

SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

BULLETIN N°11 - JANVIER 2025

L'Observatoire régional du suicide animé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes produit cette année son 11^{ème} bulletin.

La compréhension du suicide dans notre région avance et les travaux menés accompagnent le développement de la stratégie régionale de prévention du suicide, ainsi que la mise en œuvre de la nouvelle feuille de route régionale santé mentale et psychiatrie 2025-2028.

Avec 951 décès par suicide enregistrés en 2021 dans la région, le suicide dépasse largement les accidents de la circulation comme cause de mortalité. Les jeunes âgés de 10 à 24 ans sont plus particulièrement touchés, ainsi que les 60 à 74 ans. Pourtant, des progrès ont été réalisés, avec une baisse annuelle moyenne de 2,1 % des taux de mortalité par suicide depuis 2000.

Notre région reste marquée par de forts contrastes du fait notamment des inégalités territoriales et sociales. Les communes rurales, souffrant de conditions socio-économiques défavorisées, affichent des taux de mortalité supérieurs à leurs homologues urbains. Ces écarts, particulièrement prononcés chez les hommes, appellent à des mesures ciblées pour réduire ces disparités et offrir des opportunités d'accompagnement à toutes les populations.

En parallèle, les hospitalisations pour tentative de suicide, en hausse significative chez les jeunes depuis 2019, mettent en lumière une souffrance psychologique croissante. Il est crucial de renforcer les dispositifs ciblés sur ces publics à l'échelle de la région. Un axe de la feuille de route régionale santé mentale et psychiatrie est spécifiquement dédié à ce public et l'ARS ARA soutient notamment de nombreux programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale auprès des publics jeunes.

Les inclusions dans le dispositif Vigilans au niveau régional progressent en 2024 (+10 % par rapport à 2023) et les données de suivi d'activité de la ligne d'écoute 3114 révèlent également une utilisation croissante (le nombre d'appels entrants au 3114 décrochés en 2024 a augmenté respectivement de 35 % pour le centre de Lyon et de 23 % pour le centre de Saint-Étienne). Ces outils de prévention jouent un rôle essentiel dans l'identification des situations à risque et dans l'accompagnement des personnes vulnérables.

Les profils de territoires ont été actualisés cette année dans le cadre du bulletin, à partir d'une vingtaine d'indicateurs socio-démographiques et sur l'état de santé mentale de la population en lien avec la problématique du suicide. Ils permettent de mieux objectiver les inégalités sociales et territoriales en matière de suicide au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de cerner les grands enjeux en matière de prévention.

L'observation, couplée à une réflexion opérationnelle, nous permet collectivement de mieux orienter nos actions vers les territoires et les publics les plus fragiles en resserrant nos efforts et en essayant de toujours mieux prendre en compte les disparités constatées. La prévention du suicide figure parmi les axes de travail des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et sera, à ce titre, intégrée dans le cadre de leur évaluation à compter de 2025 ainsi que dans les réflexions pour l'élaboration de la 2^{ème} génération de PTSM.

Que tous les professionnels qui font vivre les travaux de l'Observatoire régional du suicide soient une fois encore remerciés, ainsi que l'ensemble des acteurs qui participent au déploiement de la stratégie multimodale nationale de prévention du suicide sur nos territoires.

Aymeric BOGEY, Directeur de la santé publique, ARS Auvergne Rhône Alpes

SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.....	2
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.....	9
Vigilans.....	14
Les passages aux urgences pour tentative de suicide.....	15
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes	16
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes....	17
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes....	18
Les chiffres et les points clés.....	19

Profils de territoires.....	20
Inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide....	24
Le 3114, numéro national de prévention du suicide	27
Cartes ressources.....	29
Sources de données et méthode.....	31
Consignes de codage et amélioration de la codification....	33
Liste des abréviations.....	33
Méthodologie de la typologie des territoires.....	34
Bibliographie.....	37

Rappel : contexte national

Les décès par suicide

En France métropolitaine, près de 8 800 décès par suicide ont été comptabilisés en 2021, soit plus d'un décès toutes les heures en moyenne. Les décès par suicide touchent les hommes trois fois plus que les femmes.

Le taux de décès par suicide en France métropolitaine a diminué en moyenne de 1,8 % par an entre 2000 et 2021 (soit -31,5 % sur l'ensemble de la période) et s'inscrit ainsi dans une tendance à la baisse depuis les années 1980. Malgré cela, la France continue de faire partie des pays d'Europe où le taux de décès par suicide est élevé selon l'Observatoire national du suicide [1].

Concernant les modes opératoires, la pendaison est, de loin, le moyen le plus utilisé. Des différences notables apparaissent toutefois entre hommes et femmes quant aux autres moyens, les hommes utilisant beaucoup plus les armes à feu tandis que les femmes ont recours plus fréquemment à la prise de médicaments et au saut d'un lieu élevé.

Les tentatives de suicide

En 2023, selon les données du PMSI, près de 92 300 séjours hospitaliers ont été enregistrés dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) après une tentative de suicide chez les personnes de 10 ans et plus en France métropolitaine. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes.

Ces hospitalisations pour tentative de suicide en MCO étaient relativement stables depuis 2013, à l'exception de la baisse en 2020 (contexte d'épidémie de Covid-19 et de diminution générale du nombre de séjours hospitaliers quel que soit le motif hors Covid-19 [2]). Depuis 2021, les hospitalisations pour tentative de suicide en MCO augmentent et dépassent, en 2023, les valeurs observées ces dix dernières années, révélant une possible inversion de tendance qui sera à vérifier dans le prochain bulletin.

Certaines tendances observées ces dernières années demeurent : pic observé du taux chez les femmes de 15-19 ans et absorption de substances médicamenteuses comme cause d'hospitalisation la plus fréquemment observée en MCO suite à une tentative de suicide.

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Avertissement

Une rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide est observée en France entre 2017 et 2018 [3].

L'augmentation du nombre de décès par suicide en 2018 en France ne doit pas être interprétée comme une augmentation réelle de ce phénomène. Elle reflète en effet davantage une rupture statistique liée à l'amélioration du repérage des suicides qui résulte de deux phénomènes distincts :

- l'évolution du certificat de décès qui dispose, depuis le 1^{er} janvier 2018, d'une nouvelle case à cocher « suicide » facilitant la déclaration de cette cause et pouvant aussi modifier la manière dont les médecins remplissent la partie texte du certificat servant à déterminer la cause initiale de décès ;

- l'amélioration de la collecte avec la mise en place d'une transmission particulière des décès ayant fait l'objet d'une autopsie par l'Institut médico-légal (IML) de Paris et d'autres IML en France.

Par ailleurs, il est à noter que la méthode de codage des causes de décès par l'Inserm CépiDc en 2018 et 2019 n'est pas identique à la méthode traditionnelle (utilisée pour les données avant 2018 et en 2020) sans que cela n'impacte la qualité des données de mortalité par suicide [4, 5].

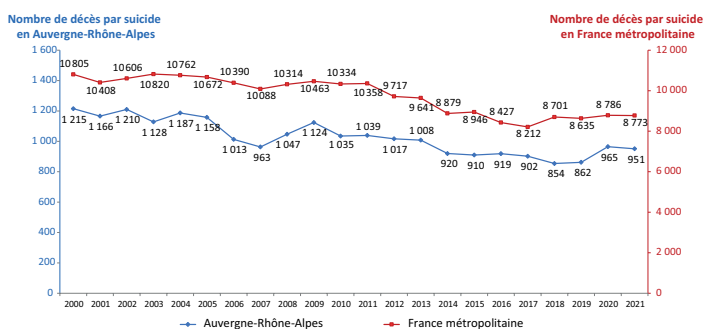
Au regard de ces éléments, il convient d'analyser les évolutions des données de décès par suicide avec la plus grande précaution, en particulier la comparaison des données des années 2018, 2019 et 2020 à celles des années précédentes.

Des taux de mortalité par suicide en baisse en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

Sur la période 2019-2021, 926 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région. Trois quarts de ces décès concernent des hommes (74,7%). Le nombre de décès par suicide diminuait depuis 2009 dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 1). La hausse enregistrée en 2018 pour la France métropolitaine s'expliquerait par la rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide (cf. Avertissement). En Auvergne-Rhône-Alpes, l'observation d'une augmentation en 2020 puis une stabilisation en 2021 pourrait être liée à l'amélioration de la certification des décès et/ou à une augmentation réelle du phénomène.

Le nombre de décès par suicide en 2021 est 2,7 fois plus élevé que ceux causés par les accidents de la circulation dans la région (3,0 fois plus élevé pour la France

Figure 1 - Évolution du nombre de décès par suicide de 2000 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



Source : Inserm-CépiDc 2000-2021 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

métropolitaine) : 350 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et 2 944 en France métropolitaine¹.

Depuis l'année 2000, une baisse globale et significative² du taux de mortalité par suicide est enregistrée en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine (cf. figure 2), tendance observée chez les hommes et chez les femmes.

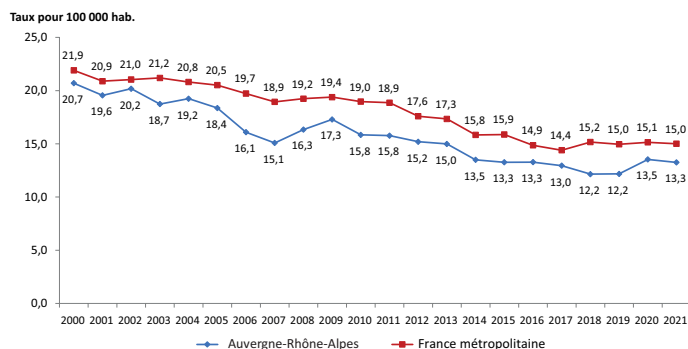
Entre 2000 et 2021, le taux standardisé de mortalité par suicide a baissé, en moyenne, de 2,1 % par an dans la région soit une baisse totale de 36 % sur l'ensemble de la période (-1,8 % par an pour la France métropolitaine soit 31,5 % sur l'ensemble de la période).

Comme le souligne l'Observatoire national du suicide, la diminution progressive de la mortalité par suicide reste lente et faible : elle encourage à un redoublement des efforts de prévention [1].

¹ Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2021.

² Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 31-32).

Figure 2 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide de 2000 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Des taux de mortalité par suicide différents selon l'âge et le sexe

Le taux standardisé de mortalité par suicide est, en 2021 comme les années précédentes, plus élevé chez les hommes que chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figure 3).

Cette surmortalité par suicide des hommes est observée dans tous les pays du monde selon l'Organisation mondiale de la santé, mais dans une proportion plus forte dans les pays à revenu élevé, dont la France [6].

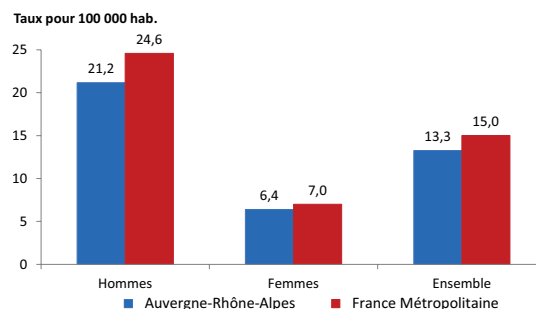
Le taux régional en 2021, chez les hommes et deux sexes ensemble est significativement inférieur au taux national. En revanche, le taux de mortalité par suicide chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes n'est pas significativement différent de celui de la France métropolitaine.

Sur la période 2019-2021, les personnes âgées de 45 à 64 ans concentrent le plus de décès par suicide : quatre décès sur dix (40,5 %) recensés dans la région concernent cette classe d'âge (cf. figure 4). Cette part est proche de celle observée pour la France métropolitaine (38,8 %).

En Auvergne-Rhône-Alpes, la part des décès par suicide chez les hommes augmente avec l'âge jusqu'à 50-54 ans, puis elle diminue de manière irrégulière jusqu'à 75-79 ans (à l'exception de la classe des 60-64 ans où elle augmente) pour de nouveau augmenter à partir de 80 ans. Chez les femmes de la région, la part des décès par suicide augmente globalement avec l'âge jusqu'à la classe des 55-59 ans puis elle diminue jusqu'à 75-79 ans pour de nouveau augmenter à partir de 80 ans.

En France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes, la part de décès par suicide augmente jusqu'à 50-54 ans, diminue jusqu'à 75-79 ans et augmente de nouveau à partir de 80 ans.

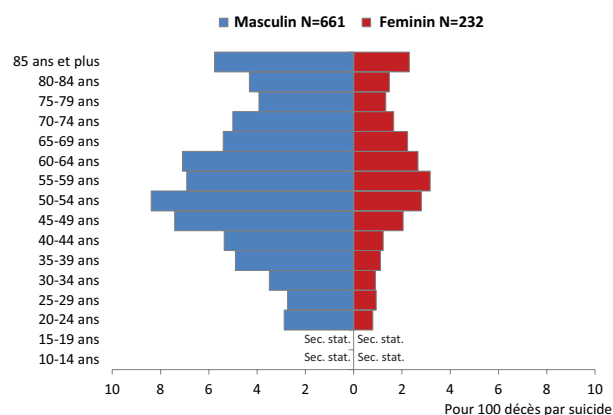
Figure 3 - Taux standardisés* de mortalité par suicide par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine en 2021



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 4 - Répartition des décès par suicide* par sexe et âge en Auvergne-Rhône-Alpes, 2019-2021



* Données lissées sur 3 ans

Sec. stat : données non diffusées en raison du respect du secret statistique

Source : Inserm-CépiDc 2019-2021 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les courbes représentant les taux spécifiques de mortalité par suicide (cf. Sources de données et méthode p. 31-32) par classe d'âge et par sexe sont assez comparables en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figures 5 et 6).

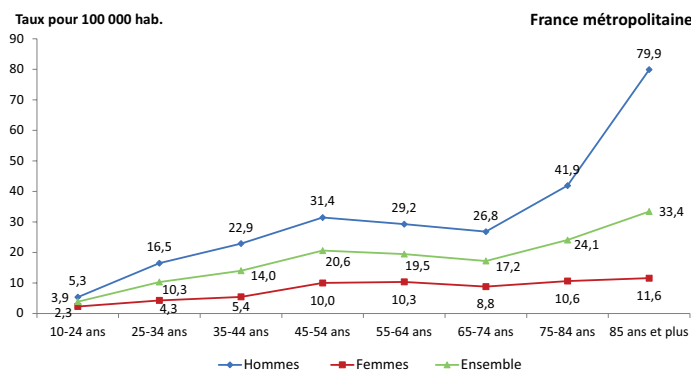
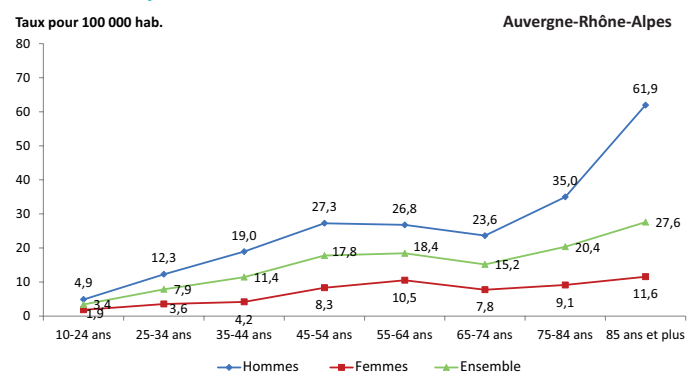
En 2019-2021, comme sur les périodes précédentes, le taux spécifique annuel de mortalité par suicide chez les hommes augmente fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. En Auvergne-Rhône-Alpes, il passe de 12,3 décès par suicide pour 100 000 hommes de 25-34 ans à 61,9 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. En France métropolitaine, ces taux sont plus élevés pour toutes les classes d'âge.

Chez les femmes de la région, les taux de mortalité par suicide, nettement moins élevés que ceux des hommes, augmentent jusqu'à 55-64 ans puis diminuent légèrement jusqu'à 74 ans pour augmenter de nouveau à partir de 75 ans. Le taux spécifique de mortalité par suicide est le plus élevé chez les femmes âgées de 85 ans et plus (11,6 décès pour 100 000 femmes). Chez ces femmes âgées de 85 ans et plus, le taux de mortalité par suicide régional poursuit son augmentation ces dernières années (7,4 pour 100 000 en 2013-2015, 10,2 en 2016-2018 et 11,6 en 2019-2021) et il rattrape en 2021 le taux observé pour la France métropolitaine. Ce constat d'une mortalité par suicide différente selon le sexe et les classes d'âge doit être pris en compte pour le développement et le suivi du déploiement des actions de prévention.

En Auvergne-Rhône-Alpes, comme en France métropolitaine, tous les groupes d'âge sont concernés par la baisse globale significative de la mortalité par suicide depuis l'année 2000 (cf. figure 7).

Toutefois, l'augmentation significative de la mortalité par suicide observée chez les 60-74 ans depuis 2015 et

Figures 5 et 6 - Taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide par classe d'âge et par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021



* Taux lissés sur 3 ans

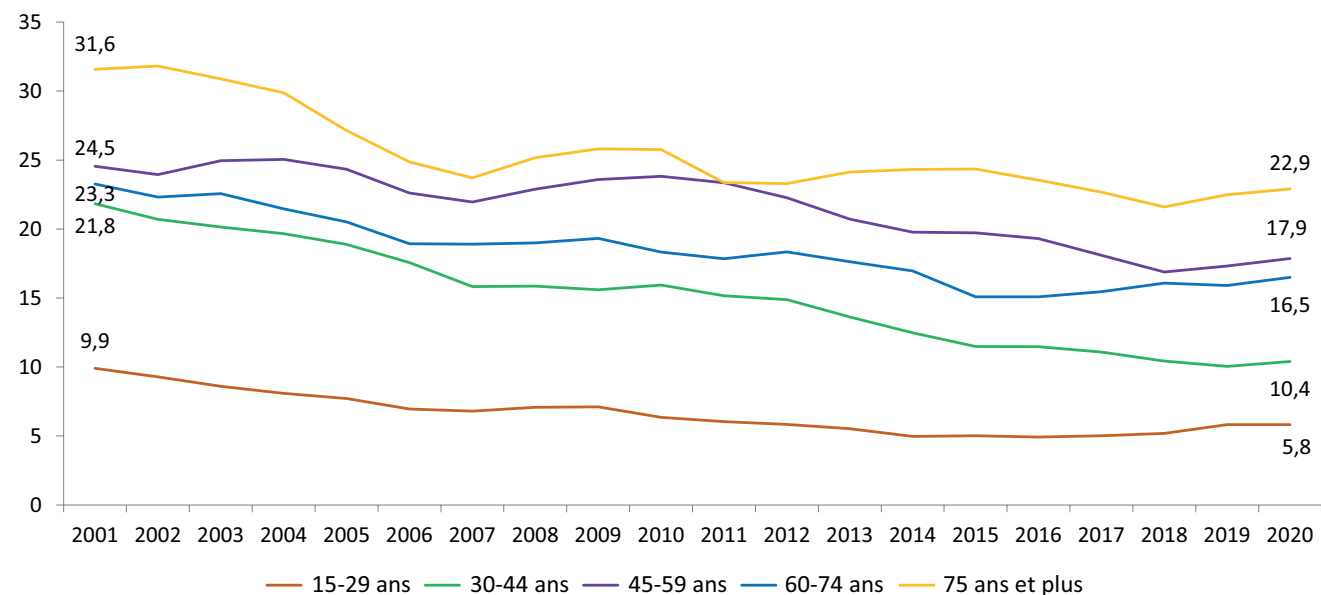
Sources : Inserm-CépiDc, données 2019-2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

chez les 15-29 ans depuis 2014 se poursuit en 2020. Chez les 45-59 ans, une hausse significative de la mortalité par suicide est également identifiée à partir de 2018.

Chez les 75 ans et plus, une tendance à l'augmentation se dessine à partir de 2018. Le prochain bulletin permettra de confirmer ou non cette tendance.

Figure 7 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2021

Taux pour 100 000 hab.



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc, données 2000-2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le poids des décès par suicide dans l'ensemble des décès plus élevé chez les jeunes adultes

Sur la période 2019-2021, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,2% de l'ensemble des décès (*versus* 1,4 % en France métropolitaine).

Cette part est plus élevée chez les jeunes adultes, en particulier ceux âgés de 20 à 39 ans (cf. tableau 1). Pour les hommes, le poids des décès par suicide est le plus élevé chez les 20-24 ans et pour les femmes chez les 25-29 ans.

Chez les 15-24 ans, le suicide représente en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation. Chez les 25-34 ans, le suicide constitue la première cause de mortalité, devant les tumeurs, à l'échelle régionale et nationale.

Quel que soit le sexe, la part des décès par suicide dans l'ensemble des décès a légèrement diminué depuis 2000 : sur la période 2000-2002, cette part s'élevait à 2,8 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes. La baisse est liée à une diminution du nombre de décès par suicide plus forte que l'augmentation du nombre de décès global observée entre les deux périodes 2000-2002 et 2019-2021.

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide* dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2019-2021

	Hommes	Femmes	Ensemble
15-19 ans	12,0 %	13,7 %	12,5 %
20-24 ans	20,9 %	15,6 %	19,5 %
25-29 ans	17,9 %	17,1 %	17,7 %
30-34 ans	17,8 %	10,5 %	15,6 %
35-39 ans	18,4 %	8,7 %	15,2 %
40-44 ans	14,3 %	6,2 %	11,5 %
45-49 ans	10,6 %	5,6 %	8,9 %
50-54 ans	7,6 %	4,8 %	6,6 %
55-59 ans	4,2 %	3,6 %	4,0 %
60-64 ans	3,0 %	2,2 %	2,7 %
65-69 ans	1,7 %	1,3 %	1,6 %
70-74 ans	1,1 %	0,7 %	1,0 %
75-79 ans	0,9 %	0,4 %	0,7 %
80-84 ans	0,7 %	0,3 %	0,5 %
85 ans et plus	0,4 %	0,1 %	0,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	1,9 %	0,6 %	1,2 %
France métropolitaine	2,1 %	0,7 %	1,4 %

* Données lissées sur 3 ans

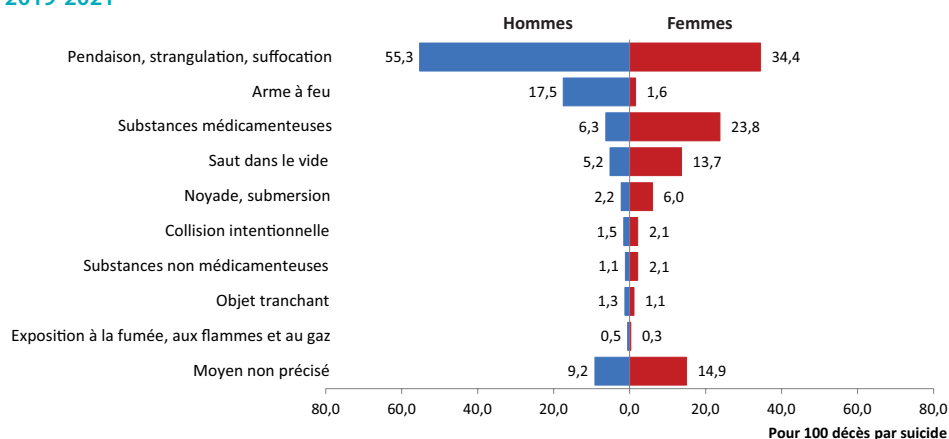
Source : Inserm-CépiDc 2019-2021 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Des modes de suicide différents chez les hommes et chez les femmes

Comme cela est observé depuis plusieurs années, la pendaison est le mode opératoire le plus utilisé que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (cf. figure 8) en Auvergne-Rhône-Alpes.

