômés du Bac avaient par rapport aux Franciliens ayant un diplôme inférieur au Bac un risque 0,6 moins élevé d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie.

Note : Les chiffres en gras indiquent une significativité au seuil de 5 %. Ref : Catégorie de référence.

Source : Baromètre de Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Une prise en charge des pensées et tentatives de suicide insuffisante en Île-de-France ou en région

Près de 3 Franciliens sur 10 n'ont pas parlé de leurs pensées suicidaires

En Île-de-France, en 2021, parmi les personnes de 18-75 ans ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (N=139), 71,1 % déclarent en avoir parlé à quelqu'un. Cette proportion est de 63,8 % dans le reste de la France, proportion non statistiquement différente. Ce sont ainsi près de 3 personnes sur 10 en Île-de-France et 36 % en région qui n'en ont parlé à personne. Lorsque les personnes en ont parlé à quelqu'un, c'est pour le plus grand nombre à un professionnel de santé (66 % en Île-de-France et 70 % en région), à un membre de la famille (57,4 % en Île-de-France et 50,2 % en région) ou à un ami (55,5 % en Île-de-France et 44,7 % en région). Des analyses par sexe ou par âge ne sont cependant pas réalisables en raison d'effectifs insuffisants en Île-de-France.

Les raisons citées par les personnes de ces pensées suicidaires sont des raisons liées à la scolarité (54,2 % en Île-de-France, 33,2 % en région), des raisons familiales (39,0 % en Île-de-France, 44,7 % en région), des raisons professionnelles (34,5 % en Île-de-France, 27,1 % en région) ou des raisons sentimentales (30,9 % en Île-de-France, 31,8 % en région).

4 personnes sur 10 ayant fait une tentative de suicide estiment ne pas avoir reçu le soutien nécessaire après leur tentative de suicide

Après leur tentative de suicide (ou la dernière pour ceux en ayant fait plusieurs), une proportion importante de personnes, en Île-de-France ou dans le reste de la France, en 2021, déclarent estimer ne pas avoir reçu le soutien nécessaire à la suite de cette tentative, 39,3 % en Île-de-France et 43,1 % hors Île-de-France (différence non significative). À la suite de cette tentative, ce sont seulement 57,9% des Franciliens (56,3 % en région) qui déclarent être allés à l'hôpital. À leur arrivée à l'hôpital, une hospitalisation a souvent eu lieu (8 sur 10 en Île-de-France et 9 sur 10 en région). Un suivi n'a pas pourtant pas été nécessairement initié à la suite de cette hospitalisation puisque seulement 59,3 % des Franciliens (56,7 % en région) déclarent avoir bénéficié d'un suivi à la sortie de l'hôpital.

Un élément à prendre en compte est par ailleurs l'intentionnalité du passage à l'acte. Pour 5 personnes sur 10, en Île-de-France ou en région, la tentative de suicide était un appel à l'aide et les personnes n'avaient pas l'intention de mourir tandis que 17,3 % des Franciliens (14,0 % hors Île-de-France) expriment qu'ils souhaitaient mourir, tout en sachant que le moyen n'était pas le plus efficace, ce qui témoigne d'une certaine ambivalence par rapport au désir de mourir.



Adobe stock

Les Baromètres de Santé publique France

Les données de cette étude sont issues des éditions 2005, 2010, 2017, 2021 du Baromètre de Santé publique France. Les baromètres santé sont des enquêtes périodiques, menées depuis 1992, qui visent à mieux connaître les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques des Français en matière de santé. Ils sont réalisés auprès d'un échantillon représentatif de la population résidant en France métropolitaine selon une méthode probabiliste.

Les données sont pondérées et redressées par la probabilité d'inclusion dans le ménage en fonction de l'équipement téléphonique et un redressement est effectué selon la structure de la population par un calage sur marges, avec les variables sexe croisé par âge en tranches décennales, région de résidence, département pour l'Île-de-France, taille d'unité urbaine, taille du foyer, niveau de diplôme à partir des enquête emploi de l'Insee.

L'échantillon 2021 était composé de 24 514 personnes de 18-85 ans, dont 22 625 personnes de 18-75 ans, tranche d'âges utilisées dans cette étude. Pour l'Île-de-France, l'échantillon était de 4 230 personnes de 18-85 ans, dont 3 988 personnes de 18-75 ans. Le taux de réponse global au niveau national était de 44,3 %

Echantillons des différents Baromètres en Île-de-France et hors Île-de-France (% pondérés)