Des différences subsistent néanmoins entre hommes et femmes quant aux autres modes de suicide : les hommes font ensuite usage plus souvent des armes à feu alors que les femmes ont d'avantage recours aux substances médicamenteuses ou aux sauts dans le vide.

Figure 8 - Répartition des suicides selon le mode opératoire* en Auvergne-Rhône-Alpes, 2019-2021



* Données lissées sur 3 ans

Source : Inserm-CépiDc, données 2019-2021 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les hommes, la part des décès par pendaison parmi l'ensemble des décès par suicide est en légère augmentation dans la région par rapport à la période précédente. Cette part reste toutefois inférieure à celle de la France métropolitaine chez les hommes comme chez les femmes (-2,3 points deux sexes ensemble).

Par rapport à la France métropolitaine, la part de décès

par saut dans le vide parmi l'ensemble des décès par suicide sur la période 2019-2021 est supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes, en particulier chez les femmes (+4,1 points). La part de décès par arme à feu parmi l'ensemble des décès par suicide est également légèrement supérieure pour la région par rapport à celle observée en France métropolitaine.

De fortes disparités départementales de mortalité par suicide

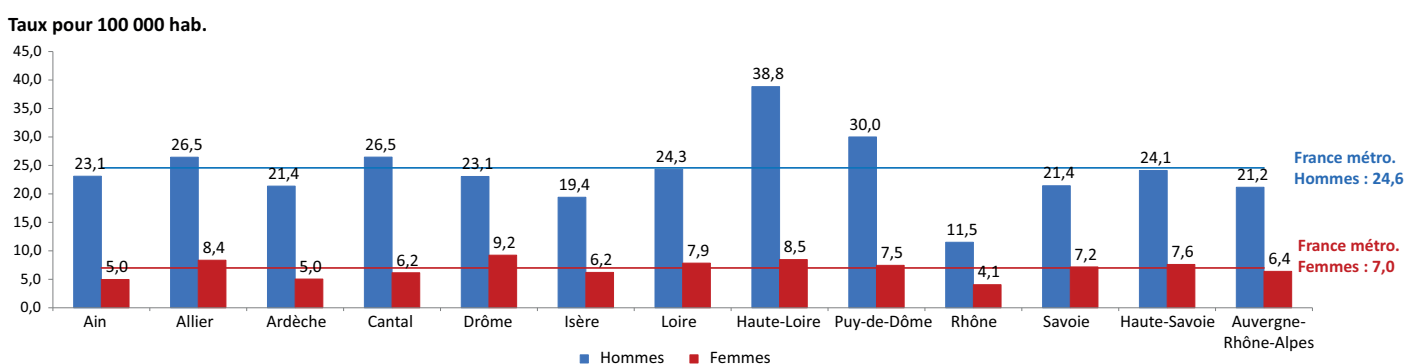
Le taux standardisé de mortalité par suicide deux sexes ensemble est, depuis le début des années 2000, inférieur en Auvergne-Rhône-Alpes à celui enregistré en France métropolitaine. Les valeurs régionales masquent toutefois des disparités importantes entre les départements de la région (cf. figure 9).

En 2021, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme ont des taux standardisés de mortalité par suicide, deux sexes ensemble et chez les hommes, significativement supérieurs à la valeur régionale. Au contraire, le Rhône a un taux de mortalité deux sexes ensemble significativement inférieur. Ce résultat s'observe également dans ce département chez les hommes et chez les femmes séparément.

Le taux le plus élevé de la région chez les hommes est retrouvé en Haute-Loire et chez les femmes dans la Drôme.

Les taux de mortalité par suicide plus bas dans le Rhône s'expliquent en partie par une sous-estimation au niveau de l'Institut médico-légal (IML) de Lyon attribuée notamment à l'absence de précision sur la cause de décès après une investigation de justice (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 33). L'exhaustivité de déclaration des décès par suicide dans le Rhône semblerait toutefois s'améliorer depuis 2020 par rapport aux années précédentes, notamment en raison d'une utilisation accrue de la certification électronique.

Figure 9 - Taux standardisés* de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2021 présentée ci-dessous (cf. figure 10) porte sur des taux calculés chaque année. Les effectifs de décès annuels par suicide étant relativement faibles pour certains départements, les fluctuations annuelles des taux de mortalité par suicide sont parfois importantes.

Pour chaque département, une analyse par régression linéaire permet de qualifier l'évolution annuelle du taux standardisé de mortalité par suicide dans le temps.

Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), le taux standardisé de mortalité par suicide baisse de manière significative sur l'ensemble de la période (2000 à 2021), chez les hommes comme chez les femmes.

En Savoie et Haute-Loire, le taux de mortalité par suicide diminue de manière significative chez les hommes et deux sexes ensemble sur la période 2000-2021 alors qu'une relative stabilité est observée chez les femmes.

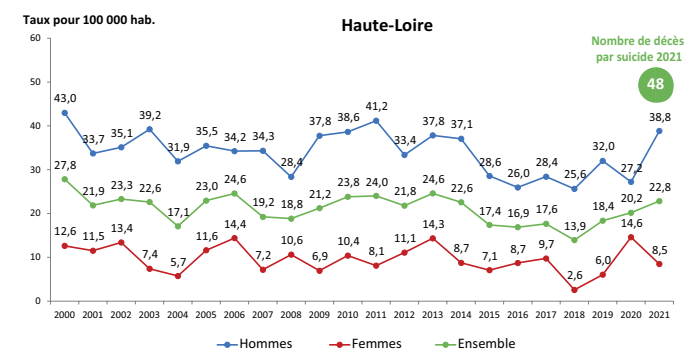
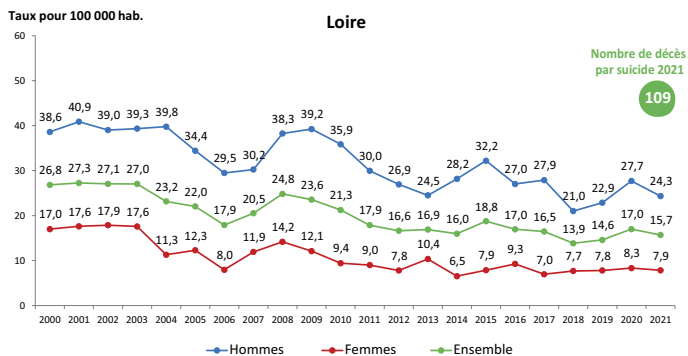
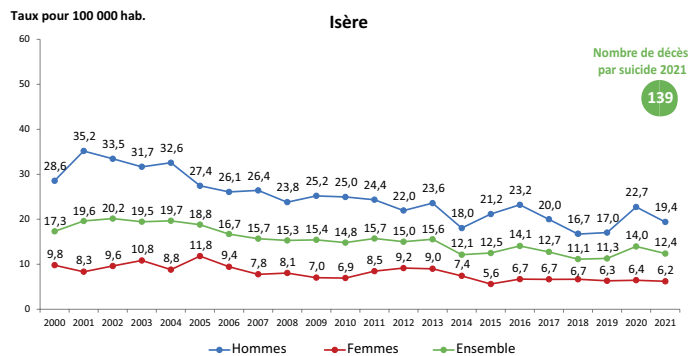
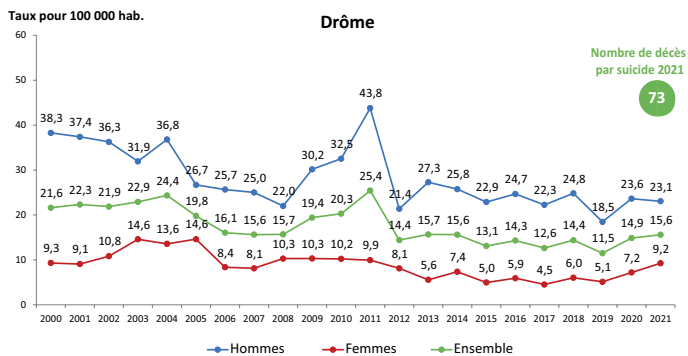
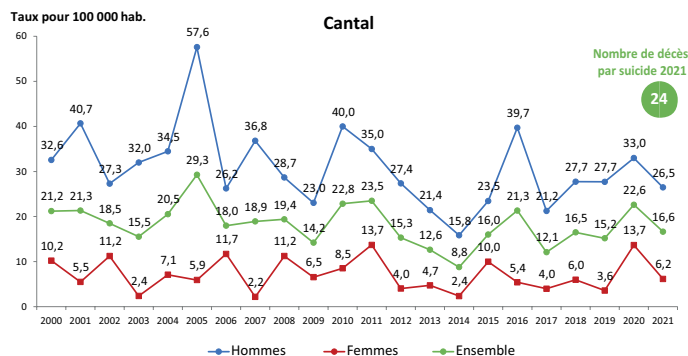
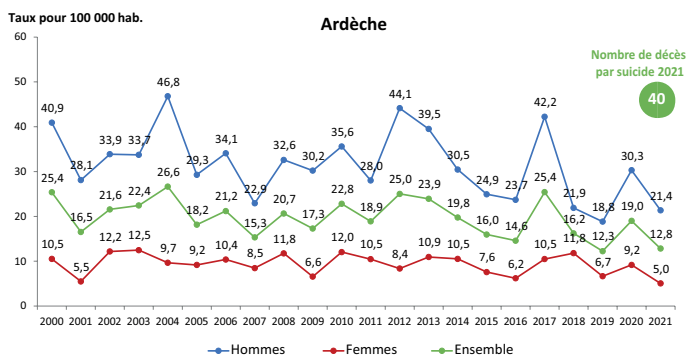
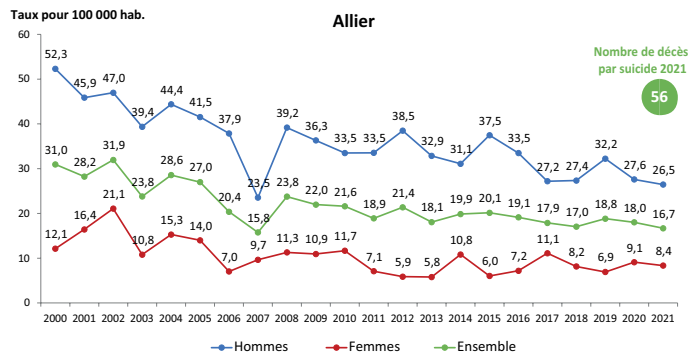
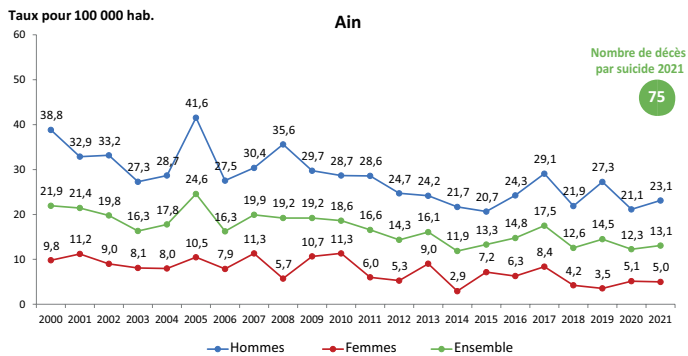
Dans l'Ardèche et le Cantal, l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide est instable, oscillant entre des périodes de hausse et de baisse.

Une analyse plus fine permet de mettre en évidence des sous-périodes de hausse significative du taux standardisé de mortalité par suicide :

- dans la Drôme chez les hommes de 2008 à 2011 et deux sexes ensemble de 2007 à 2011 ;
- dans l'Isère chez les hommes de 2014 à 2016 ;
- dans la Loire chez les hommes de 2013 à 2015 et chez les femmes de 2014 à 2016 et de 2017 à 2020 ;
- en Haute-Loire deux sexes ensemble depuis 2018 ;
- en Haute-Savoie chez les hommes et deux sexes ensemble de 2012 à 2014 et depuis 2016 deux sexes ensemble.

Comme cela a été évoqué (cf. Avertissement p. 2), il est difficile de savoir si les hausses de taux de mortalité par suicide observées depuis 2018 sont liées à l'amélioration de la certification des décès et/ou à une augmentation réelle du phénomène.

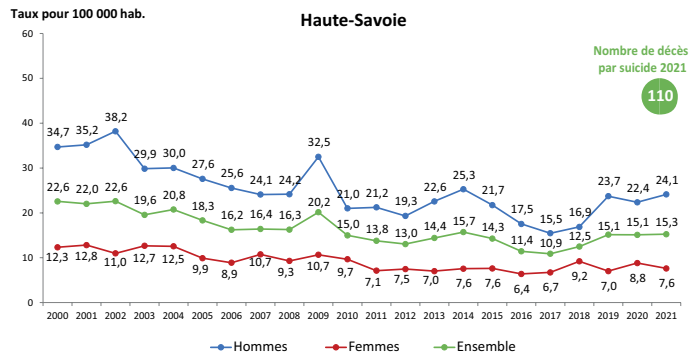
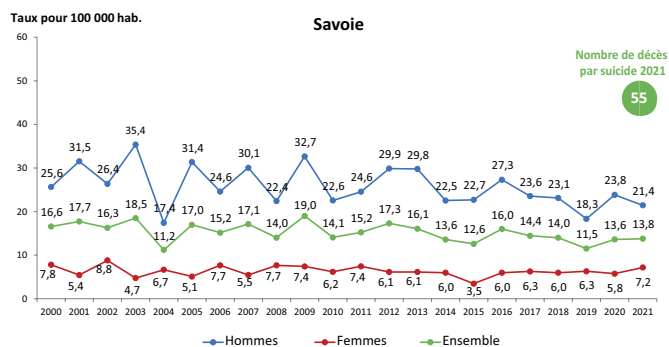
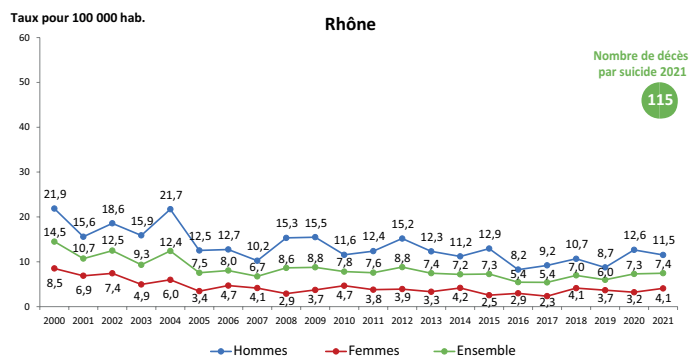
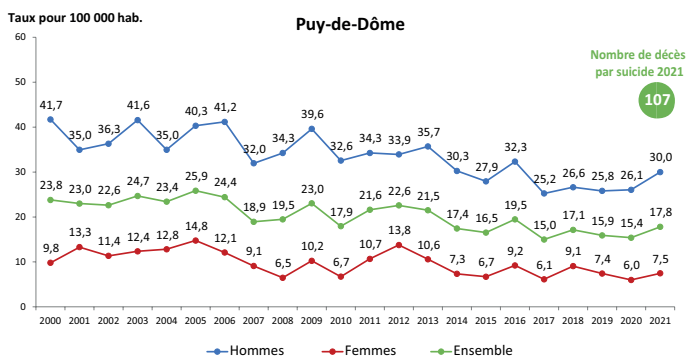
Figure 10 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2021



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 10 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2021 (suite)



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Faits marquants sur la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes

- En 2021, 951 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,7 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,1 % par an).
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Augmentation significative de la mortalité par suicide depuis 2014 chez les 15-29 ans et depuis 2015 chez les 60-74 ans.
- Le suicide (2019-2021), première cause de mortalité chez les 25-34 ans devant les tumeurs et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation.
- Les décès par suicide (2019-2021) représentent 1,2 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-64 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 40,5 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- La pendaison, 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble et chez les hommes plus élevés que les valeurs régionales dans deux départements : Haute-Loire et Puy-de-Dôme. Au contraire, des taux standardisés de mortalité par suicide chez les deux sexes significativement plus faibles dans le Rhône.
- Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide chez les deux sexes entre 2000 et 2021. En Ardèche et dans le Cantal, évolution du taux instable, oscillant entre périodes de hausse et de baisse. En Savoie et Haute-Loire, baisse significative du taux chez les hommes et deux sexes ensemble sur la période 2000-2021 et relative stabilité chez les femmes. Point de vigilance à noter : tendance récente à l'augmentation dans la Loire chez les femmes (2017 à 2020), en Haute-Loire deux sexes ensemble depuis 2018 et en Haute-Savoie deux sexes ensemble depuis 2016.

LES SÉJOURS HOSPITALIERS EN MCO POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

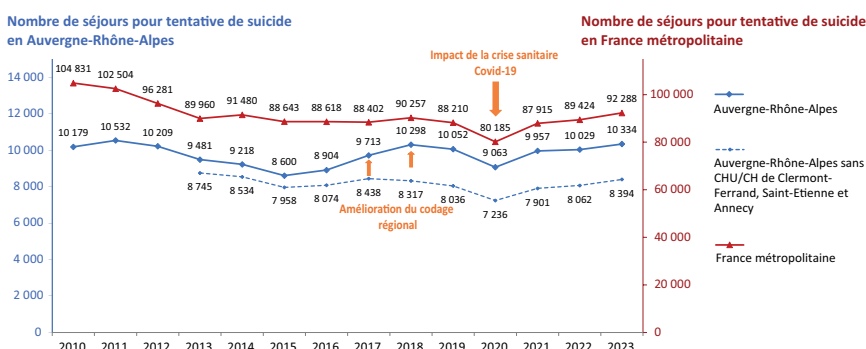
Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes inférieurs aux taux nationaux mais en augmentation chez les plus jeunes et chez les plus âgés

Sur la période 2021-2023, 10 107 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (cf. Sources de données et méthode p. 31-32) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 11).

Une augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide avait été enregistrée dans la région entre 2015 et 2018 en lien avec l'amélioration de la qualité du codage engagée dans plusieurs établissements de la région (cf. Amélioration de la codification p. 33).

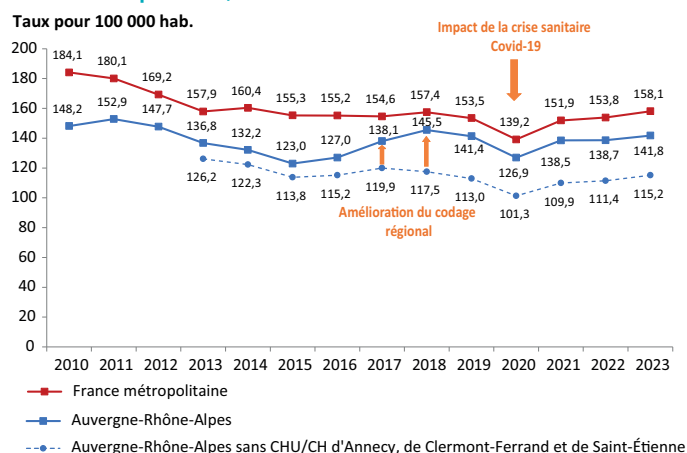
Le léger reflux du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observé en 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes s'était nettement accentué en 2020 dans le contexte sanitaire de pandémie de Covid-19 où une baisse de 15,1 % du nombre de séjours hospitaliers, quel que soit le motif hors Covid-19, était enregistrée en

Figure 11 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2023



Source : ATIH PMSI-MCO 2010-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 12 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Comme les années précédentes, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont plus élevés en 2023 chez les femmes que chez les hommes, dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 13). Ainsi, 181 séjours pour 100 000 femmes sont enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes contre 105 pour 100 000 hommes.

Pour les deux sexes, les taux restent plus bas dans la région qu'en France métropolitaine. Les écarts entre les taux régionaux et nationaux qui s'étaient réduits ces dernières années (2018 à 2020), probablement en lien avec les efforts d'amélioration du codage fournis dans la région, ont tendance à s'accroître depuis 2022.

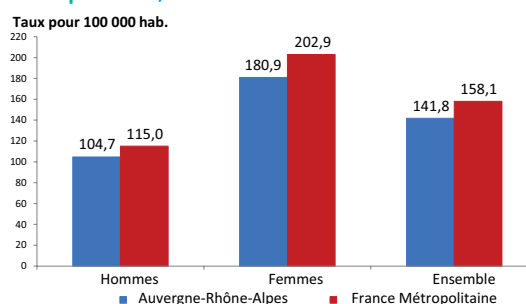
Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à 2019 [2].

En 2023, le nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans la région poursuit l'augmentation observée depuis 2020 et dépasse les valeurs observées ces dix dernières années.

Après une baisse significative jusqu'en 2015 (-3,7 % en moyenne par an), le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide dans la région enregistrait une hausse significative sur la période 2015-2018 (+5,8 % par an), liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Amélioration de la codification p. 33). Depuis 2018, les tendances régionales ne sont pas significatives : baisse de 2018 à 2020 en lien notamment avec la pandémie de Covid-19 puis hausse de 2020 à 2023. Le prochain bulletin permettra de vérifier si cette augmentation régionale se confirme.

À l'échelle de la France métropolitaine, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide connaît globalement une baisse significative depuis 2010 (-1,2 % en moyenne par an). Toutefois, une tendance à la hausse (p=0,07) se dessine depuis 2020, phénomène à surveiller dans le prochain bulletin.