	Île-de-France				Hors Île-de-France rural				Hors Île-de-France urbain			
	2005	2010	2017	2021	2005	2010	2017	2021	2005	2010	2017	2021
Sexe												
Homme	51,8	48,1	48,0	47,8	49,1	49,1	49,4	50,0	47,8	49,0	48,5	47,7
Femme	48,2	51,9	52,0	52,2	50,9	50,9	50,6	50,0	52,2	51,0	51,5	52,4
Age												
18-24 ans	17,6	13,8	12,6	12,3	8,8	10,1	8,1	7,8	14,3	14,0	13,5	14,5
25-34 ans	24,4	21,4	20,5	20,0	15,7	15,9	13,9	13,3	19,1	18,2	18,8	17,3
35-44 ans	20,8	20,9	20,5	19,6	20,5	21,6	18,3	17,6	19,8	18,0	17,8	17,0
45-54 ans	16,6	18,7	19,1	18,8	21,4	20,3	20,6	19,6	19,0	19,0	18,5	18,1
55-64 ans	11,9	15,3	15,6	16,3	18,3	18,3	21,0	20,9	15,5	17,1	16,8	16,6
65-75 ans	8,7	9,9	11,7	13,1	15,3	13,9	18,2	20,7	12,4	13,6	14,6	16,6
Diplôme												
< Bac	50,7	46,5	37,1	32,0	68,7	64,1	55,3	50,7	58,0	55,3	47,3	43,6
Bac	18,6	19,9	20,2	19,9	14,7	18,0	20,1	21,0	18,5	18,7	20,7	20,9
> Bac	30,7	33,6	42,7	48,2	16,6	17,9	24,6	28,3	23,5	26,0	32,0	35,4
Revenus												
(hors nsp/refus)												
1 ^{er} tercile	28,4	26,8	32,9	33,8	38,8	36,9	37,0	38,8	37,2	35,8	40,3	41,4
2 ^e tercile	30,4	33,8	26,1	25,1	36,7	39,2	37,4	36,0	33,6	35,4	31,5	31,1
3 ^e tercile	41,3	39,4	41,0	41,1	24,6	23,9	25,5	25,2	29,2	28,9	28,2	27,5
Refus/NSP	19,4	8,9	7,5	9,8	16,2	6,9	4,8	8,0	15,4	8,5	4,8	8,8
Situation prof												
Emploi	56,9	62,6	59,7	61,9	53,6	57,9	56,2	56,0	51,1	51,4	53,6	53,2
Chômage	11,5	8,0	10,4	8,6	8,4	7,1	7,5	6,9	11,2	11,6	10,7	9,9
Inactif	19,2	20,2	20,8	19,8	33,1	30,2	31,9	33,0	28,7	29,4	27,1	27,7
Étudiant	12,5	9,2	9,1	9,6	4,9	4,9	4,5	4,1	9,1	7,7	8,7	9,2
Vit seul	17,4	18,7	16,9	19,4	10,6	13,1	14,1	15,0	16,5	20,0	20,9	22,8
Effectifs	4 063	1 255	4 404	3 988	11 848	3 591	10 578	9 303	12 051	3 089	10 256	9 263

Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017 et 2021 de Santé publique France – exploitation ORS Île-de-France

Les principaux constats

La santé mentale fait partie des priorités de santé en Île-de-France, priorité à la fois pour l'ARS Île-de-France et pour la Région Île-de-France, en particulier pour les jeunes Franciliens.

Grâce à la disponibilité du Baromètre de Santé publique France, l'ORS Île-de-France a pu explorer l'évolution de la santé mentale des habitants d'Île-de-France à partir de trois indicateurs disponibles dans les enquêtes menées en 2005, 2010, 2017 et 2021 :

- Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) au cours des douze derniers mois, repérés à partir de l'échelle CIDI-SF, interrogeant sur les symptômes principaux ressentis (tristesse/déprime, perte d'intérêt) et les symptômes secondaires (manque d'énergie, perte ou prise de poids, difficultés à dormir, difficulté à se concentrer, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, etc.) ainsi que le retentissement sur les activités sur une période d'au moins deux semaines ;
- Les pensées de suicide au cours des douze derniers mois, question directement posée à la personne interrogée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? »
- Les tentatives de suicide au cours de la vie, avec la question directement posée à la personne interrogée : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Cette question est laissée à l'interprétation des personnes : ainsi peuvent être déclarées des tentatives de suicide qui n'ont pas donné lieu à un contact avec le système de santé et des gestes auto-infligés peuvent aussi ne pas être perçus par le répondant comme une tentative de suicide, en particulier si une intentionnalité de mourir n'était pas présente.

Les données 2021 sont actuellement les plus récentes en Île-de-France en population générale en termes de comportement de santé permettant ainsi de situer la région francilienne dans le paysage français.

Les épisodes dépressifs : constats et évolutions

En Île-de-France, en 2021, 14,8 % des personnes de 18-75 ans ont déclaré avoir connu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois. **Cette prévalence est, pour la première fois en 2021, plus élevée que dans le reste de la France (12,9 %), et en particulier plus élevée que la prévalence observée de l'espace rural non francilien, mais comparable à celle de l'espace urbain non francilien.** Ces constats sont confirmés toutes choses égales par ailleurs. Les années précédentes, les prévalences franciliennes étaient soit

comparables à celles du reste de la France, soit inférieures (en 2017, $p=0,077$).

Enfin, **la proportion plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la France s'observe uniquement chez les hommes** (11,4 % contre 9,4 % hors Île-de-France en 2021) et ce, toutes choses égales par ailleurs, les proportions étant comparables chez les femmes.

L'augmentation des EDC en Île-de-France est concentrée sur la période 2017-2021 tandis qu'en région, la croissance est observée à partir de 2010.

En Île-de-France en 2021, 17,8 % des femmes et 11,4 % des hommes avaient déclaré un épisode dépressif au cours des douze derniers mois. Quelle que soit l'année d'enquête, **les femmes sont plus touchées par les épisodes dépressifs que les hommes** mais l'écart s'est légèrement réduit en 2021, en Île-de-France comme en région.

Pour la première fois en 2021, la proportion d'EDC chez les 18-24 ans est nettement plus élevée que dans toutes les autres catégories d'âge, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France. Les années précédentes, la différence opposait surtout les catégories les plus jeunes aux plus âgées (à partir de 55 ans).

Les personnes dont les revenus du foyer par unité de consommation (UC) sont situés dans le 1^{er} tercile (inférieur à 1 170€ par mois) ont plus souvent déclaré des EDC en Île-de-France comme en région. En Île-de-France et hors Île-de-France, **l'augmentation est observée dès 2010 pour le 1^{er} tercile**, et à partir de 2017 pour les autres terciles. L'écart s'est creusé entre le 1^{er} tercile et les autres terciles hors Île-de-France, mais **en Île-de-France, l'accroissement a été très important pour le 3^e tercile (revenus par unité de consommation supérieur à 1 800 € par mois)**, plus important que pour le 1^{er} tercile, si bien que l'écart s'est légèrement réduit. Les Franciliens dont les revenus sont dans le 1^{er} tercile et le 3^e tercile ont plus souvent déclaré des EDC que les non Franciliens.

Les étudiants et les chômeurs sont ceux ayant le plus fréquemment déclaré un EDC au cours des douze derniers mois, en Île-de-France ou en région. Toutes choses égales par ailleurs, la différence n'est plus significative pour les étudiants (à la limite de la significativité en Île-de-France), variable très corrélée à l'âge. Toutefois **les prévalences dans ces deux catégories ont doublé entre 2005 et 2021**, augmentation observée entre 2017 et 2021 pour les étudiants et les chômeurs franciliens mais à partir de 2010 pour les chômeurs en région. **L'évolution a aussi été très forte chez les actifs en**

emploi.

Les épisodes dépressifs sont, toutes choses égales par ailleurs, **plus fréquents chez les personnes vivant seules**, avec un risque multiplié par 1,3 ($p=0,05$, à la limite de la significativité) en Île-de-France et par 1,4 en région.

Les pensées suicidaires : constats et évolutions

En Île-de-France, **3,6 % des personnes de 18-75 ans ont déclaré avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois, proportion ne différant pas de celle du reste de la France**, toutes choses égales par ailleurs. Cette proportion est comparable à celle de l'espace rural non Francilien (4,1 %) et inférieure à celle de l'espace urbain non Francilien (4,6 %), différence ne persistant toutefois pas toutes choses égales par ailleurs.

Si hors Île-de-France, les femmes ont plus souvent déclaré avoir eu des pensées suicidaires, **les proportions sont comparables entre les sexes en Île-de-France**.

Les prévalences chez les hommes sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France en 2021 tandis que **les femmes franciliennes ont moins souvent déclaré des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois que leurs homologues du reste de la France**, 3,6 % contre 5,2 % dans le reste de la France.

Une baisse des pensées suicidaires est globalement observée entre 2005 et 2021 quelle que soit la zone géographique, baisse confirmée par les modèles multivariés.

Les pensées suicidaires sont, en région, plus souvent déclarées par les personnes de 18-24 ans que celles des autres tranches d'âges analysées et, en Île-de-France, par les 18-24 ans que par les 25-75 ans.

En région, les prévalences de pensées suicidaires ont augmenté chez les jeunes de 18-24 ans alors qu'elles sont restées stables ou ont diminué (35-44 ans) dans les autres catégories d'âge. **En Île-de-France, les seules évolutions mises en évidence sont une diminution chez les 35-44 ans et les 65-75 ans**. La taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence une apparente augmentation chez les personnes de 18-24 ans.

Les pensées suicidaires sont plus fréquentes chez les personnes dont les revenus sont dans le 1^{er} tercile, en Île-de-France ou dans le reste de la France. Chez ces personnes, la prévalence a stagné tandis qu'elle a diminué pour le 2^e et le 3^e tercile. Les prévalences sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour le 1^{er} et le 3^e tercile mais inférieures en Île-de-France pour le 2^e

tercile.

En 2021, la proportion de personnes déclarant avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois est plus élevée chez les personnes au chômage et les étudiants en région et, en Île-de-France, une différence est mise en évidence entre les actifs occupés, avec la prévalence la plus faible, et les autres catégories. **Toutes choses égales par ailleurs, c'est chez les inactifs et chez les personnes au chômage que le risque d'avoir fait une tentative est le plus élevé (en Île-de-France, à la limite de la significativité pour les personnes au chômage)**. Si les proportions ont diminué chez les personnes en emploi entre 2005 et 2021, pour les autres catégories, les prévalences en 2021 sont comparables à celle de 2005, en Île-de-France et en région (avec, en région, une reprise à partir de 2010 puis une stabilité à partir de 2017).

En région, les personnes les moins diplômées déclarent plus souvent avoir eu des pensées de suicide au cours des 12 derniers mois ; en Île-de-France, aucune différence n'est observée selon le niveau de diplôme.

Enfin le fait de vivre seul est associé à un risque plus élevé d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, en Île-de-France ou en région.

Si la majorité des personnes disent avoir parlé de leurs pensées suicidaires, ce sont **près de trois personnes sur dix en Île-de-France et 36 % en région qui n'en ont parlé à personne**.

Les tentatives de suicide : constats et évolutions

La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie est de 5,7 % des Franciliens, inférieure à celle observée en région (7,4 %). **Toutes choses égales par ailleurs, les prévalences ne diffèrent pas entre les zones géographiques**, pouvant s'expliquer par des différences de structures de population.