Figure 13 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

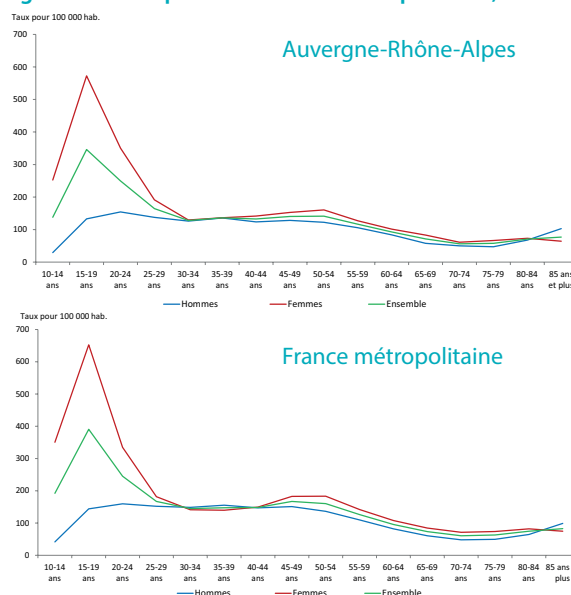
Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide particulièrement élevés et en nette augmentation chez les femmes de 15-19 ans

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2021-2023, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par classe d'âge présentent deux pics chez les femmes (cf. figures 14 et 15) :

- l'un chez les 15-19 ans avec 572 séjours pour 100 000 jeunes femmes de la région (652 pour 100 000 en France métropolitaine), taux encore en nette augmentation pour la région (+46,1 % par rapport à 2018-2020) comme pour la France métropolitaine (+47,6 %) ;

- l'autre, moins marqué, chez les 50-54 ans avec 160 séjours pour 100 000 femmes en Auvergne-Rhône-Alpes (183 pour 100 000 en France métropolitaine) ; ce pic concernait les 45-49 ans sur les périodes précédentes.

Figures 14 et 15 - Taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par classe d'âge et par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023



* Taux lissés sur 3 ans

Sources : ATIH PMSI-MCO 2021-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide évoluent différemment selon les classes d'âge (cf. figure 16). Une hausse significative¹ sur l'ensemble de la période est observée chez les plus jeunes (moins de 25 ans) et chez les plus âgés (85 ans et plus).

Chez les moins de 25 ans, l'augmentation annuelle moyenne depuis 2019 s'accroît encore : +12,8 % par an chez les moins de 15 ans et +9,8 % par an chez les 15-24 ans (soit une augmentation totale depuis 2019 respectivement de 43,3 % et 32,3 % pour ces deux classes d'âge). Cette augmentation des séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les plus jeunes est concordante avec les perceptions des psychiatres de la région. Elle est également confortée par d'autres résultats : hausse nationale des syndrômes dépressifs et hospitalisations pour lésion auto-infligée chez les jeunes filles de 10 à

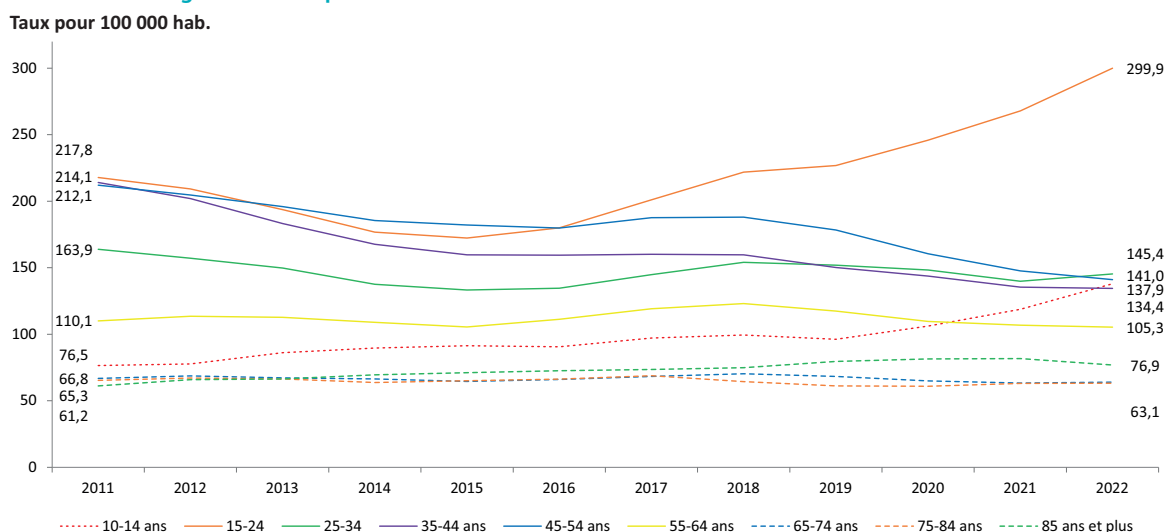
¹ Les taux spécifiques sont modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 31-32).

24 ans après le second confinement [16], dégradation de l'état de santé mentale des adolescents en 2022 [25] et augmentation régionale des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans [11].

Chez les 85 ans et plus, alors qu'il n'avait cessé d'augmenter de 2011 à 2021 (+2,9 % par an) le taux observe, en 2022, une baisse (-5,9 % par rapport à la période précédente).

Au contraire, une baisse significative des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est observée depuis 2011 chez les 35-54 ans et chez les 75-84 ans (-4,1 % par an chez les 35-44 ans, -3,6 % chez les 45-54 ans et -0,3 % chez les 75-84 ans) et depuis 2017 chez les 55-64 ans (-3,6 % par an). La tendance à la baisse observée chez les 25-34 ans et chez les 65-74 ans depuis 2018 s'inverse en 2022, une attention particulière sera portée à l'analyse de l'évolution de cet indicateur dans le prochain bulletin.

Figure 16 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, selon les groupes d'âge entre 2010 et 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

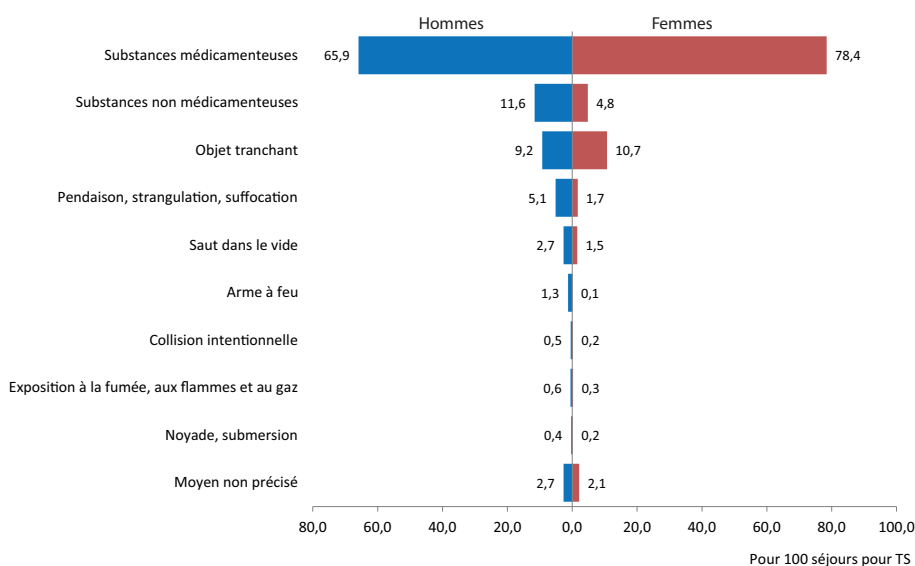
Des modes opératoires différents selon l'âge

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les femmes (78,4 %) que chez les hommes (65,9 %) hospitalisés dans la région en MCO suite à une tentative de suicide sur la période 2021-2023 (cf. figure 17). Ce mode opératoire se stabilise depuis 2018-2020 [8] (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 31). Les objets tranchants sont le deuxième mode opératoire chez les femmes alors qu'il s'agit des substances non médicamenteuses chez les hommes pour la région comme en France métropolitaine.

Par rapport à la France métropolitaine, la part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par absorption de substances médicamenteuses et par saut dans le vide parmi l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est légèrement supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes, chez les hommes (resp. +0,7 point et +0,5 point) comme chez les femmes (resp. +4,0 points et +0,2 point).

Au contraire, la part de séjours pour tentative de suicide par objet tranchant est inférieure en Auvergne-Rhône-Alpes chez les hommes (-0,9 point) et chez les femmes (-2,0 points) par rapport aux valeurs relevées en France métropolitaine.

Figure 17 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide* selon le mode opératoire, 2021-2023 – Auvergne-Rhône-Alpes

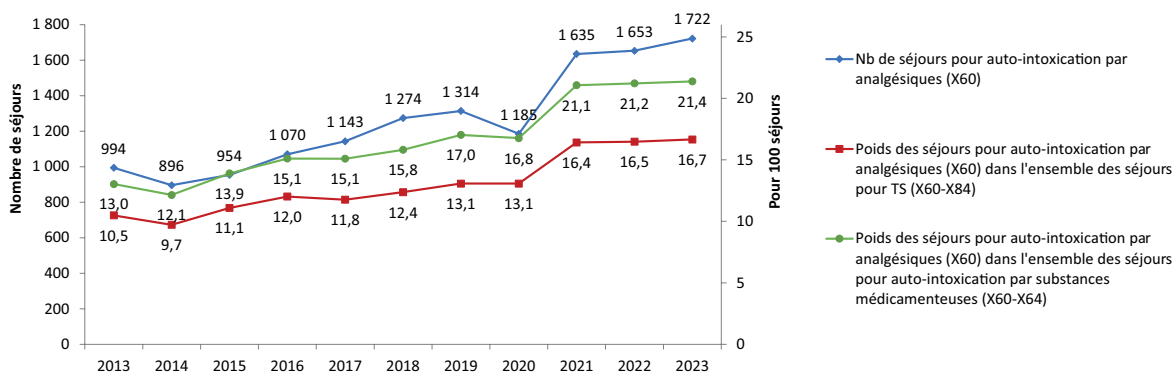


* Données lissées sur 3 ans

Source : ATIH PMSI-MCO 2021-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les 10-14 ans, la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire en 2021-2023. Encore en augmentation chez les jeunes filles par rapport à la période précédente (65,5 %), la part se stabilise pour les jeunes garçons (57,3 %). Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par les 10-14 ans demeure l'objet tranchant. Néanmoins, la part des tentatives de suicide par objet tranchant poursuit la diminution observée depuis 2019-2021 chez les jeunes garçons comme chez les jeunes filles (18,0 % pour les garçons et 25,2 % pour les filles *versus* resp. 22,2 % et 29,3 % en 2019-2021 [11]).

Figure 18 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2013 et 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2013-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Une analyse spécifique des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques a été initiée pour répondre à des observations de terrain de psychiatres évoquant des tentatives de suicide plus nombreuses par intoxication au paracétamol¹ (cf. figure 18).

En 2023, le poids des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par analgésiques dans l'ensemble des séjours pour tentative de suicide poursuit l'augmentation observée depuis 2014 (+6,2 % par an). Cette augmentation a été la plus marquée entre 2020 et 2021.

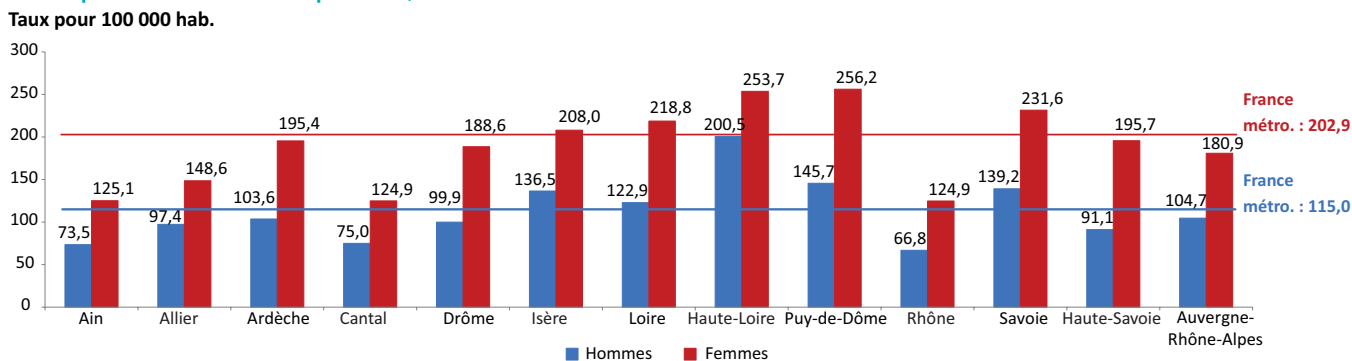
1 Ces intoxications au paracétamol ne faisant pas l'objet d'un code spécifique de la CIM-10, l'analyse est réalisée à partir des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques..

Une situation hétérogène selon les départements

Des disparités prononcées de taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide subsistent entre les départements en 2023 (cf. figure 19). L'Isère, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les hommes comme chez les femmes ont des taux élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, voire même supérieurs à la valeur nationale.

Au contraire, l'Ain, le Cantal, le Rhône pour les deux sexes, la Haute-Savoie pour les hommes et l'Allier pour les femmes ont des taux relativement faibles, significativement inférieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine. L'Ardèche et la Drôme pour les deux sexes, l'Allier chez les hommes et la Haute-Savoie chez les femmes présentent des taux relativement proches des valeurs régionales.

Figure 19 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les graphiques présentant l'évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par département de 2010 à 2023 illustrent également l'hétérogénéité des situations départementales (cf. figure 20).

significative du taux observée depuis 2015 chez les femmes dans la Loire et depuis 2020 chez les hommes dans le Cantal se confirme en 2023. En Isère, les taux poursuivent l'augmentation observée depuis 2020 [7], de manière significative chez les hommes.

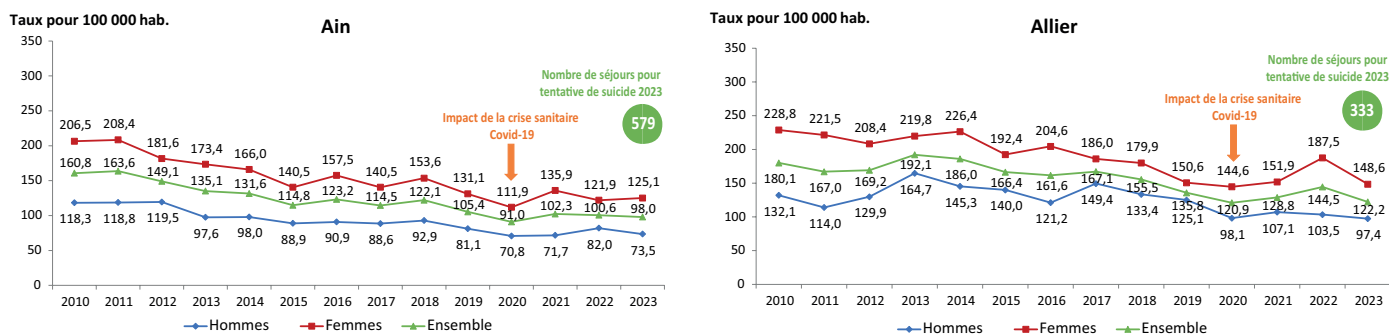
Sur la période 2010-2023, une baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est observée chez les hommes comme chez les femmes dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône et deux sexes ensemble en Ardèche. Toutefois, le taux augmente chez les hommes comme chez les femmes dans la Drôme depuis 2020 et en Ardèche depuis 2022, cette tendance sera à surveiller à l'avenir.

Dans tous les départements de la région, à l'exception de la Haute-Savoie, les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide avaient baissé en 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19 [5, 11]. La plupart des départements retrouvent en 2023 des valeurs supérieures à celles de 2019 : Ardèche, Cantal, Drôme, Loire et Puy-de-Dôme chez les femmes, Isère, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie chez les hommes comme chez les femmes. Dans l'Ain, l'Allier et le Rhône, les taux restent inférieurs à ceux de la période pré-Covid.

Une hausse globale significative est constatée sur la période 2010-2023 chez les hommes comme chez les femmes dans le Puy-de-Dôme, en Haute-Loire (à partir de 2015 pour les femmes), en Savoie (à partir de 2014 pour les hommes) et en Haute-Savoie (à partir de 2011 pour les hommes). Toutefois, le taux baisse significativement chez les hommes dans le Puy-de-Dôme depuis 2019.

Le faible écart des taux entre les hommes et les femmes observé dans le Puy-de-Dôme avant 2021 a été précédemment expliqué (sur-représentation masculine liée à un dépistage systématique des intoxications éthyliques aiguës chez les patients requérant le service d'urgence médico-chirurgicale du CHU de Clermont-Ferrand) [9]. En 2023, l'écart de taux entre les hommes et les femmes continue de se marquer.

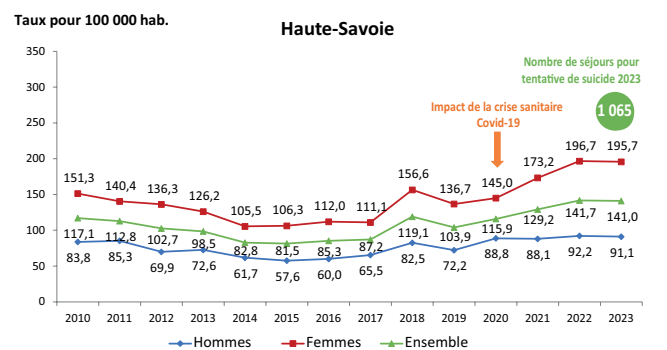
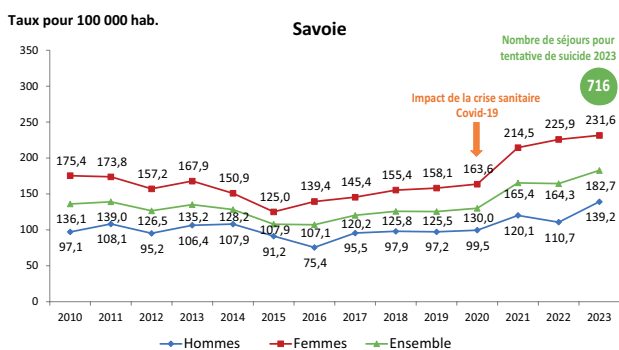
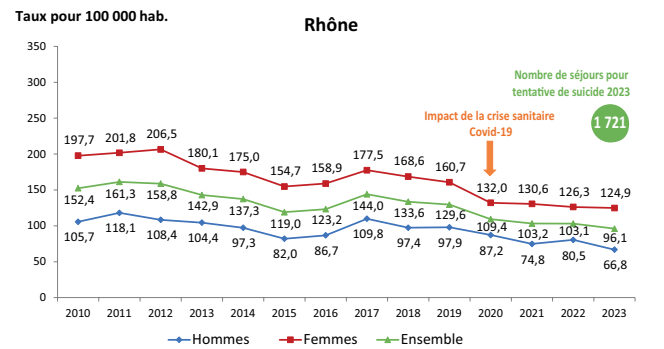
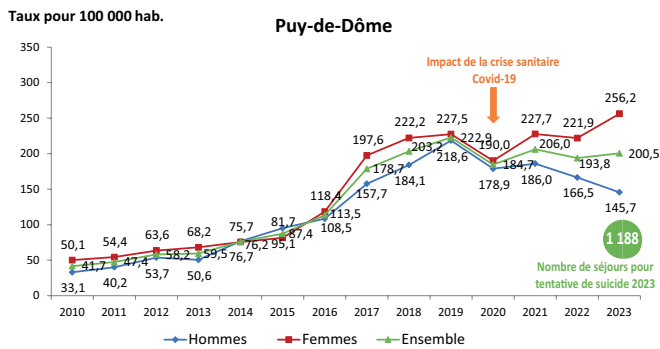
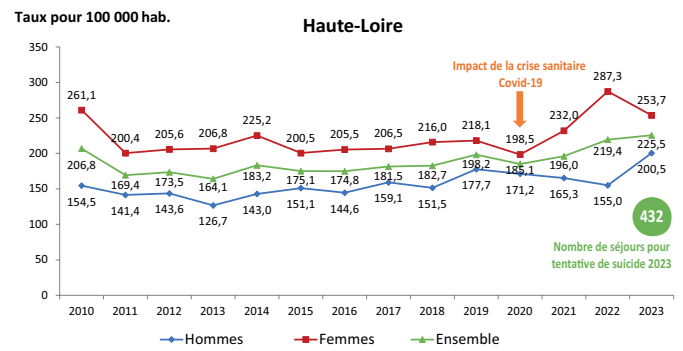
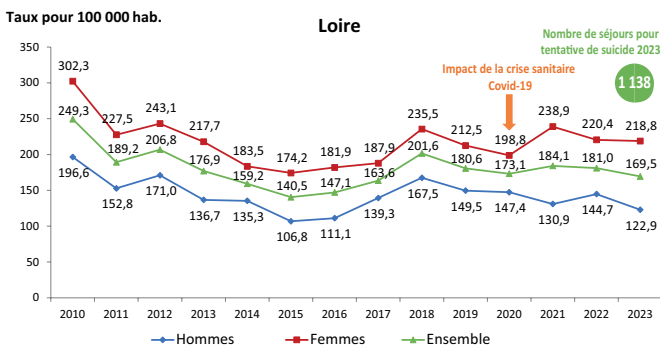
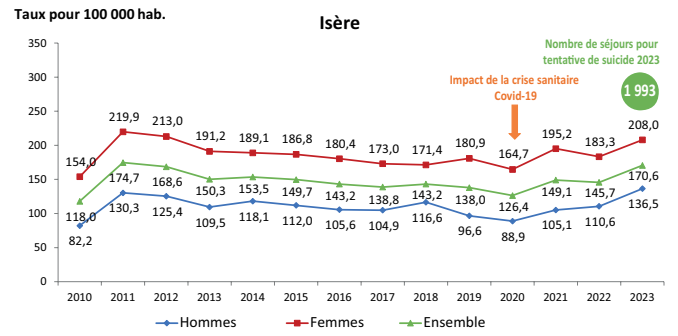
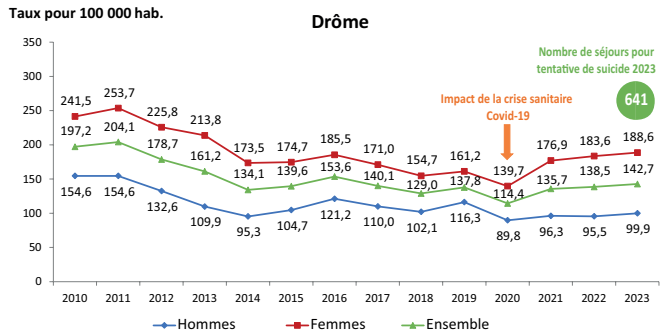
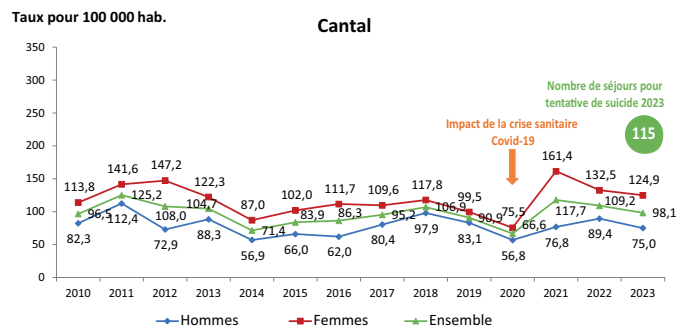
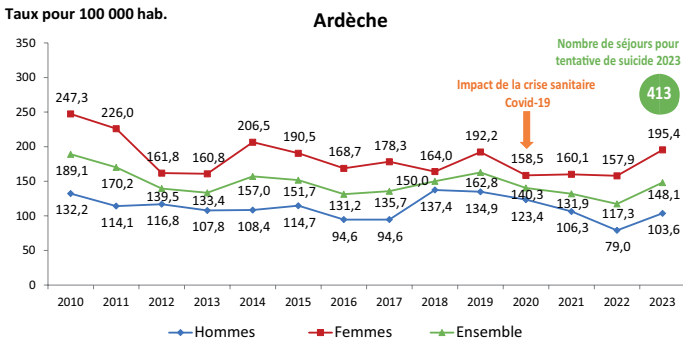
Figure 20 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 20 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2023 (suite)



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Faits marquants sur les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes

- 10 334 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2023.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre 2015 et 2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis tendance non significative à la baisse de 2018 à 2020 (en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement) puis à la hausse de 2020 à 2023.
- La majorité (63,8 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concerne des femmes.
- Accentuation de la hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2019 chez les plus jeunes : +12,8 % en moyenne par an chez les moins de 15 ans et +9,8 % chez les 15-24 ans (augmentation totale depuis 2019 respectivement de 43,3 % et 32,3 % pour ces deux classes d'âge).
- Des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide plus élevés chez les femmes que chez les hommes avec deux pics chez les femmes de 15-19 ans (poursuite de l'augmentation par rapport aux périodes précédentes) et dans une moindre mesure chez les femmes de 50-54 ans.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes. Chez les plus jeunes (moins de 15 ans), ce mode opératoire reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les filles mais il est moins fréquent qu'en population générale.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales pour l'Isère, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les deux sexes. Au contraire, taux standardisés plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale, pour l'Ain, le Cantal et le Rhône chez les deux sexes et spécifiquement chez les femmes pour l'Allier et chez les hommes pour la Haute-Savoie.
- Baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide de 2010 à 2023 dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône chez les deux sexes et en Ardèche deux sexes ensemble. Baisse significative pour les femmes depuis 2015 en Haute-Loire et pour les hommes en Savoie depuis 2014 et en Haute-Savoie depuis 2011. Dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010. Augmentation significative récente à surveiller chez les femmes depuis 2015 dans la Loire et chez les hommes depuis 2020 dans le Cantal et en Isère.