Ces prévalences des tentatives de suicide sont restées stables en Île-de-France depuis 2005 tandis qu'elles ont augmenté en région entre 2005 et 2017, et se sont stabilisées ensuite, si bien qu'entre 2005 et 2021 elles ont augmenté de 40 %. Ces évolutions sont confirmées par les modèles de régression logistique, toutes choses égales par ailleurs. Si la prévalence francilienne est plus faible qu'en région rurale et urbaine, **elle devient comparable à ces deux zones, toutes choses égales par ailleurs**. Des structures de population différentes expliquaient ces différences. L'augmentation des prévalences observée en région s'avère plus importante en région rurale (+ 52 %) qu'en région urbaine (+ 25 %).

Les femmes déclarent toujours plus que les hommes avoir fait au moins une tentative de

suicide au cours de la vie, en Île-de-France ou en région : 7,4 % des femmes et 3,9 % des hommes en Île-de-France en 2021. L'écart entre hommes et femmes semblent toutefois se réduire, quelle que soit la zone géographique.

En 2021, **les proportions de tentatives de suicide déclarées par les hommes sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France** tandis que **les Franciliennes sont moins nombreuses à en avoir déclarées**, 7,4 % contre 9,8 %.

Selon l'âge, si aucune différence n'a pu être mise en évidence en Île-de-France, en région, pour la première fois en 2021, la prévalence des tentatives de suicide est la plus élevée de toutes les catégories d'âge chez les jeunes de 18-24 ans (et proche de celle des 45-54 ans). Les évolutions montrent une augmentation dans toutes les catégories d'âge en région avant 2017 et, entre 2017 et 2021 chez les 18-24 ans, chez lesquels l'augmentation a été très forte sur cette période et au total sur la période 2005-2021 (multiplié par 2,2). **En Île-de-France, si aucune différence n'est statistiquement significative, la proportion semble avoir aussi augmenté de manière importante chez les 18-24 ans.**

Les personnes dont les revenus par UC appartiennent aux 1^{er} tercile et 2^e tercile ont plus souvent déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, en Île-de-France et en région ; en région, il y a un net gradient tandis qu'en Île-de-France, les prévalences sont comparables entre le 1^{er} et le 2^e tercile. S'il n'y a pas d'évolution significative en Île-de-France, en région, les prévalences ont augmenté pour le 1^{er} et le 2^e tercile, avant 2017 mais sont restées stables pour le 3^e tercile de revenus.

En Île-de-France, pour la première fois en 2017 ainsi qu'en 2021, les chômeurs et les inactifs ont les prévalences les plus élevées de déclarations de tentatives de suicide ; en région, depuis 2005, les prévalences sont les plus élevées chez les personnes au chômage. Des évolutions sont différentes entre l'Île-de-France et la région. Les prévalences chez les personnes au chômage ont augmenté en Île-de-France mais sont restées stables pour les autres catégories ; en région, c'est le contraire. Si les prévalences sont plus faibles en Île-de-France par rapport au reste de la France pour les actifs en emploi et les étudiants, les proportions chez les chômeurs sont comparables entre les zones géographiques.

Les tentatives de suicide sont plus fréquemment déclarées par les personnes moins diplômées (inférieur au baccalauréat pour l'Île-de-France, inférieur ou équivalent au baccalauréat en région). Pour ces deux dernières catégories, en région, les prévalences ont augmenté sur la période 2005-2021. En Île-de-France, les évolutions ne sont pas significatives.

Enfin le fait de vivre seul est associé à un risque plus élevé d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie.

Le suivi des tentatives de suicide se révèle insuffisant, dans les déclarations des personnes concernées, qui sont quatre sur dix à en Île-de-France ou dans le reste de la France à déclarer ne pas avoir reçu le soutien nécessaire à la suite de cette tentative. Pour la moitié des tentatives, il n'y avait pas un souhait de mourir et pour près de deux sur dix, cette intentionnalité était ambivalente.

Discussion

Les analyses ont été guidées par la recherche de spécificités franciliennes et par l'étude des liens entre les déterminants sociaux et la santé mentale, au cours du temps.

La plus grande fréquence des épisodes dépressifs en Île-de-France, caractéristique des zones urbaines

Pour la première fois en 2021, les analyses ont montré une plus grande fréquence des épisodes dépressifs en Île-de-France que dans le reste de la France. La prévalence comparable entre l'Île-de-France et l'espace urbain non Francilien, ainsi que la prévalence francilienne plus élevée que celle de l'espace rural non francilien questionne sur les liens entre santé mentale et urbanisation.

Ce constat en 2021 a eu lieu pendant la période traversée par le Covid-19 et les confinements successifs, période ayant eu un fort impact sur la santé mentale, comme le montre notamment l'exploitation au niveau national des Baromètres santé (3), résultats cohérents avec les études internationales. L'Île-de-France fait partie des régions particulièrement touchées par l'épidémie, en particulier pendant la première et la troisième vague (7), avec ainsi un impact potentiellement fort sur la santé mentale.

Au-delà de l'impact du Covid sur la santé mentale, la différence de prévalence de la dépression entre zones urbaines et zones rurales avait déjà été observée, dans notre étude, en 2005, prévalence confirmée toutes choses égales par ailleurs, suggérant l'existence d'un lien entre urbanisation et santé mentale.

Une méta-analyse avait montré le risque plus élevé de dépression en zone urbaine par rapport à la zone rurale, dans les pays développés, en particulier en population générale adulte (8) et une analyse auprès de 4,4 millions de personnes a montré que vivre dans une zone fortement urbanisée était liée à une incidence plus forte de pathologies dépressives et de psychoses (9).

Différentes explications ont été avancées pour comprendre le lien entre milieu urbain et impact sur la santé mentale. Ainsi, des explications reposent sur les migrations des zones rurales vers les zones urbaines de personnes souffrant de dépression ou troubles mentaux motivées d'une part par la plus grande possibilité d'accéder à des traitements psychologiques en milieu urbain qu'en milieu rural, d'autre part par la moindre stigmatisation de la maladie mentale en milieu urbain qu'en milieu rural (10, 11, 12, 13). La différence urbain / rural dans la

prévalence de la dépression pourrait aussi trouver des éléments d'explication dans des facteurs économiques et environnementaux, reconnus pour affecter la santé mentale : l'espace urbain est associé à des disparités sociales et une insécurité économique, est caractérisé par de la pollution et un manque de contact avec la nature (14). Des études plus récentes suggèrent que des caractéristiques fondamentales de l'environnement urbain sont associées à une santé mentale plus dégradée, incluant le risque de dépression : proximité des routes, manque d'espaces verts, pollution lumineuse, pollution sonore, pollution de l'air (11). De plus le surpeuplement, plus fréquent en zone urbaine, est un facteur supplémentaire de dépression (citées par 11). Au-delà du surpeuplement des logements, la qualité du bâti, qu'il soit externe ou interne, ainsi que les incidents survenus, est associé à la santé mentale, comme le montre une étude à New York (15) où les personnes déclaraient plus souvent un épisode dépressif au cours des six derniers mois ou au cours de la vie lorsque les bâtiments du quartier étaient en mauvais état ou lorsqu'il y avait eu des incendies dans le quartier, et aussi lorsque les habitants vivent une précarité énergétique ou ont des installations de cuisine qui ne fonctionnent pas. La cohorte SIRS avait mis en évidence, après ajustement sur les caractéristiques individuelles, le risque plus élevé de dépression pour les personnes résidant dans des quartiers classés en zone urbaine sensible (16), zone prioritaire pour la politique de la ville entre 1996 et 2014 (remplacée par les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) au 1er janvier 2015).

Une santé mentale toujours plus dégradée chez les femmes que chez les hommes mais un rapprochement des indicateurs entre les sexes en Île-de-France

La santé mentale des femmes est toujours plus dégradée que celle des hommes, quel que soit l'indicateur pris en considération, épisodes dépressifs, pensées suicidaires ou tentatives de suicide (sauf pour les pensées de suicide en Île-de-France qui sont, en 2021, comparables entre les hommes et les femmes) : prévalence de la dépression 60% plus élevée chez les femmes en Île-de-France en 2021, prévalence des tentatives de suicide 90% plus élevée chez les femmes en Île-de-France en 2021.

Plusieurs hypothèses à ces différences, déjà constatées par ailleurs (17). La dépression, et plus globalement la santé mentale, résulte d'une interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques et génétiques : facteurs génétiques, relations sociales,

événements de la vie, revenus, formation, emploi, logement, accès aux services et aux soins, violences, discriminations, ou encore l'environnement dans lequel l'individu vit. Par ailleurs, l'expression de la souffrance psychique diffère selon le sexe. La dépression par exemple se manifeste différemment chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, les symptômes sont souvent « masqués », avec des comportements tels que l'irritabilité, l'impatience, l'agressivité, la colère, l'hostilité, les comportements abusifs, la consommation excessive d'alcool ou de drogues, les comportements suicidaires ou le sur-travail (18). Or la description de la dépression apparaît comme une pathologie davantage féminine, la catégorie nosographique de la dépression décrit davantage une modalité féminine que masculine : dans le DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, l'épisode dépressif se caractérise par la présence concomitante de plusieurs symptômes tels que l'humeur dépressive, l'anhédonie (perte de plaisir), la variation du poids ou de l'appétit, des troubles du sommeil, les difficultés de concentration, etc. (19). Si « les hommes ne pleurent pas », le mal-être ne leur est pas étranger, comme le montrent les taux de suicide 3,4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (20) ou leur plus grande consommation de substances psychoactives, en particulier l'alcool (21). Ainsi, les déclarations de la dépression peuvent-elles être sous-estimées chez les hommes.

Toutefois, au travers de notre étude, est fait le constat d'un rapprochement des indicateurs entre les hommes et les femmes, en particulier en Île-de-France. Ainsi, au cours du temps, en Île-de-France encore plus qu'en région, les prévalences masculines pour la dépression ont augmenté plus fortement que les proportions féminines, si bien que les écarts entre les sexes se sont légèrement réduits. Pour les épisodes dépressifs, le ratio femmes/hommes est ainsi passé de 2,1 à 1,6 entre 2017 et 2021 en Île-de-France et de 2,0 à 1,7 en région. Pour les pensées suicidaires, notre analyse ne met pas en évidence de différence entre hommes et femmes en Île-de-France, quelle que soit l'année (sauf en 2017), constat confirmé dans les modèles multivariés. Pour les tentatives de suicide, le ratio femmes/hommes est de 1,9 en 2021, contre 2,6 en 2017 ou en 2005.

Enfin, la plus grande fréquence d'épisodes déclarés chez les hommes franciliens par rapport à leurs homologues du reste de la France met en avant la vulnérabilité des hommes franciliens.