VIGILANS

Depuis juillet 2020, l'intégralité de la région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par le dispositif Vigilans avec l'intervention de quatre équipes : Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Clermont-Ferrand. Ainsi, entre janvier et octobre 2024, 3 422 demandes de prises en charge ont été reçues par l'ensemble des centres de la région.

Le bilan est le suivant :

- une couverture régionale de 46,1 % de l'ensemble des tentatives de suicide suite à un passage aux urgences ;
- 10,4 % d'inclusions supplémentaires en 2024 ;
- un travail d'ancrage territorial afin de favoriser les liens avec les services d'urgences déjà existants mais aussi avec les Services d'accueil des urgences (SAU) hors Vigilans afin de mailler au mieux l'ensemble des départements de la région ;
- un travail d'extension au sein du territoire afin de créer des liens avec d'autres services comme les services d'hospitalisation, les centres médico-psychologiques (CMP) ou encore les cliniques psychiatriques ;
- une volonté d'extension de l'accès aux entrées Vigilans par le biais des professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres, psychologues) afin d'accroître les chances qu'un suicidant se voit proposer Vigilans ;
- un travail régional sur un nouvel outil informatique permettant d'intégrer Vigilans aux parcours de soins (actuellement 3 des 4 centres Vigilans ont intégré un outil e-parcours).

Rappels sur le dispositif

Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalière proposé à tous les suicidants de la région à la sortie d'un service de soins. Il s'agit d'un dispositif national, financé en Auvergne-Rhône-

Alpes par l'Agence régionale de santé (ARS). Le dispositif Vigilans se base sur une idée simple soutenue par des données scientifiques : après une tentative de suicide, à la sortie d'une structure de soins (urgence, centre de crise, hôpital), il est important de maintenir le lien pour limiter le risque suicidaire et favoriser l'accès aux soins en santé mentale.

Dans une première phase, une carte dite "ressource" comportant un numéro vert est remise au patient suicidant à sa sortie du service de soins. Les professionnels de santé autour du patient sont informés de la mise en place du dispositif.

Dans une seconde phase, un soignant de l'équipe Vigilans se met en contact (téléphone et carte postale) avec le sujet suicidant entre le 5^{ème} et le 21^{ème} jour après la sortie de l'hôpital, puis à 3 mois et, selon les situations, à 6 mois. Lors de ces appels, la personne est soutenue, sa situation clinique et notamment l'évolution de la crise suicidaire est évaluée avec soin. Un compte rendu est adressé aux professionnels qui accompagnent le patient. Des appels intermédiaires peuvent être programmés et des cartes postales peuvent être envoyées au patient.

Les objectifs de ce dispositif sont multiples. Tout d'abord, éviter la réitération suicidaire qui est particulièrement importante le premier mois qui suit la sortie du service de soins et le troisième mois. Ce dispositif a également pour but de réduire la mortalité par suicide au sein de la cohorte Vigilans et, par ailleurs, de contribuer à réduire les inégalités sociales constatées en matière de suicide.

Pour aller plus loin

Les informations sur Vigilans en région sont disponibles sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/vigilans-en-auvergne-rhone-alpes-prevenir-et-limiter-la-reiteration-suicidaire?parent=13988>

LES PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTE SUICIDAIRE

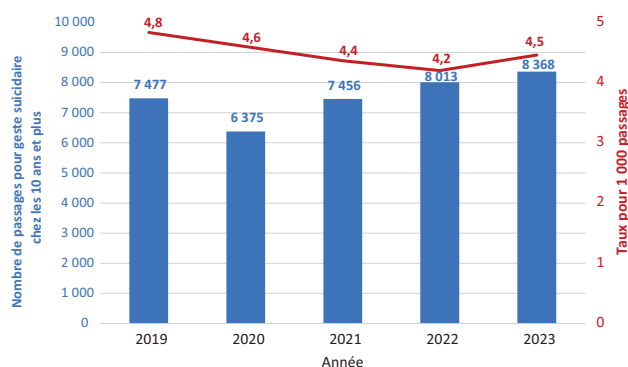
En 2023, 8 368 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide ont été notifiés via le système SurSaUD® dans la région Auvergne-Rhône-Alpes parmi un total de 1 876 912 passages codés. Après une hausse observée depuis 2021, on note une nouvelle augmentation de 4 % en 2023 du nombre de passages pour tentative de suicide dans la région par rapport à 2022. Le nombre de passages pour tentative de suicide se maintient ainsi à un niveau supérieur à la période pré-Covid.

Cette tendance à l'augmentation en 2023 est retrouvée chez les 10-24 ans (+6 %) mais aussi à présent chez les 25-44 ans (+6 %) et les 45-64 ans (+3 %), sans augmentation chez les personnes de 65 ans et plus.

Dans un contexte de baisse modérée du nombre total de passages aux urgences codés dans la région (-2 % en 2023), suivant plusieurs années d'augmentation de l'activité (+23 % en 2021, +12 % en 2022), le taux de recours aux services d'urgences des tentatives de suicide augmente pour la première fois depuis 5 ans. Ce taux passe de 4,2 pour 1 000 passages codés à 4,5 pour 1 000 (Figure 21).

En 2023, les deux tiers des recours aux urgences pour tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes sont chez des femmes. La classe d'âge la plus représentée est celle des 10-24 ans (40 %), suivie de celle des 25-44 ans (28 %). Ces passages aux urgences restent sévères avec un pronostic vital engagé chez 11 % des cas et une hospitalisation dans 59 % des cas. Le mode opératoire le plus fréquent est l'auto-intoxication médicamenteuse, les autres modes opératoires étant très minoritaires et

Figure 21 - Nombre et taux de passages aux urgences pour tentative de suicide pour 1 000 passages codés chez les patients âgés de 10 ans ou plus par année, 2019 à 2023, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Oscore®. Exploitation : Santé publique France Auvergne-Rhône-Alpes

sans augmentation retrouvée en 2023 par rapport à 2022. Le Tableau 2 décrit la comparaison des caractéristiques des personnes ayant eu recours aux urgences pour tentative de suicide entre 2022 et 2023. Entre 2022 et 2023, la distribution par sexe et âge des patients ayant recours aux urgences pour tentative de suicide dans la région ne change pas ainsi que le taux d'hospitalisation. On retrouve cependant une augmentation significative de la gravité à l'admission ($p=0,027$).

Tableau 2 - Caractéristiques des tentatives de suicide enregistrées aux urgences, entre 2022 et 2023, Auvergne-Rhône-Alpes.

	2022		2023		p*
Nombre total	8 013		8 368		
	N	%	N	%	
Sexe					0,32
Femme	5 401	67 %	5 701	68 %	
Homme	2 612	33 %	2 667	32 %	
Classe d'âge					0,13
10-24 ans	3 155	39 %	3 356	40 %	
25-44 ans	2 221	28 %	2 361	28 %	
45-64 ans	1 853	23 %	1 918	23 %	
65 ans et plus	777	10 %	733	9 %	
Gravité					0,027
État stable (CCMU 1, 2, P)	3 339	42 %	3 417	41 %	
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	3 856	49 %	4 028	48 %	
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5, D)	751	9 %	891	11 %	
Hospitalisation					0,41
Oui	4 723	60 %	4 876	59 %	
Non	3 165	40 %	3 354	41 %	
Décès			3	<0,1 %	
Mode opératoire					0,14
Auto-intoxication médicamenteuse	7 614	95 %	7 897	94 %	
Auto-intoxication par autre produit	36	0,4 %	40	0,5 %	
Pendaison, strangulation	117	1,5 %	117	1,4 %	
Noyade	7	0,1 %	10	0,1 %	
Arme à feu, fumée, flammes	4	0,1 %	7	0,1 %	
Objet tranchant	125	1,6 %	185	2,2 %	
Saut dans le vide	16	0,2 %	22	0,3 %	
Collision intentionnelle	2	<0,1 %	7	0,1 %	
Autres ou non précisé	92	1,1 %	83	1,0 %	

*Années 2023 vs 2022 ; degré de signification statistique, test du Chi2, $p<0,05$ considéré comme significatif.

NS, non significatif ; N, nombre.

Source : Oscore®. Exploitation : Santé publique France Auvergne-Rhône-Alpes

LES JEUNES DE 10-24 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Les décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021

Sur la période 2019-2021, 50 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes : 49 en 2019, 52 en 2020 et 50 en 2021. La majorité des décès (73,5 %) concernent des jeunes hommes. Les décès par suicide représentent 15,4 % de l'ensemble des décès recensés chez les 10-24 ans et 16,7 % chez les 15-24 ans, proportions en augmentation ces dernières années (11,4 % et 11,9 % en 2015-2017 [11]) mais inférieures aux valeurs de la France métropolitaine (resp. 17,5 % et 18,7 %). Les décès par suicide constituent la 2^{ème} cause de mortalité après les accidents de la circulation pour ces deux classes d'âge.

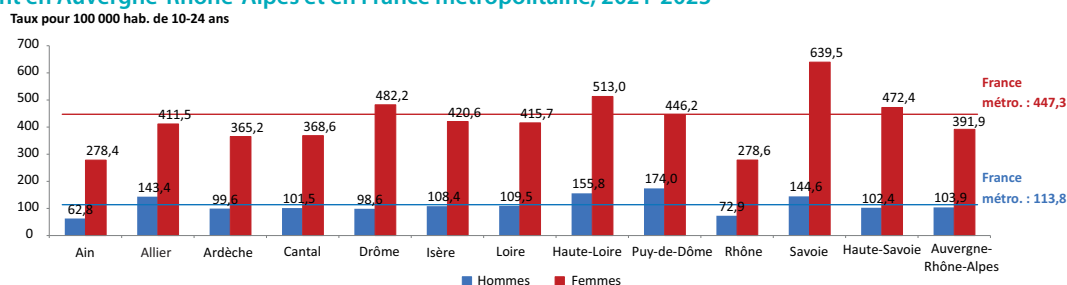
Le taux annuel régional de décès par suicide chez les 10-24 ans sur la période 2019-2021 s'élève à 3,4 pour 100 000 (4,9 chez les garçons et 1,9 chez les filles) versus 3,9 pour 100 000 en France métropolitaine (5,3 chez les garçons et 2,3 chez les filles). Ce taux connaît une baisse globale significative depuis 2000 : -2,7 % par an pour la région et -1,8 % pour la France métropolitaine. Toutefois, une hausse significative observée depuis 2015 pour la région et 2016 pour la France métropolitaine se poursuit. Cette hausse en 2019-2021 est exclusivement attribuable aux filles pour la région comme pour la France métropolitaine (resp. 1,7 et 2,1 pour 100 000 filles en 2018-2020), le taux chez les garçons restant inchangé.

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

Sur la période 2021-2023, 3 653 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les jeunes de 10-24 ans dans la région : 3 446 en 2021, 3 670 en 2022 et 3 844 en 2023. Plus de trois séjours sur quatre (78,1 %) des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (2 854 séjours en moyenne par an). Un séjour pour tentative de suicide sur cinq (19,7 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (715 séjours en moyenne par an sur la période 2021-2023, soit un taux de 138 pour 100 000) et 80 % concernent les 15-24 ans (2 938 séjours en moyenne par an sur la période 2021-2023, soit un taux de 300 pour 100 000). Cette répartition est similaire à celle observée précédemment [7] [8] [11].

Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans s'élève à 243,9 pour 100 000 (104 chez les garçons et 392 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 23). Ce taux régional, significativement inférieur à la valeur nationale, ne cesse d'augmenter depuis 2015, même pendant les périodes incluant la survenue de la pandémie de Covid-19 (+7,8 % en moyenne par an versus +5,8 % pour la France métropolitaine). Cette augmentation régionale significative des séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les 10-24 ans est liée, en partie, à l'amélioration du codage (cf. Amélioration de la codification p. 33). Mais elle reflète aussi un phénomène réel perçu par les psychiatres de la région. Elle est concordante avec l'augmentation régionale des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans [11], avec l'observation d'une hausse nationale des syndromes dépressifs et hospitalisations pour lésion auto-infligée chez les jeunes filles de 10 à 24 ans après le second confinement [16] et d'une dégradation de l'état de santé mentale des adolescents en France en 2022 [25].

Figure 24 - Taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023



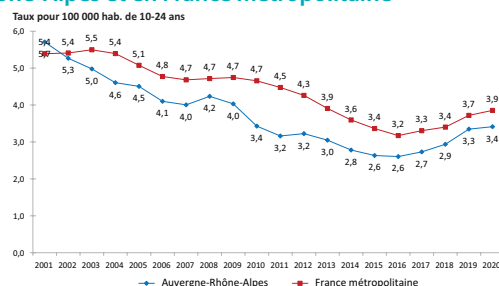
Sources : ATIHM PMSI-MCO 2021-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans l'Ain chez les jeunes garçons et dans le Rhône chez les garçons comme chez les filles de 10-24 ans, le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est significativement inférieur au taux régional (cf. figure 24) ; il est significativement supérieur au taux régional en Haute-Loire, dans le Puy-de-Dôme et en Savoie, chez les garçons comme chez les filles, dans l'Allier chez les garçons et dans la Drôme et la Haute-Savoie chez les filles.

Faits marquants chez les 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes

- 5,4 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans en 2019-2021, proportion en augmentation (4,4 % en 2016-2018) ; les décès par suicide constituent la 2^{ème} cause de mortalité pour cette classe d'âge après les accidents de la circulation.
- 36,1 % des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent des jeunes de 10-24 ans sur la période 2021-2023, proportion encore en augmentation par rapport aux périodes précédentes (27,1 % en 2018-2020).
- Le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans poursuit l'augmentation observée depuis 2015 (+7,8 % d'augmentation moyenne par an soit + 69 % d'augmentation totale depuis 2015).

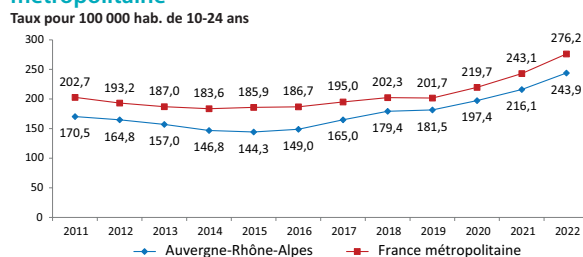
Figure 22 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide de 2000 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 23 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 10-24 ans de 2010 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIHM PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

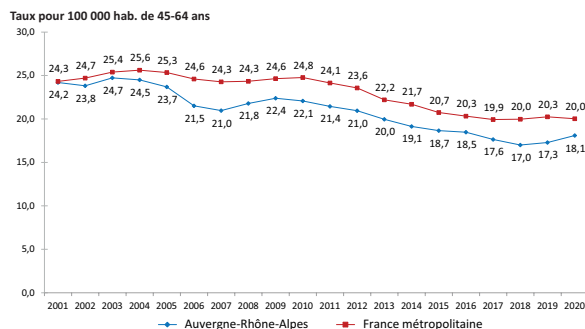
LES PERSONNES DE 45-64 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Les décès par suicide chez les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021

Sur la période 2019-2021, 375 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 352 en 2019, 385 en 2020 et 388 en 2021. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes (74 %). Les décès par suicide représentent 4,6 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette classe d'âge, proportion stable sur les dernières périodes [7, 11] qui reste proche de celle observée pour la France métropolitaine (4,4 %).

Le taux annuel de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2019-2021 s'élevé en Auvergne-Rhône-Alpes à 18,1 pour 100 000 (27,0 pour les hommes et 9,4 pour les femmes) versus 20,3 pour 100 000 en France métropolitaine (30,4 pour les hommes et 10,2 pour les femmes). Ce taux diminue globalement et de manière significative depuis 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes (-1,5 % par an) comme en France métropolitaine (-1,0 % par an) (cf. figure 25). Toutefois, une hausse semble s'esquisser dans la région à partir de 2018. Une attention particulière sera portée à l'analyse de l'évolution de cet indicateur dans le prochain bulletin.

Figure 25 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide chez les 45-64 ans de 2000 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



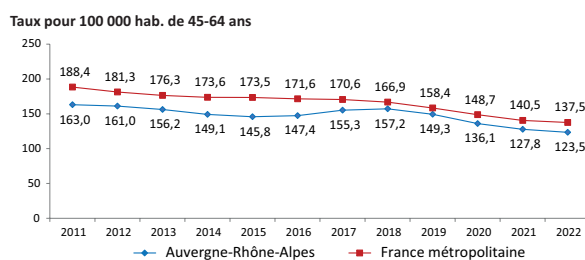
* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

Sur la période 2021-2023, 2 561 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont comptés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 2 579 en 2021, 2 600 en 2022 et 2 505 en 2023. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours (55,7 %) concerne des femmes (1 428 séjours en moyenne par an).

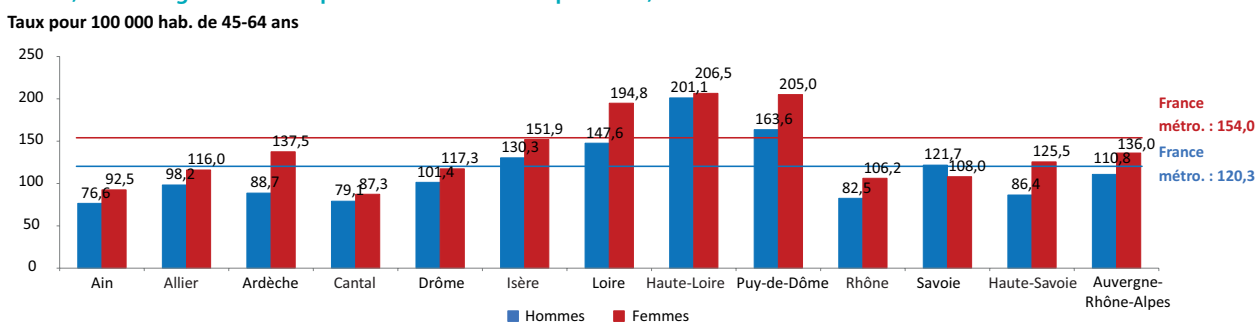
Après une augmentation de 2015 à 2018, en lien notamment avec l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Amélioration de la codification p. 33), le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans diminue depuis 2018 dans la région (-5,9 % en moyenne par an contre -4,7 % en France métropolitaine) (cf. figure 26), diminution liée en partie à la survenue de l'épidémie de Covid-19. Le taux régional s'élève à 123,5 pour 100 000 sur la période 2021-2023 (111 chez les hommes et 136 chez les femmes), la diminution par rapport à la période 2020-2022 étant exclusivement attribuable aux femmes. Le taux régional reste inférieur au taux national de 137,5 pour 100 000 (120 chez les hommes et 154 chez les femmes) ; ce taux national ne cesse de diminuer depuis 2010.

Figure 26 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans de 2010 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 27 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023



Sources : ATIH PMSI-MCO 2021-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme, le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est significativement supérieur au taux régional chez les hommes comme chez les femmes âgés de 45-64 ans (cf. figure 27). Au contraire, dans l'Ain et le Rhône chez les hommes et chez les femmes, dans l'Isère et la Haute-Savoie chez les hommes, ce taux est significativement inférieur au taux régional.

Faits marquants chez les 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes

- Quatre décès par suicide sur dix (40,5 %) concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans, proportion stable ces dernières années.
- Un quart des séjours hospitalier en MCO pour tentative de suicide (25,4 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2021-2023, cette proportion poursuit sa diminution par rapport aux périodes précédentes (31,5 % en 2018-2020).
- La tendance à l'augmentation du taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans observée depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes (en lien avec l'amélioration du codage dans la région) s'inverse à partir de la période 2018-2020, en raison notamment de l'épidémie de Covid-19 et des périodes de confinement. La baisse se confirme en 2021-2023.

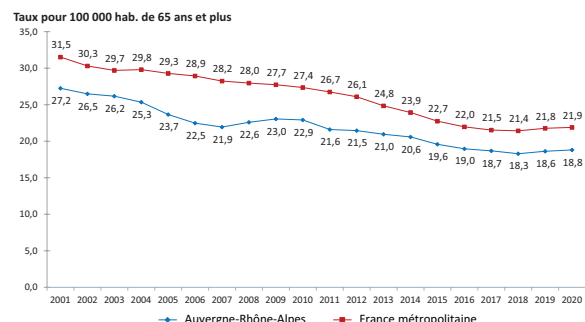
LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Les décès par suicide chez les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021

Sur la période 2019-2021, 309 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes (287 en 2019, 322 en 2020 et 319 en 2021). Près de trois décès sur quatre (73,1 %) concernent des hommes. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les décès par suicide représentent 0,5 % de l'ensemble des décès de cette classe d'âge (0,6 % pour la France métropolitaine), comme cela est observé depuis 2015-2017.

Le taux spécifique annuel de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2019-2021 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 18,8 pour 100 000 (31,8 chez les hommes et 8,9 chez les femmes) versus 21,9 pour 100 000 en France métropolitaine (37,7 chez les hommes et 9,9 chez les femmes). Ce taux diminue depuis 2000 dans la région (-1,9 % par an) comme en France métropolitaine (-1,9 % par an) (cf. figure 28). Toutefois, une tendance à la hausse est identifiée dans la région depuis 2018 chez les personnes de 65 ans et plus ($p=0,0999$) ; elle est liée à l'augmentation significative de la mortalité par suicide chez les 60-74 ans depuis 2015 et à la tendance à la hausse chez les 75 ans et plus depuis 2018 (cf. p. 4).

Figure 28 - Évolution des taux* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus de 2000 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

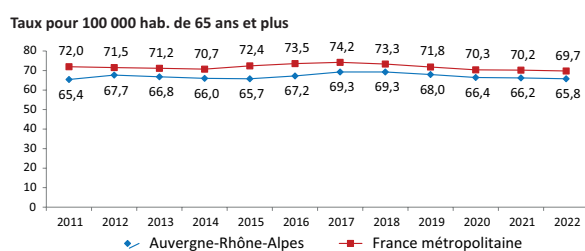
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

Sur la période 2021-2023, 1 117 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région : 1 132 en 2021, 1 121 en 2022 et 1 097 en 2023. La majorité des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus (60,1 %) concernent des femmes (672 séjours en moyenne par an).

Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2021-2023 s'élève à 65,8 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (60,4 chez les hommes et 69,9 chez les femmes) versus 69,7 pour 100 000 en France métropolitaine (60,0 chez les hommes et 77,1 chez les femmes) (cf. figure 29). Le taux régional ainsi que le taux national diminuent légèrement à partir de 2019 (resp. -1,3 % et -1,2 % de baisse moyenne par an), notamment en lien avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement. Le taux régional reste inférieur à la valeur nationale et son évolution est hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus (cf. figure 16 p. 10).

Figure 29 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus de 2010 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

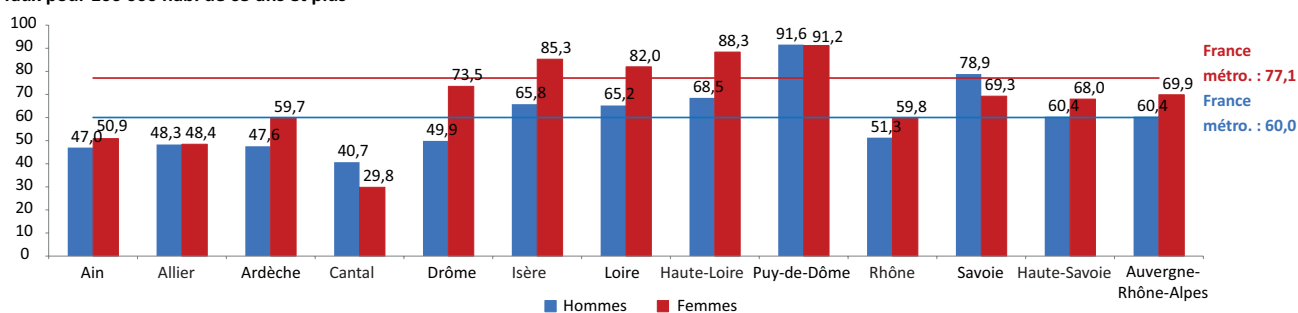


* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : PMSI-MCO 2010-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 30 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

Taux pour 100 000 hab. de 65 ans et plus



Sources : ATIH PMSI-MCO 2021-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2021-2023, le Puy-de-Dôme présente un taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide supérieur au taux régional chez les hommes comme chez les femmes âgées de 65 ans et plus (cf. figure 30). Chez les femmes, le taux est significativement supérieur au taux régional dans l'Isère et il est inférieur dans l'Ain, l'Allier et le Cantal. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux. Les taux du Cantal, comme pour les autres groupes d'âge, restent faibles. Les taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans le Cantal et la Savoie s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers relativement faibles présentant peu d'écart entre les hommes et les femmes. Ce constat peut refléter une épidémiologie du suicide différente dans ces départements à dominante rurale.

Faits marquants chez les 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes

- Un tiers des décès par suicide (33,4 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur dix (11,0 %) concerne une personne âgée de 65 ans et plus.
- Légère diminution des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO régional et national pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus à partir de 2019 en lien notamment avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement. Évolution toutefois hétérogène du taux régional selon la classe d'âge au sein des 65 ans et plus.

Chiffres et points clés en Auvergne-Rhône-Alpes au regard des données disponibles

La mortalité par suicide

- En 2021, 951 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,7 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,1 % par an).
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Augmentation significative de la mortalité par suicide depuis 2014 chez les 15-29 ans et depuis 2015 chez les 60-74 ans.
- Le suicide (2019-2021), première cause de mortalité chez les 25-34 ans devant les tumeurs et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation.
- Les décès par suicide (2019-2021) représentent 1,2 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-64 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 40,5 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- La pendaison, 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble et chez les hommes plus élevés que les valeurs régionales dans deux départements : Haute-Loire et Puy-de-Dôme. Au contraire, des taux standardisés de mortalité par suicide chez les deux sexes significativement plus faibles dans le Rhône.
- Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide chez les deux sexes entre 2000 et 2021. En Ardèche et dans le Cantal, évolution du taux instable, oscillant entre périodes de hausse et de baisse. En Savoie et Haute-Loire, baisse significative du taux chez les hommes et deux sexes ensemble sur la période 2000-2021 et relative stabilité chez les femmes. Point de vigilance à noter : tendance récente à l'augmentation dans la Loire chez les femmes (2017 à 2020), en Haute-Loire deux sexes ensemble depuis 2018 et en Haute-Savoie deux sexes ensemble depuis 2016.
- 5,4 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans en 2019-2021, proportion en augmentation (4,4 % en 2016-2018), 40,5 % concernent les 45-64 ans (stabilité par rapport à 2016-2018) et 33,4 % concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus, (32,5 % en 2016-2018).

Les tentatives de suicide

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

- 10 334 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2023.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre 2015 et 2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis tendance non significative à la baisse de 2018 à 2020 (en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement) puis à la hausse de 2020 à 2023.
- La majorité (63,8 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concerne des femmes.
- Accentuation de la hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2019 chez les plus jeunes : +12,8 % en moyenne par an chez les moins de 15 ans et +9,8 % chez les 15-24 ans (augmentation totale depuis 2019 respectivement de 43,3 % et 32,3 % pour ces deux classes d'âge).
- Des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide plus élevés chez les femmes que chez les hommes avec deux pics chez les femmes de 15-19 ans (poursuite de l'augmentation par rapport aux périodes précédentes) et dans une moindre mesure chez les femmes de 50-54 ans.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes. Chez les plus jeunes (moins de 15 ans), ce mode opératoire reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les filles mais il est moins fréquent qu'en population générale.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales pour l'Isère, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les deux sexes. Au contraire, taux standardisés plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale, pour l'Ain, le Cantal et le Rhône chez les deux sexes et spécifiquement chez les femmes pour l'Allier et chez les hommes pour la Haute-Savoie.
- Baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide de 2010 à 2023 dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône chez les deux sexes et en Ardèche deux sexes ensemble. Baisse significative pour les femmes depuis 2015 en Haute-Loire et pour les hommes en Savoie depuis 2014 et en Haute-Savoie depuis 2011. Dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010. Augmentation significative récente à surveiller chez les femmes depuis 2015 dans la Loire et chez les hommes depuis 2020 dans le Cantal et en Isère.
- 36,1 % des séjours hospitalier en MCO pour tentative de suicide concernent des jeunes de 10-24 ans en 2021-2023, proportion en augmentation (27,1 % en 2018-2020), 25,4 % concernent les 45-64 ans, proportion en baisse (31,5 % en 2018-2020) et 11,0 % concernent les 65 ans et plus (11,2 % en 2018-2020).

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

- 8 368 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide enregistrés en 2023.
- Augmentation de 4 % en 2023 du nombre de passages pour tentative de suicide dans la région.
- En 2023, les deux tiers des recours concernaient des femmes.
- Les 10-24 ans, classe d'âge la plus représentée (40 %).

Des profils de territoire avaient été réalisés en 2021 [8] pour enrichir la réflexion sur la question du suicide et des tentatives de suicide et sur les stratégies de prévention. Afin de disposer de profils de territoire actualisés à la géographie des Établissements publics de coopération intercommunale 2024 (EPCI) et construits sur des données plus récentes, une nouvelle typologie a été produite en 2024.

Une vingtaine d'indicateurs démographiques, sociaux et sur l'état de santé mentale de la population en lien avec la problématique du suicide ont été retenus pour construire ces profils de territoire (cf. méthodologie p. 34-35). Une analyse en composante principale (ACP), réalisée à partir de 21 indicateurs, a permis de décrire les 165 EPCI de la région¹. À l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), des groupes homogènes d'EPCI ont été construits avec comme principe, au sein d'un même groupe, des caractéristiques les plus similaires possibles et entre les groupes, des différences les plus nettes possibles. La typologie met en évidence neuf classes d'EPCI en Auvergne-Rhône-Alpes.

¹ Au 1^{er} janvier 2024, la région Auvergne-Rhône-Alpes compte 172 EPCI. Parmi eux, 7 EPCI sont majoritairement implantés hors de la région Auvergne-Rhône-Alpes et n'ont que quelques communes dans la région : ces EPCI ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui porte donc sur 165 EPCI, soit 8 123 228 habitants. Les EPCI Moulins Communauté et Enclave des Papes-Pays de Grignan ayant des communes hors région sont considérés dans leur intégralité.

Cette typologie permet de donner une image synthétique de la problématique du suicide en caractérisant les EPCI d'une classe par rapport à la moyenne de l'ensemble des 165 EPCI, dénommée par simplification dans ce chapitre « moyenne des EPCI ». Les valeurs des indicateurs obtenus pour construire la typologie (cf. tableau p. 36) sont différentes de celles présentées dans les chapitres précédents car les indicateurs ne couvrent pas strictement la région (165 EPCI, soit 8 123 228 personnes) et parce qu'il s'agit de moyennes d'indicateurs calculées par classe et sur l'ensemble des 165 EPCI (cf. méthodologie p. 34-35).

Les neuf classes obtenues présentent un fort contraste au niveau de la structure de la population, de la situation sociale et de l'état de santé mentale de la population. Chaque classe rassemble les EPCI de la région ayant des caractéristiques globalement les plus similaires possible. Toutefois, des différences infra-territoriales peuvent exister dans les situations socio-démographiques ou sanitaires : les EPCI sont des territoires vastes, les indicateurs moyens utilisés pour la typologie peuvent masquer des disparités locales. Il est à noter par ailleurs que les neuf classes d'EPCI sont inégales en taille de population.

Quelle utilité pour les décideurs et les acteurs de terrain ?

Une lecture départementale et infra-départementale de ces profils permet de mieux objectiver les inégalités sociales et territoriales en matière de suicide au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de cerner les grands enjeux en matière de prévention. Quels sont les publics les plus touchés et sur quelle partie du territoire ? Des problématiques différentes apparaissent-elles ainsi sur certains territoires ? Quelles actions serait-il pertinent de combiner tout spécifiquement ? Il sera ainsi plus opérant sur certains territoires d'organiser des formations visant à toucher un public plutôt qu'un autre, de créer ou renforcer des partenariats ajustés par rapport à ce public, d'animer des réseaux de proximité *ad hoc*, etc. Quels seraient donc les acteurs institutionnels, libéraux et associatifs à mobiliser autour d'un projet infra-départemental partagé ? Ces profils de territoire apportent un éclairage supplémentaire pour renforcer les dynamiques locales et réfléchir aux actions à mettre en oeuvre.

Cette typologie doit être utilisée en croisant ses résultats avec d'autres informations disponibles comme la densité populationnelle puisque les stratégies vont varier selon les densités observées et la densité des ressources sur le territoire (cf. cartes ressources p. 29). Cette typologie vient également renforcer la compréhension des enjeux autour de la réduction des inégalités de santé en matière de suicide [7]. Il est bien entendu nécessaire et incontournable de croiser ces éléments de connaissance avec l'expertise des acteurs de terrain. Par ailleurs, les territoires (EPCI) constituent une maille assez large, les données objectivées ne disent pas tout d'une réalité territoriale. Enfin, des situations de non-recours au système de soins existent sur les territoires. Elles ne sont pas prises en compte dans cette typologie faute d'indicateurs pour les quantifier. Il est donc important de rester attentif à ce constat.

Des efforts sont à produire dans les années à venir sur ces territoires sans relâcher ceux menés sur les territoires où les indicateurs sont plus favorables grâce aux actions menées.

Présentation synthétique des neuf classes (cf. carte 1)

Afin d'éviter des erreurs d'interprétation, il est nécessaire de se référer à la description détaillée des classes (cf. p. 22-23)

Classe A - 19 EPCI - 938 390 habitants (11,6 %¹)

Population d'âge moyen, peu isolée, ayant une situation socio-économique très favorisée (chômage faible, peu de ménages pauvres et catégories socio-professionnelles supérieures élevées) et des indicateurs de santé mentale globalement favorables.

Classe B : 19 EPCI - 753 650 habitants (9,3 %¹)

Population jeune, socialement favorisée (peu de ménages pauvres), caractérisée par une part importante de catégories socio-professionnelles intermédiaires à supérieures et présentant des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide favorables.

Classe C : 11 EPCI - 161 020 habitants (2,0 %¹)

Population caractérisée par une population active de 45-64 ans, ayant une situation socio-économique favorisée (moins de chômage et de ménages pauvres que pour la moyenne des EPCI et plus d'artisans/commerçants/chefs d'entreprise, d'employés et de professions intermédiaires) et présentant des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide très favorables.

Classe D : 45 EPCI - 1 262 262 habitants (15,5 %¹)

Population caractérisée par une part importante d'ouvriers, présentant une situation socio-économique favorable (moins de chômage et de ménages pauvres que la moyenne des EPCI) et des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches des valeurs moyennes.

Classe E - 17 EPCI - 1 188 692 habitants (14,6 %¹)

Population plus jeune que la moyenne des EPCI, caractérisée par une sur-représentation d'ouvriers, en

situation socio-économique défavorisée, touchée par le chômage et la pauvreté et présentant des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches des valeurs moyennes.

Classe F - 14 EPCI - 399 738 habitants (4,9 %¹)

Population vieillissante, isolée et socialement défavorisée par rapport à la moyenne des EPCI, touchée par le chômage et la pauvreté présentant des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches des valeurs moyennes.

Classe G - 26 EPCI - 292 303 habitants (3,6 %¹)

Population rurale vieillissante et isolée, caractérisée par une part importante d'agriculteurs exploitants et de ménages pauvres par rapport à la moyenne des EPCI et présentant certains indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables.

Classe H - 5 EPCI - 2 715 339 habitants (33,4 %¹)

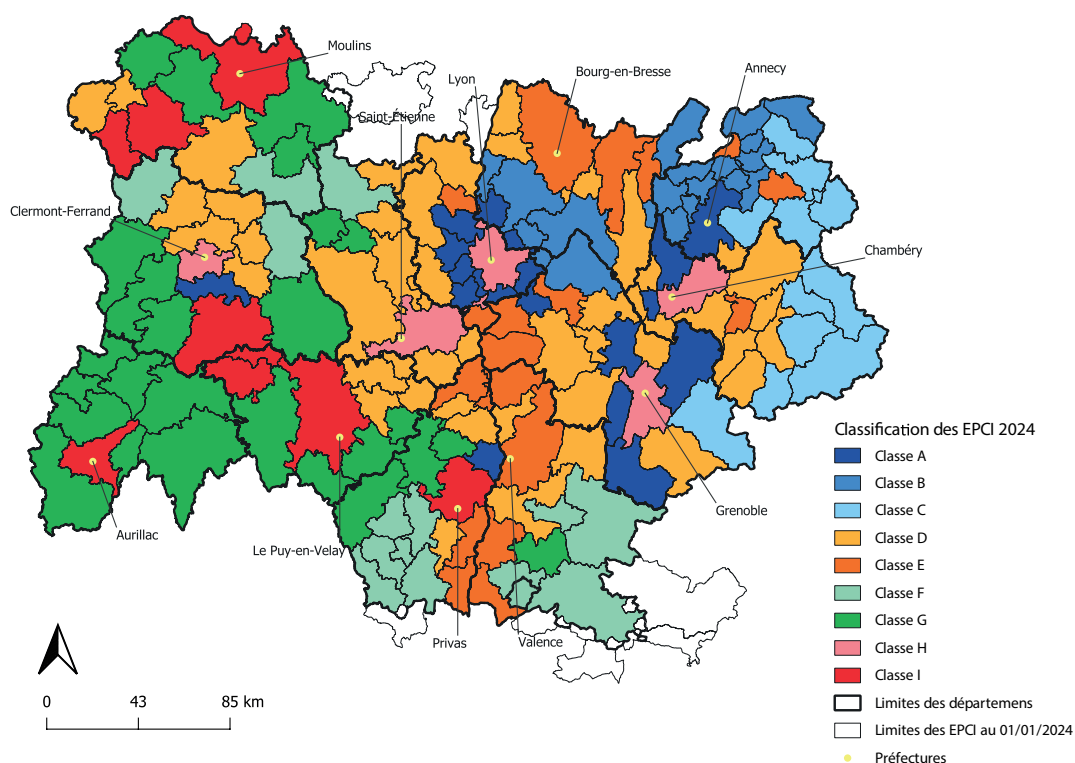
Population urbaine caractérisée par une part importante de jeunes (présence d'étudiants et de jeunes adultes), situation socio-économique défavorisée marquée par le chômage, l'isolement et la pauvreté mais contrastée par une sur-représentation de catégories socio-professionnelles supérieures et présentant des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables par rapport à la moyenne des EPCI.

Classe I - 9 EPCI - 411 834 habitants (5,1 %¹)

Population caractérisée par son vieillissement et son isolement par rapport à la moyenne des EPCI, socialement défavorisée, marquée par le chômage et la pauvreté, présentant des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide très défavorables.

¹ de la population des 165 EPCI (8 123 228 habitants) (Insee, 2021)

Carte 1 - Typologie des EPCI de la région Auvergne-Rhône-Alpes



Description détaillée des neuf classes à partir des caractéristiques significatives

Les valeurs des indicateurs utilisés pour construire la typologie (cf. tableau p. 36) permettent de caractériser les neuf classes d'EPCI et de situer chaque classe par rapport aux valeurs moyennes des indicateurs obtenues sur l'ensemble des 165 EPCI de la région¹.

Classe A - Situation socio-économique très favorisée et indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide globalement favorables

19 territoires concernés (11,6 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe les EPCI en périphérie des métropoles de Lyon, Grenoble et Clermont-Ferrand et de Chambéry, les agglomérations Grand Anney et Grand Lac et l'EPCI Rhône Crussol.

Dans ces territoires, la population est moins âgée que la moyenne des EPCI, avec des parts de 65 ans et plus et de retraités plus faibles.

Les indicateurs socio-économiques reflètent une situation très favorisée dans ces territoires. La part de ménages à bas revenus et le taux de chômage sont inférieurs à la moyenne des EPCI et parmi les plus faibles de la typologie. La proportion de personnes vivant seules est la plus faible de la typologie. Les parts de cadres/professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires sont supérieures à la moyenne des EPCI, la part de cadres/professions intellectuelles supérieures étant la plus élevée de la typologie. Au contraire, les agriculteurs, les employés et les ouvriers sont sous-représentés.

Les indicateurs sur l'état de santé mentale en lien avec le suicide sont globalement favorables. La part de personnes prises en charge pour dépression, le taux de mortalité par suicide et la prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires sont inférieurs aux valeurs observées sur l'ensemble des EPCI. En revanche, le taux de recours aux psychiatres libéraux est supérieur à la moyenne des EPCI. Il est à noter toutefois que cet indicateur ne tient pas compte de la prise en charge hospitalière et qu'il est lié à la présence de psychiatres libéraux sur ces territoires.

Classe B - Situation socio-économique assez favorable et indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide favorables

19 territoires concernés (9,3 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe les EPCI situés au nord de la Haute-Savoie à proximité du bassin Genevois, au sud-ouest de l'Ain (Val de Saône Centre, Dombes, Plaine de l'Ain, Côtière à Montluel) et au nord de l'Isère (Lyon Saint Exupéry en Dauphiné et Les Balcons du Dauphiné).

Ces territoires regroupent une population plus jeune que la moyenne des EPCI, avec des parts de personnes âgées de 45-64 ans et de 65 ans et plus inférieures aux valeurs moyennes.

La situation socio-économique est assez favorable dans ces EPCI. La part de ménages à bas revenus est inférieure à la moyenne des EPCI. La part de familles monoparentales est supérieure alors que la part de personnes isolées est inférieure : ce résultat reflète la présence d'une population jeune avec des enfants à charge davantage concernée par l'isolement que les personnes âgées, moins présentes sur ces territoires à dominante urbaine. Les catégories socio-professionnelles sont intermédiaires à supérieures avec une sur-représentation des professions intermédiaires, des employés et des cadres/professions intellectuelles supérieures et une sous-représentation des agriculteurs.

Les indicateurs sur l'état de santé mentale en lien avec le suicide sont favorables. Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide est le plus faible de la typologie, la part de personnes prises en charge pour dépression, la prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de recours aux médicaments psychotropes sont inférieurs aux valeurs observées sur l'ensemble des EPCI et parmi les plus faibles de la typologie, reflétant un état de la santé mentale favorable dans les territoires de cette classe.

Classe C - Situation socio-économique favorable et indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide très favorables

11 territoires concernés (2,0 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe des EPCI situés majoritairement en Savoie et Haute-Savoie dans les massifs alpins et frontaliers pour la plupart avec la Suisse et l'Italie.