Une forte dégradation de la santé mentale chez les jeunes et les étudiants, surtout mise en évidence pour les dépressions en Île-de-France

La forte dégradation de la santé mentale des jeunes de 18-24 ans est particulièrement visible pour les épisodes dépressifs, dont la prévalence est la plus élevée de tous les âges, et en forte augmentation, notamment sur la période 2017-2021, quel que soit le lieu géographique. Cette dégradation est aussi observée pour les pensées et tentatives de suicide en région ; en Île-de-France, les tendances semblent montrer des constats comparables, sans pour autant que les tests ne soient significatifs, vraisemblablement en raison de la taille de l'échantillon francilien et le fait que l'évènement concerne de plus faibles proportions que les épisodes dépressifs.

Des données franciliennes de passage aux urgences en Île-de-France (22) indiquent l'augmentation en 2020 et 2021 des passages aux urgences pour geste suicidaire chez les jeunes filles de 11 à 24 ans et pour idées suicidaires au second trimestre 2020 chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, et qui persiste en 2022, suggérant une dégradation de la santé mentale s'inscrivant dans la durée. Des données d'hospitalisation en Île-de-France (23) montrent aussi une très forte augmentation des hospitalisations pour geste auto-infligé et tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans, en particulier les filles.

L'enquête EnClass chez des collégiens et lycéens (24) a mis en avant cette dégradation de la santé mentale chez les adolescents, entre 2018 et 2022, avec une augmentation du risque de dépression, en particulier chez les filles, et de la prévalence des pensées suicidaires. Dans cette étude, cette dernière atteint 24% et celle des tentatives de suicide au cours de la vie 13%, proportions bien plus élevées que celles de notre étude chez les 18-24 ans dans notre étude. Les résultats d'EnClass sont cohérents avec ce qui est observé à l'international.

Les étudiants ont aussi payé un lourd tribut à la dégradation de la santé mentale, en termes d'évolution des épisodes dépressifs et pensée suicidaires et tentatives de suicide en région. La période de l'adolescence et l'entrée dans la vie adulte est une période charnière où les pathologies psychiatriques se développent (25). De plus les étudiants sont confrontés à la pression de la performance, la montée en puissance de l'usage des réseaux sociaux avec la cyber-violence et le cyberharcèlement. Les étudiants ont connu une montée de la précarité, notamment lors des confinements successifs de la crise Covid-19 avec la fermeture des restaurants universitaires, la perte des petits boulots, puis l'inflation et d'après une enquête auprès des étudiants (26), 19 % d'entre eux ne mangent pas à leur faim et 41 % ont besoin de se salarier à côté de leurs études. D'autres facteurs ont aussi un rôle à jouer dans la dégradation de la santé mentale, conflits armés, attentats, crise climatique, amorcés avant la pandémie de Covid. Autant de facteurs altérant leur santé mentale (24). Il n'est pas non

plus exclu que les nouvelles générations expriment plus facilement que leurs aînés leur souffrance (24).

La santé mentale plus dégradée chez les personnes défavorisées mais qui atteint aussi des niveaux élevés chez les personnes plus favorisées

Le lien entre les déterminants sociaux et la santé mentale est clairement mis en évidence dans notre étude, avec une santé mentale plus dégradée, pour les personnes ayant les revenus les plus faibles, pour celles connaissant des situations de chômage (épisodes dépressifs, de pensées ou tentatives de suicide) et pour les personnes moins diplômées (pensées de suicide en région, tentatives de suicide Île-de-France ou en région).

L'impact de la précarité sur la santé mentale fait aujourd'hui l'objet d'un consensus scientifique, que ce soient les ressources financières, le mal-logement, la précarité de l'emploi ou l'absence d'emploi (25)

La relation de cause à effet n'est toutefois pas évidente entre les conditions sociales et la santé mentale, les liens entre ces deux dimensions sont très ténus et s'entretiennent mutuellement (25).

Pour ce qui est du chômage, celui-ci marque ainsi une rupture pour les personnes qui y sont confrontées et a des conséquences sur tous les domaines de la vie, famille, santé, relations sociales et entraîne une détérioration de la santé mentale pouvant aller de l'anxiété à la dépression voire au suicide (27). Il pourrait aussi davantage concerner des personnes déjà en situation de fragilité mentale (souffrance au travail, ...). Mais le chômage n'atteint pas les personnes de la même façon avec des variations selon le sexe, selon l'âge, la situation familiale, le fait d'entretenir des activités extraprofessionnelles. Comme l'écrivait Durkheim, le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu, la famille, la religion, la société politique (28).

Toutefois la dégradation de la santé mentale, en termes d'épisodes dépressifs, est aussi observée parmi les catégories plus favorisées, surtout à la période du Covid-19 alors que pour les autres catégories, cette dégradation avait commencé avant.

L'évolution des pensées de suicide montre plutôt une tendance à la baisse dans les catégories favorisées mais une stagnation dans les catégories moins favorisées. Et pour les tentatives de suicide, s'il est plus difficile de mettre en avant des tendances nettes en Île-de-France qu'en région, une hausse est observée parmi les chômeurs, et une absence de diminution dans les catégories moins favorisées alors qu'elles diminuent dans les autres catégories.



Conclusion

La santé mentale avait commencé à se dégrader à bas bruit avant la crise Covid-19 mais celle-ci a été probablement un révélateur, en Île-de-France ou ailleurs, d'un mal-être qui existait déjà et a ainsi montré que la France avait une faible culture de la santé mentale, au-delà de la psychiatrie (1, 29).