Une population active importante est présente sur ces territoires, avec une sur-représentation des personnes âgées de 45-64 ans et des parts de retraités et d'inactifs inférieures aux moyennes observées dans les 165 EPCI.

La situation socio-économique est favorable. Les territoires de cette classe présentent une part de ménages à bas revenus et un taux de chômage inférieurs aux moyennes des EPCI, le taux de chômage étant le plus faible de la typologie. Les artisans/commerçants/chefs d'entreprise, les employés et les professions intermédiaires sont sur-représentés dans ces territoires qui bénéficient, notamment, des activités du tourisme de montagne.

Les indicateurs sur l'état de santé mentale en lien avec le suicide sont très favorables. Les taux de recours aux psychiatres libéraux, de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires, de prise en charge de la dépression et de recours aux médicaments psychotropes sont les plus faibles de la typologie.

Classe D - Situation socio-économique favorable et indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches des valeurs moyennes

45 territoires concernés (15,5 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe des EPCI souvent situés en périphérie des métropoles (nord de Clermont-Ferrand, autour de Saint-Étienne et de Grenoble) ou à proximité d'une agglomération.

La structure par âge de la population est proche de la moyenne des EPCI. La situation socio-économique est favorable dans ces territoires qui bénéficient d'un taux de chômage et d'une part de ménages à bas revenus inférieurs à la valeur moyenne des EPCI. La part de personnes isolées est également inférieure à la moyenne des EPCI. La population ouvrière est sur-représentée dans ces territoires au contraire des cadres/professions intellectuelles supérieures.

Tous les **indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide** sont proches des valeurs moyennes observées sur les 165 EPCI.

Classe E - Situation socio-économique défavorable et indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches des valeurs moyennes

17 territoires concernés (14,6 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe majoritairement des agglomérations de taille moyenne ou des EPCI relativement urbanisés, situés notamment le long de la vallée du Rhône : Annonay, Montélimar, Valence, Vienne, Pierrelatte, Annemasse, Cluses, Bourg-en-Bresse, Oyonnax...

La population est plus jeune que dans l'ensemble des EPCI : la part de 15-24 ans est la plus élevée de la typologie et les parts de 45-64 ans, de 65 ans et plus et de retraités sont inférieures aux valeurs moyennes.

Les indicateurs socio-économiques de cette classe reflètent une situation défavorisée. Les ouvriers sont sur-représentés contrairement aux agriculteurs et aux artisans/commerçants/chefs d'entreprise qui sont sous-représentés. Les parts d'inactifs, de familles monoparentales, de ménages à bas revenus et le taux de chômage sont supérieurs aux valeurs moyennes.

Tous les **indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide** sont proches des valeurs moyennes observées sur les 165 EPCI.

¹ : Population des 165 EPCI : 8 123 228 habitants (Insee, 2021)

Classe F - Situation socio-économique défavorable avec deux indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables

14 territoires concernés (4,9 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe des EPCI à dominante rurale situés dans le sud de la Drôme (Diois, Baronnies...) et de l'Ardèche (Gorges de l'Ardèche, Pays des Vans en Cévennes, Bassin d'Aubenas...), dans le nord du Puy-de-Dôme (anciens bassins industriels : Pays de Saint-Éloy, Thiers Dore et Montagne), dans l'Allier (Vichy Communauté) et dans la Loire (Roannais Agglomération).

Les parts de personnes âgées de 65 ans et plus et de retraités sont supérieures aux moyennes des EPCI et la part des 15-24 ans est inférieure.

Les indicateurs socio-économiques traduisent une situation défavorisée dans ces EPCI. Le taux de chômage, la part de ménages à bas revenus et les parts de personnes vivant seules et de familles monoparentales sont supérieures aux moyennes des EPCI. Les employés, les ouvriers, les cadres/professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires sont sous-représentés.

Certains indicateurs sur l'état de santé mentale de la population en lien avec le suicide sont défavorables. Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide et le taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires sont supérieurs aux valeurs moyennes observées sur l'ensemble des EPCI. Les autres indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide restent proches des valeurs moyennes.

Classe G - Situation socio-économique peu favorable avec quatre indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables

26 territoires concernés (3,6 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe des EPCI ruraux et de montagne, majoritairement situés dans les anciens départements auvergnats, mais aussi 3 EPCI en Ardèche, un dans la Drôme et deux dans la Loire.

La population rurale de cette classe est particulièrement âgée avec une part de 15-24 ans inférieure (la plus faible de la typologie) et des parts de 45-64 ans, de 65 ans et plus et de retraités supérieures aux moyennes des EPCI, les plus élevées de la typologie.

Les agriculteurs exploitants sont sur-représentés dans cette classe au contraire des employés, des cadres/professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires qui sont sous-représentés. La situation sociale dans ces EPCI à faible densité de population est peu favorable. Ils sont marqués par des parts de ménages à bas revenus et de personnes vivant seules supérieures aux moyennes des EPCI. En revanche, les parts de familles monoparentales et d'inactifs sont inférieures. Ces deux derniers indicateurs peuvent toutefois refléter un environnement socio-économique moins favorable avec peu de créations d'emploi et une perte des actifs, en lien avec la déprise démographique dans ces territoires.

Certains indicateurs sur l'état de santé mentale de la population en lien avec le suicide sont défavorables : les taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires, de mortalité par suicide (le plus élevé de la typologie), de recours aux médicaments psychotropes et de prise en charge de la dépression sont supérieurs aux valeurs moyennes. Au contraire, les taux de recours aux psychiatres libéraux et de séjours hospitaliers pour tentative de suicide sont inférieurs aux valeurs moyennes, en lien avec l'offre de soins moins présente sur ces territoires.

Classe H - Situation socio-économique défavorable et indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables

5 territoires concernés (33,4 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe les métropoles de la région (Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Étienne) et le Grand Chambéry

Les territoires de cette classe ont la part de 15-24 ans la plus élevée de la typologie et la part des 45-64 ans la plus faible traduisant une population jeune qui concentre de nombreux étudiants et jeunes adultes. La part de retraités est inférieure à la moyenne des EPCI.

Les parts d'inactifs, de personnes isolées (la plus élevée de la typologie), de ménages à bas revenus et le taux de chômage sont supérieurs aux valeurs moyennes. En revanche, les cadres/professions intellectuelles supérieures sont sur-représentés alors que les ouvriers et artisans/commerçants/chefs d'entreprise sont sous-représentés. L'ensemble de ces indicateurs traduit une situation socio-économique fortement inégalitaire dans ces territoires où peuvent cohabiter des quartiers prioritaires de la politique de la ville défavorisés (QPV) et des quartiers socialement plus aisés.

Les indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide sont majoritairement défavorables dans ces EPCI urbanisés et densément peuplés. Les taux de recours aux psychiatres libéraux, aux médicaments psychotropes, le taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de prise en charge de la dépression sont supérieurs aux moyennes des EPCI. Les indicateurs de recours aux soins élevés sont à mettre en lien avec l'offre de soin hospitalière et libérale, bien présente dans les métropoles de la région.

Classe I - Situation socio-économique défavorable avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide très défavorables

9 territoires concernés (5,1 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe des agglomérations ou villes de taille moyenne situées en grande majorité dans les départements auvergnats : Aurillac, Issoire, Brioude, Le Puy-en-Velay, Montluçon, Moulins et Privas.

Les territoires de cette classe présentent une population vieillissante avec des parts de personnes âgées de 65 ans et plus et de retraités plus élevées que la moyenne des 165 EPCI. La part de personnes vivant seules est également supérieure à la moyenne, traduisant un isolement d'une partie de la population.

Les indicateurs révèlent une situation socio-économique défavorisée dans ces EPCI. Les artisans/commerçants/chefs d'entreprise sont sous-représentés dans cette classe. De plus, les parts de familles à bas revenus et d'inactifs et le taux de chômage sont supérieurs aux moyennes des EPCI.

Cinq indicateurs sur l'état de santé mentale de la population en lien avec le suicide sont très dégradés dans ces territoires : le taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires, le taux de prise en charge de la dépression et les taux de recours aux médicaments psychotropes, aux séjours hospitaliers pour tentative de suicide et aux psychiatres libéraux sont supérieurs aux moyennes des EPCI, les quatre premiers indicateurs étant les plus élevés de la typologie.

¹ : Population des 165 EPCI : 8 123 228 habitants (Insee, 2021)

INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Alors que les taux de mortalité par suicide ont baissé dans la plupart des pays européens ces dernières décennies, des études ont montré que toutes les classes socio-économiques ne bénéficiaient pas de cette baisse de manière équivalente. En effet, une augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide a été mise en évidence au cours des dernières décennies en Europe [17, 18], en Australie [19], au Québec [20] et en Corée du Sud [21]. Une meilleure connaissance de l'évolution dans le temps des comportements suicidaires et de leurs liens avec le contexte socio-économique est nécessaire pour améliorer l'efficacité des stratégies de prévention du suicide.

Dans ce contexte, l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité compléter et actualiser l'analyse des inégalités sociales de mortalité par suicide engagée précédemment [7, 10]. L'analyse présentée ci-dessous traite des données de mortalité par suicide plus récentes et porte donc sur une période d'observation plus longue (2000-2021). Par ailleurs, l'analyse est réalisée à partir de l'indice écologique de défavorisation sociale actualisé en 2019 (FDep19) [22, 27],

Baisse de la mortalité par suicide chez les hommes et chez les femmes dans tous les types de territoires

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par suicide des personnes résidant dans les quatre types de communes définis ci-dessus diminuent de manière significative sur la période

Existence d'inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide chez les hommes

Comme cela a été démontré précédemment [7, 10], des inégalités sociales de mortalité par suicide sont identifiées sur la période 2000-2021 chez les hommes : le taux standardisé de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes défavorisées (quintiles 4 et 5, *ARA défavorisé*) est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2, *ARA favorisé*) (cf. figure 31).

Des inégalités territoriales de mortalité par suicide significatives sont également observées chez les hommes entre les communes rurales et les communes urbaines sur la période 2000-2021 : le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines.

Une analyse plus fine permet de tenir compte à la fois du caractère rural ou urbain des communes et de l'indice de défavorisation sociale (FDep19) attribué à la commune.

Les inégalités sociales de mortalité par suicide peuvent ainsi être identifiées au sein des communes urbaines et au sein des communes rurales (cf. figure 31).

- **Au sein des communes urbaines**, chaque année, des inégalités significatives de mortalité par suicide sont observées entre les communes défavorisées et les communes favorisées : le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines

en distinguant les communes rurales et les communes urbaines (utilisation de la typologie communale de l'Insee [23]). L'indice FDep19 permet de caractériser en un seul indicateur la défavorisation sociale moyenne de la commune à partir de son revenu fiscal médian, des pourcentages de bacheliers et d'ouvriers et de son taux de chômage.

L'analyse porte sur la comparaison des taux standardisés de mortalité par suicide par sexe observés chez les personnes résidant au sein de quatre types de communes :

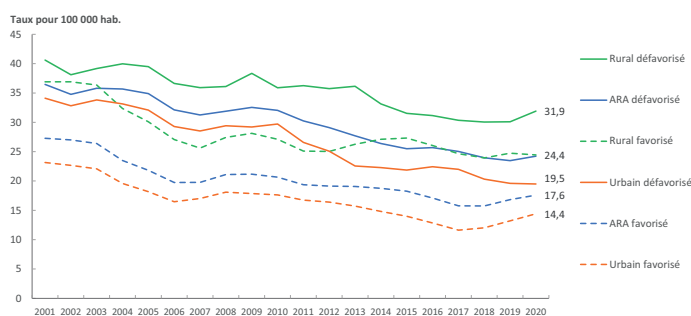
- les communes rurales favorisées : quintiles 1 et 2 soit 1 273 communes et 14,9 % de la population régionale
- les communes rurales défavorisées : quintiles 4 et 5 soit 1 289 communes soit 11,8 % de la population régionale
- les communes urbaines favorisées : quintiles 1 et 2 soit 405 communes et 33,4 % de la population régionale
- les communes urbaines défavorisées : quintiles 4 et 5 soit 135 communes soit 22,3 % de la population régionale (cf. Sources de données et méthode p. 32).

2000-2021. Cette tendance à la baisse de la mortalité par suicide est également observée pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes et la France métropolitaine (cf. figures 1 et 2 p.2 et 3).

défavorisées (quintiles 4 et 5, *Urbain défavorisé*) est significativement supérieur au taux observé dans les communes urbaines favorisées (quintiles 1 et 2, *Urbain favorisé*).

- **Au sein des communes rurales**, de 2005 à 2013 et en 2020, des inégalités de mortalité par suicide significatives sont identifiées entre les communes défavorisées (quintiles 4 et 5, *Rural défavorisé*) et les communes favorisées (quintiles 1 et 2, *Rural favorisé*).

Figure 31 – Taux de mortalité par suicide* des hommes dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) selon le caractère rural ou urbain des communes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2021



* Taux annuels standardisés lissés sur 3 ans, année centrale indiquée, standardisation sur l'âge.

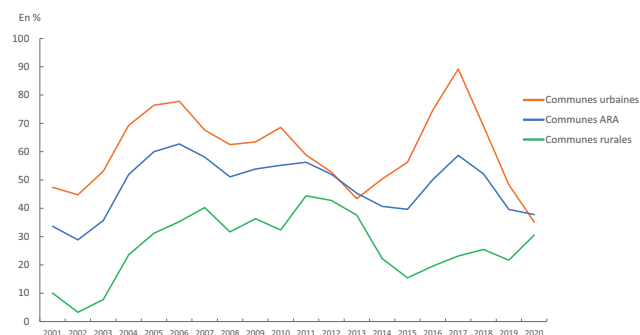
Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA *filosofi* 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2021 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes

L'analyse des écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide chez les hommes entre les communes favorisées et les communes défavorisées de la région et dans les espaces rural et urbain permet d'analyser l'évolution dans le temps de ces inégalités sociales de mortalité par suicide (cf. figure 32) et d'identifier les périodes où les inégalités se sont creusées.

- **À l'échelle de la région**, deux périodes de hausse significative des inégalités sociales de mortalité par suicide sont enregistrées (2000 à 2006 et 2015 à 2017). La période récente (depuis 2017) est marquée par une baisse significative de ces inégalités.
- **Dans les communes urbaines**, deux périodes ont vu les inégalités sociales de mortalité par suicide augmenter de manière significative : de 2000 à 2006 et de 2013 à 2017. Au cours de ces deux périodes, le taux de mortalité par suicide a diminué moins fortement dans les communes urbaines défavorisées que dans les communes urbaines favorisées. Sur la période plus récente (depuis 2017), une baisse des inégalités sociales de mortalité par suicide est enregistrée.
- **Dans les communes rurales**, deux périodes de hausse significative des inégalités sociales de mortalité par suicide sont observées : de 2000 à 2011 et plus récemment, de 2015 à 2020. Au cours de ces périodes, la mortalité par suicide diminue moins fortement dans les communes rurales défavorisées que dans les communes rurales favorisées.

Figure 32 – Écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide* entre les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) chez les hommes selon le type de communes (rurales ou urbaines), Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2021



* Taux annuels standardisés lissés sur 3 ans, année centrale indiquée, standardisation sur l'âge.

Notes de lecture : les trois courbes représentent l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (courbe orange), des communes rurales (courbe verte) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes (courbe bleue). En 2017, le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines défavorisées est de 89 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines favorisées (courbe orange). Le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales défavorisées est de 23 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales favorisées (courbe verte). Le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes défavorisées est de 59 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes favorisées (courbe bleue).

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA filosofi 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2021 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Absence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes depuis 2018

Chez les femmes, les observations sont sensiblement différentes. Les résultats des analyses sont notamment liés au nombre de décès par suicide moins important chez les femmes que chez les hommes.

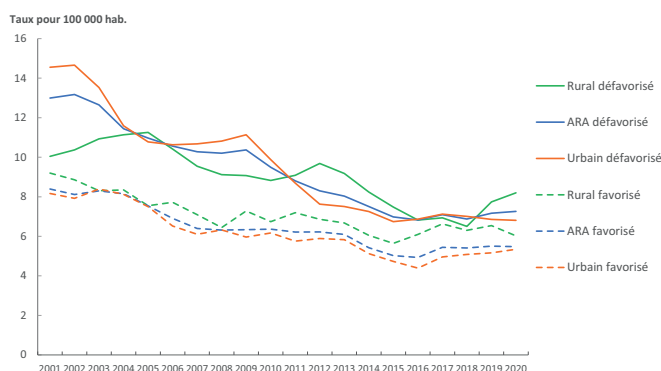
Des inégalités sociales de mortalité par suicide sont identifiées chaque année sur la période 2000-2017 chez les femmes (cf. figure 33) : le taux standardisé de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes défavorisées (quintiles 4 et 5, *ARA défavorisé*) est, chaque année jusqu'en 2017, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2, *ARA favorisé*). Sur une période plus récente (2018 à 2020), les écarts ne sont pas significatifs.

Par ailleurs, globalement, il n'existe pas de différence de mortalité par suicide chez les femmes entre les communes rurales et les communes urbaines.

L'analyse plus fine tenant compte à la fois du caractère rural ou urbain des communes et de l'indice de défavorisation sociale (FDep19) met en évidence l'existence, avant 2017, d'inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (cf. figure 33).

- **Au sein des communes urbaines**, des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes ont été identifiées dans le passé, jusqu'en 2012 et entre 2015 et 2017 (cf. figure 33). Toutefois, sur une période plus récente (depuis 2018), les écarts de mortalité par suicide entre communes urbaines favorisées (quintiles 1 et 2, *Urbain favorisé*) et communes

Figure 33 – Taux de mortalité par suicide* des femmes dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) selon le caractère rural ou urbain des communes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2021



* Taux annuels standardisés lissés sur 3 ans, année centrale indiquée, standardisation sur l'âge.

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA filosofi 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2021 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

urbaines défavorisées (quintiles 4 et 5, *Urbain défavorisé*) ne sont pas significatifs.

- **Au sein des communes rurales**, les écarts de mortalité par suicide entre communes favorisées (quintiles 1 et 2, *Rural favorisé*) et défavorisées (quintiles 4 et 5, *Rural défavorisé*) ne sont pas significatifs.

Évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes

L'analyse des écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide chez les femmes entre les communes favorisées et les communes défavorisées de la région et dans les espaces rural et urbain permet d'analyser l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide (cf. figure 34) et d'identifier les périodes où les inégalités se sont creusées.

- **À l'échelle de la région**, une baisse globale significative des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes est enregistrée sur l'ensemble de la période. Le taux de mortalité par suicide chez les femmes diminue plus fortement dans les communes défavorisées que dans les communes favorisées.
- **Dans les communes urbaines**, le même constat est fait d'une baisse globale des inégalités de mortalité par suicide chez les femmes.
- **Dans les communes rurales**, deux périodes de hausse significative des inégalités sociales de mortalité par suicide sont observées : de 2000 à 2005 et depuis 2018. Au cours de ces périodes, la mortalité par suicide diminue moins fortement dans les communes rurales défavorisées que dans les communes rurales favorisées.

Figure 34 – Écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide* entre les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) chez les femmes selon le type de communes (rurales ou urbaines), Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2021



* Taux annuels standardisés lissés sur 3 ans, année centrale indiquée, standardisation sur l'âge.

Notes de lecture : Les trois courbes représentent l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (courbe orange), des communes rurales (courbe verte) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes (courbe bleue). En 2017, le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines défavorisées est de 43 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines favorisées (courbe orange). Le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes rurales défavorisées est de 5 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes rurales favorisées (courbe verte). Le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes défavorisées est de 30 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes favorisées (courbe bleue).

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA *filosofi* 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2021 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Baisse de la mortalité par suicide mais persistance d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes

L'augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide observée au début des années 2000 chez les hommes dans les communes rurales et dans les communes urbaines de la région a pu être observée par ailleurs [17, 18, 19, 20, 21]. Les actions de prévention pourraient avoir un effet plus important sur les personnes ayant un niveau socio-économique plus élevé, qui présenteraient moins de frein à l'accès aux soins, bénéficieraient d'un meilleur soutien social et d'un meilleur accès à la prévention [19].

L'augmentation significative et marquée des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes dans les communes urbaines de 2013 à 2017 et dans les communes rurales depuis 2015 invite à porter une attention particulière au suivi dans le temps des inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide. Il conviendra notamment d'être vigilant à l'analyse des répercussions de la crise du COVID-19 sur la santé mentale et sur les inégalités sociales et territoriales de santé. La vulnérabilité particulièrement élevée des hommes résidant dans les communes défavorisées, en particulier en zone rurale, en Auvergne-Rhône-Alpes, doit être soulignée : ils représentent un public cible pour la prévention.

Les différences entre les hommes et les femmes sont assez habituelles en termes d'inégalités sociales de santé, les disparités étant plus fortes pour les hommes que pour les femmes [24]. Toutefois, les résultats marqués observés en Auvergne-Rhône-Alpes en matière de mortalité par suicide sont particulièrement intéressants, notamment l'absence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes au sein des communes rurales sur l'ensemble de la période et au sein des communes urbaines et de la région depuis 2017. Toutefois, les effectifs de décès par suicide, moins importants chez les femmes, conduisent à interpréter ces résultats avec prudence.

La baisse de la mortalité par suicide observée depuis le début des années 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes n'est pas aussi forte selon le type de territoire (communes rurales ou urbaines) et selon l'indice de défavorisation sociale (FDep19). Les résultats de cette analyse croisée devraient permettre aux acteurs du champ socio-sanitaire d'adapter le déploiement des stratégies de prévention et de prise en charge du risque suicidaire dans la région en tenant compte des spécificités des territoires. Par ailleurs, ces résultats méritent d'être croisés avec la typologie des territoires actualisée dans ce bulletin (cf. p. 20-23).

Faits marquants sur les inégalités sociales de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes

- Existence d'inégalités territoriales de mortalité par suicide significatives chez les hommes de 2000 à 2021 : chaque année, la mortalité par suicide est plus élevée dans les communes rurales que dans les communes urbaines.
- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide significatives chez les hommes en 2020 : la mortalité par suicide est plus élevée dans les communes défavorisées que dans les communes favorisées en Auvergne-Rhône-Alpes et ces inégalités s'observent également au sein des communes urbaines et au sein des communes rurales.
- Sur la période récente (depuis 2015), les inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes augmentent au sein des communes rurales (les écarts de mortalité par suicide s'accroissent entre communes rurales favorisées et communes rurales défavorisées) alors que depuis 2017 les inégalités sociales de mortalité par suicide diminuent au sein des communes urbaines.
- Depuis 2017, les inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes ne sont pas significatives en Auvergne-Rhône-Alpes, ni au sein des communes urbaines, ni au sein des communes rurales.

LE 3114, NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Le 3114 est le numéro national de prévention du suicide. Sa création fait partie des mesures inscrites dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 et annoncées lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021. Opérationnelle depuis le 1^{er} octobre 2021, cette ligne d'écoute professionnelle est accessible gratuitement 24h/24h et 7j/7j en métropole et en Outre-mer.

Le 3114 a vocation à répondre à toutes les personnes, quel que soit leur âge, en situation de souffrance psychique. Ses missions sont l'écoute, la contenance psychique, l'évaluation de la crise suicidaire et l'orientation. Le numéro est également accessible aux

professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur la crise suicidaire, à toute personne inquiète pour une personne de son entourage ainsi qu'aux personnes endeuillées par suicide. Actuellement, le 3114 est structuré autour de 15 centres répondants ouverts situés dans des établissements de soin en lien plus ou moins direct avec les Samu. Parmi les 15 centres ouverts, trois sont ouverts 24h/24h (Lille, Montpellier et Brest). Les répondants du 3114 sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. Une équipe de coordination (médecin psychiatre, chargé de réseau, cadre de santé) est présente dans chacun des centres.

En Auvergne-Rhône-Alpes, deux centres répondants sont ouverts, l'un à Lyon et l'autre à Saint-Étienne.

Les départements en référence des deux centres sont :

- **pour Lyon** : la Haute-Savoie, la Savoie, l'Ain, l'Isère, la Drôme et le Rhône ;
- **pour Saint-Etienne** : la Haute-Loire, le Cantal, l'Allier, le Puy de Dôme, l'Ardèche et la Loire.

Les chiffres d'activité présentés ci-dessous portent sur les appels enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 30 novembre 2024.

Le centre de Lyon

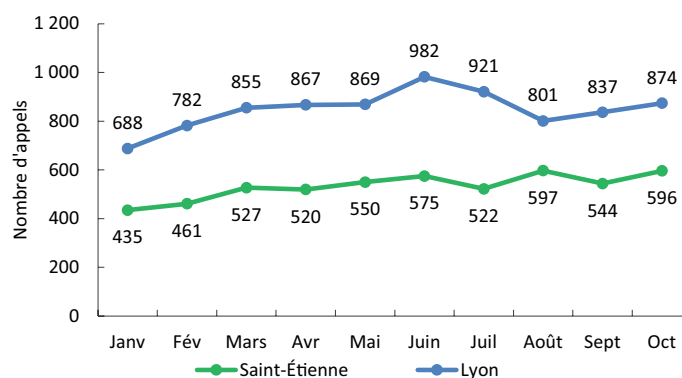
Le centre lyonnais a décroché 8 476 appels de janvier à octobre 2024 (cf. figure 35). Le nombre d'appels entrants décrochés est en augmentation de 35 % par rapport à 2023.

Sur la période de janvier à novembre 2024¹, près des trois quarts des appelants du centre Lyonnais sont des personnes concernées (74,8 %), 16 % sont des proches aidants et 7 % sont des professionnels. Les appelants sont majoritairement des femmes (60,4 %), 38,1 % sont des hommes et 1,4 % sont des hommes ou des femmes transgenres. Un quart des appelants ont moins de 25 ans, classe d'âge la plus représentée, 21 % ont entre 25 et 34 ans, 18 % ont entre 35 et 44 ans, 21 % ont 45 à 54 ans, 14 % ont entre 55 et 64 ans et 0,6 % ont plus de 65 ans.

Un appelant sur quatre du centre lyonnais (23,6 %) a été orienté vers un suivi psychiatrique/psychologique (psychiatre, psychologue, CMP, Csapa, Caarud, MDA...) (cf. figure 2). Dans 22,1 % des cas, il est conseillé aux appelants de rappeler le 3114. Près de 3 appelants sur dix (28,8 %) ont été orientés vers une prise en charge en urgence : dans 17,1 % des cas, le 3114 interpelle le Samu pour demander un envoi de moyens (Effecteur) et dans

¹ La description des appels entrants porte sur 5 655 appels enregistrés de janv. à nov. 2024, soit sur environ 60 % des appels entrants sur cette période.

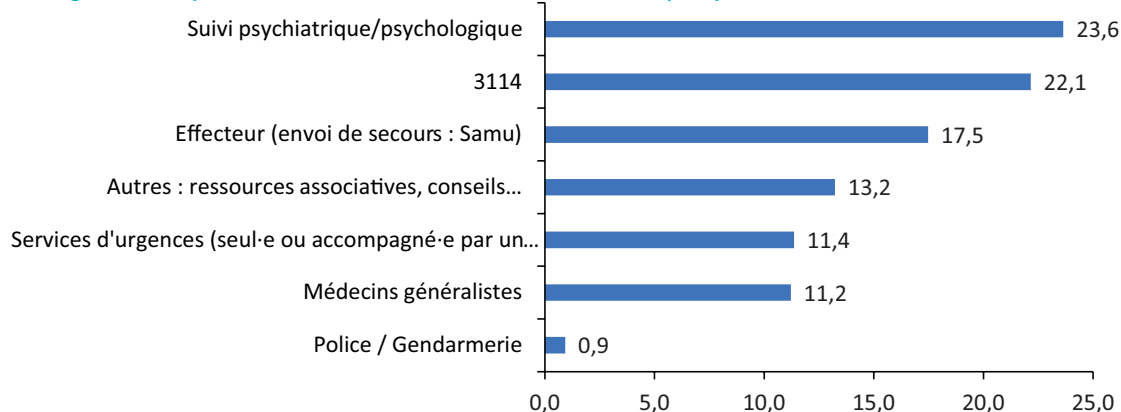
Figure 35 - Nombre d'appels entrants décrochés au 3114, de janvier à octobre 2024 - Centres de Lyon et de Saint-Étienne



Sources : Monitoring annuel 3114 Centres de Lyon et Saint-Étienne, janvier à octobre 2024

11,4 % des cas, l'appelant est orienté vers un service des urgences où il se dirige seul ou accompagné. Les appelants ont également pu être orientés vers d'autres ressources dans 13,2 % des cas (associatives, lignes d'écoute, conseils...) ou vers un médecin généraliste (ou SOS médecin) dans 11,2 % des cas. Enfin, dans 0,9 % des cas, la Police ou la gendarmerie est contactée pour intervenir auprès de l'appelant.

Figure 36 - Répartition des orientations du 3114 Centre de Lyon, janvier à novembre 2024 (n=5 368)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Lyon, janvier à novembre 2024

En %

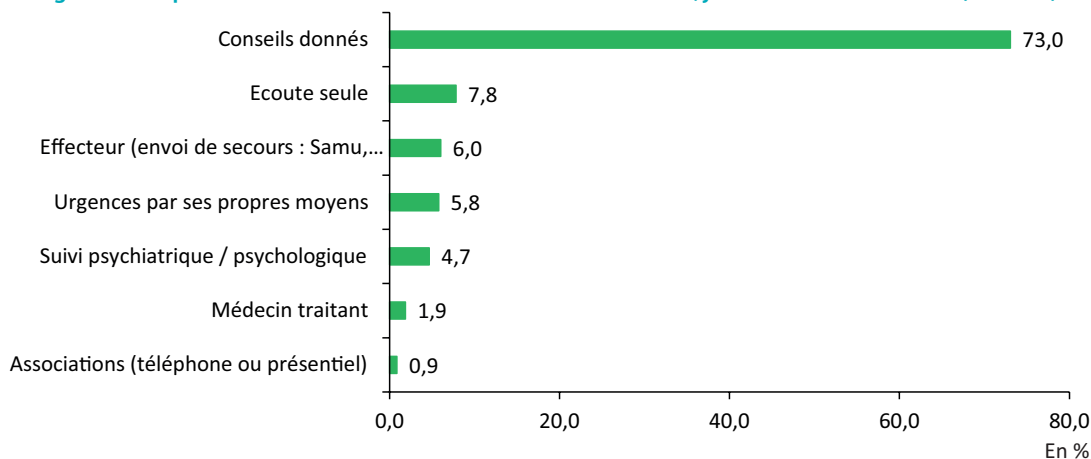
Le centre de Saint-Étienne

De janvier à octobre 2024, le centre stéphanois a reçu 5 327 appels. L'activité de la ligne poursuit son augmentation en 2024 par rapport à 2023 (+ 23 %) (cf. figure 35).

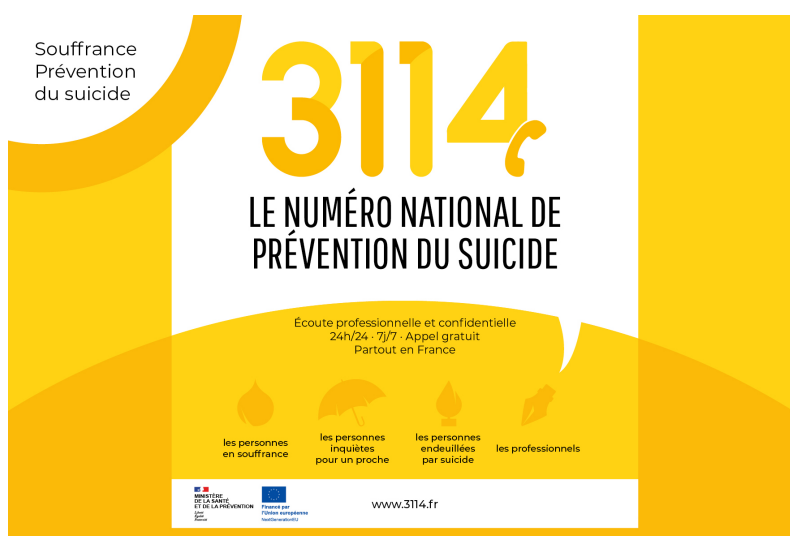
De janvier à novembre 2024, près de 9 appelants sur dix sont des usagers (87 %), 9,5 % sont des proches et 3,4 % des professionnels. Près des trois quarts des appelants sont des femmes (73 %), cette proportion étant en nette augmentation par rapport à 2023 où elle s'élevait à 57 % [7]. La répartition des appelants par âge a également évolué par rapport à 2023 en faveur de la classe d'âge des 25-34 ans, la plus représentée en 2024. En effet, 31 % des appelants en 2024 ont entre 25 et 34 ans (contre 13 % en 2023). Ensuite, ce sont les 55-64 ans et les moins de 25 ans (respectivement 18 % et 17 %). Puis, 14 % des appelants ont de 35 à 44 ans, 13 % de 45 à 54 ans et 7 % ont plus de 65 ans.

L'ensemble des appelants bénéficie d'une écoute. Dans 92,2 %, cette écoute est complétée par d'autres orientations. Près des trois quarts des appelants (73,0 %) ont reçu des conseils lors de leur appel (cf. figure 37). Dans 7,8 % des cas, les appelants ont bénéficié d'un envoi de secours (SAMU, pompiers ou ambulance). Une petite proportion d'appelants (5,8 %) a été orienté vers un service des urgences. Dans 4,7 % des cas, les appelants ont bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique : il peut s'agir soit d'une majoration de leur prise en charge actuelle (intensification de la prise en charge actuelle en rapprochant le prochain rendez-vous, en prévoyant un rendez-vous intercalaire...), soit d'une reprise de prise en charge (en cas de rupture ou d'arrêt des soins) soit d'une première prise en charge (patients non connus).

Figure 37 - Répartition des orientations du 3114 de Saint-Étienne, janvier à novembre 2024 (n=5 828)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Saint-Étienne, janvier à novembre 2024



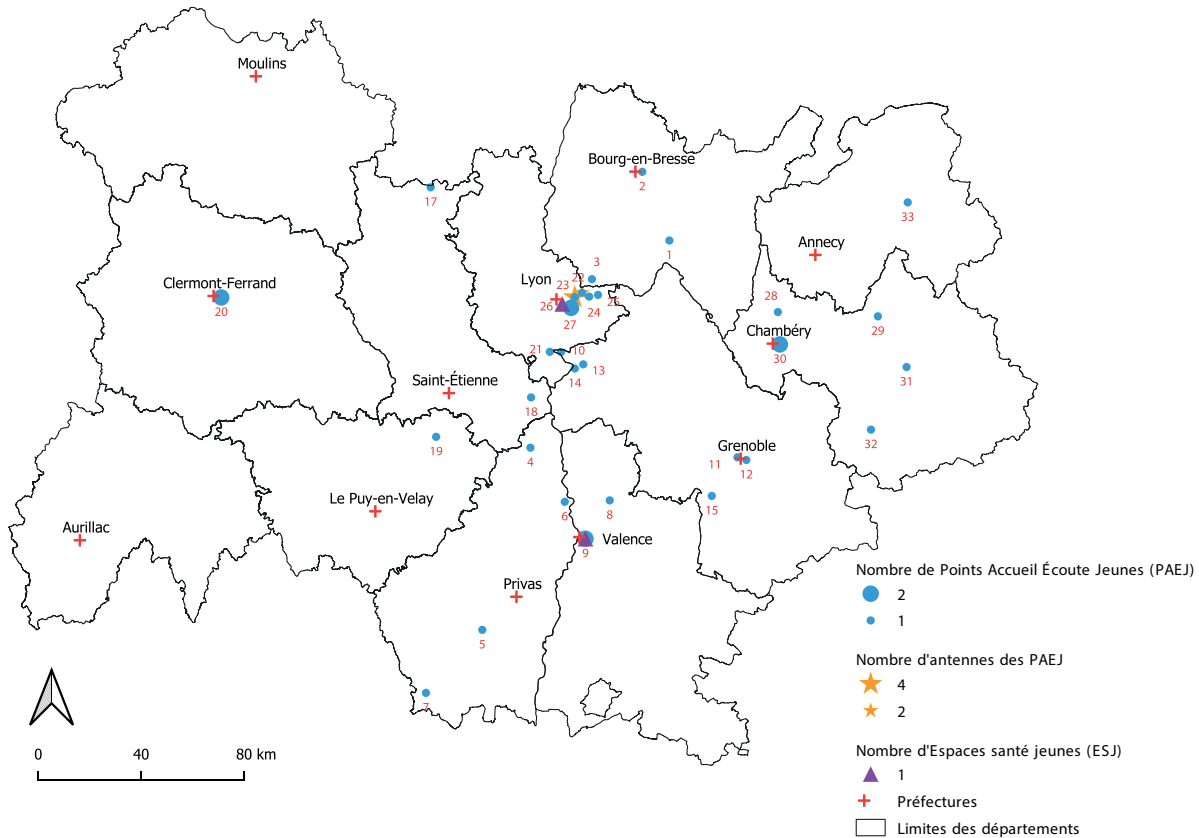
Depuis 2017, aux côtés de la description statistique de la problématique du suicide en région, les ressources des territoires sont mises en valeur par l'Observatoire régional du suicide. Leurs typologies, leur densité, variables selon les territoires, vont influencer les stratégies et les actions de prévention possibles à mettre en œuvre. Ces informations seront désormais mises à jour avant l'élaboration du schéma régional de santé de notre région. Les cartes ressources sont mises à disposition et consultables dans un document unique : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2025.pdf.

En 2024, une carte a été actualisée : les points accueil écoute jeunes (PAEJ) (cf. carte 1).

Carte 1 - Les points accueil écoute jeunes* (PAEJ) en 2024 (n=35) - Auvergne-Rhône-Alpes

Les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) sont de petites structures conviviales et disséminées sur le territoire, volontairement proches des jeunes et complémentaires des maisons des adolescents (MDA). Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents. Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez vous, seul ou en groupe, jeunes ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social, scolaire. Cet accueil est subsidiaire aux dispositifs existants et de droit commun et n'offre pas de soin.

En 2024, 35 Points Accueil Écoute Jeunes sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes. Ces PAEJ peuvent avoir des permanences délocalisées (antennes). Le dispositif des PAEJ est bien présent dans l'Est de la région mais moins dans les départements auvergnats.



* Les numéros en rouge sur la carte correspondent aux communes où sont implantés les PAEJ

Source : <http://www.cartosantejeunes.org/?CartoSante-Consultation> le 28/08/2024

Liste des PAEJ (n=35)

- | | |
|---|--|
| 1 - PAEJ 01 - Ambérieu-en-Bugey | 18 - PAEJ - Pélussin |
| 2 - PAEJ 01 - Bourg-en-Bresse | 19 - PAEJ ACJA - Monistrol-sur-Loire |
| 3 - PAEJ 01 - Antenne de La Côtière | 20 - PAEJ L'Écouteille - ADSEA 63 - Clermont-Ferrand |
| 4 - PAEJ - Annonay - ANPAA 07 | 20 - PAEJ CCAS - Clermont-Ferrand |
| 5 - PAEJ - Aubenas | 21 - PAEJ Sud Rhône « Le Salon » - Givors |
| 6 - PAEJ - Tournon-sur-Rhône | 22 - PAEJ / CJC - Vaulx-en-Velin |
| 7 - PAEJ - Planning Familial 07 - Bus Sud-Ardèche | 23 - PAEJ - Villeurbanne |
| 8 - PAEJ - La Parenthèse - Romans-sur-Isère | 24 - PAEJ - Décines-Charpieu |
| 9 - PAEJ ANEF - Valence | 25 - PAEJ - Meyzieu |
| 9 - PAEJ Point relais Oxygène / CJC - Valence | 27 - Le Point écoute jeune du 8 ^{ème} - Lyon 8 ^{ème} |
| 10 - PAEJ Relais Oxyjeunes - Chasse-sur-Rhône | 27 - Le Point écoute jeune du 8 ^{ème} - Lyon 8 ^{ème} |
| 11 - PAEJ - Fontaine | 28 - Point écoute - Aix-Les-Bains |
| 12 - PAJ AJHIRALP - Grenoble | 29 - Point écoute - Albertville |
| 13 - PAEJ Relais Oxyjeunes - Pont-Évêque | 30 - Point écoute Résonances Familles Parents Jeunes - Chambéry |
| 14 - PAEJ Relais Oxyjeunes - Vienne | 30 - Point écoute - Hauts de Chambéry |
| 15 - PAEJ Vercors - Villard-de-Lans | |
| 17 - PAEJ Le Cocon - Charlieu | |

- 31 - Point écoute Tarentaise - Moûtiers
- 32 - Point écoute - Saint-Jean-de-Maurienne
- 33 - PAEJ - Cluses

Liste des antennes (n=6)

- 22 - PAEJ de Vaulx-en-Velin - Antenne Sud
- 22 - PAEJ de Vaulx-en-Velin - Antenne Village
- 23 - PAEJ de Villeurbanne - Antenne du Tonkin
- 23 - PAEJ Villeurbanne - Antenne des Brosses
- 23 - PAEJ Villeurbanne - Antenne des Buers
- 23 - PAEJ Villeurbanne - Antenne de Saint Jean

Liste des Espaces santé jeunes (n=2)

- 9 - Espace Santé Jeunes - Valence
- 26 - Espace Santé Jeunes / PAEJ - Lyon 2^{ème}

Liste des cartes consultables dans le document unique :

http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2025.pdf

- L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes et renseignées dans Finess en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1^{er} janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons des adolescents (MdA) et leurs antennes en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) en 2024 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les missions locales et leurs antennes en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Csapa et leurs antennes en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Caarud en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les conseils locaux de santé mentale - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons médicales de garde en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Liste des établissements réalisant des soins sans consentement - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les lieux d'écoute en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes

Sources de données et méthode

Les données de mortalité

Les données de mortalité présentées proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui traite les certificats médicaux de décès. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM-10). Les suicides sont regroupés sous les codes X60 à X84 et correspondent aux lésions auto-infligées. Les effectifs et les taux de décès par suicide sont calculés chez les personnes âgées de 10 ans et plus. L'historique des données reprend les données depuis 2000.

Les taux spécifiques de mortalité par suicide par âge sont calculés en rapportant le nombre annuel moyen de décès par suicide sur une période de trois ans (2019-2021, l'année centrale étant indiquée) pour une classe d'âge spécifique à la population de cette même classe d'âge.

Les taux standardisés de mortalité par suicide sont calculés pour chaque année par la méthode de standardisation directe sur l'âge, la structure de la population de la France métropolitaine 2018 (*Source : Insee, Recensement de la population*) constituant la référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observée dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les classes d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 10-14 ans, 15-19 ans, ..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

L'évolution des taux de mortalité par suicide est analysée à l'aide d'une modélisation de ces taux par régression linéaire. La variable indépendante est le temps exprimé en années. **Les taux de mortalité sont comparés** en faisant l'hypothèse que les effectifs de décès suivent une loi normale et que les variations aléatoires des taux de décès observés dans la population étudiée par classe d'âge sont indépendantes. Les tests sont basés sur la convergence de la loi de Poisson vers la loi normale. Ils supposent que les effectifs de décès observés sont suffisants [8]. Le seuil de signification statistique retenu est 5 %.

Les données d'hospitalisation

Les données d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour tentative de suicide analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'unité statistique est le séjour hospitalier, tous les séjours concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisés pour tentative de suicide dans les établissements MCO publics et privés de France ont été sélectionnés chez les personnes âgées de 10 ans et plus. Les suicides sont enregistrés sous les codes de la CIM-10 X60-X69 « auto intoxication » et X70-X84 « lésion auto infligée » en diagnostic associé. Les effectifs et les taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide sont calculés chez les personnes âgées de 10 ans et plus, un même individu pouvant faire plusieurs séjours hospitaliers. L'historique des données reprend les données depuis 2010.

L'analyse concerne les tentatives de suicide des personnes hospitalisées dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, incluant les séjours en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services d'urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, ni encore les personnes non passées aux urgences ou non hospitalisées après l'acte suicidaire.

Les taux spécifiques d'hospitalisation pour tentative de suicide par âge sont calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers sur une période de trois ans (2021-2023, l'année centrale étant indiquée) d'une classe d'âge spécifique à la population de cette même classe d'âge.

Les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide sont calculés pour chaque année par la méthode de standardisation directe sur l'âge, la structure de la population de la France métropolitaine 2018 (*Source : Insee, Recensement de la population*) constituant la référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observée dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les classes d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 10-14 ans, 15-19 ans, ..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

L'évolution des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est analysée à l'aide d'une modélisation des taux par régression linéaire. La variable indépendante est le temps exprimé en années. **Les taux sont comparés** en faisant l'hypothèse que les effectifs de séjours hospitaliers suivent une loi normale et que les variations aléatoires des taux d'hospitalisations observés dans la population étudiée par classe d'âge sont indépendantes. Les tests sont basés sur la convergence de la loi de Poisson vers la loi normale. Ils supposent que les effectifs d'hospitalisations observés sont suffisants [8]. Le seuil de signification statistique retenu est 5 %.