Ainsi apparaît la nécessité **d'être attentif aux publics vulnérables sans pour autant négliger les autres**. Les femmes constituent un public prioritaire, mais il est important de s'adresser également aux hommes, qui manifestent leur souffrance différemment, de manière parfois moins visible. Les situations de non-emploi sont par ailleurs particulièrement propices à la dégradation de la santé mentale, public moins visible. La prévention doit ainsi pouvoir passer par des canaux plus ciblés, tels que les agences France Travail, les centres de formation ou via les médecins généralistes, médecin le plus fréquemment consulté. Les jeunes sont aussi un public prioritaire, et les actions précoces, comme celles ayant pour objectif le déploiement des programmes de développement des compétences psycho-sociales pour les enfants sont à développer, tels qu'inscrits par l'ARS Île-de-France dans son projet régional de santé (30), ciblant en particulier les territoires prioritaires.

Notre étude a révélé l'importance **d'améliorer la connaissance par le développement d'enquêtes** avec des échantillons de taille suffisante, notamment à des échelons régionaux ou infra-régionaux, pour pouvoir mettre en évidence les évolutions selon les populations et par des études qualitatives afin de comprendre les causes de la détérioration de la santé mentale et des leviers d'action qui peuvent être envisagés. Afin de permettre une meilleure adéquation des besoins et des actions, il semble nécessaire de **développer les évaluations des actions de promotion de la santé**, évaluation de processus (adéquation des ressources avec les objectifs, satisfaction des participants, intervenants, partenaires, identification des points forts et faibles de l'action, évaluation des moyens humains impliqués, etc.), évaluation de l'efficacité de l'action, du programme ou de la politique (atteinte des objectifs de santé et des objectifs spécifiques, notamment les changements de comportements, les modifications de l'état de santé, le développement de compétences) (31).

Les résultats de l'étude ont aussi mis en exergue l'urgence **d'améliorer le recours aux soins**. Celui-ci passe par la nécessité de se percevoir comme ayant besoin de soins ou que l'entourage puisse percevoir les signes d'une dégradation de la santé mentale. A l'instar des recommandations du Haut Conseil de la santé publique (29), apparaît l'importance de développer une véritable culture de la santé mentale en France, permettant notamment un repérage précoce de troubles de la santé mentale et un recours aux soins précoce lorsque cela s'avère nécessaire. L'implication des collectivités locales pour se saisir des questions de santé mentale, par une politique « d'aller-vers » avec le développement d'actions de repérage et, si nécessaire, de prise en charge, pourrait contribuer à améliorer la santé mentale (30).

Références

- [1] Du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S et al. La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(26):570-89.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). Santé mentale [en ligne]
https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1
consulté le 22 mars 2024.
- [3] Leon C, du Roscoät E, Beck F, Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021, *Bul Epidemiol Hebd.* 2023 ;(2) :28-40,
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html
- [4] Berthou V, Boulch A, Carrière M, Guichard H, Hazo JB, Papuchon A, Sterchele C, Ulrich V. 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. Drees. Observatoire national du suicide. 5^e rapport. Septembre 2022.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
- [5] Leon C, du Roscoät E, Beck F, Prévalence des pensées suicidaire et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021, *Bul Epidemiol Hebd.* 2024 ;(2) :42-56,
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html
- [6] Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France. La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027. Paris : ORS Île-de-France ; 2023.
<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-des-franciliens-2/>
- [7] Firdion L, Féron V, Ndiaye K, Saunal A, Telle-Lamberton M. L'épidémie de Covid-19 : 2020-2022, bilan de trois années en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2023
<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/lepidemie-de-covid-19/>
- [8] Xu C, Miao L, Turner D, DeRubeis R. Urbanicity and depression: A global meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2023 (340) : 299-311.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.030>
- [9] Sundquist K, Frank G, Sundquist J.A.N. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4,4 million women and men in sweden. *The British journal of psychiatry.* 2004 ; 184(4), 293-298.
<https://doi.org/10.1192/bjpp.184.4.293>
- [10] Peen J, Schoevers RA., Beekman A.T, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*2010: 121, 84–93.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x>
- [11] Morales D.A., Barksdale C.L., Beckel-Mitchener A.C. A call to action to address rural mental health disparities. *J. Clin. Transl. Sci.* 2020 ; 4, 463–467.
<https://doi.org/10.1017/cts.2020.42>
- [12] Stewart H, Jameson JP., Curtin L. The relationship between stigma and self-reported willingness to use mental health services among rural and urban older adults. *Psychol. Serv.* 2015 ; 12, 141–148.
<https://doi.org/10.1037/a0038651>
- [13] Rost, K., Smith GR., Taylor, JL. Rural-urban differences in stigma and the use of care for depressive disorders. *J. Rural. Health.* 1993 ; 9, 57–62.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1993.tb00495.x>
- [14] Ventriglio A, Torales J., Castaldelli-Maia J.M., De Berardis D., Bhugra, D. Urbanization and emerging mental health issues. *CNS Spectr.* 2021 ; 26, 43–50.
[10.1017/S1092852920001236](https://doi.org/10.1017/S1092852920001236)
- [15] Galea S, Ahern J, Rudenstine S, Wallace Z, Vlahov D. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:822–827
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.033084>
- [16] Roustit C, Cadot E, Rénahy E, Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005, *Bul Epidemiol Hebd.* 2008 ;(35-36) : 321-325.
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183432/2309920?version=1>
- [17] Organisation mondiale de la santé (OMS). Trouble dépressif (dépression) [en ligne]
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
consulté le 7/06/2024
- [18] Deslauriers JM, Baron M, Negura L. Les hommes souffrant de dépression : un problème méconnu. In : Deslauriers JM, Lafrance M, Tremblay G. Réalités masculines oubliées. Les Presses de l'Université Laval, 2019 May 2:183-214.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv1gbrx7j.10>
- [19] Lancevelée C, Vozari AS. Le genre de la dépression : perspectives de recherches sociologiques. *Rhizome.* 2023 ; 2 (85) : 11-12.
<https://orspere-samdarra.com/2023/le-genre-de-la-depression-perspectives-de-recherches-sociologiques/>
- [20] Fourcade F, von Lennep F (DREES), Chan-Chee C, Gourier-Fréry C, Khireddine-Medouni I (InVS), Carrasco V, Carrière M, Ulrich V(DREES) Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. Drees, Observatoire national du suicide. 2e rapport. 2016.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales>