Les modes opératoires des décès par suicide et des séjours hospitaliers pour tentative de suicide

- X60-X64 : auto-intoxication par substances médicamenteuses ;
- X65-X69 : auto-intoxication par substances non médicamenteuses, à savoir les auto-intoxications par :
 - l'alcool ;
 - des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations ;
 - d'autres gaz et émanations ;
 - des pesticides ;
 - des produits chimiques et substances novices.
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade et submersion ;
- X72-X74 : lésion auto-infligée par arme à feu ;
- X75-X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78-X79 : lésion auto-infligée par utilisation d'objets tranchants ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81-X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle ;
- X83-X84 : lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

L'analyse des tentatives de suicide (TS) a été réalisée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au réseau Oscour®. Elle repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostiques (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU transmis par les SU.

Aucune des sources de données de surveillance des suicides et tentatives de suicide présentées dans ce bulletin (causes médicales de décès et séjours hospitaliers enregistrés dans le PMSI) n'étant exhaustives, les passages aux urgences pour TS constituent une source complémentaire de surveillance et les résultats présentés ci-dessus doivent être mis en perspective avec ceux issus des autres sources de données.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le réseau Oscour® repose sur les 84 structures d'urgences (SU).

La couverture régionale en termes d'établissements participants est proche de l'exhaustivité (95 %) et la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'élève en 2023 à 92 %.

Les variables de diagnostic dans les résumés de passages aux urgences sont codées à partir de la CIM 10. Pour la surveillance des tentatives de suicide, les codes sélectionnés sont X60 à X84 (à l'exclusion de X65) : lésions auto infligées et T39, T42, T43, T50, T60 et T71 :

- T39 : intoxications par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants ;
- T42 : intoxications par antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens ;
- T43 : intoxications par médicaments psychotropes, non classés ailleurs ;
- T50 : intoxication par diurétiques et médicaments et substances biologiques, autres et sans précision ;
- T60 : effet toxique de pesticides ;
- T71 : asphyxie.

Dans l'analyse, les patients de moins de 10 ans sont systématiquement exclus.

Les codes de gravité de la CCMU (Classification clinique des malades aux urgences), regroupés en trois catégories selon que le pronostic vital est engagé (gravité basse : codes 1, 2 et P, gravité modérée : code 3, gravité élevée : codes 4, 5 et D) ont été exploités.

Code	Gravité selon CCMU (Classification clinique des malades aux urgences)
1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le 1 ^{er} examen clinique, éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade, abstention d'actes complémentaires ou thérapeutiques
P	Idem que 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable
2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade
3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences
D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation

Les inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide

- **L'indice de défavorisation FDep19** (Sources : Insee, recensement de la population 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA fichier localisé social et fiscal 2019. Traitement : L'Institut Paris Région) est défini à l'échelle communale et construit sur la base de données de recensement de la population et des déclarations fiscales, à savoir :

- le revenu fiscal médian par unité de consommation ;
- la part de diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ;
- la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ;
- la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.

Le quintile 1 correspond aux communes les moins défavorisées (celles où vivent les 20 % de la population des communes les moins défavorisées) et le quintile 5 regroupe les 20 % de la population des communes les plus défavorisées. Les quintiles sont constitués au niveau national.

- **Les taux standardisés de mortalité par suicide** sont calculés sur une période de trois ans (l'année centrale étant indiquée) pour les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et pour les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) et pour chaque type de communes (rurales et urbaines) :

- le numérateur est le nombre de décès lissé sur 3 ans (Source : Inserm-CépiDc 2000-2021) ;
- le dénominateur est le nombre de personnes-années de l'année centrale de la période considérée (Sources : Insee, estimation de population 2000-2005, Insee, recensement de la population 2006-2021) ;
- la population de référence est la population France métropolitaine 2018 (Source : Insee, recensement de la population 2018).

- **Tests de comparaison des taux standardisés et analyse des évolutions**

Les taux standardisés de mortalité sont comparés en faisant l'hypothèse que les effectifs de décès suivent une loi normale et que les variations aléatoires des taux de décès observés dans la population étudiée par classe d'âge sont indépendantes. Les tests sont basés sur la convergence de la loi de Poisson vers la loi normale. Ils supposent que les effectifs de décès observés sont suffisants [12].

Les taux standardisés de mortalité par suicide sont modélisés par régression linéaire. La variable indépendante est le temps exprimé en années. Le différentiel de variation des taux de mortalité au cours du temps entre les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) est modélisé par régression linéaire univariée. La variable indépendante est le temps exprimé en années.

Consignes de codage et amélioration de la codification

Les données du PMSI

Les données issues du PMSI ne sont pas initialement destinées à une utilisation épidémiologique. L'hétérogénéité des pratiques (qui ne sont pas toujours conformes aux recommandations) et de la qualité du codage nécessitent que les résultats soient interprétés avec précaution. En effet, en raison d'erreurs ou d'oublis, les codes d'auto-intoxication ou de lésions auto-infligées peuvent être omis, induisant une sous-estimation des prises en charge pour tentative de suicide.

Les données présentées dans certains départements illustrent bien cette problématique. Ainsi, en Isère, la valeur des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus paraissait, jusqu'en 2015, élevée au regard des autres départements. Cela correspondait à une pratique de codage de bonne qualité et plus homogène que dans d'autres établissements. Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide paraissaient sous-évalués jusqu'en 2015 par rapport aux autres départements. Une réunion a eu lieu avec les centres hospitaliers concernés et des réponses précises d'amélioration du codage et de la qualité des données ont été apportées. Ainsi, dans le Puy-de-Dôme, le taux standardisé a augmenté de manière significative à partir de 2015 et il continue à augmenter, traduisant ainsi l'amélioration des méthodes de codage. Cette amélioration du codage est intervenue plus récemment dans la Loire et en Haute-Savoie ; elle impacte le taux standardisé respectivement à partir de 2016 et 2018.

Le guide méthodologique du PMSI [13] précise que « pour les séjours dont suicide ou tentative de suicide sont le motif, (il faut) un diagnostic principal codé avec le chapitre XIX de la CIM-10 (Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe) et en diagnostics associés (...) un code du groupe X60–X84 du chapitre XX pour enregistrer le caractère auto-infligé des lésions et le ou les moyens utilisés ». Ces consignes de codage ont été rappelées en fin d'année 2017 aux établissements par le Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'information médicale (Craim) et certains établissements particulièrement sensibilisés ont entrepris des actions en vue d'améliorer leur pratique en la matière.

Les données de mortalité du CépiDc

La validité des données de mortalité par suicide a longtemps été questionnée. Largement étudiées [14], les données de mortalité par suicide sont soumises à l'existence de plusieurs biais. Deux sources de biais peuvent être distinguées, correspondant aux deux étapes de la production des données de mortalité : les biais introduits au moment de la certification du décès par le médecin et les biais introduits au moment de la codification du décès.

Systématiquement, il est rappelé dans les bulletins que les données de mortalité doivent être considérées comme des estimations minimales. La sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm-CépiDc.

En Rhône-Alpes, une étude menée par l'Inserm [15], sur des données de mortalité de 2006 montrait une sous-estimation de 22 % des décès par suicide dans la région. Néanmoins, celle-ci ne modifiait pas le rang de la région au niveau national, après correction.

Après vérification auprès de l'Institut médico-légal (IML) de Lyon, cette sous-estimation est attribuée en partie à l'absence de précision sur la cause de décès après une investigation de justice.

La mise en place du nouveau procédé de certification électronique des décès ainsi qu'un travail en cours de coordination auprès de l'IML de Lyon devraient permettre d'améliorer la qualité des données de mortalité par suicide au cours des prochaines années dans le Rhône et les résultats pourraient en être impactés.

Liste des abréviations

APL : Accessibilité potentielle localisée
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CH : Centre hospitalier
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIM : Classification internationale des maladies
CJC : Consultation jeunes consommateurs
CMP : Centre médico-psychologique
Craim : Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'information médicale
Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DA : Diagnostic associé
DP : Diagnostic principal
DR : Diagnostic relié
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie

EMPP : Équipe mobile psychiatrie-précarité
EPCI : Établissements publics de coopération intercommunale
EPSM : Établissement public de santé mentale
Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
IML : Institut médico-légal
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MdA : Maison des adolescents
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MMG : Maison médicale de garde
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONS : Observatoire national du suicide
ORS : Observatoire régional de la santé
Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PAEJ : Point accueil écoute jeunes
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RPU : Résumé de passage aux urgences
Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation
SPF : Santé publique France
SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
TS : Tentative de suicide
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

Méthodologie de la typologie des territoires

Les indicateurs utilisés pour la typologie des EPCI 2024 en Auvergne-Rhône-Alpes

Part de la population âgée de 15 à 24 ans / de 45 à 64 ans / de 65 ans et plus

- Période : 2021
- Méthode de calcul : Population au 1^{er} janvier 2021 des personnes âgées de 15 à 24 ans / de 45 à 64 ans / de 65 ans et plus rapportée à la population totale du territoire multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2021)

Part d'agriculteurs exploitants / artisans, commerçants, chefs d'entreprise / cadres et professions intellectuelles supérieures / professions intermédiaires / employés / ouvriers / retraités / autres inactifs

- Période : 2021
- Méthode de calcul : Nombre d'agriculteurs exploitants / artisans, commerçants, chefs d'entreprise / cadres et professions intellectuelles supérieures / professions intermédiaires / employés / ouvriers / retraités / autres inactifs au 1^{er} janvier 2021 rapporté à la population âgée de 15 ans et plus du territoire multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2021)

Part de familles monoparentales

- Période : 2021
- Méthode de calcul : Nombre de familles monoparentales au 1^{er} janvier 2021 rapporté au nombre de ménages multiplié par 100
- Source : Insee (RP 2021)

Part de personnes vivant seules

- Période : 2021
- Méthode de calcul : Nombre de personnes vivant seules au 1^{er} janvier 2021 rapporté au nombre de ménages multiplié par 100
- Source : Insee (RP 2021)

Taux de chômage

- Période : 2021
- Méthode de calcul : Nombre de chômeurs âgés de 15 à 64 ans au sens du recensement au 1^{er} janvier 2021 rapporté à la population active (actifs en emploi + chômeurs) âgée de 15 à 64 ans multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2021)

Part de la population couverte à bas revenu pour 100 personnes de moins de 65 ans

- Période : 31/12/2022
- Méthode de calcul : Nombre de personnes couvertes par les allocataires de moins de 65 ans et non étudiants à bas revenus pour 100 personnes de moins de 65 ans. Les personnes couvertes sont les allocataires, leurs conjoints et les personnes à charge des allocataires.
- Sources : Cnaf, CCMSA 2022 - Insee (RP 2021)

Taux standardisé de mortalité par suicide

- Période : 2019-2021 (3 années)
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de mortalité est le taux que l'on observerait dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP 2018). La structure par âge utilisée est : 10-14 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population de l'année centrale (population au RP 2020).
Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en cause initiale) retenus pour les décès par suicide : X60-X84
- Sources : Inserm CépiDc 2019-2021, Insee (RP 2020)

Taux standardisé de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide

- Période : 2023
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de séjours hospitaliers est le taux que l'on observerait dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP 2018). La structure par âge utilisée est : 10-14 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population disponible la plus récente (RP 2021).
- Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en diagnostic associé) retenus pour les séjours pour tentative de suicide : X60-X84
- Sources : PMSI MCO 2023, Insee (RP 2021)

Méthodologie de la typologie des territoires (suite)

Les indicateurs utilisés pour la typologie des EPCI 2024 en Auvergne-Rhône-Alpes (suite)

Taux standardisé de prévalence d'ALD pour affection psychiatrique de longue durée pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires

- Période : 2022
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de prévalence d'ALD est le taux que l'on observerait dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP 2018). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population des bénéficiaires tous régimes de l'assurance maladie obligatoire ayant eu au moins une consommation de soin de 2020 à 2022.
- Les ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23) pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires ont été prises en compte (code cim10 F30-F34/F40-F43/F20-F29/F60, F68, F69/F10-F13, F19).
- Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022)

Taux standardisé de recours aux médicaments psychotropes (au moins 3 remboursements dans l'année)

- Période : 2022
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de recours aux médicaments psychotropes est le taux que l'on observerait dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP 2018). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population des bénéficiaires tous régimes de l'assurance maladie obligatoire ayant eu au moins une consommation de soin de 2020 à 2022.
- Source : Cnam (SNDS DCIR - 2022)

Taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux

- Période : 2022
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux est le taux que l'on observerait dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP 2018). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population des bénéficiaires tous régimes de l'assurance maladie obligatoire ayant eu au moins une consommation de soin de 2020 à 2022.
- Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022)

Taux standardisé de prévalence de la dépression

- Période : 2022
- Construction de l'algorithme : les personnes prises en charge pour « dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires » est un sous-groupe des personnes prises en charge pour « troubles névrotiques ou de l'humeur ». Ce sous-groupe prend en compte, entre autres, les traitements par antidépresseurs lorsqu'ils sont combinés à une hospitalisation (MCO, RIM-P et SSR) pour motif correspondant.

Le sous-groupe « dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires » comprend :

- les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles névrotiques ou de l'humeur,
- ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé non psychiatrique (MCO (DP ou DR) ou SSR (MMP, AE)) ou psychiatrique (DP ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années,
- ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé non psychiatrique (MCO (DP ou DR) ou SSR (MMP, AE, DA) ou psychiatrique (DP ou DA)) - durant au moins une des 5 dernières années ET ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs ou de lithium, Dépakote® ou Dépamide® au cours de l'année n (à différentes dates).

Codes CIM-10 utilisés (PMSI et ALD) :

- F32 : épisode dépressif ;
- F33 : trouble dépressif récurrent ;
- F34 : troubles de l'humeur persistants ;
- F38 : autres troubles de l'humeur ;
- F39 : autres troubles de l'humeur sans précision.

Codes ATC utilisés :

- Antidépresseur codes ATC commençant par N06A à l'exception de N06AX12 (bupropione, classé parmi les antidépresseurs mais indiqué comme aide au sevrage tabagique)
- Lithium Code ATC = N05AN01
- Dépakote®. Code ATC = N03AG01, seulement les codes CIP 13 : 3400934876233, 3400934876691, 3400935444271
- Dépamide®. Code ATC = N03AG02
- Exclusion de la levotonine (CIP 13 = 3400933338022)
- Méthode de calcul : le taux standardisé de prévalence de la dépression est le taux que l'on observerait dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP 2018). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population des bénéficiaires tous régimes de l'assurance maladie obligatoire ayant eu au moins une consommation de soin de 2020 à 2022.
- Source : SNIIRAM/SNDS, Cartographie des pathologies et des dépenses, version G11 (2022, tous régimes).

Méthodologie de la typologie des territoires (suite)

Méthode de construction de la typologie

La typologie repose sur l'analyse des 18 indicateurs décrivant la situation socio-sanitaire et démographique et sur 3 indicateurs complémentaires. Au 1^{er} janvier 2024, la région Auvergne-Rhône-Alpes compte 172 EPCI. Parmi eux, 7 EPCI sont majoritairement implantés hors de la région Auvergne-Rhône-Alpes et n'ont que quelques communes dans la région : ces EPCI ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui porte donc sur 165 EPCI, soit 8 123 228 habitants. Les EPCI de Moulins Communauté et Enclave des Papes-Pays de Grignan ont des communes hors de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ils sont toutefois considérés dans leur intégralité dans l'analyse.

Une analyse en composante principale (ACP) permet de décrire l'ensemble des 165 EPCI à partir des 18 indicateurs actifs en construisant de nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales. Six axes factoriels ont été définis synthétisant 84,9 % de l'information. Ce sont ces axes factoriels de nature socio-sanitaires qui permettent, à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), de regrouper les EPCI en classes homogènes. Trois indicateurs sont utilisés comme des variables illustratives : ils ne participent pas à la constitution des classes mais ils permettent de compléter la description des différentes classes. Il s'agit :

- du taux standardisé de mortalité par suicide : la majorité des EPCI a de très faibles effectifs de décès annuels moyens par suicide (moins de 10) ;
- de la part de retraités : cette variable est fortement corrélée avec la part de personnes âgées de 65 ans et plus ;
- du taux de recours à un psychiatre libéral : cette variable ne représente que partiellement le recours à un psychiatre, les psychiatres salariés n'étant pas pris en compte dans l'analyse. Ce taux est à analyser avec précaution car il est dépendant de l'offre territoriale.

Valeur moyenne des indicateurs utilisés pour décrire la typologie des EPCI selon les classes

	Moyenne des EPCI ¹	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F	Classe G	Classe H	Classe I
Nombre d'EPCI	165	19	19	11	45	17	14	26	5	9
Population au RP 2021	8 123 228	938 390	753 650	161 020	1 262 262	1 188 692	399 738	292 303	2 715 339	411 834
Part de la population dans la classe (en %)	100,0	11,6	9,3	2,0	15,5	14,6	4,9	3,6	33,4	5,1
Part des 15-24 ans (en %)	9,5	10,1	10,1	9,0	9,5	10,7	8,3	7,6	15,2	9,9
Part des 45-64 ans (en %)	27,8	27,9	26,4	29,4	27,9	26,2	28,1	29,8	23,2	27,9
Part des 65 ans et plus (en %)	22,8	19,8	15,6	20,4	22,1	19,8	29,4	30,1	19,5	26,1
Part des agriculteurs exploitants (en %)	1,8	0,7	0,7	0,9	1,4	0,6	2,1	5,4	0,1	1,5
Part des artisans, commerçants, chefs d'entreprise (en %)	4,9	5,0	4,5	8,4	4,6	3,9	5,6	5,1	3,1	3,6
Part des cadres et professions intellectuelles supérieures (en %)	7,2	13,1	10,3	7,0	6,3	6,9	4,7	3,7	12,1	5,0
Part des professions intermédiaires (en %)	14,8	17,8	19,1	18,5	15,0	15,2	11,2	9,7	15,2	12,8
Part des employés (en %)	15,1	13,9	16,9	17,3	15,2	15,3	14,1	14,1	15,1	15,5
Part des ouvriers (en %)	13,2	9,5	14,3	12,3	15,0	15,7	11,5	12,4	10,3	13,4
Part des autres inactifs (en %)	12,7	12,3	12,6	10,0	12,2	15,9	13,3	11,0	19,7	14,2
Part de retraités (en %)	30,3	27,5	21,9	25,7	30,5	26,9	37,3	38,3	24,9	34,1
Part de la population couverte à bas revenu (en %)	12,8	8,5	7,9	9,3	11,2	16,5	20,9	14,7	19,2	17,1
Taux de chômage (en %)	9,1	7,0	8,1	4,2	8,2	11,6	14,8	8,7	12,2	11,2
Part des familles monoparentales (en %)	8,4	8,4	9,2	8,3	8,2	9,5	9,2	7,1	9,2	8,3
Part de personnes vivant seules (en %)	34,9	29,5	30,3	36,9	32,7	35,1	40,0	38,3	44,1	40,9
TS de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide ²	146,5	141,8	117,9	149,9	150,3	144,2	181,9	125,5	170,9	190,2
TS de mortalité par suicide ²	16,3	11,6	14,9	17,2	16,4	13,3	17,1	21,9	11,5	18,9
TS de recours aux médicaments psychotropes ³	10 124,7	9 493,4	8 734,5	7 844,0	10 330,7	10 030,7	9 826,9	11 110,0	11 816,6	13 004,4
TS de prévalence d'une ALD 23 ⁴	1 903,2	1 378,3	1 306,4	997,7	1 802,2	1 823,4	2 365,4	2 378,4	2 631,8	3 537,1
TS de recours aux psychiatres libéraux ³	1 570,5	2 002,0	1 552,4	1 038,9	1 556,5	1 428,7	1 283,4	1 281,6	3 167,8	2 078,8
TS de prise en charge de la dépression ³	1 186,7	1 030,8	912,1	715,9	1 198,5	1 114,0	1 306,0	1 342,9	1 474,9	1 952,2

TS : taux standardisé

¹: la « moyenne des EPCI » correspond à la valeur moyenne de l'indicateur calculée sur les 165 EPCI. Les valeurs de certains indicateurs dans cette colonne diffèrent de celles présentées dans les autres chapitres du bulletin parce que la couverture géographique est différente.

²: Taux standardisé pour 100 000 habitants

³: Taux standardisé pour 100 000 bénéficiaires tous régimes de l'assurance maladie

⁴: Taux standardisé de prévalence d'une ALD pour affections psychiatriques de longue durée pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires pour 100 000 bénéficiaires tous régimes de l'assurance maladie

[19] Too LS, Law PCF, Spittal MJ, Page A, Milner A. Widening socioeconomic inequalities in Australian suicide, despite recent declines in suicide rates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(9):969-976.

[20] Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. *Public Health.* 2010;124(2):78-85.

[21] Kim MH, Jung-Choi K, Jun HJ, Kawachi I. Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Soc Sci Med.* 2010;70(8):1254-61.

[22] Rey G, Jouglu E, Fouillet A, and Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the periode 1997-2001 : variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health.* 2009;9:33.

[23] Entre dynamisme démographique et vieillissement de la population. Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes n°120. Avril 2021. [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5360534>]

[24] Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf]

[25] Observatoire français des drogues et des addictions (OFDT) (2023, mars). Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. Tendances, 155. [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3257-doc_num--explnum_id-33683-.pdf]

[26] Inserm-CépiDc. Indicateurs écologiques du niveau socio-économique. Répartition de l'indice de défavorisation sociale FDep15 à l'échelle communale – 2015 France métropolitaine. Le Kremlin-Bicêtre: CépiDC; 2020. [<https://www.cepidc.inserm.fr/documentation/indicateurs-ecologiques-du-niveau-socio-economique>]

Pour citer ce bulletin :

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2025;11:1-38. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull11_2025.pdf]

Ont contribué à la rédaction de ce bulletin (par ordre alphabétique) :

Dr Bénét T. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Bertrand C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Bogey A. (Directeur de la santé publique, ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Bussière-Lheureux M. (CHU Saint-Étienne, CICAH), Casamatta D. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Dubuc M. (CHU de Grenoble, Psychiatrie de liaison), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU de Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psycho trauma), Dr Leaune E. (CH Le Vinatier, CPS/Psymobile), Dr Manuel G. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Massoubre C. (CHU de Saint-Étienne, Urgences psychiatriques), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Poulet E. (Hôpital Édouard Herriot, Urgences psychiatriques / CH Le Vinatier, Centre de prévention du suicide), SPACCAFERRI G. (Délégué régional Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes), Vaissade L. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Vieux M. (CH Le Vinatier, CPS/VigilanS), Dr Wawer E. (CH Le Vinatier, CPS/VigilanS).