[21] Richard JB, Adler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2019 ; 5-6 : 89-97.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html

[22] Santé publique France. Santé mentale et Covid-19. Conduites suicidaires. Bulletin de santé publique (BSP) Île-de-France. Février 2023.

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/bulletin-regional/2023/sante-mentale-et-covid-19-conduites-suicidaires-en-ile-de-france.-bulletin-de-sante-publique-fevrier-2023>

[23] Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France. Les tentatives de suicide en Île-de-France. Hospitalisations pour geste auto-infligé. Infographie. Juillet 2024.

<https://www.ors-idf.org/cartes-donnees/les-tentatives-de-suicide-en-ile-de-france-hospitalisations-pour-geste-auto-inflige/>

[24] Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances. En class 2022. Saint-Maurice : Santé publique France. Le point sur, avril 2024.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022>

[25] Chambon N. La santé mentale des populations vulnérables. Paris : La documentation française. Cahiers français, mars-avril 2022.

[26] FAGE. Bouge ton Crous. La consultation étudiante. Dossier de presse. 2024 [en ligne]

https://fage.org/news/actualites-fage-federations/2024-01-10,DP_Consultation_BougeTonCROUS_2024.htm

[27] Ulrich V, Carrière M, Desprat D, Carrasco V, Charline Sterchele C, Boussaid N. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. Observatoire national du suicide. 4e rapport. Juin 2020.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les>

[28] Durkeim E. Le suicide. Paris : Puf, coll Quadrige, 2007.

[29] Haut Conseil de la Santé publique. Avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale, 6 juillet 2021

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>

[30] Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) Île-de-France. Agir pour la santé des Franciliens. Plan d'action 2023-2028. Projet régional de santé Île-de-France 2023-2028, Schéma régional de santé.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028>

[31] IREPS Lorraine. Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé. Guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets. Octobre 2011.

<https://www.promotion-sante-grandest.org/index.php/rechercher-publications/item/16618-guide-evaluez-vos-actions-en-education-et-promotion-de-la-sante>

QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE

16 ANS D'ÉVOLUTION DEPUIS 2005 À PARTIR DES BAROMÈTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

L'essentiel de l'étude

- Après une stabilité entre 2005 et 2017, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) a été multipliée par 1,7, atteignant 15 % des Franciliens de 18-75 ans en 2021. Les 18-24 ans sont particulièrement concernés, avec près d'1 Francilien sur 4 touché par des EDC en 2021, proportion qui a doublé depuis 2017. Les EDC sont plus fréquents chez les femmes, les étudiants, les personnes moins aisées, au chômage, de niveau baccalauréat ou vivant seules ;
- En 2021, la proportion d'EDC en Île-de-France est supérieure à celle des autres régions (13 %), en particulier des territoires ruraux. Elle reste comparable à celle des territoires urbains du reste de la France ;
- Si la prévalence des pensées suicidaires est en baisse dans la population, baisse observée entre 2005 et 2010, elle est en hausse chez les jeunes de 18-24 ans depuis 2010 dans le reste de la France métropolitaine et ne diminue pas en Île-de-France, y atteignant 6 % des 18-24 ans en 2021 ; cette proportion est près de deux fois supérieure à celle observée chez l'ensemble des personnes de 18-75 ans ;
- La prévalence des tentatives de suicide ne diminue pas en Île-de-France depuis 2005, et concerne 5,7 % des 18-75 ans. Elle s'avère inférieure à celle du reste de la France (7,4 %). Chez les 18-24 ans en Île-de-France, si aucune différence n'est statistiquement significative, la proportion semble avoir augmenté de manière importante, comme cela est observé en région.
- Des pensées et tentatives de suicide sont plus souvent déclarées par les personnes aux revenus les plus faibles, au chômage ou inactives ou encore celles vivant seules. La prise en charge des pensées et tentatives de suicide est encore insuffisante en Île-de-France ou en région.

Nous remercions à Santé publique France, Arnaud Gautier, Noémie Soullier et Jean-Baptiste Richard de l'Unité Enquêtes ainsi que Christophe Léon pour sa relecture attentive et ses précieux conseils ; Christine Canet pour la réalisation graphique du document.



Financé par



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de publication : Nathalie Beltzer

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN : 978-2-7371-2185-2